

# Låsa om eller låsa in?

---

En rättsvetenskaplig studie om tvång och  
rättssäkerhet i demensvården

**Handledare: Lotta Vahlne Westerhäll**

**Författare: Elin Sandegård**

# Innehåll

---

<b>Förkortningar</b>	3
----------------------	---

## DEL I UTGÅNGSPUNKTER OCH KONTEXTUELL BAKGRUND

<b>1. Inledning</b>	4
1.1 Inledning	4
1.2 Syfte och metod	5
1.3 Avgränsningar	6
<b>2. Rättssäkerhet</b>	8
<b>3. Demenssjukdom</b>	9
<b>4. Den historiska utvecklingen</b>	10
4.1 Bakgrund	10
4.2 Demensvården växer fram	11
4.3 Demensvård under 1980-talet	12
4.3.1 Ny epok inom socialpolitiken	12
4.3.2 Frågan om tvångslag aktualiseras	14
4.4 Demensvård under 1990-talet	17
4.4.1 Organisatoriska förändringar	17
4.4.2 Frågan om tvångslag aktualiseras återigen	18
4.5 Demensvård under 2000-talet	19
4.6 Sammanfattning av den historiska utvecklingen	20

## DEL II DEMENSVÅRDENS SAMHÄLLELIGA OCH RÄTTSLIGA KONTEXT

<b>5. Demensvården</b>	21
5.1 Förvaltningsrättsliga utgångspunkter	21
5.2 Demensvårdens aktörer	23
5.3 Ansvarsfrågor i demensvården	24
5.4 Socialstyrelsens tillsyn av demensvården	26

<b>6. Demensvårdens rättsliga reglering</b>	28
6.1 Konstitutionellt skydd för den enskilde	28
6.2 EKMR och LPT	29
6.3 Nödrätten	31
6.4 Vårdlagar och principer	32
6.4.1 Socialtjänstlagen	32
6.4.2 Hälso- och sjukvårdslagen	33
6.4.3 God demensvård enligt Socialstyrelsen	35
<b>7. Samtycket och tvånget</b>	36
7.1 Samtycket	36
7.2 Beslutskompetens eller beslutsinkompetens	37
7.3 Det aktiva och det passiva tvånget	38
7.4 Tvångets etiska dilemma	39

#### DEL III FÖRSLAG OM TVÅNGSREGLERING I DEMENSVÅRDEN

<b>8. Tvångets reglering</b>	47
8.1 Förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall	47
47	
8.2 Förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall	50
8.3 Lagförslagen applicerade på etiska dilemman	52
8.4 Remissinstansernas inställning till lagförslagen	56

#### DEL IV SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

<b>9. Sammanfattning och slutsatser</b>	58
<b>Litteratur m.m.</b>	63
<b>Bilagor</b>	67
BILAGA 1 Författningsförslag, LTS	67
BILAGA 2 Författningsförslag, LTM	75

## Förkortningar

BrB – Brottsbalken

Ds – Departemensserien

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKMR – Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

HSAN – Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

HSL – Hälso- och sjukvårdslag

ICD 10 – International Classification of Diseases

JO – Justitieombudsmannen

KL – Kommunallagen

LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård

LSPV – Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall

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

LTM – Förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall

LVM – Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

LVU – Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga

RF – Regeringsformen

SFS – Svensk författningssamling

SoL – Socialtjänstlagen

SOU – Statens offentliga utredningar

SoU – Socialutskottet

PSL – Patientskadelagen

PROP – Proposition

WHO – Världshälsoorganisationen

# DEL I UTGÅNGSPUNKTER OCH KONTEXTUELL BAKGRUND

## 1. Inledning

### 1.1 Inledning

Den demografiska utvecklingen i Sverige med en växande andel äldre gör att belastningen på vård- och omsorgsverksamheter kommer att öka. År 2025 beräknas andelen personer över 65 år utgöra 25 procent av befolkningen.<sup>1</sup>

Risken att drabbas av demenssjukdom ökar kraftigt i takt med stigande ålder. Cirka 5 procent av befolkningen som är 65 år eller äldre och cirka 50 procent av de över 90 år beräknas ha någon form av demenssjukdom. Ett naturligt inslag i åldrandet är det ökade behovet av vård och omsorg och när det gäller personer som drabbas av demens blir behoven i regel till slut så omfattande att de måste flytta till ett särskilt boende.<sup>2</sup>

Under 1990-talet företogs omfattande nedskärningar i de kommunala verksamheterna och åldringsvården blev då särskilt hårt drabbad. Platserna på särskilda boenden har under de senaste decennierna relativt sett minskat och de personer som beviljas insats i form av särskilt boende har numera betydligt större vårdbehov. Detta har inneburit att vårdtyngden generellt sett ökat för personalen. Kommunernas ansträngda ekonomi och krav på effektivitet har motiverat nedskärningar i personaltätheten och fler boende per enhet.

Under de senaste åren har vård och omsorg om dementa personer i särskilda boenden uppmärksammats i media. I en dokumentärfilm på SVT visas bland annat hur demenssjuka personer låses in nattetid och hur deras rop på hjälp inte hörs.<sup>3</sup> Personalen tvingas att, i förebyggande syfte, ge de dementa lugnande mediciner när de själva inte är på plats. ”Blir en orolig så är ett helt gäng oroliga, då är situationen ohållbar” säger en ur personalen på det boende som uppmärksammas i dokumentären.

”En äldreomsorg där det aldrig är någon som hör när någon ropar, när jag förvirrad vaknar mitt i natten, den äldreomsorgen har kanske inte organiserats eller bemannats på ett sätt som lever upp till de krav man ställer när det gäller god vård.”<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> O. Petersson, *Den offentliga makten*, 2010, s. 34.

<sup>2</sup> <http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=4408&pageversion=1>

<sup>3</sup> Uppdrag granskning 8 september 2010, *De inlåsta*.

<sup>4</sup> <http://svt.se/2.139317/1.2034361/processen>

Socialstyrelsen beslutade mot bakgrund av de uppgifter om missförhållanden som uppmärksammats att genomföra en oanmäld inspektion på 94 demensboenden i november 2010 av vilken det framkom att personalen på sex av tio särskilda boenden för demenssjuka låser dörren och går därifrån på kvällen.

”De skandalreportage i SVT:s Uppdrag granskning för en tid sedan, som visade hur hjälpbehövande äldre vid Öjagården i Piteå låstes in ensamma, var alltså inget undantag. Det var mer regel.”<sup>5</sup>

Dementa personer i särskilda boenden är av många anledningar särskilt utsatta på grund av ålderssvaghet och på grund av bristande kognitiva förmågor. De minns inte, de kan inte berätta och de lever sin sista tid inom socialvården där deras livskvalitet och välbefinnande i stor utsträckning är beroende av att det finns tillgänglig och kompetent personal.

Det regelsystem som styr demensvården utgörs till stor del av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen vilka bygger på att den enskilda individen samtycker till alla åtgärder. I många avseenden påminner vården av dementa om den av psykiskt sjuka. I situationer då sjukdomen är långt gånge kan man ifrågasätta huruvida det går att överhuvudtaget tala om samtycke och självbestämmande. I vården av dementa uppstår därför regelmässigt situationer då ledning, övertalning eller tvångsingripanden från personalens sida kan vara nödvändig för att säkerheten och kravet på god vård skall uppfyllas. Tvångsåtgärder kan således användas både som ett skydd i syfte att förhindra den enskilde individen från att skadas, men också på grund av att det inte finns tillräckligt med personal eller för att personalen faktiskt överskrider sina befogenheter och tvingar den demenssjuka personen.

Demensvården utgör en stor och dessutom växande del av kommunernas vårdverksamhet. Som synes finns stora brister inom demensvården vilket leder till frågan hur den lagstiftning som reglerar dessa frågor ser ut och hur dessa utsatta personers värdighet, integritet och välbefinnande därmed är tänkt att tillvaratas och skyddas från kränkningar i form av tvång

## 1.2 Syfte och metod

Syftet med studien är att presentera en översiktlig bild av demensvården för att undersöka och fördjupa studien i de rättssäkerhetsbrister som uppmärksammats inom vården av dementa på kommunens särskilda boenden. Fokus kommer att vara på det offentliga tvång som demenssjuka utsätts för.

---

<sup>5</sup><http://www.dn.se/ledare/huvudledare/vard-i-laglost-land>

Det finns ingen svensk lag som ger personalen rätt att vidta tvångs- eller begränsningsåtgärder mot dementa personer. Ett syfte med studien är att undersöka om den frivillighetslagstiftning som gäller idag är tillräcklig eller om det rör sig om en ”lucka” i lagen som borde åtgärdas för att godtagbara krav på rättssäkerhet skall anses uppfyllda.

Frågan om att införa en tvångslag i demensvården har aktualiserats vid ett flertal tillfällen och är i nuläget återigen under utredning. Ett delsyfte med studien är att undersöka delar av det lagförslag som presenterades i betänkandet; *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom* från 2006, för att analysera hur förslaget skulle påverka den demenssjukes rättssäkerhet vid tvångsingripanden.<sup>6</sup>

Metoden som använts i studien är klassiskt rättsdogmatisk där framförallt förarbeten, lagtext, och doktrin används i framställningen av bakgrunden och den rättsliga kontexten. Rättssäkerhetsbegreppet används som verktyg för att möjliggöra en analys av den lagstiftning som kringgärdar tvånget i demensvården. För att belysa den lagliga och den etiska problematiken i de situationer där personal använder tvång gentemot en enskild har tre typfall hämtade från socialstyrelsens hemsida använts. Dessa analyseras dels utifrån det gällande rättsläget men också utifrån de lagförslag som utkom 2006 och som är under fortsatt utredning, i syfte att åskådliggöra vilka skillnader föreslagna lagändringar hade medfört ur ett rättssäkerhetsperspektiv.

### 1.3 Avgränsningar

Demensvården befinner sig i gränlandet mellan socialvård och hälso- och sjukvård vilket innebär ett dubbelt huvudmannaskap där både kommunens socialtjänst och landstingets sjukvård aktualiseras. Forskning om demenssjukdomar är förhållandevis ung och därmed begränsad, dessutom tillhör vården ett område som är under ständig omorganisering till följd av nya politiska beslut. Sammantaget är det ett svåröverskådligt ämnesområde varför inga anspråk på att vara uttömmande görs, snarare syftar studien till att presentera en övergripande bild av det rättsområde som berör demenssjuka.

Kommunernas bristande ekonomiska resurser och dess betydelse för hur både organisationen av verksamheterna och vård och omsorg om de demenssjuka utformas är en viktig utgångspunkt. Studien kommer dock inte innefatta några kostnadsjämförelser eller ekonomiska resonemang utan endast ett konstaterande att resursskäl ligger bakom många av de politiska beslut som fattas och som är relevanta för omsorgen om dementa.

---

<sup>6</sup> Lagförslaget är fortfarande under fortsatt utredning.

Det rättssubjekt som behandlas i studien är individer med demenssjukdom. Övriga vuxna med bristande beslutskompetens som strokepatienter eller personer med intellektuella funktionshinder kommer inte behandlas trots att deras rättsliga situation i fråga om tvång och självbestämmande i stort är densamma. Ett problem i anslutning till detta rör själva demensutredningarna. Det brister både i avsaknaden av utredningar samt att de utredningar som görs ofta är otillräckliga vilket leder till att kunskaperna om enskilda individers särskilda behov kan vara bristfälliga. I denna studie kommer problemet inte utredas närmre eftersom det är oklart vilken grupp en eventuell lagstiftning på området kommer omfatta.<sup>7</sup>

En övervägande andel dementa vårdas i sina hem av anhöriga. Studien ämnar dock utreda det allmännas förehavanden gentemot den enskilde demenssjuka, varför ingen närmare genomgång av hemmaboende dementa eller anhörigas situation görs.

Frågan om ställföreträderskap för demenssjuka kommer inte utredas dels på grund av att förmynderskapsutredningens slutbetänkande ännu inte lett till lagstiftning och att det är oklart hur den kommer att se ut. Dels eftersom samtycke till tvångsåtgärder ändå anses gå utanför vad en förmyndare, god man eller anhörig bör ta beslut om för en enskild. Därmed är frågan om ställföreträderskap inte direkt relevant för syftet med studien.<sup>8</sup>

I studien behandlas de offentligrättsliga aktörerna. De privaträttsliga aktörernas intåg på den offentligrättsliga arenan är dock något som påverkar den offentliga rätten i allmänhet och därmed också demensvården.<sup>9</sup> Sedan den nya kommunallagen (SFS 1990:900) har kommunala uppgifter i ökad takt kommit att handhas av privata subjekt. Argumenten för ett ökat inslag av privata aktörer har varit att den offentliga sektorn måste utsättas för konkurrens för att effektiviseras eftersom den offentliga tjänsteproduktionen har ansetts vara ineffektiv och resurskrävande.<sup>10</sup> Initialt var intresset att bedriva vårdverksamhet bland privata aktörer svalt, men mot slutet av 1990 talet har andelen entreprenader och andra privaträttsliga former som driver särskilda boenden fördubblats och utgör nu drygt 10 procent.<sup>11</sup> Denna fråga kommer emellertid inte behandlas mer i studien.

---

<sup>7</sup> I den utredning som Svenskt demenscentrum, på uppdrag av socialdepartementet, genomfört har framkommit att avgränsningen till personer med demenssjukdom inte är möjlig att göra i en eventuell tvångslag. De menar att fokus måste ligga på huruvida personen är beslutskompetent eller inte. I rapporten föreslås att begreppet allvarlig kognitiv störning används. Se vidare Svenskt demenscentrum, *FÖR VEMS SKULL? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, s. 1.

<sup>8</sup> SOU 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom* s. 477

<sup>9</sup> En intressant aspekt av detta som är värd att nämnas är att delar av offentligrätten faller bort när enskilda aktörer bedriver kommunal verksamhet vilket får återverkningar framförallt på möjligheten till insyn i den verksamhet som bedrivs i särskilda boenden för dementa i privat regi.

<sup>10</sup> O. Petersson, *Den offentliga makten*, 2010, s. 87.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4, *Äldreuppdraget – slutrapport*, s. 27.

## 2. Rättssäkerhet

Eftersom rättssäkerhetsbegreppet är det verktyg som kommer användas i studien för att undersöka demenssjukas rättssäkerhet i vården utreds detta begrepp nedan.

Rättssäkerhet utgör tillsammans med principerna om maktdelning och rättvisa/likhet grundbultarna för rättsordningens legitimitet. Det går inga skarpa linjer mellan begreppen utan snarare överlappar de varandra. Rättssäkerhet är vida omskrivet och det finns ingen entydig definition. Nedan skall några grundläggande delar av rättssäkerhetsbegreppet lyftas fram.

Rättssäkerhet är en grundläggande rättsstatlig princip och brukar därför associeras med begreppet rättsstat.<sup>12</sup> Rättsstatens viktigaste princip är den formella rättssäkerheten som framförallt understryker vikten av förutsägbarhet i samhällslivet. En rättsstat kännetecknas av att maktutövningen följer de rättsregler som beslutats. Rättsskipning och myndighetsutövning skall vara förutsebar med stöd av tillräckligt precisa rättsregler och lika fall skall av myndigheter behandlas lika. Rättsreglerna skapar på så vis ett skydd för den enskilde mot en otillbörlig och godtycklig maktutövning från statsmakten, genom att medborgaren kan kontrollera att utfallet i rättsregeln i realiteten överensstämmer med lydelsen.

Ett ingripande i den enskilde medborgarens liv kan enligt rättsstatliga principer endast ske med stöd av klar och tydlig lag. Den enskilde måste ha rätt till domstolsprövning om han eller hon blivit utsatt för tvångsåtgärder från det allmänna för att en grundläggande nivå av rättssäkerhet skall anses uppfylld. Denna princip har kodifierats i 2 kap. 9 § 2 st. Kungörelse om beslutad ny regeringsform (RF, SFS 1974:152).<sup>13</sup> Fler formella rättssäkerhetsprinciper har kodifierats i den svenska grundlagen däribland 1 kap. 1 § 3 st. RF där det slås fast att den offentliga makten skall utövas under lagarna. Det bakomliggande syftet med den så kallade legalitetsprincipen är att tillförsäkra den enskilde individen grundläggande rättssäkerhet.<sup>14</sup>

Föra att ytterligare kontrollera och förhindra otillbörlig maktutövning och för att stärka legitimiteten i de politiska besluten är det naturligtvis av vikt att de aktörer som handhar maktutövningen gör det under ansvar.<sup>15</sup>

Den formella rättssäkerheten tar fasta på hur besluten fattas, att de kan förutses och kontrolleras och därmed uppfattas som ”korrekta” i formell mening. För att ett beslut skall

---

<sup>12</sup> L. Vahlne Westerhäll, *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, 2007, s. 17 f. och s. 188 – 192.

<sup>13</sup> A. Peczenik, *Vad är rätt?*, 1995, s. 51 ff., s. 90

<sup>14</sup> A. Peczenik, *Vad är rätt?*, 1995, s. 82- 84.

<sup>15</sup> *Ibid.* s. 86.

vara godtagbart i en modern demokrati förutsätts dessutom att det skall vara ett i någon mån ”gott” beslut. Om ett beslut skall kunna betraktas som materiellt rättssäkert krävs således inte bara att det lever upp till kraven på en formell rättssäkerhet. Det krävs dessutom en rimlig avvägning mellan den förutsägbarhet som regeln ger och etiska hänsyn av olika slag.<sup>16</sup>

Det krävs sammanfattningsvis, utöver den formella rättssäkerheten, någon form av politiskt innehåll i rättsreglerna som garanterar en etiskt godtagbar miniminivå för medborgarna för att en fullgod rättssäkerhet skall anses föreligga. I Sverige har grundläggande etiska överväganden kodifierats genom lagstadgade mänskliga fri- och rättigheter.<sup>17</sup>

### 3. Demenssjukdom

Demens<sup>18</sup> är ett syndrom som uppkommer till följd av en hjärnsjukdom som påverkar människans kognitiva funktioner. Det är en progredierande sjukdom och från att initialt röra sig om en lätt kognitiv störning ökar störningarna gradvis till en slutlig grav kognitiv störning där den demente personen har behov av konstant tillsyn.<sup>19</sup> Det finns i dagsläget inget botemedel mot demens men det finns mediciner som bromsar sjukdomsförloppet.

För att bli diagnostiserad som dement krävs en medicinsk utredning som fastställs bland annat med hjälp av DSM IV som är en amerikansk diagnosmanual för klassifikation av psykiska sjukdomar. Enligt DSM-IV krävs en nedsättning av flera kognitiva funktioner;

1. nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt och att minnas vad som tidigare lärts in)
2. minst en typ av följande störningar:
  - \* afasi (språkstörning)
  - \* apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser trots intakta motoriska funktioner)
  - \* agnosi (bristande förmåga att känna igen eller identifiera föremål trots intakt sensorisk funktion)
  - \* störning av exekutiva funktioner (d.v.s. planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt).<sup>20</sup>

För att diagnosen demens skall kunna ställas krävs dessutom att patientens kognitiva funktionsnedsättning inneburit en betydande försämring från en tidigare funktionsnivå samt att tillståndet skall ha varat i mer än sex månader.<sup>21</sup>

---

<sup>16</sup> L. Vahlne Westerhäll, *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950 – 2000, 2004*, s.38.

<sup>17</sup> Ibid. s.36 ff. och A. Peczenik, *Vad är rätt?*, Göteborg, 1995, s. 60 ff.

<sup>18</sup> Enligt nationalencyklopedins översätts det latinska ordet demens närmast med ”förlust av eller utanför förståndet”.

<sup>19</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>, s.156.

<sup>20</sup> <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens/>

I WHO:s klassifikation av sjukdomar, ICD 10, listas ett flertal olika demenssjukdomar där de två grupper som är relevanta för studien återges i det följande.<sup>22</sup>

Till *de primärdegenerativa demenssjukdomarna* hör sjukdomen Alzheimers vilken utgör cirka 40 procent av demenssjukdomarna i Sverige. Alzheimers sjukdom visar sig främst genom kognitiva störningar i form av minnesförlust, svårigheter att uttrycka sig, svårigheter att känna igen, svårigheter att utföra praktiska handlingar och svårigheter att orientera sig rumsligt. Tidiga symptom är oro, depression och misstänksamhet. I slutet av sjukdomsförloppet kan personen inte längre tala, äta, klä sig eller klara personlig hygien. Till samma grupp hör den så kallade frontallobsdemens vilken drabbar hjärnans pann- och tinninglober som framförallt påverkar personens emotionella funktioner. Minnesfunktionerna behöver inte påverkas av sjukdomen. Tidiga symptom är personlighetsförändring, försämrad koncentration och kommunikationsförmåga. Ett fortsatt sjukdomsförlopp leder till labilitet, förlust av hämningar, bristande omdöme och insikt.

*Vaskulära demenssjukdomar* orsakas av små eller stora proppar som ger upphov till infarkter i hjärnan. Symtomen varierar beroende på var i hjärnan infarkten är lokaliserad och sjukdomsutvecklingen består av en stegvis försämring. Personens förmågor kan under korta tider växla, från att vara helt självgående till att behöva hjälp med i stort sett allt.<sup>23</sup>

I samband med demenssjukdom är konfusionstillstånd, vilket härrör från en störning i hjärnan och är ett akut förvirrings- eller deliriumliknande tillstånd, vanligt förekommande. Symtomen består i att medvetandet påverkas starkt och att personen inte kan hålla samman eller isär upplevelsen av sin egen person, tankar och omgivning. Konfusion utlöses ofta av att den demenssjuke utsätts för stress. Det är ett tillfälligt tillstånd som till skillnad från demens kan botas.<sup>24</sup>

## 4. Den historiska utvecklingen

### 4.1 Bakgrund

Nedan presenteras en övergripande historik över hur omsorgen om dementa och demensvårdens reglering har vuxit fram, och vilka rättssäkerhetsbrister som uppmärksammats

---

<sup>21</sup>ibid.

<sup>22</sup><http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>,<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

<sup>23</sup>ibid.

<sup>24</sup><http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3224/4031.pdf?objectId=7311>

under tiden. Detta syftar till att öka förståelsen för dagens regelverk som kommer behandlas i studien.

Ansvar för de som inte själva kunde försörja sig; de äldre, de fattiga och de psykiskt sjuka låg i Sveriges tidiga historia på familjen. Under 1800-talet förflyttades ansvaret över dessa grupper till kommunerna och behövande individer inhystes därför i kommunala fattiggårdar. Ingen särskild vård gavs på fattiggårdarna, det rörde sig om förvaring i trånga och smutsiga boenden. 1947 beslöt riksdagen att äldrevården helt skulle skiljas från fattigvården. Syftet bakom beslutet var att man ville motverka den sammanblandning av fattigvård, psykvård och äldrevård som förekommit.<sup>25</sup>

Medan de äldres situation successivt förbättrades under 1900-talets första hälft var situationen för de psykiskt sjuka praktiskt taget oförändrad. De stora mentalsjukhusens tid präglade Sveriges vård om de sinnessjuka en bra bit in på 1900-talet. Man såg det som nödvändigt att med tvång avskilja de psykiskt sjuka från resten av samhället till skydd för dem själva men också för att skydda samhället och familjerna från de krävande individerna. De förvarades därför inlåsta och isolerade från resten av samhället.<sup>26</sup>

Decennierna efter andra världskriget präglades av en växande välfärd. Den allmänna standardhöjningen gjorde att kraven på vårdinrättningarna ökade vilket fick till följd att de äldres tillvaro förbättrades. I den expanderande välfärden växte sig staten starkare och centraliseringstendenser dominerade där kommuner och landsting styrdes av detaljerade instruktioner från statligt håll. Centrala ämbetsverk utövade tillsyn och såg till att politiken genomdrevs snabbt och effektivt i kommunerna. Kommunerna expanderade i takt med ökade arbetsuppgifter och landstingens ansvarsområde utökades bland annat genom att de fick överta huvudmannskapet över den slutna psykvården på 1960-talet. Den så kallade kommunaliseringen ledde till att kommuner och landsting i stort fick överta ansvaret för de nya välfärdstjänsterna.<sup>27</sup>

## 4.2 Demensvården växer fram

Problematiken kring det vi i dag kallar demenssjukdomar uppmärksammades förhållandevis sent. En orsak till detta är att det inte fanns någon kunskap om demens tidigare och att de dåvarande dementa därför inte särskilde sig från ”sinnessjuka” eller förvirrade äldre. En ytterligare orsak är att demenssjukdom i regel debuterar först efter 50 års ålder och att det är

---

<sup>25</sup> Å. Elmér, *Från fattigsverige till välfärdsstaten*, femte upplagan, 1972, s. 48.

<sup>26</sup> L. Holgersson, *Socialpolitik och socialt arbete: historia och idéer*, 2004, s. 27.

<sup>27</sup> O. Petersson, *Den offentliga makten*, 2010, s. 87.

ett historiskt nytt fenomen att en så stor andel av befolkningen i Sverige når så hög ålder som vi gör idag. Från att ha förekommit i en mindre utsträckning har demenssjukdomarna kommit att utgöra en av vår tids stora folksjukdomar.<sup>28</sup>

Kunskapen om de olika demenssjukdomarna var mycket begränsad innan 1950-talet. Det förekom inga utredningar och ingen särskiljning mellan olika demenssjukdomar. Sjukdomarna ansågs obotliga och ingen behandling av de sjuka förekom. Precis som idag vårdades dementa under sjukdomens initiala fas ofta av närstående i hemmet eller med åldringar på sjukhem. Omhändertagandet av dementa var på den tiden ofta bristfälligt. Det otillräckliga omhändertagandet fick i takt med sjukdomens framskridande ofta till följd att patienterna utvecklade konfusionstillstånd vilket i sin tur föranledde akuta intagningar på mentalsjukhus eftersom ingen anhörig hade möjlighet att ta hand om den konfusoriska personen. I regel var den enda insatsen dämpande mediciner och i många fall förvarades patienten på mentalsjukhuset fram till sin till död.<sup>29</sup>

I början av 1980-talet fanns fortfarande de flesta personer med svårare fall av demenssjukdom inom landstinget, antingen på mentalsjukhus eller inom den somatiska långvården. Ett stort antal demenspatienter var tvångsinskrivna med stöd av den dåvarande lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV, SFS:1966:293). Demenssjuka personer kunde också bli placerade i kommunala vårdinrättningar. Det fanns således två huvudmän för vården av dementa. Situationen möjliggjorde ett runtflyttande av de tunga och besvärliga patienterna, vilket också gjordes i stor utsträckning.<sup>30</sup>

När mentalsjukhusen på 70- och 80- talen utvecklades ökade insikten om problemen med de demenssjuka och den otillräckliga och olämpliga omvårdnaden blev föremål för en offentlig debatt.<sup>31</sup>

## 4.3 Demensvården under 1980 talet

### 4.3.1 Ny epok inom socialpolitiken

Den omvälvning av värderingar som ägde rum inom socialpolitiken under 1960- och 1970-talen ledde under 1980-talet till ny lagstiftning i Sverige. Detaljstyrningar från statligt håll ersattes av målformuleringar och kommunerna gavs stor frihet att organisera och genomdriva

---

<sup>28</sup> <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3222/4029.pdf?objectId=7309>

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> SOU 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*, s. 243.

<sup>31</sup> <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3222/4029.pdf?objectId=7309>

politiken i sina verksamheter.<sup>32</sup> Både Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) trädde i kraft 1982.

Socialtjänstlagen föregicks av ett drygt tioårigt förberedande arbete och kom att inleda en ny epok i den svenska socialpolitiken. En ny människosyn hade växt fram där helheten kring människan betonades vilket också skulle bli utmärkande för den nya socialtjänsten. Man skulle se till individens hela sociala miljö och samlade lösningar på individernas problem förespråkades. All vård och behandling med stöd i SoL skulle nu ske i frivilliga former med respekt för människors självbestämmande och integritet. Av lagens portalparagraf framgick att socialtjänsten skulle vila på demokratin och solidaritetens grund, främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.<sup>33</sup>

Kommunerna fick ett lagstadgat ansvar för socialtjänsten inom sitt område och hjälpbehövande fick med den nya socialtjänstlagen rätt till bistånd för sin försörjning och sin levnadsföring i övrigt. Den enskilde skulle genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och fick rätt att hos länsrätten överklaga socialnämndens beslut i fråga om rätt till bistånd. Socialnämnden fick ett lagstadgat ansvar att verka för att äldre människor skulle få möjlighet att leva och bo självständigt och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.<sup>34</sup>

I förarbetena till SoL berör socialberedningen frågan om de ”senildementa” och bedömde att de skulle öka i antal samt att tillsynen och omvårdnaden om denna grupp bör kunna ordnas i lugna och hemlika miljöer i mindre institutioner utan alltför stora kostnadsanspråk. Socialutredningen föreslår att sjukvårdshuvudmannen skall ansvara för att de dementa får en för dem anpassad vård. Det understryks också ett behov av forskning kring gruppen dementa och att metoder för vård och behandling utvecklas.<sup>35</sup>

Liksom Socialtjänstlagen var den nya hälso- och sjukvårdslagen som ersatte den tidigare sjukvårdslagen (1962:242) en målinriktad ramlag. Det övergripande målet var en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skulle vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet, vara lättillgänglig samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> O. Petersson, *Den offentliga makten*, 2010, s. 84.

<sup>33</sup> Prop. 1979/80:1, *Regeringens proposition om socialtjänsten*, s. 1 ff.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Ibid. s. 291 ff.

<sup>36</sup> Prop. 1981/82:97, *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 1 ff.

Socialstyrelsen utkom 1980 med kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård, däribland ålderdomshem. I föreskrifterna framgick bland annat att sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning inte fick användas för att hålla kvar patienter i sängen och att sele och liknande anordningar som skulle hindra uppesittande patienter från att falla inte fick användas utan läkarordination. Det framgick vidare att dessa åtgärder aldrig fick användas för att fasthålla en orolig patient. Socialstyrelsen framhöll också vikten av att personal med lämplig utbildning finns i tillräcklig omfattning för att ge patienterna adekvat vård och övervakning. På så vis skulle man motverka situationer då tvångsmedel annars kunnat aktualiseras.<sup>37</sup>

#### 4.3.2 Frågan om tvångslag aktualiseras

Att tvångsvården kunde mönstras ut ur både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen motiverades i förarbetet till SoL med att det fortsättningsvis inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen fanns möjlighet att tillgripa tvång genom LSPV. Som tidigare påpekats var tvångsingripanden mot dementa enligt denna lag vanligt förekommande. Det var däremot ingen bra lösning varken för de demenssjuka eller för personalen eftersom vården var otillräcklig och snarare förvärrade situationen.<sup>38</sup>

Mot bakgrund av den uppmärksammat bristande rättssäkerheten för personer med demenssjukdom föreslogs i Socialberedningens betänkande<sup>39</sup> från 1984 införandet av en lag om skydd för vissa åldersdementa.<sup>40</sup> Beredningen ansåg att det fortfarande var för många dementa personer som vårdades på mentalsjukhus med stöd av LSPV vilket inte var i enlighet med lagens syfte. Det ansågs angeläget att skilja de dementa från personer med andra psykiska störningar och en målsättning med den föreslagna tvångslagen var att den skulle bidra till särskiljandet.

De dementa borde istället vårdas i hemlika institutioner nära deras hemmiljö. Dessa institutioner borde få möjlighet att i specifika situationer tillfälligt förhindra patienten att lämna institutionen. Ett sådant ingripande kräver uttryckligt stöd i lag menade

---

<sup>37</sup> SOSFS 1980:87.

<sup>38</sup> Prop. 1979/80:1, *Regeringens proposition om socialtjänsten*, s. 148 ff.

<sup>39</sup> Betänkandet rörde den översyn över hela lagstiftningen om psykiskt sjuka personer som ägde rum i början av 1980 talet och utmynnade i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, SFS 1991:1129).

<sup>40</sup> SOU 1986:64, *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten* och Prop. 1990/91:58, *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.* s. 67.

socialberedningen. Det skulle klart framgå vilka tvångsåtgärder som var tillåtna och under vilka förutsättningar.

Lagen skulle omfatta personer med åldersdement beteende och skulle bara kunna tillämpas på vissa speciella institutioner så som sjukhus och sjukhem inom den offentliga hälso- och sjukvården samt grupphem inom den offentliga omsorgen. Den enda tillåtna tvångsåtgärden skulle vara att tillfälligt hindra den som saknade orientering i tid och rum från att lämna institutionen utan uppsikt, om det annars skulle finnas betydande fara för att han skulle komma att allvarlig skada sig själv eller andra. Syftet med lagförslaget var att öka rättssäkerheten för patienterna.<sup>41</sup>

Det rådde dock delade meningar om huruvida en tvångslag skulle införas. JO, Norell Söderblom anförde i ett ärende att det var förbjudet att låsa in dementa personer. Bakgrunden var att en dement kvinna blivit inlåst i sitt hem eftersom hon inte kunde behärska den teknik som bestod av skyddskåpor över låset på ytterdörren. JO ansåg att det var ett brott mot de mänskliga fri- och rättigheterna eftersom tvångsanvändandet saknar stöd i lag. Han var emellertid inte för införandet av en tvångslag:

”Enligt min mening skulle en sådan lagstiftning komma att stå i uppenbar strid med målen för socialtjänsten. Insatserna inom äldreomsorgen skall utformas så att ett ökande behov av vård och omsorg för de äldre skall kunna tillgodoses med en bibehållen integritet och självbestämmanderätt för dem. En tvångslagstiftning skulle innebära en risk för att det utvecklingsarbete som pågår i kommunerna allvarligt begränsas.”<sup>42</sup>

Socialberedningens förslag om att införa en speciell tvångslag för dementa personer från 1984 antogs inte. De lagar som mot bakgrund av förslaget antogs var lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, SFS 1991:1129) och frågan om tvångsanvändande i förhållande till dementa personer förblev oreglerad.

Departementschefen anförde;

”Mitt ställningstagande innebär att man liksom hittills får falla tillbaka på allmänna regler och principer vid bedömningen av i vilken utsträckning tvång i olika former får förekomma beträffande här aktuella kategorier. Jag vill tillägga att det utvecklingsarbete som pågår beträffande vården av senildementa med t.ex. dagvård för gemenskap och aktivitet samt nya boendeformer också berörs av försök att finna olika tekniska arrangemang som ger vårdpersonalen möjligheter att vid behov ingripa med hjälp och stöd utan att använda inlåsning eller liknande förfarande. Det bör kunna förutsättas att man efter hand når fram till personalorganisatoriska och tekniska lösningar som gör att

---

<sup>41</sup>Ibid. och Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård*, m.m. s. 77 ff.

<sup>42</sup>JO:s ämbetsberättelse 1989/90 s. 212.

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.”<sup>43</sup>

Eftersom det konstaterats att tvång utan stöd i lag strider mot grundlagen uppmanas vårdpersonalen till restriktivitet i fråga om tvångsanvändande.

Ett av de främsta argumenten för att införa en tvångslag hade varit att skilja vården av dementa från de psykiskt sjuka, vilket man i förarbetena menade redan var delvis åtgärdat. Vidare motiveras beslutet att inte anta lagen med att demenspatienter i mindre utsträckning vårdas inom psykiatrin, att insikter om närmiljöns betydelse och de negativa effekterna av att dementa personer sitter på mentalsjukhus med psykiskt sjuka har ökat och att utvecklingen med all säkerhet kommer fortsätta och bör stimuleras.<sup>44</sup>

Man betonar i förarbetena att det är förenat med mycket stora svårigheter att utforma en tillfredsställande reglering på området. Det är oklart vilken personkrets som skulle omfattas av lagen och vid vilka institutioner beslut om tvång får fattas. Dessutom befaras praktiska problem uppstå då en låst dörr hindrar inte bara de dementa personerna utan också andra som vistas på enheten.<sup>45</sup>

I förarbetena till LPT framgår att ”Syftet med förslagen är att anpassa lagstiftningen på området till den utveckling mot en starkt begränsad användning av tvångsåtgärder som ägt rum inom psykiatrin särskilt under det senaste decenniet”.<sup>46</sup> Patientens egna vårdbehov skall vara utgångspunkten för alla tvångsingripanden och ändamålet med tvångsvården är att patienten blir i stånd att frivilligt medverka till fortsatt vård. En ökad rättslig kontroll var ett viktigt inslag i reformen, där begränsade vårdtider och möjligheter till domstolsprövning infördes med LPT. En ökad reglering av det tvång som får användas under vårdtiden infördes också. Rättssäkerheten för den psykiskt sjuka stärktes således.

I förarbetena till LPT framgår att dementa kan komma att tvångsomhändertas med stöd av LPT, men endast i situationer då sjukdomen lett till så allvarlig förvirring att den betraktas som en allvarlig psykisk störning. Den utveckling som i och med den nya regleringen ägt rum påverkade således inte situationen för den stora gruppen dementa då de i normalfallet inte var tänkta att omfattas av den nya lagen om psykiatrisk tvångsvård.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Prop. 1990/91:58, *Om psykiatrisk tvångsvård*, m.m. s. 81.

<sup>44</sup> Ibid. s. 79.

<sup>45</sup> Ibid. s. 77-82.

<sup>46</sup> Prop. 1990/91:58, *Om psykiatrisk tvångsvård*, m.m. s. 1 ff.

<sup>47</sup> Ibid.

## 4.4 Demensvård under 1990 talet

### 4.4.1 Organisatoriska förändringar

Under den ekonomiska krisen som ägde rum under 1990 talet i Sverige blev statsmakten återigen tydlig. Kommuner och landsting gavs genom den nya kommunallagen (SFS 1991:900) ökad frihet att besluta hur deras nämndorganisation skulle utformas samt i vilken form deras verksamheter skulle bedrivas. Samtidigt ålades kommunerna krav på att ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet under en tid då de ekonomiska betingelserna blev allt svårare.<sup>48</sup> Under samma tid expanderade också kommunernas verksamhet kraftigt då de gavs ett större ansvar över välfärdstjänsterna, bland annat i och med ädelreformen. I takt med nedskärningar och besparingar samt ett statligt beslut om kommunalt skattestopp begränsades kommuners reella möjlighet att besluta hur deras verksamheter skulle bedrivas.<sup>49</sup>

Ädelreformen trädde i kraft 1992 och fick stor betydelse för organisationen av demensvårdens liksom för övrig äldrevård. Bakgrunden till reformen var att det delade huvudmannskapet mellan kommuner och landsting skapat stora samordningsproblem där det var oklart vem som ansvarade för vad.

Den gamla ”långvården” som kommit att symbolisera en medikaliserad och undermålig äldreomsorg skulle fasas ut. Landstinget som under lång tid ansvarat för hälso- och sjukvården i Sverige hade en utpräglad medicinsk inriktning vilket avspeglat sig i vården av både psykiskt sjuka och äldre med somatiska och sociala besvär.

Med ädelreformen skulle det bli ~~ett~~ huvudmannskap för äldreomsorgen med ett socialt perspektiv i fokus, där ett bra boende, sociala kontakter och stöd i vardagen blev det centrala. Kommunen övertog landstingets drift av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård och fick därmed det samlade ansvaret för långvarig service, vård och omsorg om de äldre vilket innebar att kommunerna fick ett hälso- och sjukvårdsansvar de tidigare inte haft. Äldrevården gick därmed från den medicinska disciplinen till den socialvårdande. Endast läkarinsatserna kvarstod under landstingets huvudmannskap.

En drivkraft bakom genomförandet av ädelreformen var att äldreomsorgen skulle effektiviseras. Med ökad effektivitet och produktivitet och ett bättre utnyttjande av samhällets resurser, snarare än ökade resurser, skulle äldrevårdens ökade behov hanteras.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Prop. 1990/91:117 om en ny kommunallag, s. 3 ff.

<sup>49</sup> O. Petersson, *Den offentliga makten*, 2010, s. 83 f.

<sup>50</sup> Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2, *Ädelreformen slutrapport*, 1996, s. 7-11, 19 ff. och 75 f.

Socialstyrelsen skriver i sin slutrapport att ädelreformen inte inneburit att alla dess målsättningar har förverkligats. De dementa vårdas i betydligt mindre omfattning inom landstingets psykiatri eller akutsjukvård och målet att motverka rundflyttningen av äldre har därmed haft framgång. Förutsättningarna för en god social äldreomsorg är dock långt ifrån uppfyllda inom kommunens särskilda boenden. Långt ifrån alla kommuner har kunnat möta det ökade vårdbehov av både medicinsk- och omvårdnadskaraktär som belastat deras verksamheter sedan ädelreformen genomfördes. Samarbetsproblemen mellan de olika huvudmännen har inte heller undanröjts. Läkarna har fått en mer perifer roll i äldrevården efter ädelreformen vilket har fått till följd att den medicinska kvaliteten i förhållande till den enskilde har försämrats.<sup>51</sup> Kritik har riktats mot att reformen lett till att den kunskap som långvårdsläkare och geriatriker förvärvat med åren inte längre utnyttjas inom äldrevården.<sup>52</sup> Socialstyrelsen påtalar att läkaren fortsatt måste ansvara för den enskildes medicinska vård och att det måste finnas tydliga samarbetsöverenskommelser mellan de särskilda boendena och sjukvårdshuvudmännen. Ansvaret för en sjukvård med god kvalitet upphör inte för att patienten flyttar från sjukhuset till det särskilda boendet.<sup>53</sup>

#### 4.4.2 Frågan om tvångslag aktualiseras återigen

År 1992 utkom socialstyrelsen med *allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad*. I de allmänna råden framgår 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. Det framhålls dock att nödrätten inte får ligga till grund för rutinmässiga ingripanden.<sup>54</sup>

År 1997 kompletteras de allmänna råden med föreskrifter om individuella larm.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd var, i brist på lagstöd, det kommuner och landsting hade som kvasirättslig grund i utformandet av rutiner och riktlinjer för verksamheterna.

---

<sup>51</sup>På många håll var man inom läkarkåren negativt inställd till hur situationen utvecklades i och med ädelreformen. Läkarkårens inställning verkar dock kluven i förhållande till äldrevården där man å ena sidan menar man inte ges tillräckliga resurser eller befogenheter för att kunna komma till sin rätt men å andra sidan verkar många läkare ha ett ganska svagt intresse för äldresjukvården, som alltså lider av en "lågstatusstämpel" inom läkarkåren.

<sup>52</sup> Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2, *Ädelreformen slutrapport*, Stockholm 1996, s. 78.

<sup>53</sup>Ibid. s. 10 ff. och 63 f.

<sup>54</sup>SOSFS 1992:17.

1999 utkom socialstyrelsen med en rapport angående skyddsåtgärder inom äldreomsorgen vilken belyser det faktum att samma problematik som tidigare kännetecknat demensvården kvarstod. Sammanfattningsvis framkom;

- att det är relativt vanligt att hela enheter är låsta på ett sådant sätt att det i realiteten är omöjligt för vissa av de boende att själva ta sig ut,
- att skyddsåtgärder ibland används på ett sådant sätt att de strider mot lag,
- att det förekommer att ansvariga överväger att minska personalantalet med hjälp av skyddsåtgärder som lås och larm,
- att det finns brister i personalens kunskap om regler för användandet av skyddsåtgärder
- att det finns risk för skador vid användandet av t.ex. sänggrindar och sele,
- att personalens kompetens och attityder påverkar hur och hur ofta skyddsåtgärder används samt
- att kvalitetssystem inom verksamhetsområdet behöver utvecklas.<sup>55</sup>

#### 4.5 Demensvården under 2000 talet

Mot bakgrund av Socialstyrelsen rapport från 1999 tillsatte Socialdepartementet år 2002 en utredning där de framhöll att;

”Regeringen bör tillsätta en särskild utredning med uppgift att överväga och ta ställning till om det fordras en särskild lagstiftning som gör det möjligt att vidta tvångsåtgärder efter noggrann prövning, etiska principer och då alla andra frivilliga utvägar prövats. En sådan lagstiftning skulle minska det tvång som förekommer inom demensvården.”<sup>56</sup>

Regeringen beslutade år 2005 att inleda en utredning angående behovet av skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer med demenssjukdom. Denna resulterade i betänkandet; *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården* som innehöll *förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall* samt *förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall*.<sup>57</sup>

Huvudmotiven bakom en lagreglering var;

- Ett förstärkt skydd och ökad rättssäkerhet för den enskilde med nedsatt beslutsförmåga och dennes närstående,
- Minskad användning av tvångs- och begränsningsåtgärder,
- En ökad trygghet för personalen som i sitt arbete måste besluta om hur vården och omsorgen praktiskt ska genomföras samt

<sup>55</sup> Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen, Äldreuppdraget 1999:7, s.5 f.

<sup>56</sup> Ds 2003:47, På väg mot en god demensvård – samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga, s. 28.

<sup>57</sup> Svenskt demenscentrum, FÖR VEMS SKULL? Om tvång och skydd i demensvården, s. 14.

- Att nuvarande brist på lagstiftning strider mot regeringsformen och Europakonventionen om mänskliga rättigheter.<sup>58</sup>

Lagförslaget har i dagsläget inte utmynnat i några åtgärder på grund av den kritik som framhölls av remissinstanserna.<sup>59</sup> Socialdepartementet beslutade i juli 2009 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 som ett underlag i det fortsatta arbetet med att ta fram en lagstiftning på området. Målsättningen med uppdraget var att behovet av tvångs och skyddsåtgärder skulle minska genom en upplysning om beprövade metoder för vård och omsorg om demenssjuka.<sup>60</sup>

Den 15 juni 2010 drog Socialstyrelsen tillbaka *kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård*<sup>61</sup> och *föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad*.<sup>62</sup> Motiveringen bakom beslutet att dra tillbaka föreskrifterna var att de var föråldrade och inte har stöd i dagens lagstiftning.<sup>63</sup>

#### 4.6 Sammanfattning av den historiska utvecklingen

Demensvårdens historiska utveckling innebär att ansvaret över de dementa har gått från att ha varit familjens, till att de vårdats tillsammans med övriga i samhället utsatta grupper och i stor utsträckning inom mentalvård eller landstingens sjukvård och slutligen har kommunerna fått överta ansvaret vilket har lett till att demensvården numera har en stark socialvårdsprägel och de medicinska inslagen har fått en undanskymd plats.

Lagstiftningen har gått från att vara icke existerande till att i stor utsträckning tillåta tvång och med SoL vända riktning och istället utesluta tvånget. Frågan om behovet av en tvångslag för gruppen dementa har utretts vid ett flertal tillfällen men inte genomdrivits med motiveringen att vården rör sig från tvång mot frivillighet och självbestämmande.

Under 1990 talet började kommunernas ekonomi bli ett allt större problem och omfattande nedskärningar inom äldreården och demensvården företogs. Färre personer får beviljad plats på särskilda boenden och de som flyttar in har större vårdbehov samtidigt som nedskärningar i

<sup>58</sup> Ibid. s. 85.

<sup>59</sup> Se avsnitt 8.4.

<sup>60</sup> Svenskt demenscentrum, *FÖR VEMS SKULL? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, s.19.

<sup>61</sup> SOSFS 1980:87.

<sup>62</sup> SOSFS 1992:17 med ändring i SOSFS 1997:16.

<sup>63</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/foreskriftupphavande>

personalgrupperna genomförs. Under slutet av 1990 talet och början av 2000 talet har rättssäkerhetsbrister för gruppen dementa uppmärksammats vid ett flertal tillfällen vilket föranlett att frågan om tvångslag återigen är under utredning.

De argument som anförs för och emot en tvångslag bestå i stor utsträckning av att de som är för sätter rättssäkerheten främst och de som är emot menar att det viktigaste är att det finns personal och en god omsorg. Dessa värden behöver emellertid inte nödvändigtvis utesluta varandra.

## DEL II DEMENSVÅRDENS SAMHÄLLELIGA OCH RÄTTSLIGA KONTEXT

### 5. Demensvården

#### 5.1 Förvaltningsrättsliga utgångspunkter

Nedan presenteras en schematisk översikt av organisation, aktörer och yrkesgrupper som är aktuella inom demensvården samt något om deras ansvar för vården om dementa. Det är en omfattande organisation och för att kunna belysa grundläggande rättssäkerhetsaspekter krävs en viss förförståelse i dessa frågor.

Den förvaltningsrättsliga utgångspunkten är att statliga och kommunala förvaltningsmyndigheter enligt 1 kap. 8 § RF ansvarar för driften av den offentliga förvaltningens verksamheter. Staten<sup>64</sup> delegerar befogenhet att genomdriva förvaltningspolitiken åt kommuner och landsting och ålägger samtidigt obligatoriska uppgifter genom överlämnandet av förvaltningsuppgifter, däribland den kommunala socialtjänsten och landstingens hälso- och sjukvård. Speciellt för den offentliga förvaltningen är rätten att utöva makt över medborgarna. I sin mest extrema form tar den sig uttryck genom möjligheten att med stöd i lag besluta att frihetsberöva eller tvinga enskilda individer. Rör det sig om maktutövande av, för den enskilde individen, ingripande karaktär är det oftast fråga om

---

<sup>64</sup>Förhållandet mellan stat och kommun har länge präglats av spänningar mellan å ena sidan det kommunala självbestämmandet och å andra sidan staten som delegerar makt och ålägger skyldigheter.<sup>64</sup> I 14 kap. 3 § RF föreskrivs att den kommunala självbestämmanderätten inte bör inskränkas mer än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Däremot kan man konstatera att det kommunala självstyret i grunden är begränsat i och med statens lagstiftningsmakt, delegationsmakt, samt finansmakt. Kommunerna har en begränsad rätt att ta ut skatt för att finansiera sin verksamhet och erhåller stöd från staten (statsstöd) för att täcka kostnaderna. Kommunerna beslutar hur verksamheten skall bedrivas, men har som nämnts krav från statligt håll att tillgodose enskildas rättigheter. Se vidare; L. Vahlne Westerhäll, *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Norstedts Juridik AB, Stockholm 2002, s.29.

myndighetsutövning. I 12 kap. 4 § RF finns lagstödet för att förvaltningsuppgifter kan överlämnas till kommuner. Innefattar uppgiften myndighetsutövning, får överlämnande ske endast med stöd i lag.

Innebörden av begreppet myndighetsutövning är inte helt klargjord men en ofta använd hänvisning är till den definition av begreppet som framgår ur förarbetena till den gamla förvaltningslagen;

”myndighetsutövning mot enskild, dvs. när myndighet utövar befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande.[...]Det rör sig om beslut eller åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna och att den enskilde befinner sig i ett beroendeförhållande gentemot myndigheten”<sup>65</sup>

Vid myndighetsutövning har lagstiftaren valt att stärka den enskilde individens rättssäkerhetsskydd, bland annat genom bestämmelser i förvaltningslagen (FL, SFS1986:223)<sup>66</sup>. Tjänstemän i förvaltningen har dessutom underkastats straffrättsligt ansvar<sup>67</sup> under myndighetsutövning och den enskilde individen kan utkräva skadestånd från staten eller kommunen ifall hon lidit skada på grund av fel eller försummelse vid myndighetsutövning.<sup>68</sup> Om beslutet eller åtgärden är till den enskildes nackdel är det i regel möjligt att överklaga genom förvaltningsbesvär.<sup>69</sup>

Exempel på myndighetsutövning inom socialtjänsten är beslut om olika former av bistånd och stödåtgärder samt tvångsåtgärder enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, SFS 1988:870) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU, SFS (1990:52). Rådgivande och kurativa funktioner inom socialtjänsten faller utanför begreppet myndighetsutövning. Inom hälso- och sjukvården är myndighetsbegreppet än mer oklart. Vissa åtgärder är dock uppenbar myndighetsutövning som t.ex. olika beslut om tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården med stöd av LPT. Själva vårduppgifterna och de beslut som sker utifrån enbart medicinska indikationer torde mera sällan vara att anse som myndighetsutövning.<sup>70</sup>

---

<sup>65</sup> Prop. 1971:30, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar*, m.m. s. 285, 330 ff.

<sup>66</sup> Vid myndighetsutövning har parter rätt att få del av de uppgifter som tillförts ärendet, (16 och 17 §§ FL), slutliga beslut måste motiveras och den enskilde skall underrättas och få tillfälle att yttra sig. Besvärshänvisning skall också framgå. (20, 21 §§ FL). Om den enskilde vill lämna uppgifter muntligt i ett ärende som avser myndighetsutövning, skall han få tillfälle till det, om det kan ske med hänsyn till arbetets behöriga gång. (14 § FL).

<sup>67</sup> BrB 20 kap. 1 §. Begreppet myndighetsutövning har inte exakt samma innebörd i de olika författningarna.

<sup>68</sup> Skadeståndslagen (SFS 1972:207) 3 kap. 2 §.

<sup>69</sup> A. Bohlin, W. Warnling – Nerep, *Förvaltningsrättens grunder*, andra upplagan, 2009, s. 65.

<sup>70</sup> Prop. 1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet, s. 21 ff.

Den offentliga förvaltningen utgörs dock inte bara av myndighets- eller maktutövning utan också av den *faktiska verksamhet* som består av att tillhandahålla medborgarna den service som de genom bland annat socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen garanteras.<sup>71</sup>

## 5.2 Demensvårdens aktörer

Efter ädelreformen<sup>72</sup> övergick ansvaret för hälso- och sjukvården<sup>73</sup> på äldreboenden till kommunernas socialtjänst. All sjukvård i form av sjuksköterskeinsatser, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskevård för dementa på de särskilda boendena ligger under kommunalt huvudmannaskap.<sup>74</sup>

Landstingets ansvar omfattar, i enlighet med 3 § 1 st. HSL, inte den hälso- och sjukvård som erbjuds på demensboenden utan enbart den läkarkontakt som förekommer samt vid förskrivning av medicin åt de boende.<sup>75</sup> Kommunen skall enligt 24 § HSL tillse att det inom varje verksamhetsområde finns en sjuksköterska som ansvarar för patienternas säkerhet (MAS). All personal på boendena är anställda av kommunen.

Kommunen svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver enligt 2 kap 1 § och 2 kap. 2 § 1 st. SoL. Kommunen svarar vidare, enligt 5 kap. 5 § SoL för att äldre får goda bostäder och för att inrätta särskilda boendeformer<sup>76</sup> för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd.

Ett särskilt boende tillhandahålls som en form av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Ansökan kan ske muntligen eller skriftligen och eftersom socialnämnden också bedriver en uppsökande verksamhet, då de i enlighet med 11 kap. 1 § SoL utan dröjsmål skall inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom behöver initiativet till flytten inte komma från den enskilde själv.

---

<sup>71</sup> A. Bohlin, W. Warnling – Nerep, Förvaltningsrättens grunder, andra upplagan, s. 13.

<sup>72</sup> Se avsnitt 4.4.1.

<sup>73</sup> Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

<sup>74</sup> G. Fahlberg, *Socialtjänstlagarna*, 2009, s. 142 ff.

<sup>75</sup> Läkarkontakten har efter Ädel blivit ett perifert inslag i vården av dementa på särskilt boende, se avsnitt 4.4.1.

<sup>76</sup> De särskilda boendeformerna är sjukhem, ålderdomshem, gruppboendestäder och servicehus.

Besluten är politiska och i teorin är socialnämnden beslutsfattare.<sup>77</sup> I praktiken är det dock i regel den enskilde biståndsbedömaren som utreder och fattar beslut med stöd i de delegationsbestämmelser som återfinns i 33, 34 §§ KL.

Utgångspunkten för den socialvård som erbjuds på särskilda boenden är att hjälpa den demenssjuka med daglig service och omvårdnad<sup>78</sup> samt med enklare sjukvårdsinsatser<sup>79</sup>.

Den vård och omsorg som tillhandahålls på särskilda boenden anses inte innefatta någon myndighetsutövning, utan betraktas som en del i den faktiska verksamheten som det allmänna erbjuder. Vanligen består ett särskilt boende av ett antal lägenheter där de äldre hyr var sin lägenhet, vanligen av kommunen med eget hyreskontrakt och med egen finansiering av hyran.<sup>80</sup>

### 5.3 Ansvarsfrågor i demensvården

Frågan vem som ansvarar för vården och för att uppmärksammade brister åtgärdas är naturligtvis av stort intresse då rättssäkerhetsfrågor undersöks. Inom all hälso- och sjukvård ansvarar *vårdgivaren*<sup>81</sup> för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen samt säkerställa kvaliteten.<sup>82</sup>

Enligt 6 kap. 7 § KL skall *de kommunala nämnderna* inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De beslut om bistånd som fattas av *socialnämnden* utgör myndighetsutövning och kan därmed bli föremål för ansvarsutkrävande i enlighet med 20 kap. BrB bestämmelser om tjänstefel. Beslutet går också att överklaga till förvaltningsdomstol enligt kap. 16 § 3 st. 1 SoL.

All *hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar i enlighet med 6 kap. § 2 patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659) personligen för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter och kan

---

<sup>77</sup> Kommunerna kan välja att organisera biståndshandläggarens roll på olika sätt. Det vanligaste är att biståndsbedömaren är frikopplad från det särskilda boendet och därmed bara har en beslutsfattande roll. Se exempelvis; Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:4 ISSN 1401-5129, *Biståndshandläggaren – Ett omöjligt uppdrag*, s.6 f.

<sup>78</sup> Hit räknas hygien, på- och avklädning, matintag och övriga aktiviteter som hör vardagen till.

<sup>79</sup> Enklare sjukvårdsinsatser som omplåstring och liknande kräver inget stöd i delegationsreglerna, i 6 kap. PSL, medan uppgifter som kräver kompetens från hälso- och sjukvårdspersonal måste delegeras, såsom behandling med läkemedel eller medicinering.

<sup>80</sup> G. Fahlberg, *Socialtjänstlagarna*, 2009, s. 135 ff.

<sup>81</sup> Med vårdgivare avses i 1 kap. 3 § PSL; statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

<sup>82</sup> 3 kap. 1 § SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

således bli föremål för hälso- och sjukvårdsnämndens återkallelse av legitimation, prövotid eller begränsning av förskrivningsrätt efter anmälan av socialstyrelsen enligt samma lag.<sup>83</sup>

Läkarens ansvar är den fortlöpande medicinska bedömningen och kontakten med den enskilde samt för förskrivning av läkemedel. I MAS ansvar ingår att ytterst svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet. Vidare skall MAS ansvara för att delegeringar och medicinhantering står i överensstämmelse med patientsäkerheten inom demensvården.<sup>84</sup>

I praktiken är det i de allra flesta fall *socialvårdspersonalen*<sup>85</sup> på boendet som skall leva upp till de krav som ställs på verksamheten då de med hjälp av delegering är de som utför den övervägande delen av vården.<sup>86</sup> Eftersom vårdpersonalen inte räknas som hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar de inte personligen för de arbetsuppgifter de utför. De kan följaktligen inte bli föremål för hälso- och sjukvårdsnämndens åtgärder, exempelvis prövotid eller återkallelse av legitimation.<sup>87</sup>

Det ovan sagda innebär att vårdpersonalen ansvarar över vården om de demenssjuka, men att de på grund av att de inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan bli personligen ansvariga på samma sätt vid bristande yrkesutövning trots att de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter med delegation och har krav att tillgodose de äldre en god vård enligt HSL.

Inom socialvården är framförallt Lex Sarah anmälningar den bestämmelse som kan aktualisera någon form av ansvar. Lex Sarah stadgar en skyldighet för personalen att anmäla missförhållanden, men har inte förenats med någon sanktion i det fall att man underlåter att anmäla när det är påkallat. Anledningen till detta sägs vara att syftet med bestämmelsen är att komma tillrätta med missförhållanden och att anmälningsskyldigheten skall vara ett stöd för personal att våga anmäla utan risk för repressalier.<sup>88</sup> Utöver detta återstår förutom det rent

---

<sup>83</sup> Socialstyrelsen fick vid årsskiftet ansvar att i enlighet med 7 kap. PSL anmäla ärenden om återkallelse av legitimation, prövotid eller begränsning av förskrivningsrätt till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd som därefter har att pröva ärendet och besluta i fråga om prövotid eller återkallelse av legitimation då yrkesutövare inom hälso- och sjukvården brustit vid utövningen av sitt yrke. Risken att nämnden beslutar om någon disciplinpåföljd är i praktiken liten. Se vidare Sveriges läkarförbund, *Om jag blir anmäld. Råd och hjälp från Sveriges läkarförbund*, Solna 2002, s. 3.

<sup>84</sup> SOSFS 1997:14, G. Fahlberg, *Socialtjänstlagarna*, Malmö, 2009, s. 142 ff.

<sup>85</sup> Vårdpersonalen har i regel ingen medicinsk utbildning. De kan vara utbildade socionomer, socialpedagoger, eller vårdbiträden. Det är också vanligt förekommande att personal på demensboenden saknar utbildning.

<sup>86</sup> Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får enligt kap. 6 § 3 PSL delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

<sup>87</sup> De innehar ingen yrkeslegitimation, vilket omöjliggör en återkallelse.

<sup>88</sup> Nordström/Thunved. *Nya sociallagarna*, tjugotredje upplagan, 2010, s. 299 f.

arbetsrättsliga<sup>89</sup> ansvaret, det straffrättsliga, där framförallt bestämmelserna om olaga frihetsberövande och olaga tvång kan aktualiseras.

#### 5.4 Socialstyrelsens tillsyn av demensvården

Socialstyrelsen är den statliga myndighet som numera granskar både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall kontrollera att de som bedriver vård och omsorg följer de lagstadgade krav som uppställs, samt att en god kvalitet säkerställs.

Genom tillsynen skall Socialstyrelsen upptäcka och påtala brister som kan påverka säkerheten i vården. Om brister upptäcks skall Socialstyrelsen ställa krav på verksamheterna att åtgärda dessa. Om kraven inte åtgärdas kan Socialstyrelsen enligt 7 kap. 24 och 26 §§ PSL förelägga vårdgivaren att vid vite åtgärda brister, alternativt återkalla tillstånd eller förbjuda fortsatt verksamhet.<sup>90</sup> Det är mycket ovanligt att Socialstyrelsen använder sig av vitesföreläggande.<sup>91</sup>

Mot bakgrund av den uppmärksammade problematiken med inlåsning och bristande bemanning på demensboenden under 2010 genomförde socialstyrelsen oanmälda inspektioner på 94 särskilda boenden för dementa november 2010 i vilken framkom att;

- På 64 % av boendena hade inte personalen sådan uppsikt över enhetsdörren att de kunde se om någon ville lämna enheten.
- På 61 % av boendena förekom det att personalen låste de boendes lägenhetsdörr/enhetens dörr och lämnade enheten obemannad.
- På 62 % av verksamheterna kände inte personalen till om det fanns framtagna rutiner för att hantera lås/inlåsning.[...]
- På 43 % av boendena hade personalen inte möjlighet att ha tillräcklig tillsyn över de boende nattetid.
- På 25 % av boendena sattes inte mer personal in vid tillfällena med hög arbetsbelastning.
- På 40 % av boendena uppgav personalen som intervjuades vid inspektionen att de ansåg att bemanningen inte var tillräcklig för att tillgodose de boendes trygghet och säkerhet nattetid.
- Socialstyrelsens inspektörer gjorde bedömningen att på 58 % av boendena var bemanningen inte tillräcklig för att tillgodose de boendes trygghet och säkerhet nattetid.<sup>92</sup>

Tvångsanvändande är dock inte uteslutande något som förekommer nattetid. Det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder som bälten, selar, brickbord och sänggrindar används för att

---

<sup>89</sup> Vilket innebär att arbetstagare om de missköter sitt jobb alltid riskerar att bli uppsagda.

<sup>90</sup> *Detta är Socialstyrelsen*, art.nr. 2010-6-1, Sjätte upplagan, Västerås 2010, s.6 f.

<sup>91</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/kommunriskerarboterefterbristeriomsorgavgravtfunktionshindrede>.

<sup>92</sup> Socialstyrelsen, 2010-11-17, Sammanställning av oanmäld tillsyn på nationell nivå inom äldreomsorgen med fokus på demensboende, s. 2.

förebygga skador och olyckor bland personer med demenssjukdom även under dagtid. Socialstyrelsen gör bedömningen att en av fyra personer inom särskilt boende utsätts för en begränsningsåtgärd.<sup>93</sup>

Ett ytterligare problem inom demensvården är enligt socialstyrelsen den stora mängd mediciner som föreskrivs åt dementa personer. I många fall är medicineringen förenad med någon form av tvång eftersom det ofta uppstår situationer då de demenssjuka inte vill ta medicin. Socialstyrelsen har påpekat att förskrivningen av läkemedel till äldre länge varit anmärkningsvärt hög och att det fortfarande finns en omfattande förskrivning av psykofarmaka till äldre i särskilda boenden, vilket de menar är oroväckande. Socialstyrelsen påpekar också att det finns stora skillnader mellan och inom kommuner och landsting när det gäller förskrivning av läkemedel vilket visar på en inkonsekvens och en hög grad av godtycklighet i bedömningarna.<sup>94</sup>

Socialstyrelsen bekräftar att det är vanligt att läkare, utan att träffa patienter på demensboende, skriver ut mediciner mot bakgrund av de omständigheter sjuksköterskor och vårdpersonal anfört. Vanligt är också att det råder delade meningar om huruvida lugnande behovsmedicinering bör ges de boende på kvällarna. Nattpersonalen är i många fall för medicinering eftersom det på så vis blir lugnare under natten då det inte finns tillräcklig bemanning, medan dagpersonalen är mot en kontinuerlig behovsmedicinering på kvällarna då medicinen får återverkningar på den demenssjuke under dagen genom ökad trötthet, ökade risker att ramla etcetera.<sup>95</sup>

Socialstyrelsen framhåller att risken för psykiska och fysiska övergrepp mot dementa på särskilda boenden ökar om personalen upplever att arbetsbelastningen är hög och om arbetssituationen är stressande.<sup>96</sup>

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns en rad brister i omvårdnaden av demenssjuka på särskilda boenden. I nästa avsnitt skall det rättsliga regelverk som kringgärdar demensvården utredas för att undersöka på vilket sätt regelverket bidrar till och möjliggör dessa brister.

---

<sup>93</sup> Svenskt demenscentrum, *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, s. 18.

<sup>94</sup> Socialstyrelsen, *Lägesrapport 2010, Vård och omsorg om äldre*, s. 3.

<sup>95</sup> Mailkontakt den 26 april 2011 med Johan Fastbom, ansvarig över läkemedel för äldre på Socialstyrelsen.

<sup>96</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/valdochsexhandel/valdmotaldre>

## 6. Demensvårdens rättsliga reglering

### 6.1 Konstitutionellt skydd för den enskilde

1 kap. 2 § RF stadgar att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilde människans frihet och värdighet. I RF 2 kap. 8 § stadgas vidare att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövanden och i 2 kap. 6 § att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Dessa fri- och rättigheter får enligt 2 kap. 20 § inskränkas endast i den utsträckning som medges i lag. De begränsningar i rörelsefrihet och frihet från påtvingat kroppsligt ingrepp som genom lag kan aktualiseras får enligt 2 kap. 21 § göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Enligt RF 2 kap. 9 § stadgas att den som omhändertas tvångsvis, skall kunna få omhändertagandet prövat av domstol eller därmed likställd nämnd utan oskäligt dröjsmål.

I nuläget finns ingen tvångslag som rättfärdigar ingripanden mot demenssjuka varför det är relevant att titta närmare på innebörden av de aktuella grundlagstadgandena *påtvingat kroppsligt ingrepp* och *frihetsberövande*.

Begreppet *påtvingat* definieras inte direkt i förarbetena. Att ingrepp som företas med fysiskt våld eller hot om våld är *påtvingade* är självklart. Det finns dock stora frågetecken kring vilka situationer begreppet innefattar.<sup>97</sup>

Uttrycket *kroppsligt ingrepp* avser främst våld mot människokroppen men innefattar ytterligare kroppsliga kränkningar;

Dessutom hänförs hit läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning [...] En ren underlåtenhet kan inte heller anses utgöra ett ingrepp, utan det skall vara fråga om en faktiskt vidtagen åtgärd för att ett sådant skall anses föreligga.<sup>98</sup>

Till kroppsbesiktning kan förutom läkarundersökning också räknas sjukvård i mer allmän bemärkelse.<sup>99</sup> Enligt Rynning torde också olika typer av medicinering, i vart fall om de kan antas medföra påtagliga, invändiga eller utvändiga, kroppsliga förändringar kunna hänföras

<sup>97</sup> En utförlig diskussion angående begreppet påtvingat återfinns i E. Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie*,ustus Förlag AB, Uppsala, 1994, s. 103. Se även avsnitt 7.3 om tvånget.

<sup>98</sup> Prop. 1975/76:209, *Regeringens proposition om ändring i regeringsformen*, s. 147.

<sup>99</sup> SOU 1975:75, *medborgerliga fri- och rättigheter*, bilaga 11, s. 356.

till begreppet.<sup>100</sup> Den övervägande delen av vård- och omsorgsinsatserna som erbjuds på demensboende kan alltså, om de företas mot den enskildes vilja komma att strida mot det skydd 2 kap. 6 § RF garanteras medborgarna.

*Frihetsberövande* innebär enligt förarbetena till RF de fall då någon är fängslad eller genom inspärning, övervakning eller dylikt är faktiskt förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område.<sup>101</sup> Bestämmelsen om frihetsberövande innebär således att det allmänna förbjuds att mot en enskilds vilja föra honom eller henne till eller kvarhålla på ett boende eller en sjukvårdsinrättning utan laga stöd. För att karaktäriseras som ett frihetsberövande räcker det att personen är faktiskt förhindrad att lämna en lokal t.ex. på grund av att hon saknar nycklar till ytterdörren eller har bristande förmåga att behärska den teknik som krävs för att öppna dörren.<sup>102</sup> Enligt JO innebär inlåsning ”vidtagande av sådan särskild åtgärd som syftar till att den äldre på grund av sitt handikapp inte själv skall kunna öppna dörren”.<sup>103</sup> Den inlåsning som sker på demensboenden, där de boende inte har någon möjlighet att själva ta sig ut strider således mot bestämmelsen i 2 kap. 8 § RF.

## 6.2 EKMR och LPT

Artikel 5 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, (EKMR, SFS 1994:1219), stadgar att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet och att ingen får berövas friheten utom i följande fall och i den ordning som lagen föreskriver, varpå ett antal förutsättningar följer där den för studien mest relevanta förutsättningen är; e) när någon är lagligen berövad friheten för att förhindra spridning av smittosam sjukdom eller därför att han är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

I Sverige finns som framgått ingen särskild lag som reglerar tvång i förhållande till de dementa personer som vårdas inom kommunernas särskilda boenden. I förarbetena till dagens LPT uttalas att människor med åldersdement beteende i största möjliga utsträckning bör vårdas i andra former än genom omhändertagande på psykiatriskt sjukhus.<sup>104</sup>

De psykiska sjukdomar som omfattas av 3 § LPT som varandes en allvarlig psykisk sjukdom är i första hand tillstånd av psykotisk karaktär vilket karaktäriseras av störd realitetsvärdering med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring.

<sup>100</sup> E. Rynning, *samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie*, 1994, s. 100.

<sup>101</sup> Prop. 1975/76:209, *Regeringens proposition om ändring i regeringsformen*, s. 52.

<sup>102</sup> Se avsnitt 4.3.2 angående JO:s anförande.

<sup>103</sup> JO:s ämbetsberättelse 1989/90 s. 212.

<sup>104</sup> Prop. 1990/91:58, *Om psykiatrisk tvångsvård*, m.m. s. 79.

Det finns dock en begränsad möjlighet att tvångsvårda dementa personer med stöd av LPT. Enligt förarbeten framgår att då en person till följd av en hjärnskada fått en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron kan ingripanden med stöd av LPT aktualiseras.<sup>105</sup>

”Beträffande demenstillstånd ter det sig rimligt att grava tillstånd där det är uppenbart att höggradiga kognitiva defekter och allmän avtrubning medfört social desorientering bör betraktas som allvarlig psykisk störning. Detta bör gälla oavsett etiologi – Alzheimerstyp, vaskulär demens, demens orsakad av somatisk sjukdom/skada, substansbetingad varaktig demens, demens med multipel etiologi eller demens UNS, för att följa DSM-IV”<sup>106</sup>

I ett rättsfall från länsrätten i Göteborg 2009 beslutades att Göran, då 83 år gammal, uppfyllde kraven för att tvångsvårdas enligt LPT. Chefsöverläkaren anför i yrkande att Göran har vanföreställningar om förföljelse och storhetsidéer samt att han visar tydliga tecken på demenssjukdom men att han inte medverkar till utredning. Själv tycker Göran att han är frisk. Som sakkunnig hörs en överläkare som tillstyrkt chefsöverläkarens ansökan om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård och anför följande; ”Göran Vilhelmsson har förföljelseupplevelser som är färgade av den åldrande hjärnans svårigheter att tolka verkligheten. Det är frågan om en allvarlig psykisk störning som kräver sjukhusvård.”<sup>107</sup>

Det kan tyckas olyckligt att domstolen inte underbygger domslutet med argument utan endast konstaterar att han lider av en allvarlig psykisk störning och därmed bifaller ansökan om tvångsvård. Detta är olyckligt eftersom det tydligt framgår i förarbetena att den psykiatriska vården inte är anpassad för demenssjuka varför det hade varit intressant med motivering till varför detta fall ansågs utgöra ett undantag.

Precis som i den svenska grundlagens bestämmelse om rätt till domstolsprövning i vissa fall återfinns i artikel 13 EKMR stadgandet att var och en, vars i konventionens angivna fri- och rättigheter kränkts, skall ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet även om kränkningen förövats av någon under utövning av offentlig myndighet.

---

<sup>105</sup> Ibid. s. 86.

<sup>106</sup> SOU. 1998:32 *De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT*, s. 226.

<sup>107</sup> Länsrätten i Göteborg, mål nr 8045-09, Rotel 12, 2009-11-04.

### 6.3 Nödrätten

I studien har vid ett flertal tillfällen konstaterats den avsaknad av lagstöd för tvångsingripanden mot demenssjuka vilket i vissa fall tvingar personalen att i strid med lag tillgripa tvång. Personalen gör sig därmed skyldig till brott, vanligen olaga tvång eller olaga frihetsberövanden. Den omständighet som många gånger anförs till personalens försvar är att det rört sig om en nöd- eller nödvärnssituation<sup>108</sup> i enlighet med 24 kap. BrB om allmänna ansvarsfrihetsgrunder. De handlingar som normalt skulle betraktas som lagstridiga kan under vissa omständigheter vara straffria. I 24 kap.4 § BrB återfinns nödregelein som stadgar att;

En gärning som någon, i annat fall än som nämnts tidigare i detta kapitel, begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig.

Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.

Den gärning som företas i nöd skall enligt förarbetena i princip vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras. Vidare skall bestämmelsen tillämpas endast i undantagsfall varför rutinmässiga eller återkommande åtgärder inte omfattas av nödbestämmelsen.<sup>109</sup> Själva nödhandlingen får bara vara av tillfällig art och kan bland annat utgöras av ingrepp i annans egendom, åstadkommande av kroppsskada eller frihetsberövande. För att nödhandlingen skall anses falla in under paragrafen får den inte anses oförsvarlig.<sup>110</sup> Det fordras inte att det är den handlande själv som är utsatt för fara till liv, hälsa eller ägodelar. Nödhandlingen kan företas även för att skydda annan. I regel krävs att nödhandlingen varit *behövlig* vilket innebär att upphävandet av nödsituationen inte skäligen kunnat uppnås på annat sätt. Ansvarsfriheten bör alltså inte tillämpas om ett upphävande av situationen kunnat nå utan oproportionerlig ansträngning eller uppoffring.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> I fråga om nödvärnsrätt måste uppsåt från angriparen (den dementa personen) styrkas varför reglerna om nödrätt i regel anförs. Även om den lätt dementa personen givetvis kan ha uppsåt för sina handlingar och att de därmed skall betraktas som brottsliga och utlösa nödvärnsrätt för personalen så tillhör inte detta den vanligast förekommande situationen.

<sup>109</sup> Prop. 1993/94:130, *Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.)*, s. 35 f. Se även N. Jareborg, *Allmän kriminalrätt*, 2001, s. 266.

<sup>110</sup> L. Holmquist, M Leijonhufvud, P. O. Träskman, S. Wennberg, *Brottsbalken En kommentar Del II*, 2007, s. 24:46 ff.

<sup>111</sup> L. Holmquist, M Leijonhufvud, P. O. Träskman, S. Wennberg, *Brottsbalken En kommentar Del II*, s. 24:50. Se även N. Jareborg, *Allmän kriminalrätt*, Göteborg, 2001, s. 266 f.

## 6.4 Vårdlagar och principer

I vården av de dementa innefattas som tidigare framgått både socialvård och medicinsk vård vilket har att göra med att ålderdomen medför ett ökat behov av vård i vid bemärkelse.

Inom den medicinsketiska litteraturen återfinns ett antal betydelsefulla principer som har bäring både på den medicinska vården och på insatser av socialvårdskaraktär. Principerna återfinns i olika skepnader men härstammar i regel från någon av de fyra grundläggande principer som skall vara vägledande såväl vid beslutsfattandet som i bemötandet av patienter;

- ”1. *Självbestämmandeprincipen*, enligt vilken personer själva bör få bestämma över sitt eget liv, i varje fall om det inte går ut över andras självbestämmande etc. [...]
2. *Godhets (maximerings) principen*, enligt vilken vi bör göra gott mot andra, förebygga skada och förhindra eller eliminera sådant som är skadligt för andra,
3. *Skade (minimerings) principen*, enligt vilken vi har en plikt att inte orsaka andra människor lidande eller åstadkomma skada,
4. *Rättvis principen*, enligt vilken lika fall (personer, handlingar, motiv m.m.) bör behandlas eller bedömas lika.”<sup>112</sup>

Utöver dessa principer återfinns människovärdesprincipen samt behovs-solidaritet och kostnadseffektivitetsprinciperna som framförallt är relevanta för hur avvägningar kring resursfördelning bland utsatta grupper bör fördelas.<sup>113</sup> Dessa principer behandlas i avsnitt 6.4.2.

### 6.4.1 Socialtjänstlagen

I SoL:s portalparagraf framgår de övergripande mål som skall genomsyra socialtjänstens arbete;

*Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas*

*– ekonomiska och sociala trygghet,*

*– jämlikhet i levnadsvillkor,*

*– aktiva deltagande i samhällslivet.*

*Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser.*

*Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet*

I förarbetena betonas att vård och behandlingsinsatser skall grundas på den enskildes frivilliga medverkan. Frivillighet och självbestämmanderätt skall vara vägledande vid handläggning av

<sup>112</sup> U. Pettersson, *Etik och socialtjänst Om förutsättningarna för det sociala arbetets etik*, 2000, s. 17.

<sup>113</sup> Vilket kommer att behandlas i avsnitt 5.3.2.

enskilda ärenden inom socialtjänsten vid såväl vårdinsatser som sociala insatser.

Självbestämmandet är följaktligen en av de främsta principerna inom socialvården.<sup>114</sup>

I 3 kap. 3 § SoL stadgas att insatser från socialtjänsten skall vara av *god kvalitet*. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet och kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3 kap. 5 § stadgar att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. I förarbetena framgår att bestämmelsen främst riktar sig till socialarbetarna och innebär att socialtjänsten inte får vidta insatser ”över huvudet” på klienten.<sup>115</sup>

En plats på ett särskilt boende är som ovan nämnts en form av bistånd och den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå enligt 4 kap. § 1 SoL. I 5 kap. 4 § fastställs den värdegrund som socialtjänstens omsorg om äldre skall vila på;

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

## 6.4.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Demensvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård i enlighet med 2 a och 18 §§ HSL. God vård innebär bland annat att vården skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och den skall tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Så långt det är möjligt skall vården och behandlingen utformas och genomföras i samråd med patienten.

Det skall i enlighet med 2 e § finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård skall kunna ges där det bedrivs hälso- och sjukvård.

I hälso- och sjukvårdslagens 2 § stadgas dessutom att;

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

---

<sup>114</sup> Prop. 1979/80:1, *Regeringens proposition om socialtjänsten*, s.208 ff.

<sup>115</sup> *Ibid.* s.528.

I förarbetena konstateras att begreppet *god hälsa* är svårt att definiera men att det rör sig om ett eftersträvansvärt mål för den allmänna välfärdspolitiken. God hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt hänseende och människans totala situation betonas, men det är långt ifrån klart vad begreppets praktiska betydelse är.

Det är sålunda svårt att i konkreta termer klart redovisa innebörden av uttrycket en god hälsa hos hela befolkningen. Det är också självklart att uttrycket är ett relativt begrepp, som är starkt beroende av sådana faktorer som ekonomiska resurser, vetenskapens nivå och utveckling, olika förhållanden i miljön etc.<sup>116</sup>

Varje gång det fattas ett beslut om resursfördelning i vården görs prioriteringar där de patienter vars behov av vård skall prioriteras framför andra patienters behov avgörs. I förarbetena till 2 § HSL diskuteras regeringens förslag om en etisk plattform där tre principer föreslås som grund för alla prioriteringar inom vården.<sup>117</sup> Principerna fastlades i slutbetänkande från prioriteringsdelegationen.<sup>118</sup>

*Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället och att alla människor därmed har vissa fundamentala rättigheter så som rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv som skall respekteras. Alla människor skall bli betraktade och behandlade för den hon är och inte det hon har eller gör. Det är den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården.

*Behovs-solidaritetsprincipen* innebär att resurser skall fördelas så att de med störst behov prioriteras. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste grupperna, där åldersdementa personer ingår. Personer som lider av nedsatt autonomi och inte kan ta tillvara sina rättigheter då de inte fullt ut kan kommunicera med omgivningen har samma rätt till vård som alla andra. Principen innebär att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande<sup>119</sup>, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.<sup>120</sup>

*Kostnadseffektivitetsprincipen*, innebär att vid val mellan olika verksamhetsområden<sup>121</sup> eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och

---

<sup>116</sup> Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag*, m.m. s. 113.

<sup>117</sup> Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 11 ff. och 18.

<sup>118</sup> [www.sweden.gov.se/content/1/c4/27/81/023925cd.pdf](http://www.sweden.gov.se/content/1/c4/27/81/023925cd.pdf)

<sup>119</sup> I propositionen framgår de riktlinjer som mot bakgrund av den etiska plattformen skall styra prioriteringen i vården. Fyra olika prioriteringsgrupper beskrivs där personer med nedsatt autonomi återfinns i den första prioriteringsgruppen.

<sup>120</sup> *Ibid.* s. 31.

<sup>121</sup> De skiljer i propositionen mellan att tillämpa kostnadseffektivitetsprincipen i sjukvårdsverksamheten i allmänhet där de menar att en hög effektivitet är ytterst angeläget. Detta kan uppnås genom val av bättre

förhöjd livskvalitet eftersträvas. Principen är enligt förarbetena underordnad de andra två principerna. Det framhålls att kostnadseffektivitetshänsyn aldrig får innebära att man underlåter att ge vård till, eller försämrade vårdkvalitet av vården till bland annat döende, gamla eller dementa personer. Även om vården kostar väsentligt mycket mer skall behovs- och solidaritetsprincipen ges företräde vilket innebär att de svåra sjukdomarna och väsentliga livskvalitetsförsämringarna skall prioriteras framför de lindrigare.<sup>122</sup>

### 6.4.3 God demensvård enligt socialstyrelsen

År 2010 utkom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Av riktlinjerna framgår att en god demensvård bland annat karaktäriseras av ett personcentrerat förhållningssätt.<sup>123</sup>

Socialstyrelsen har utarbetat ett antal indikatorer för en god demensvård.<sup>124</sup> Bland dessa återfinns indikationer för en god läkemedelsterapi av äldre, där vikten av att undvika onödiga läkemedelsbehandling betonas mot bakgrund av den ökade risken för biverkningar och interaktioner hos äldre personer. Socialstyrelsen framhåller att gruppen dementa är särskilt utsatta. Vissa läkemedel är direkt olämpliga för dessa patienter då de kan förvärra sjukdomstillståndet.

Lugnande medel och sömnmedel är mycket sällan motiverat att vanemässigt ge dementa patienter och vissa medel skall helt undvikas. Risker för biverkningar såsom konfusionstillstånd, dagtrötthet, kognitiva störningar, balansstörningar, muskelsvaghet och fall är betydande och att medicinera i onödan uppfyller givetvis inte kraven på en god vård utan är tvärtom ett olämpligt och riskfyllt sätt att tillhandahålla vård.<sup>125</sup>

En bristande vård och omsorg kan som synes få direkt negativa effekter inte bara på patientens upplevelse av situationen utan också på sjukdomsförloppet. Stress, oprofessionellt bemötande och felaktig läkemedelsbehandling kan skapa ökad förvirring vilket i sin tur leder till oroliga och aggressiva patienter.

---

samordning mellan enheter, ändrade bemanningsscheman eller ökad anläggning av lokaler. När det gäller behandlingen av enskilda patienter måste hänsyn dock främst tas till människovärdes- och behovs solidaritetsprincipen.

<sup>122</sup> Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 20 ff.

<sup>123</sup> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, s. 7 ff.

<sup>124</sup> Indikatorerna ger rekommendationer kring läkemedelsbehandling, hur de särskilda boendena och den dagliga verksamheten skall utformas för att bäst tillgodose de dementa personernas behov etcetera.

<sup>125</sup> Ett exempel är den läkemedelstyp som har betydande antikolinerga effekter så som antipsykotiska, lugnande och antidepressiva läkemedel samt medel som används vid funktionella tarmsymtom. Har patienten påverkan eller skador i hjärnans kolinerga system, vilket är relativt vanligt bland äldre i allmänhet och äldre med demens i synnerhet, kan dessa preparat utlösa lätt konfusionella tillstånd se vidare;

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>, s.65. och bilaga 1.

## 7. Samtycket och tvånget

### 7.1 Samtycket

Svensk rätt bygger som tidigare nämnts på att alla åtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvård samt socialvård måste ha sin grund i den enskilde personens samtycke.

Utgångspunkten för bedömningen om tvång förelegat är således samtycket, eller snarare bristen på detsamma.

Om den enskilde uttryckligen motsätter sig en åtgärd föreligger inget samtycke, varför åtgärden naturligtvis är tvångsmässig och därmed otillåten i enlighet med det konstitutionella skydd som tillförsäkras alla medborgare.

För att kunna avgöra om samtycke föreligger måste en närmare genomgång av samtyckeskonstruktionen göras. En förutsättning för att kunna avge ett samtycke är att den enskilde har någon form av beslutskompetens.<sup>126</sup>

En förutsättning för att ett samtycke skall anses giltigt inom hälso- och sjukvården är att den samtyckande personen har full insikt om vad han eller hon samtycker till. Insikt förutsätter att den enskilde har fått ta del av information angående relevanta omständigheter i fråga om sitt hälsotillstånd och vilka behandlingsmöjligheter som står till buds, samt vilka konsekvenser ett samtycke eller en motvilja till åtgärden kan få. Inom hälso- och sjukvården är således *det informerade samtycket* en förutsättning för att den enskilde skall kunna utöva sin rätt till självbestämmande.<sup>127</sup> I 2 b § HSL har det mot bakgrund av samtyckets stora betydelse inom sjukvården införts en bestämmelse om informationsplikt.

Undantag från krav på information existerar av naturliga skäl då det kan föreligga praktiska hinder för en patient att ta del av information. En patient kan vara förvirrad eller okontaktbar vilket gör att han eller hon inte kan informeras överhuvudtaget. På grund av hälsotillstånd, ålder eller annan anledning kan en patient vara förhindrad att tillgodogöra sig information trots att han eller hon i övrigt är kontaktbar. I dessa lägen kan information undanhållas eller begränsas.<sup>128</sup>

### 7.2 Besluts*kompetens* eller besluts*inkompetens*

---

<sup>126</sup> Begreppet utreds i avsnitt 7.2.

<sup>127</sup> E. Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, 1994, s. 185.

<sup>128</sup> *Ibid.* s. 265.

Avgörande för frågan om hur samtycket skall bedömas och om tvång föreligger är den enskilde individens beslutskompetens. Har personen besluts*kompetens* skall naturligtvis hans eller hennes samtycke eller motvilja beaktas. Verkligheten är dock inte så beskaffad att det alltid rör sig om lättolkade fall, snarare är det tvärt om så att beslutskompetens vid demenssjukdomar i många fall är synnerligen svårtolkat. Elisabeth Rynning har i sin avhandling "*Samtycke till medicinsk vård och behandling*" delat upp (o)förmågan att fatta beslut i absolut och relativ besluts*inkompetens*.<sup>129</sup>

Den absoluta inkompetensen föreligger då en vuxen person är helt okontaktbar eller helt ur stånd att ge uttryck för ett ställningstagande. Det kan röra sig om personer som är medvetlösa eller på grund av psykisk störning inte är medvetna om sin omvärld. I dessa fall kan ingen information lämnas och inget samtycke finns att ta hänsyn till eftersom personens förmåga att uttrycka detta är obefintligt. När det däremot rör sig om en relativ beslutsinkompetens är frågan svårhanterlig. Patienten kan kommunicera och uttrycka sin vilja men uppfyller inte kravet på tillräcklig insikt eller överblick över konsekvenserna av sina beslut. Den relativa beslutsinkompetensen kan i gränslandet mot beslutskompetensen vara mycket svår att avgöra. En och samma persons beslutsförmåga kan skilja sig åt mellan olika frågor och i samma fråga över tid. Med hänsyn till den skiftande sjukdomsbild som karakteriserar demens kan en och samma persons förmåga skilja sig markant åt under kortare tidsperioder som dagar eller timmar och kan dessutom bli starkt negativt påverkad av stress och konfusionstillstånd.<sup>130</sup>

Avgörande är enligt Rynning frågan om patientens beslutskompetens är tillräcklig för just det aktuella ställningstagandet och således inte något som går att generellt slå fast så som varandes ett konstant tillstånd. Dessutom menar hon att det bör ställas olika höga krav på beslutskompetensen beroende på hur ingripande åtgärden gentemot patienten är. Är det fråga om att avböja livsnödvändiga insatser bör patientens beslutsförmåga vara hög, medan det för avböjande vid riskfria rutinåtgärder kan ställas betydligt lägre krav i fråga om att beakta en relativ beslutsinkompetens. Rynning understryker vikten av att det inte är fråga om att avgöra ifall patientens beslut är att anse som rationellt i betydelsen överensstämmande med vad hälso- och sjukvårdspersonalen anser vara ett förnuftigt beslut. Patienten har rätt att grunda sina beslut på helt andra värderingar och prioriteringar än vad som anses rimligt och riktigt från hälso- och sjukvårdspersonalens synvinkel. Detta är vad självbestämmandeprincipen i grunden handlar om.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> E. Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, 1994, s. 282 ff.

<sup>130</sup> Ibid.

<sup>131</sup> E. Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, 1994, s. 282 ff.

Torbjörn Tennessjö menar att begreppet beslutskapabel är avgörande i frågan om det kan anses etiskt godtagbart att vårdpersonalen i patientens egenintresse utövar tvång över densamma. Han menar att det alltid är fel att påtvinga en vuxen beslutskapabel patient eller klient vård, oavsett om det görs med hänsyn till personens eget bästa eller med hänsyn till tredje part.<sup>132</sup>

### 7.3 Det aktiva och det passiva tvånget

För att förenkla en analys av det tvång som används inom demensvården delas tvånget upp i ett aktivt och ett passivt tvång där den avgörande bedömningen är om den enskildes samtycke är utrett eller inte. Om personen uttrycker motvilja inför en åtgärd föreligger inget samtycke och det krävs ett aktivt tvång från personalens sida för att genomföra åtgärden. Det passiva tvånget däremot handlar om situationer då den enskildes samtycke inte är klarlagt och då han eller hon av någon anledning därmed inte har uttryckt varken motvilja eller samtycke. Personalen behöver i dessa situationer inte hantera ett aktivt motstånd från den enskilde.

Det passiva tvånget karaktäriseras således av en avsaknad av konfrontation mellan personal och enskild vårdtagare. Till det passiva tvånget hänförs bland annat boendets låsta ytterdörrar, den kontinuerliga medicineringen samt olika former av hjälpmedel med begränsande inverkan såsom sänggrindar eller brickbord. Det kan i dessa situationer röra sig om beslut som har tagits i syfte att underlätta den demenssjukes vardag, att förebygga och förekomma uppkomsten av för personalen akuta situationer, eller på begäran av en närstående.

Det passiva tvånget kan övergå till ett aktivt tvång, om den demenssjuke aktivt motsätter sig en åtgärd och personalen genom konkret handling hindrar den demenssjuke. Det kan röra sig om tvångsmedicinering, att med tvång få en demenssjuke att tvätta sig eller stiga upp en viss tid på morgonen, att spänna fast eller på annat sätt hindra personen från att röra sig fritt och från att genomföra de handlingar som han eller hon företagit sig.

Tännessjö's definition av tvång samt hans uppdelning mellan det beskedliga och det beskäftiga tvånget skall beskrivas för att ytterligare en dimension av tvånget skall kunna analyseras, nämligen personalens inställning till att använda tvång i vissa fall. Tännessjö skiljer mellan tvång och övertalning och menar att tvång, där också manipulation inkluderas föreligger;

---

<sup>132</sup> T. Tännessjö, *Vårdetik*, 1998, s. 138.

”då beslutsalternativ uppsåtligen fräntas en individ, med stöd av fysisk kraft, hot om straff, undanhållande av information m.m., och även i vissa fall löften om belöningar. Manipulation förekommer då man ljuger för en patient, eller undanhåller henne information, som man själv finner relevant för det beslut hon skall fatta, eller som man vet att hon själv skulle lägga vikt vid (oavsett vad man själv anser om dess relevans).”<sup>133</sup>

Tännsjö menar att *det beskedliga tvånget* är ett mildt tvång eller en form av avancerat manipulerande som är vanligt förekommande i vården av äldre inom den somatiska sjukvården. Det kan handla om en förvirrad demenspatient som tillfälligt inte vill ta sin livsnödvändiga medicin där personalen i strid med bestämmelserna i HSL genom manipulering och mildt tvång lyckas förmå patienten att ta sin medicin. För att tvånget skall betraktas som beskedligt kan det enligt Tännsjö inte bara ligga i personalens intresse utan måste också ligga i patientens egenintresse.

*Beskäftigt tvång* skiljer sig från det beskedliga i meningen att det inte ligger i patientens intresse att tvånget utövas, utan att syftet med tvånget i själva verket är att vårdpersonalen gör det bekvämt för sig på patientens bekostnad.<sup>134</sup>

Att övertala en patient betraktas enligt Tännsjö inte som ett tvång utan som ett nödvändigt inslag i vården av beslutsinkompetenta. Den enda form av tvång Tännsjö anser acceptabel och i många fall nödvändig är sådan tvångsvård som riktas mot en icke beslutskapabel individ för hennes eget bästa, under antagandet att behandlingen är vad hon velat ha, om hon hade kunnat ta ställning i frågan.<sup>135</sup>

## 7.4 Tvångets etiska dilemma

I syfte att levandegöra gällande lagstiftning samt de principer som redogjorts för tidigare i studien skall dessa appliceras på tre typfall hämtade från socialstyrelsens hemsida vilka belyser vanliga etiska dilemman som aktualiseras i vården av dementa.

### 1. Fallet Gösta

*Gösta flyttade in på demensboende för ett år sedan. Han har en demenssjukdom av Alzheimerstyp. Han har i sitt yrkesverksamma liv bott i mellersta Sverige och haft ett akademiskt yrke. Han har varit aktiv friluftsmänniska och har varit ute mycket i skog och mark och vandrat. Ju längre tiden går blir Gösta allt sämre i sin sjukdom. Gösta har en god man och enligt denne är bostaden en sanitär olägenhet. Han går ofta ut och går och hittar inte alltid tillbaka och hemtjänstpersonalen är ute och letar efter*

<sup>133</sup> T. Tännsjö, *Vårdetik*, 1998, s. 139.

<sup>134</sup> T. Tännsjö, *Tvång i vården*, 1994, s. 47 och s. 169.

<sup>135</sup> T. Tännsjö, *Vårdetik*, 1998, s. 138.

*honom vid ett flertal tillfällen. De hittar honom ute på stan, i skogen och på stora vägar. Det blir allt svårare för hemtjänstpersonal att bli insläppt hos Gösta. Han har en tendens att bli aggressiv om personalen försöker lirka och övertala honom. Det visar sig att det inte längre fungerar hemma och Gösta får en lägenhet på ett demensboende. Gösta kommer till demensboendet med hjälp av hans vän Eva, som lyckas få med honom i bilen genom att säga att de skall åka och fika. Det verkar som Gösta trivs på boendet. Bekymret med Gösta är att han inte vill byta kläder eller duscha och han har kläderna på sig dygnet runt. De argument Gösta anger är att han redan har duschat, att han skall göra det i kväll eller att han bastar varje eftermiddag. Det går inte att på något vis lirka med Gösta. Pressar man Gösta för hårt blir han aggressiv och hotfull. Demenssamordnaren tycker att personalen har prövat allt. Gösta har nu inte bytt kläder på 13 veckor och inte heller duschat. Han luktar illa (milt sagt). Den senaste veckan har Gösta fått äta inne på sitt rum.<sup>136</sup>*

I fallet Gösta finns ett antal situationer som är eller kan bli problematiska både i fråga om laglighet och i fråga om etiska överväganden. Till att börja med skall Göstas flytt till boendet kommenteras. Mot bakgrund av beskrivningen ovan kan man sluta sig till att Gösta inte själv har ansökt om bistånd utan att det är socialnämnden som, efter anmälan av den gode mannen, har inlett undersökning och fattat beslut om flytt enligt 11 kap. § 1 och 4 kap. 1 SoL. Eftersom Gösta inte har blivit tillförordnad någon förvaltare har han full rättskapacitet.

Utgångspunkten för insatser med stöd av SoL är enligt 1 kap. 1 § 3 st. den enskildes självbestämmande och frivilliga medverkan och inga beslut skall fattas ”över huvudet” på personen. Efter vad som framgår har Göstas inställning inte utretts innan socialnämnden tagit beslut i frågan om flytt. Gösta har blivit lurad att tro att han och hans väninna skall åka och fika när han i själva verket skall flyttas till ett särskilt boende. Att manipulera och undanhålla sanningen på detta vis betraktas som en form av tvång som självfallet rimmar illa med de krav på frivillighet som återfinns i SoL och i självbestämmandepincipen.<sup>137</sup>

Det verkar sannolikt att Gösta hade motsatt sig en flytt men det kan naturligtvis inte betraktas som att han samtyckt till flytten eftersom han inte blivit tillfrågad. Gösta har således blivit utsatt för ett passivt tvång.<sup>138</sup>

Att med tvång föra en enskild till en sjukvårdsinrättning utan stöd i lag strider som konstaterats ovan mot 2 kap 8 § RF och är en straffbelagd handling.

Göstas situation i hemmet verkar på flera sätt problematisk och han har ett stort behov av stöd. Detta fråntar dock inte socialnämnden deras utredningsplikt i vilken Göstas

---

<sup>136</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/hurfaenduschvagrareatttvattasi>

<sup>137</sup> Se t.ex. Tennsjös definition av tvång i avsnitt 7.3.

<sup>138</sup> Se avsnitt 7.3.

inställning till flytten borde ha klargjorts eftersom socialtjänstens insatser skall bygga på den enskildes självbestämmande.

Beslutskompetens hos en demenssjuk person kan som ovan nämnts pendla kraftigt över tid och Gösta hade i ett gynnsamt läge kunnat vara tillräckligt klar för att ta ställning i frågan om flytt. Eftersom åtgärden att flytta Gösta från sitt hem till ett demensboende är mycket ingripande är det inte försvarbart att bortse från Göstas inställning i frågan.<sup>139</sup>

Att det inom demensvården förekommer den här typen av passivt tvång där den enskildes inställning helt utesluts är problematiskt. Representanter för det allmänna underlåter att utreda beslutskompetensen vilket leder till slutsatsen att den lagstiftning som bygger på självbestämmande och frivillighet i många fall kringgås.

Även om man skulle kunna argumentera för att Göstas liv eller hälsa är hotad, rör det sig inte om en nödsituation då en flytt inte är en tillfällig utan tvärtom en permanent åtgärd. Av allt att döma rör det sig därför enligt gällande lagstiftning om en otillåten åtgärd från socialnämndens sida.

Ett ytterligare dilemma i fallet är Göstas ovilja att duscha. Gösta har visat aggressivitet och varit hotfull mot personalen varför man kan anta att de hade behövt tillgripa någon form av tvång för att genomföra duschningen. Det hade rört sig om ett aktiv tvång och åtgärden hade förmodligen omfattas av bestämmelsen i 2 kap 6 § RF om påtvingat kroppsligt ingrepp.

Man skulle även i detta fall kunna anföra att situationen är så akut att det rör sig om en nödsituation eftersom Göstas hälsa är hotad vilket skulle kunna rättfärdiga ett tvångsingripande. Nödbestämmelsen skall dock inte tillämpas vid rutinmässiga eller återkommande åtgärder utan vid en tillfälligt uppkommen nödsituation och kan således inte anses tillämplig.<sup>140</sup>

Det lagstöd som skulle kunna aktualiseras är LPT, vilket hade inneburit att en läkare skriver vårdintyg och att man med stöd av detta kan förordna om att tvångsvårda Gösta inom den slutna psykiatriska vården. Som nämnts ovan är ett sådant förfarande mycket ovanligt och enligt förarbeten till lagen framgår att den inte bör tillämpas i fall med dementa personer eftersom vården på de psykiatriska klinikerna inte är anpassade för dessa personer.

Det finns alltså inget lämpligt lagstöd som medger ett sådant tvångsingripande och således återstår en avvägning mellan principen om självbestämmande i 1 kap. 1 § SoL

---

<sup>139</sup> E. Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, 1994, s. 282 ff.

<sup>140</sup> Se avsnitt 6.1.

enligt vilken Gösta själv skall få bestämma och kravet på god vård i 2 a och 18 §§ HSL enligt vilken ett tvångsingripande kan anses motiverat i vissa fall. I etiska avvägningar av detta slag måste socialtjänstens värdegrund i 5 kap. 4 § beaktas, enligt vilken det framgår att omsorgen om äldre skall inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Även HSL innehåller i 2 § en bestämmelse där respekten för människans värdighet betonas.<sup>141</sup>

Självbestämmandeprincipen innebär att den enskilde skall få bestämma över sitt liv, så länge detta inte går ut över någon annans självbestämmande. I frågan kan diskuteras huruvida Göstas ovilja att tvätta sig skapar så stor olägenhet för övriga boende att deras självbestämmande inskränks. Man skulle kunna tänka sig att de drar sig undan gemensamma utrymmen för att slippa stanken och i det fallet måste en avvägning mellan de inblandade parternas intressen och olägenheter göras. Såvida detta inte är fallet skulle man mot bakgrund av självbestämmandeprincipen och det faktum att vården bygger på samtycke med all rätt kunna argumentera för att Gösta själv skall få avgöra om han vill duscha eller inte. Han har rätt att tacka nej till den vård som erbjuds.

Självbestämmandeprincipen är dock inte allena rådande utan kommer tvärtom ofta i konflikt med andra principer. I förevarande fall är hälso- och sjukvårdens krav på god vård aktuellt. Kravet på en god vård kan härledas från godhetsmaximeringsprincipen enligt vilken vi bör göra gott mot andra, förebygga skada och förhindra skada samt från skademinimeringsprincipen enligt vilken vi har en plikt att inte orsaka andra människor lidande.<sup>142</sup>

En god vård skulle i Göstas situation kunna riskeras om han inte duschar eftersom det utgör en hälsorisk och han riskerar förvärrade komplikationer i form av svamp och infektioner vilket skulle kunna föranleda en situation då ett ännu större ingrepp krävs för att åtgärda hälsoproblematiken.<sup>143</sup> Genom att underlåta att tvångsduscha Gösta skulle man kunna argumentera för att personalen inte tillgodoser kravet på god eller säker vård och istället orsakar Gösta en ännu större skada när de inte duschar honom. Det faktum att han stinker kan dessutom betraktas som ovärdigt.

Det faktum att Gösta inte har duschat eller bytt kläder på väldigt länge och att hans hälsotillstånd riskerar att förvärras om han inte duschar gör att frågan är akut. I 2 a § HSL framgår att vården och behandlingen så *långt som möjligt* utformas och genomförs i samråd

---

<sup>141</sup> Se vidare om människovärdesprincipen i avsnitt 6.4.2.

<sup>142</sup> Se avsnitt 6.4.

<sup>143</sup> E. Blennberger och B. Johansson, *Värdigt liv och välbefinnande. Äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik*, 2010 s. 104.

med patienten vilket ger en öppning för att i detta fall hävda att det inte längre är möjligt och att godhetsmaximeringsprincipen motiverar ett agerande där man inte längre kan ta hänsyn till Göstas samtycke.

Om man kan klargöra att Gösta i denna fråga är beslutsinkompetent och dessutom kan utgå från att Gösta om han haft förmåga att ta ställning till situationen hade valt att tvätta sig och byta kläder skulle, i linje med resonemanget om rättfärdiga tvångsingripanden, ett tvångsingripande vara berättigat i detta fall.<sup>144</sup> Därmed dock inte sagt att det hade varit ett lagligt agerande från personalens sida eftersom tvång utan stöd i lag som nämnts är olagligt.

Det bästa alternativet hade naturligtvis varit om personalen eller någon närstående kunde få Gösta att tvätta sig på frivillig väg genom övertalning och försök att nå en gemensam lösning. I förarbetena till SoL betonas som ovan nämnts att socialnämndens insatser för den enskilde skall planeras och utföras i samförstånd med honom eller henne. Ett alternativ som inte verkar ha prövats är att gå Gösta tillmötes och erbjuda honom att basta för att utreda om det är en möjlig lösning på problemet.<sup>145</sup>

I socialstyrelsens etikråd har föreslagits att personalen kan ge patienter lugnande medicin för att möjliggöra nödvändiga omvårdnadsinsatser. Luckan i lagen kvarstår dock liksom de etiska övervägningar som måste göras. Om Gösta inte är villig att ta någon medicin för detta ändamål rör det sig fortfarande om att med tvång förmå en enskild till något denne motsätter sig, där personalens agerande under ovan nämnda förutsättningar skulle strida mot svensk grundlag eftersom medicinering med tvång torde vara ett påtvingat kroppsligt ingrepp.<sup>146</sup> I beaktande vid avvägningen bör man också ha det faktum att Socialstyrelsen, som ovan nämnts, betonat vikten av att undvika onödig medicinering på grund av dess negativa inverkan på dementa personer.<sup>147</sup>

## 2. Fallet Karin

*Karin är dement och har nyligen flyttat in på ett särskilt boende. Karin har sedan hon flyttat in ramlat två gånger varvid hon första gången ådrog sig en lårbensfraktur. Efter första fallet fick hon en höftbyxa men hon ramlade igen och fick ytterligare en fraktur. Klas, hennes man, kräver nu av personalen att Karin inte skall ramla fler gånger. Karin är "gångare" och orolig och det har inte gått att sätta upp någon grind i sängen eftersom risken att hon klättrar över grinden och faller är stor. När Karin sitter i allrummet finns risken att hon ställer sig upp vid ett oöversiktligt ögonblick och ramlar. Anhöriga, personal och läkare har fört diskussioner om att sätta Karin i en fåtölj med ett låsbart bord*

---

<sup>144</sup> Se avsnitt 7.3.

<sup>145</sup> Se avsnitt 6.4.1.

<sup>146</sup> E. Rynning, *samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie*, 1994, s. 100.

<sup>147</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>, s.65. och bilaga 1

*framför. Klas tycker att det är ett bra förslag med låsbart bord framför Karin eftersom hon inte får skada sig på något sätt. Karin är emellertid mycket vig och skulle kunna åla sig ur fåtöljen trots det låsbara bordet.<sup>148</sup>*

I bedömningen måste till att börja med understrykas att Karins mans intressen helt måste lämnas utanför. Självbestämmandepincipen är som ovan nämnts stark inom den svenska privaträtten och det finns ingen möjlighet för Karins man att lämna samtycke i hennes ställe. Det är inte lagligt och det kan dessutom starkt ifrågasättas huruvida det är etiskt försvarbart att tvinga en enskild framförallt med hänsyn till tredje man, även om detta är en närstående vars syfte kan vara att skydda sin livskamrat från att skada sig.

Utgångspunkten för bedömningen i fallet är att ett låsbart bord är en tvångs- och begränsningsåtgärd som utan stöd i lag eller samtycke från den enskilde är en otillåten tvångsåtgärd.

Karins inställning i frågan verkar inte klarlagd, men med hänsyn till att hon klättrat över sänggrinden och beskrivs som en ”gångare” verkar hon, åtminstone i handling, uttrycka sin vilja. Man kan alltså sluta sig till att Karin vill kunna röra sig fritt och att hindra henne från detta är därmed en aktiv tvångsåtgärd.

Frågan är om Karin kan anses vara beslutskompetent i frågan eller om hon är så sjuk att hon förlorat den förmågan. Att hindra en enskild från att resa sig ur stolen är en mycket ingripande åtgärd vilket måste beaktas i avvägningen. Även om det låsbara bordet endast används i begränsad utsträckning innebär det att Karin är helt förhindrad att röra sig fritt, vilket är en av de förmågor hon trots allt har i behåll.

Om Karin kan anses beslutskompetent i frågan är det naturligtvis inte bara olagligt utan dessutom oetiskt att hindra henne från att röra sig fritt. Det verkar emellertid troligt att Karin har en relativ beslutskompetens med begränsad förmåga att inse konsekvenserna av hennes agerande vilket skulle kunna vara att hon ramlar igen och skadar sig, vilket kan föranleda än större obehag och integritetskränkningar genom sjukhusbesök, eventuella operationer och sängliggande.<sup>149</sup>

I fallet Karin består dilemmat således i vad som skall väga tyngst, säkerheten eller friheten, eller om man så vill den goda vården eller Karins självbestämmanderätt.

Liksom i fallet ovan handlar de etiska övervägningarna i grunden om Karins värdighet och rätt till en meningsfull tillvaro och vilken princip som därmed skall ges företräde. Enligt godhetsprincipen betonas vikten av en säker vård och att förebygga skador. Risken att Karin,

---

<sup>148</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/lataboendegafrittmedriskenatth>

<sup>149</sup> Se avsnitt 7.2.

som redan har ramlat två gånger, kommer att ramla igen förefaller relativt hög. Det gynnar givetvis inte någon att hon skall ramla och skada sig än en gång. Att inte hindra Karin från att ställa sig själv kan betraktas som att man utsätter henne för onödiga risker, vilket strider mot skademinimerings- och godhetsprincipen.

Det har dock inte framgått hur stor sannolikheten är att Karin ramlar om hon ställer sig upp och går själv, och mot bakgrund av att det är ett stort ingrepp i hennes rättssfär är det svårt att ta ställning i frågan.

Enligt 2 e § HSL skall det finnas tillräckligt med personal för att en god vård skall kunna erbjudas vilket måste innebära att Karin har rätt till den hjälp hon behöver för att ställa sig upp och gå. Dessvärre kan man inte förvissa sig om att det alltid finns en personal vid Karins sida vilket medför en risk att hon faller och skadar sig i ett obevakat ögonblick.

Ett visst risktagande måste emellertid godtas även i särskilda boenden för dementa, trots att det är svårt framförallt för anhöriga att acceptera. För att målsättningar om värdighet och välbefinnande skall uppfyllas måste personer med demenssjukdom ha möjlighet att leva ett så normalt liv som möjligt.<sup>150</sup>

I utredningen om en ny tvångslagstiftning för dementa betonas just det faktum att det måste finnas ett tydligt uttalande om att risker finns i demensvården liksom inom all vård. Det finns en fara i att närståendes oro och personalens rädsla att bli anmälda för bristande vård om en boende skadar sig, bidrar till att tvångs- och begränsningsåtgärder används i onödan och för säkerhets skull.<sup>151</sup> Risken att den typen av åtgärder används för att på den enskildes bekostnad göra arbetet för personalen bekvämare är ett exempel på det beskäftiga tvånget och kan inte anses etiskt godtagbart.<sup>152</sup>

### 3. *Fallet Eva*

*Eva är 80 år, bor i ett särskilt boende, är något förvirrad men saknar demensdiagnos och har den senaste tiden vägrat att ta sin medicin. Hon säger att den inte hjälper henne och att hon inte vill ha den. Eva kniper igen munnen och vårdbiträdena på avdelningen trugar i henne eller lurar i henne medicinen när hon har sina virriga stunder. Ett tag, när hon fick medicinen i handen, gömde Eva tableterna, och visade efter ett antal dagar sin kontaktman högen med tableter och sa "se här, jag klarar mig faktiskt utan medicin". En av medicinerna är mot Parkinson och personalen tyckte sig se att hennes darrningar blev värre och att hennes stelhet ökade något under perioden som hon samlade medicinerna på hög. En undersköterska sa: "Det är så svårt att hjälpa henne på toaletten när hon är så stel och det tar sådan tid att vi till slut var tvungna att börja använda blöjor på henne". Vid ett*

---

<sup>150</sup> Se avsnitt 6.4.1.

<sup>151</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 294.

<sup>152</sup> Se avsnitt 7.3.

*medicindelningstillfälle började Eva gråta när personalen skulle ge henne medicinen och menade att de inte tog hänsyn till hennes egna önskemål. ”Jag trodde aldrig att det skulle bli så här”, sa hon, ”jag trodde faktiskt att ni skulle respektera min vilja och det känns som övergrepp varje dag”. Detta skedde vid en av Evas klarsynta stunder och klarsynt är Eva oftast, även om hon är lite virrig. Eva har också insett att personalen har lurat i henne tabletter genom att lägga dem i hallonkräm, som hon älskar och slukar med god aptit. Eva har själv arbetat som läkare hela sitt yrkesverksamma liv.<sup>153</sup>*

Förmodligen är Eva i inledningsfasen av en demenssjukdom och inte bara kan hon uttrycka att hon inte vill ha någon medicin och att hon klarar sig utan den, hon har också lyckats gömma medicin vilket visar att hon har möjlighet att planera och överblicka situationen och dessutom har ett fungerande minne. Det verkar rimligt att utgå från att hon har förmåga till konsekvenstänkande.<sup>154</sup>

Eva har rätt att själv bestämma huruvida hon skall ta medicin eller inte enligt de stadganden om självbestämmande och samtycke som återfinns i både SoL och HSL. Eva är oftast klar och så vitt framgår verkar Eva ha den beslutskompetens som frågan kräver.

Att tvinga Eva att ta en medicin hon uttryckligen motsätter sig är ett brott mot Svensk grundlag enligt 2 kap. 6 § RF eftersom lagstöd saknas. Oavsett om hon blir sämre i sin sjukdom är det upp till Eva att besluta om en så ingripande åtgärd som medicinering. Personalen ansvarar för att ge Eva god vård. I detta fall kan däremot ifrågasättas om det är Evas goda vård som är avgörande i bedömningen. Personalen ”tycker sig se” att Eva blir stelare och menar att det är svårt att hjälpa henne på grund av stelheten. Det handlar, efter vad som framgår, inte om något allvarligt risktagande där Eva kan anses bli direkt eller allvarligt lidande om hon inte tar medicinen. Situationen tydliggör de demenssjukas utsatthet då det i detta fall, liksom i många andra, är upp till enskilda vårdbiträden att avgöra dessa frågor och där den demenssjuka är utan rättsligt skydd, i händerna på den personal som finns tillgänglig.

Att omvårdnaden om Eva kan försvåras på grund av stelhet till följd av utebliven medicinering kan inte vägas in i bedömningen. Det är inte relevant vad personalen anser vara ett riktigt beslut i frågan eller vad de anser vara rationellt eller förnuftigt.<sup>155</sup>

Det verkar finnas goda möjligheter att resonera med och försöka övertala Eva att ta sin medicin genom att beskriva de negativa effekter personalen tyckt sig se. Eva har i sitt yrkesverksamma liv arbetat som läkare vilket kan innebära att hon fortfarande har medicinska kunskaper. Därefter är det upp till Eva, precis som för övriga medborgare att själv besluta om hon vill acceptera eller avböja vården.

<sup>153</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/farenskildabestammaomattavstam>

<sup>154</sup> Se Rynnings resonemang om beslutskompetens i avsnitt 7.2.

<sup>155</sup> Se avsnitt 7.2.

Evas självbestämmanderätt och integritet har uppenbarligen inte respekterats i frågan om medicinering.<sup>156</sup> Det rör sig om ett solklart fall av aktivt och beskäftigt tvång, och åtgärden kan inte anses etisk godtagbar.<sup>157</sup>

## Del III FÖRSLAG OM TVÅNGSREGLERING I DEMENSVÅRDEN

### 8. Tvångets reglering

#### 8.1 Förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall<sup>158</sup>

Som framgått ovan har frågan om tvångslag för dementa länge varit aktuell och syftet med förslaget från år 2006 är att begränsa användandet av tvång inom demensvården. Utredaren betonar att de föreslagna åtgärderna möjliggör beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder från det allmänna gentemot en enskild demenssjuk, endast i strikt definierade undantagsfall, under tidsbegränsning samt under tydligt reglerade former.<sup>159</sup> HSL och SoL gäller således fortfarande som utgångspunkt. I 4 § framgår vilka rättssubjekt som föreslås omfattas av lagförslaget;

**4 §** Denna lag tillämpas på personer som

1. till följd av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg, och
2. beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) i form av
  - a) särskilt boende,
  - b) dagverksamhet,
  - c) hemtjänst, eller [...]Lagen är inte tillämplig inom den slutna hälso- och sjukvården.

Den grupp som föreslås omfattas av lagen är således personer med demenssjukdom vilket har behandlats i avsnitt 3.<sup>160</sup>

Av nästa rekvisit framgår att personen till följd av sin demenssjukdom *saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande* vilket i princip är detsamma som att personen saknar

---

<sup>156</sup> Se avsnitt 6.4.1.

<sup>157</sup> Se avsnitt 7.3.

<sup>158</sup> Se bilaga 1.

<sup>159</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 277.

<sup>160</sup> Utredaren framhåller att direktiven i första hand var att överväga lagstiftning för personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och att denna avgränsning främst hänförs till praktiska skäl så som tids- och resursbrist. Utredaren menar dock att det inom en snar framtid kommer behövas en samlad lagstiftning som omfattar alla grupper med nedsatt beslutskompetens inom sjukvård och socialtjänst.

beslutskompetens. Som konstaterats tidigare i denna studie är begreppet beslutskompetens synnerligen svårtolkat. Utredaren föreslår att beslutsförmåga skall bedömas med hänsyn till personens förmåga att tillgodogöra sig information om den aktuella åtgärden samt självständigt överväga vilka konsekvenser ett samtycke eller ett avböjande kan leda till.<sup>161</sup> De situationer som kan aktualisera tvångs- och begränsningsåtgärder framgår av 1 §;

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

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

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

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

Bestämmelsen föranleder ett konsekvenstänkande där beslutsfattaren har att ta ställning till om en allvarlig skada kommer att inträffa om tvångs- eller begränsningsåtgärden inte vidtas. Om rekvisiten inte uppfylls får naturligtvis inga tvångs- och begränsningsåtgärder användas.

De rekvisit som i 1 § inrymmer oklarheter är framförallt *uppenbar risk* och *allvarlig skada* samt att tvånget skall begränsas till de situationer då det är *nödvändigt* för att förhindra skadan. Beträffande rekvisitet *uppenbar risk* framhåller utredaren att en snäv tolkning bör gälla. Rör det sig om användning av bälte på en person räcker det inte med att denna har fallit vid ett enstaka tillfälle utan det måste röra sig om upprepade tillfällen. Utredaren betonar att den typen av riskbedömningar i praktiken är svåra att genomföra och att en tvångs- eller begränsningsåtgärd som sätts in för att skydda en demenssjuk från att falla och riskera höftfraktur kan riskera att försämra personens hälsa eftersom aktivitet och rörelse är bästa sättet att bibehålla muskelstyrka och förebygga benskörhet.<sup>162</sup> Det är därmed av stor vikt att riskbedömningarna görs noggrant och att restriktivitet tillämpas så att en ursprunglig tanke om att undvika risk för skada inte istället genererar en större risk för andra skador.

Rekvisitet *allvarlig skada* bör på samma sätt tolkas snävt. Utredaren exemplifierar allvarlig skada så som hjärnskakning, frakturer, trycksår, urinvägsinfektion, konsekvenser av undernäring och svåra smärttillstånd. Blåmärken och andra blesyrer faller inte under begreppet allvarlig skada.<sup>163</sup>

<sup>161</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 274.

<sup>162</sup> *Ibid.* s. 296.

<sup>163</sup> *Ibid.* s. 297 ff.

Precis som de övriga tvångslagarna<sup>164</sup> inom socialtjänsten hänvisas i lagförslaget till socialtjänstlagens portalparagraf vilken stadgar att frivillighet och självbestämmande skall utgöra grunden för socialvården. Självbestämmanderätten är således utgångspunkten och tvångs- och begränsningsåtgärder kan undantagsvis tillämpas. I paragrafens 3- 5 st. har proportionalitetsprincipen fastställts.

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

1. med respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet,

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

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

En mindre ingripande åtgärd skall användas om den är tillräcklig

De tvångs- och begränsningsåtgärder som omfattas av lagförslaget framgår av 5 §;

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

1. flyttning till särskilt boende (6 §),

2. låsning av ytterdörr (7 §),

3. användning av sänggrind (8 § 1),

4. användning av brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning (8 § 2),

5. användning av pejlings- och larmanordning (9 §),

6. fasthållning eller bortförande (10 §), och

7. åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser (11 §).

Eftersom vården och omsorgen om dementa primärt handhas av socialvårdsdisciplinen är det naturligt att de sociala nämnderna föreslås vara de centrala beslutsfattarna. Utredaren menar att lagen inte bör vara tillämplig inom hälso- och sjukvården. Han motiverar ställningstagandet med att demenssjukas vistelse på sjukhus efter ädelreformen oftast är tillfällig och att målet är att det skall bli så kortvarigt som möjligt med hänsyn till den enskildes bästa.

Han framhåller vidare att övervägande skäl talar för att avgränsa lagens tillämplighet till socialtjänstområdet då *ett* huvudmannaskap förenklar en initial tillämpning av lagen. Vidare föreslås att man efter fem år skall utvärdera lagstiftningen och eventuellt inkludera även den slutna sjukvården.<sup>165</sup>

---

<sup>164</sup> LVM och LVU.

<sup>165</sup> Ibid. s. 298 ff.

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

För att en tvångs- eller begränsningsåtgärd, efter noggrann utredning<sup>166</sup>, skall få vidtas krävs att det meddelas ett formellt beslut om detta. Slutliga beslut skall fattas av socialnämnd eller länsrätt<sup>167</sup>. Förvaltningsrätten beslutar, efter ansökan av socialnämnden, om att ytterdörr eller dörr till en avdelning skall vara låst för en enskild, samt om en enskild skall flyttas till ett särskilt boende mot sin vilja. Dessa beslut är mest ingripande för den demenssjuke och kräver av rättssäkerhetsskäl domstolsprövning i första instans. Övriga åtgärder enligt lagen beslutas av socialnämnden i första instans.<sup>168</sup>

Precis som inom övrig tvångslagstiftning inom socialtjänsten finns i 17 § en möjlighet att fatta tillfälliga beslut i brådskande fall om ett slutligt beslut inte kan avvaktas. Dessa kan av naturliga skäl inte föräledas av någon utförlig utredning. Det måste dock finnas starka skäl för att den tänkta åtgärden är nödvändig och det tillfälliga beslutet upphör att gälla efter fyra veckor om saken inte avgjorts slutligt dessförinnan.

I lagförslagets 27 § ingår en skyldighet för socialnämnden att varje kvartal rapportera alla fattade beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder till länsstyrelsen.<sup>169</sup> Socialnämndens beslut om användning av tvångs- eller begränsningsåtgärd skall enligt förslaget dokumenteras och vara möjligt att överklaga till förvaltningsrätten av den som åtgärden avser. Offentligt biträde skall förordnas och mål skall handläggas med skyndsamhet. Muntlig förhandling skall hållas om det inte är uppenbart obehövlig, och alltid om någon part begär det.

## 8.2 Förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall<sup>170</sup>

Lagförslaget bygger i stor utsträckning på förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. Förevarande lagförslag tar dock sikte på det tvång som aktualiseras i samband med medicinska åtgärder av olika slag.

---

<sup>166</sup> Utredaren betonar att det skall ställas höga krav på utredningen, där det inledningsvis måste konstateras att den beröra personen tillhör lagens personkrets genom ett medicinskt utlåtande. Det måste framgå varför utredningen initierats, vilka risker som är aktuella och hur stor sannolikhet det är för att de skall inträffa, vilka frivilliga åtgärder som tidigare prövats och på vilket sätt de inte fungerat samt vilka tvångs- och begränsningsåtgärder som är aktuella. Utredningen måste också innehålla en plan för hur och i vilken utsträckning åtgärden skall genomföras för att ge så få negativa konsekvenser som möjligt. I enlighet med förslagets 13 § skall socialnämnden så snart en utredning inletts, hos överförmyndaren, anmäla att den enskilde behöver företrädas av en god man.

<sup>167</sup> Numera vid namn förvaltningsrätten, varför detta kommer vara den fortsatta benämningen.

<sup>168</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. S. 310 ff.

<sup>169</sup> Numera Socialstyrelsen, som övertagit länsstyrelsens tidigare tillsynsansvar.

<sup>170</sup> Se bilaga 2.

Lagens tillämpningsområde föreslås vara den kommunala sjukvården, däribland de särskilda boendena för demenssjuka. Om vårdcentral- eller sjukhusvård aktualiseras på grund av mer akuta vårdbehov är lagen således inte tillämplig. I dylika fall hänvisas istället till den slutna sjukvården där LPT eller nödrätten kan tillämpas.<sup>171</sup>

Nödrätten kan aktualiseras också på det särskilda boendet, om läget är så akut att en verklig nödsituation föreligger och en utredning därmed inte kan inväntas. Meningen är dock att nödrätten skall kunna åberopas endast i enstaka undantagsfall.

I lagförslagets inledningsparagraf framgår att lagen omfattar bestämmelser om medicinsk behandling som är förenad med direkt tvång eller som ges på annat sätt för att undvika sådant tvång, beträffande personer som omfattas av 4 § LTS och bor på ett särskilt boende.<sup>172</sup>

Medicinsk behandling med tvång föreligger enligt utredaren både i situationer då man öppet övervinner patientens motstånd mot att t.ex. ta en medicin och situationer då man undviker patientens motstånd t.ex. då personalen blandar i medicin i patientens mat därför att man vet att patienten i annat fall kommer göra motstånd.<sup>173</sup> Lagförslaget fångar således upp både det aktiva och det passiva tvånget.<sup>174</sup>

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

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

Med *allvarligt försämrat hälsotillstånd* avses livshotande tillstånd som t.ex. akut hjärtsjukdom men också tillstånd som på sikt kan leda till att patienten får bestående eller svåra medicinska besvär.<sup>175</sup>

En patientansvarig läkare (PAL) fattar beslut om tvångsåtgärd;

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

1. läkare i allmän tjänst, eller
2. läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att besluta om sådana åtgärder.

Beslutet skall avse en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar.

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

Ett beslut enligt andra stycket får inte meddelas innan en god

<sup>171</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 394.

<sup>172</sup> Se vidare om tillämpningsområdet § 1 Förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall.

<sup>173</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 392.

<sup>174</sup> Se avsnitt 7.3.

<sup>175</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, s. 399.

man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken har förordnats för den enskilde.

Precis som i Lagförslag om tvångs och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall finns möjlighet att ta tillfälliga beslut i brådskande fall om åtgärden inte kan avvaktas.

Utredaren bedömer dock att detta inte kommer behöva användas annat än i undantagsfall.<sup>176</sup>

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

1. att den enskilde omfattas av 4 § första stycket 1 (lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall,
2. att den enskilde motsätter sig eller ger uttryck för att motsätta sig den medicinska behandlingen,
3. vilka tidigare försök som har vidtagits för att undvika tvångsåtgärden,
4. konsekvenserna av att den medicinska behandlingen uteblir,
5. hur de negativa effekterna av en tvångsåtgärd kan minimeras och hur denna åtgärd på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd, och
6. hur den enskildes närstående har informerats samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört till den aktuella tvångsåtgärden.

Utredaren betonar att alla åtgärder enligt lagen skall vidtas med den enskildes bästa i fokus.

En medicinering i annat syfte, som att undvika irritation hos andra boende, minska arbetet för personal eller minska behovet av personal är således inte tillåtet enligt förslaget.<sup>177</sup>

På samma sätt som det lagförslag som behandlats i föregående avsnitt har bestämmelser införts om förordnande av god man för den demenssjuka, om att besluten är tidsbegränsade och att alla beslut om medicinska tvångsåtgärder skall anmälas till socialnämnden. Besluten skall dokumenteras och vara möjliga att överklaga hos förvaltningsdomstol. Handläggningen skall ske skyndsamt och muntlig förhandling skall hållas om det inte är uppenbart obehövligt eller om någon part begär det.

### 8.3 Lagförslagen applicerade på etiska dilemman

I denna studie har avsaknaden av en särskild tvångslag för dementa problematiserats. De tvångslagar som föreslagits inom demensvårdens särskilda boenden har i valda delar utretts. Nedan skall de typfall som analyserats utifrån gällande lagstiftning i avsnitt 7.4 istället analyseras som om lagförslagen hade antagits, i syfte att undersöka på vilket sätt rättssäkerheten för de demenssjuka skulle påverkas. I fallen Göran och Karin tillämpas förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärden inom socialtjänsten i vissa fall (LTS) och i fallet

---

<sup>176</sup> Ibid. s. 400.

<sup>177</sup> Ibid. s. 406.

Eva tillämpas också det förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall (LTM).

*Fallet Gösta* omfattas som ovan nämnts av två situationer då tvång aktualiseras.

Inledningsvis utreds Göstas flytt från hans hem till det särskilda boendet och efter det utreds hans ovilja mot att duscha.

Gösta har en demenssjukdom och frågan som måste utredas initialt är om han i enlighet med 4 § LTS saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande, i frågan om en flytt till ett särskilt boende är nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. Göstas inställning måste klargöras och avsaknaden av utredning hade inte godtagits om LTS hade tillämpats, i vilken flytt betraktas som en av de mest ingripande åtgärder som kräver utredning av socialnämnden och beslut av förvaltningsdomstol.<sup>178</sup>

Att avgöra om Gösta saknar beslutskompetens är en grannlaga uppgift också utifrån LTS.<sup>179</sup> Det ett antagande av lagförslaget hade medfört är att socialnämnden inte genom passivt tvång kan undvika att utreda Göstas inställning till åtgärden eller hans förmåga att lämna ett grundat ställningstagande. Enligt gällande lagstiftning är det vanligt förekommande att enskilda biståndsbedömare beslutar om flytt till särskilt boende mot den enskildes vilja utan stöd i lag och utan möjlighet att kontrollera eller överpröva.

Vid bedömningen skall Göstas självbestämmanderätt och integritet respekteras vid alla tvångsåtgärder, enligt 2 § LTS. Åtgärden skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, och om det finns ett mindre ingripande tillvägagångssätt skall det föredras. Frågan är om det är möjligt för Gösta att bo kvar hemma eller om hans situation kräver en så ingripande åtgärd som en flytt. Att hans hem är en sanitär olägenhet skulle kunna åtgärdas med hemtjänst och städhjälp. Han verkar dock inte vilja släppa in någon personal vilket försvårar genomförandet. Det är tveksamt om det kan anses proportionerligt att flytta Gösta på grund av detta och förmodligen hade 4 § inte ansetts uppfylld om det endast rört sig om hemmets sanitära olägenhet. Alla beslutskompetenta medborgare har i princip rätt att avgöra hur deras hem skall skötas.

Mer akut är emellertid det faktum att Gösta går ut och inte hittar hem. Under vintertid riskerar han att frysa ihjäl, vilket skulle motivera ett tvångs-ingripande eftersom det rör sig om en uppenbar risk för allvarlig skada. Enligt 6 § som reglerar flyttning till särskilt boende framgår att en enskild som motsätter sig flytten, med tvång kan flyttas till ett sådant boende

---

<sup>178</sup> Se avsnitt 8.1.

<sup>179</sup> Se vidare om behovet av kliniska riktlinjer för bedömning av beslutskompetens och rättshandlingsförmåga vid demens; Svenskt demenscentrum, *FÖR VEMS SKULL? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, s. 21 ff.

om det är nödvändigt för att den enskilde skall kunna erhålla erforderlig hjälp med sin dagliga livsföring och den enskilde utsätter sig själv för en uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada om han bor kvar hemma.

Eftersom kunskapen kring omständigheterna i Göstas fall är begränsade är det svårt att spekulera i vad beslutet hade blivit. Det rör sig om mycket komplicerade och känsliga bedömningar med eller utan möjlighet att tillgripa tvång. Genom LTS krav på noggrann utredning, dokumentation och möjlighet att överklaga kontrolleras de samhällliga aktörernas maktutövning vilket ökar rättssäkerheten för den demente.

Nästa dilemma består i Göstas ovilja att tvätta sig. Till att börja med skall precis som vid frågan om flytten Göstas förmåga att lämna ett grundat ställningstagande undersökas, enligt 4 §. Utgångspunkten är enligt lagförslagets 1 §, liksom SoL, att Göstas självbestämmande och integritet skall respekteras. Mot bakgrund av detta bör samma tillvägagångssätt som det som föreslagits i avsnitt 7.4 genomföras även med en tvångslag. Primärt gäller således att försöka övertala och lirka med Gösta och att sträva efter att tillsammans nå fram till en lösning.

För att undantaget, det vill säga tvångsåtgärden, skall vara tillåten måste det, enligt 11 § föreligga en uppenbar risk att Gösta drabbas av en allvarlig skada om duschningen inte genomförs. Åtgärden måste vara nödvändig för att undvika risken. En allvarlig skada skulle kunna vara att svamp och infektioner riskerar att sprida sig om det kan föranleda allvarliga skador eller svåra smärttillstånd.<sup>180</sup>

Skillnaden från dagens rättsläge är att om alla försök uttömts och om Göstas hälsoproblem riskerar att med LTS bli så allvarliga att en tvångsduschning anses nödvändig, finns en möjlighet för personalen att åtgärda problematiken utan att bryta mot svensk grundlag.

Alla tvångsåtgärder skall vara proportionerliga enligt 2 § vilket ger utrymme för en avvägning mellan att med direkt tvång genomföra en dusch eller att medicinera Gösta för att lättare möjliggöra en övertalning eller en mildare form av tvång. Bedömningen av vad som kan anses proportionerligt och minst ingripande måste naturligtvis avgöras från fall till fall.

### *Fallet Karin*

Inledningsvis är frågan som måste utredas enligt LTS, om Karin på grund av sin demenssjukdom kan anses oförmögen att lämna ett grundat ställningstagande till begränsningsåtgärden. Åtgärden måste vara nödvändig för att en ändamålsenlig och säker omsorg skall kunna tillgodoses enligt 4 § LTS. Utgångspunkten för bedömningen är som ovan

---

<sup>180</sup> Se avsnitt 8.1.

nämnts självbestämmanderätten och respekten för den enskildes integritet och endast undantagsvis skall det vara möjligt att tillgripa tvång.

Nästa steg är att bedöma om det finns en uppenbar risk för att Karin, utan förordnande om ett låsbart bord, drabbas av en allvarlig skada enligt 8 § 2. Vid riskbedömningen gäller restriktivitet och det räcker som ovan nämnts inte med att personen fallit vid ett enstaka tillfälle. Karin har efter vad som framgår ramlat vid två tillfällen. Det bör krävas mer än att ha ramlat två gånger eftersom en snäv tolkning av riskbedömningen betonats i utredningen. Man bör också ha i åtanke att ett stillasittande tvärtom kan förvärra Karins hälsa eftersom det kan leda till försvagad muskelstyrka och benskörhet.<sup>181</sup>

Så länge det inte visats att risken är uppenbar bör alltså bedömningen bli densamma som den enligt gällande lagstiftning. Karin bör kunna ges en god vård och hänsyn skall tas till hennes vilja, vilket verkar vara att kunna röra sig fritt. I den mån hon behöver hjälp att gå skall det finnas tillräckligt med personal till hennes stöd. Om det visar sig att hon ramlar flera gånger torde kravet på en uppenbar risk för allvarlig skada anses uppfyllt eftersom fraktur betraktas som en allvarlig skada och i så fall kan det bli aktuellt att besluta om ett låsbart bord.

Orsaken till ett beslut om tvångs- och begränsningsåtgärd får naturligtvis inte vara brist på personal eller att personalen förenklar sitt arbete på den demenssjukes bekostnad. Alla åtgärder måste motiveras av att de är nödvändiga för att omsorgen om den demente skall bli ändamålsenlig och säker, och hänsyn till annat än just hans eller hennes behov är således inte tillåtet enligt lagen.

Med hänsyn till att proportionalitetsprincipen skall beaktas vid alla tvångsåtgärder skall fastlåsningsen vara tidsbegränsad och det måste i utredningen finnas en plan som visar hur de negativa effekterna av åtgärden minimeras. När åtgärden inte längre är nödvändig skall socialnämnden enligt 19 § 3 st. genast upphäva beslutet. Av samma paragraf framgår att Karin också har möjlighet att få beslutet omprövat och det kommer vara möjligt för Karin att med hjälp av offentligt biträde överklaga beslutet, enligt 29 §.

### *Fallet Eva*

En inledande fråga är om lagen överhuvudtaget hade kunnat tillämpas eftersom Eva saknar demensdiagnos.<sup>182</sup> Socialnämnden skall, enligt 1 § LTM, inleda en utredning där en medicinsk undersökning av den enskilde skall genomföras för att kunna konstatera att hon

---

<sup>181</sup> Se avsnitt 8.1.

<sup>182</sup> Frågan har berörts i avgränsningarna, avsnitt 1.3.

lider av en demenssjukdom och om hon till följd av sjukdomen kan anses sakna förmåga att lämna ett grundat ställningstagande i frågan.

Det finns ingen anledning att göra en annan bedömning än den som gjorts i avsnitt 7.4. och utgångspunkten är således att LTM inte är tillämplig även om Eva diagnostiseras som dement. Eva bör anses beslutskompetent i frågan och har därmed förmåga att lämna ett grundat ställningstagande. Personalen skall därför, med respekt för Evas rätt till självbestämmande och integritet, låta Eva besluta om medicineringen.

Även om Evas beslutskompetens, i takt med sjukdomens framskridande, skulle försvagas till den grad att hon inte längre kan anses kapabel att lämna ett grundat ställningstagande hade ett möjligt tvångsingripande likväl varit tveksamt. Den enskildes hälsotillstånd skall riskera att allvarligt försämrans om åtgärden inte genomförs. Om effekten av utebliven medicinering endast tar sig uttryck genom att Eva blir stel i kroppen kan det sannolikt inte betraktas som en allvarlig försämring av hälsotillståndet. En allvarlig försämring inbegriper livshotande tillstånd eller tillstånd som på lite längre sikt kan leda till bestående och svåra medicinska besvär.<sup>183</sup>

Med den lagstiftning som gäller i dagsläget är åtgärden att tvinga i Eva medicin något som enskilda vårdbiträden kan besluta om, efter en läkare förskrivit läkemedlet. Enligt lagförslaget skall en PAL efter utredning fatta ett formellt beslut under yrkesansvar. Beslutet utgör myndighetsutövning och kommer vara möjligt att överklaga. Sammantaget hade Evas rättssäkerhet således stärkts om förslaget antagits.

#### 8.4 Remissinstansernas inställning till lagförslagen

I socialdepartementets sammanställning av remissvaren framkommer att 60 av totalt 94 remissvar är klart positiva eller utan invändningar mot de lagförslag som presenterats i betänkandet. Klart negativa är 17 svar medan övriga remissinstanser har mer eller mindre allvarliga invändningar eller synpunkter mot lagförslagen.

Domstolar och andra statliga myndigheter är överlag mest positiva till den föreslagna regleringen medan kommuner och landsting oftare är mer tveksamma, har invändningar i någon del eller ser praktiska svårigheter i den föreslagna hanteringen. Många kommuner och landsting framför en rädsla för ökade kostnader. De fem pensionärsorganisationerna har tillstyrkt förslagen medan de organisationer som står anhöriga nära tar starkt avstånd från

---

<sup>183</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. s. 399.

förslagen.<sup>184</sup> De remissinstanser som var i huvudsak positivt inställda anser att rättssäkerheten för dementa inte är tillfredställande i dagsläget, däribland JO som menar att

”En lagstiftning skulle innebära att vissa grundläggande krav på rättssäkerhet tillgodoses samt att det blir tydligt för personal vilka åtgärder som är tillåtna.”<sup>185</sup>

Socialstyrelsen tillstyrker i huvudsak utredningens förslag.<sup>186</sup> Sveriges läkarförbund anser att skälen för en lagreglering överväger och betonar att belastningen på läkare som är ansvariga för personer på gruppboenden och sjukhem antagligen kommer öka. De ställer sig dock tveksamma till att lagen inte omfattar landstingens sjukvård och menar att reglerna på så vis blir svårbegripliga för patienter och anhöriga.<sup>187</sup>

Bland de som var i huvudsak negativa till lagförslagen återfanns Svensk sjuksköterskeförening som avstyrker utredningens förslag med motiveringen att det juridiska perspektivet får för stor plats och att en god omvårdnad minskar behovet av tvångsåtgärder;

”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.”<sup>188</sup>

Svensk förening för äldrepsykiatri anser att förslaget inte kan genomföras eftersom socialnämnderna saknar nödvändig kompetens att handlägga ärenden av denna svårighetsgrad och att det är en brist att utredningen inte har konsulterat psykiatrisk expertis. De menar att utredningen inte har visat hur den enskildes rättshandlingsförmåga skall undersökas och inte heller under vilka omständigheter denna skall kunna sättas ur spel.

Bland remissvaren framkommer synpunkter om att ett införande av en tvångslag kan öka tvånget i demensvården genom att synsättet förändras i och med införandet av en tvångslag. Flera instanser är också tveksamma till att lagen föreslås regleras i SoL eftersom det blir oklart vilken lag som reglerar hälso- och sjukvårdsinsatser.<sup>189</sup>

---

<sup>184</sup> Sammanställning av remissvar, socialdepartementet, S2006/10302/FST, s. 1-5.

<sup>185</sup> Ibid. s. 5 ff.

<sup>186</sup> Ibid. s. 5 ff. Socialstyrelsen ser samtidigt ett stort behov av att klargöra vad som skall ske med vissa av förslagen från Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare. I lagförslagen har god man fått en stark ställning och Socialstyrelsen anser därför att man måste avvakta utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare innan en tvångslag för dementa kan antas.

<sup>187</sup> Ibid. s. 9 ff.

<sup>188</sup> Ibid. s. 10 ff.

<sup>189</sup> Ibid. s. 20.

En av de anhörigorganisationer som var negativ till förslaget var demensförbundet<sup>190</sup> som menar att nuvarande regler i stort sett är tillräckliga och att de problem som utredningen avser att lösa i väsentlig utsträckning beror av bristande kunskaper hos personal samt otillräckliga resurser och bör därför inte lösas med juridiska tvångsåtgärder.<sup>191</sup>

De befarar att införandet av gode män kan ta resurser från vården av dementa och dessutom få till följd att anhöriga utestängs. De är rädda för att anhöriga som betraktas som krävande byts ut mot neutrala gode män. De anser också att det är kränkande att en anhörig god man som är gift med den demenssjuke skall behöva redovisa sin ekonomi för en överförmyndare. De betonar att vad som krävs i demensvården är vårdskicklighet och att genom utbildningsinsatser öka kompetensen i personalgrupperna och anför slutligen att ”Ett juridiskt korrekt beslut kan ur vårdsynpunkt bli helt felaktigt”.

## DEL IV SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

### 9. Sammanfattning och slutsatser

I denna studie har förekomsten av tvång på demensboenden problematiserats. Det har framkommit att det saknas lagstöd för att ingripa med tvångs- eller begränsningsåtgärder fränsett LPT och BrB:s nödbestämmelser, vilka är ämnade att tillämpas endast i särskilda undantagsfall och i nödsituationer.

Frågan om tvångslag för dementa väcktes redan under 1980-talet men antogs inte med hänsyn till den utveckling mot minskat tvångsanvändande som ägde rum inom socialvården under samma tid. Kunskapen kring demenssjukdomarna hade ökat och en demenssjuk persons främsta behov ansågs, och anses fortfarande, vara lugna och hemlika miljöer med konstant tillgång till kompetent personal. Demensvården förflyttades därför från den sjukhusvård, som inte ansågs tillfredställande, till socialvården där dementas behov bättre skulle tillgodoses. Inom socialvården hade principen om individens självbestämmande vuxit fram, och samtycke skulle ligga till grund för alla insatser. I socialtjänstens missbruksvård och hälso- och sjukvårdens psykvård fanns fortfarande möjlighet att under särskilt reglerade former tillgripa tvång. I LPT stärktes under samma tid rättssäkerheten för de enskilda individerna. Genom skärpta regler om tidsbegränsade beslut, dokumentationsplikt och en stärkt proportionalitetsprincip fick patienten ökade möjligheter att överpröva och granska de beslut om tvång han eller hon blivit utsatt för.

---

<sup>190</sup> Demensförbundet är landets största anhörigorganisation.

<sup>191</sup> Demensförbundets yttrande, *Socialdepartementet 2007-02-01 S2006/10302/ST*, s. 1.

Den ekonomiska krisen under 1990-talet drabbade demensvården hårt med färre platser på boenden och nedskärningar i personalgrupperna. Med överbelastad personal har problematiken i kommunernas demensboenden ökat. Det har i studien framkommit att det numera är vanligt att de boende lämnas ensamma nattetid, att de ges lugnande medicin som de inte hade behövt om det funnits tillräckligt med personal och att de i stor utsträckning utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder även under dagtid.

Att handha vården och omsorgen om personer med demenssjukdom är ingen lätt uppgift. I takt med sjukdomens framskridande förlorar den demenssjuke mer och mer av sina färdigheter som förmågan att uttrycka sig, att minnas och att förstå sammanhang. Sjukdomsbilden innefattar också vanligen ångest, oro och aggressivitet. Det kan lätt uppstå situationer då personalen får svårt att hantera utåtagerande och oroliga individer.

Med bristande resurser och en liten personalgrupp blir det givetvis svårare för personalen att i kritiska situationer använda personliga lösningar med lirkande, resonerande och övertalning. Socialstyrelsen har framfört att risken för att personal på särskilda boenden i större utsträckning använder tvång mot de demenssjuka ökar om personalen känner stress och upplever att arbetsbördan är tung. Detta belyser nödvändigheten av ökade personalresurser till demensboenden.<sup>192</sup>

Enligt gällande lagstiftning är utgångspunkten att den demenssjuke, med bibehållen värdighet, ges möjlighet att bestämma över sitt liv även i ett särskilt boende. I vissa akuta, men vanligt förekommande, fall har dock samtycke och självbestämmande visat sig vara problematiskt att tillämpa när det gäller dementa. I situationer då en demenssjuk persons säkerhet och rätt till god vård riskeras kan personens rätt till självbestämmande, i de fall han eller hon inte kan förutse eller förstå konsekvenserna av att motsätta sig en vård- eller omsorgsåtgärd, vara minst sagt svårhanterlig. Stadganden om *självbestämmande*, *integritet* och *värdighet* framstår i dessa situationer som väsensskild den verklighet som boende och personal befinner sig i på demensboendena och det råder därmed en påtaglig diskrepans mellan det som är och det som skall vara.

Det är inte realistiskt att tro att vården av dementa med den omfattande problematik som de olika demenssjukdomarna medför kommer gå att genomföra utan inslag av tvångs- eller begränsningsåtgärder, i syfte att ge nödvändig omvårdnad eller förhindra allvarlig skada, även om tvång naturligtvis skall vara sista utvägen.<sup>193</sup>

---

<sup>192</sup> Se vidare avsnitt 6.4.2 där det framkommer att demenssjuka är en grupp som skall prioriteras i vården.

<sup>193</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. s. 30.

Den rättsliga ställningen för personer med nedsatt beslutsförmåga är i dagens reglering svårtillgänglig och oklar, vilket inte är tillfredställande ur rättsäkerhets- eller legitimitetshänsyn.<sup>194</sup>

Eftersom tvång utan stöd i lag används på demensboenden blir personer med demenssjukdom kontinuerligt utsatta för kränkningar av deras mänskliga fri- och rättigheter och personalen begår olagliga handlingar. Hanteringen strider dessutom mot legalitetsprincipen. Det krävs i dagsläget ingen dokumentation av tvångsanvändandet vilket medför att insynen är begränsad och att den offentliga maktutövningen är svår att kontrollera.

Det tvång som förekommer på demensboenden betraktas enligt gällande lagstiftning som en del i den *faktiska verksamhet* som socialtjänsten svarar för att tillhandahålla behövande individer. *Myndighetsutövning* är visserligen ett begrepp utan klarlagt innehåll, men beslut om offentligt tvångsanvändande gentemot en enskild beskrivs i doktrinen som ett solklart fall av myndighetsutövning.<sup>195</sup> Eftersom det inte fattas några formella beslut om tvång inom demensvården anses den inte innefatta myndighetsutövande inslag vilket får till följd att det tvång som används därmed inte erkänns utan hanteras med hjälp av nödlösningar som BrB:s nödbestämmelser. Plats på särskilt boende utgår som en form av bistånd och betraktas enkom som ett stöd för den enskilde oavsett hur han eller hon ställer sig i frågan om att flytta till särskilt boende. Att undvika att benämna det tvång som förekommer på demensboendena vid myndighetsutövning måste betraktas som ett sätt att kringgå fundamentala offentlighetsrättsliga bestämmelser vilket innebär att rättsäkerhetsgarantier fräntas dementa personer. Det faktum att tvångsanvändandet inte erkänns så som myndighetsutövning och som ett intrång i det konstitutionella skydd som med stöd i RF och EKMR tillförsäkras medborgarna, medför att ytterligare rättigheter kränks och att en grundläggande nivå av rättsäkerhet, bland annat den enskildes rätt till domstolsprövning av offentligt tvång inte tillgodoses den person som drabbats av demenssjukdom. Det fattas för närvarande inga beslut om tvång, inga utredningar kommer således till stånd, ingen dokumentation äger rum och den stora mängd tvångsåtgärder som genomförs går i regel inte att överpröva. Det blir upp till enskilda vårdbiträden och biståndshandläggare att utifrån egna avvägningar besluta hur kritiska situationer skall hanteras, vilket innebär att den maktutövning som är för handen inte kontrolleras på tillfredsställande sätt. Man kan dessutom ifrågasätta huruvida lika fall verkligen behandlas lika med hänsyn till att besluten bygger på personliga etiska överväganden.

---

<sup>194</sup> Se även E. Rynning i SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården*. s. 479-481.

<sup>195</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården*. s. 310 ff. och s. 314.

Socialstyrelsen granskar demensvården, men använder sig sällan av sanktioner i förhållande till vårdgivaren. Möjligheten att utkräva ansvar hos yrkesgrupperna är begränsade eftersom de som i huvudsak genomför tvångsåtgärder är vårdbiträden på demensboenden vilka inte betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed inte har något yrkesansvar. Det innebär att ännu en möjlighet till ansvarsutkrävande bortfaller.

Ovan nämnda brister, i kombination med begränsad forskning och ett svagt intresse för demensvård inom läkarkåren visar på ett område som är eftersatt. Den avsaknad av tvångsreglering som i dagsläget utmärker demensvården konstituerar, mot bakgrund av att det bevisligen används tvång i stor utsträckning, en lucka i rätten. Följden av detta är rättssäkerhetsbrister som inte accepterats inom vården av unga, missbrukare eller av psykiskt sjuka där det offentliga tvånget regleras genom lagstadgade krav på proportionalitet, utredning och möjlighet till överprövning i domstol.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att ett grundläggande rättssäkerhetsskydd för personer med demenssjukdom saknas och att en klagande reglering är nödvändig.<sup>196</sup>

Lagförslagen från 2006 innebär inte en lösning på alla de brister som återfinns i vården av dementa. De betänkligheter som remissinstanser framfört, däribland anhängigorganisationers påpekanden om att god man konstruktionen får en stor och potentiellt problematisk roll är viktig att utreda vidare. Hur bedömning av beslutskompetens skall genomföras är ytterligare en svårighet att ta ställning till inför en lagstiftning, så att förslagens syfte att minska användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder i demensvården uppfylls. Som utredaren poängterar talar övervägande skäl för att en tvångslag antas under en prövotid för att efter en tid utvärderas och eventuellt justeras.<sup>197</sup>

Om lagförslagen antas hade det varit möjligt att tillförsäkra demenssjuka personer på särskilda boenden en grundläggande nivå av rättssäkerhet. Det hade inneburit att alla beslut om tvång, både passivt och aktivt, hade betraktas som myndighetsutövning vilket aktualiserar det offentlighetsrättsliga skyddet för enskilda individer. Alla beslut skall enligt lagförslagen noggrant utredas och motiveras. Besluten kommer vara tidsbegränsade och skall därmed omprövas med jämna mellanrum. Sammantaget skapas en möjlighet att kontrollera och överpröva de beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder som fattas. Med en lag som reglerar tvång i samband med medicinska insatser, hade läkarnas medverkan i och med PAL som beslutsfattare ökat. Detta medför att den medicinska aspekten av vården, framförallt gällande den omfattande medicineringen, får fastare ramar och blir möjlig att kontrollera och följa upp.

---

<sup>196</sup> Se även E. Rynning i SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. s. 478.

<sup>197</sup> SOU. 2006:110, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. s. 80 ff.

Som framgått i ovanstående slutsatser uppfyller gällande rättsläge i de fall dementa personer blir utsatta för offentligt tvång i särskilda boenden inte de grundläggande krav på rättssäkerhet som skall tillgodoses alla medborgare i en modern rättsstat. Rättssäkerhetsbrister av detta slag har negativ inverkan på medborgarnas tillit till det rättsliga systemet, vilket medför att rättssystemets legitimitet också blir lidande.<sup>198</sup>

---

<sup>198</sup> L. Vahlne Westerhäll, *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, 2007, s. 18.

## Litteratur m.m.

### Offentligt tryck

#### Statens offentliga utredningar

- SOU 1975:75 *Medborgerliga fri- och rättigheter.*  
SOU 1986:64 *Psykiatri, tvånget och rättssäkerheten.*  
SOU. 1998:32 *De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT.*  
SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom.*

#### Departementsserierna

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

#### Propositioner

- Prop 1971:30 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, m.m.*  
Prop 1975/76:209 *Regeringens proposition om ändring i regeringsformen.*  
Prop 1979/80:1 *Regeringens proposition om socialtjänsten.*  
Prop 1981/82:97 *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*  
Prop 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*  
Prop 1990/91:117 *Om en ny kommunallag.*  
Prop 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*  
Prop 1993/94:130 *Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.).*  
Prop 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*  
Prop 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen.*

#### Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

- SOSFS 1980:87 *Föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård.*  
SOSFS 1992:17 *Föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.*  
SOSFS 1997:14 *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.*  
SOSFS 1997:16 *Ändringsförfattning.*  
SOSFS 2005:12 *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.*

## **Socialstyrelsens och övriga publikationer**

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2, *Ädelreformen slutrapport*, Norstedts Tryckeri, Stockholm 1996.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4, *Äldreuppdraget – slutrapport*.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*, 2010.

Socialstyrelsen, *Detta är Socialstyrelsen*, art. nr. 2010-6-1, Sjätte upplagan, Västerås 2010.

Socialstyrelsen, *Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen* (Äldreuppdraget 1999:7, s.5 f.)

Sammanställning av remissvar, Socialdepartementet, S2006/10302/FST.

Demensförbundets yttrande, Socialdepartementet, S2006/10302/ST.

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:4 ISSN 1401-5129,

*Biståndshandläggaren – Ett omöjligt uppdrag*.

Svenskt demenscentrum, *FÖR VEMSKULL? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010.

Sveriges läkarförbund, *Om jag blir anmäld. Råd och hjälp från Sveriges läkarförbund*, Solna 2002.

## **JO:s ämbetsberättelse**

JO 1989/90

## **Rättsfall**

Länsrätten i Göteborg, mål nr 8045-09, Rotel 12, 2009-11-04.

## **Övrig litteratur**

Blennberger, Erik – Johansson, Bengt, *Värdigt liv och välbefinnande. Äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik*, Fortbildning AB, Stockholm 2010.

Bohlin, Alf – Warnling-Nerep, Wiweka, *Förvaltningsrättens grunder*, andra upplagan, Norstedts Juridik AB, Stockholm 2009.

Elmér, Åke, *Från Fattigverige till välfärdsstatens*, femte upplagan, Berlingska Boktryckeriet, Lund 1972.

Fahlberg, Gunnar, *Socialtjänstlagarna*, Liner AB, Malmö 2009.

Holmquist, Lena - Leijonhufvud, Madeleine - Träskman, Per Ole - Wennberg, Susanne *Brottsbalken En kommentar Del II*, Norstedts Juridik, Stockholm 2007.

Holgersson, Leif, *Socialpolitik och socialt arbete: historia och idéer*, Norstedts Juridik, Stockholm 2004.

Jareborg, Nils, *Allmän kriminalrätt*, Iustus förlag, Göteborg 2001.

- Nordström, Carl – Thunved, Anders, *Nya sociallagarna*, tjugotredje upplagan, Norstedts juridik AB, Stockholm 2010.
- Peczenik, Alexander, *Vad är rätt?*, Fritzes förlag AB, Göteborg 1995.
- Petersson, Olof, *Den offentliga makten*, andra upplagan, SNS förlag, Kristianstad 2010.
- Pettersson Ulla, *Etik och socialtjänst. Om förutsättningarna för det sociala arbetets etik*, Gothia AB, Stockholm, 2000
- Rynning, Elisabeth, *Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie*, Iustus Förlag AB, Uppsala 1994.
- Tännsjö, Torbjörn, *Tvång i vården*, Thales, Stockholm, 1994.
- Tännsjö, Torbjörn, *Vårdetik*, Thales, Stockholm, 1998.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, (Red), *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Norstedts juridik AB, Stockholm 2002.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, (Red), *Legitimitetsfrågor inom socialrätter*, Norstedts juridik AB, Solna 2007.
- Vahlne Westerhäll, Lotta, *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950 - 2000*, Norstedts Juridik AB, Solna 2004.

## Tidningsartiklar

<http://www.dn.se/ledare/huvudledare/vard-i-laglost-land>

## Internet

<http://www.regeringen.se/sb/d/504/a/3029>

[www.sweden.gov.se/content/1/c4/27/81/023925cd.pdf](http://www.sweden.gov.se/content/1/c4/27/81/023925cd.pdf)

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>,

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

[http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/kommunriskerarboterefterbristerio  
msorgavgravtfunktionshindrade](http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/kommunriskerarboterefterbristerio<br/>msorgavgravtfunktionshindrade)

<http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/hurfaenduschwagareattvattasi>

<http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/lataboendegafrittmedriskenatth>

<http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/farenskildabestammaomattavstam>

[http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvard/godvardverkygforuppfoljningochutvarderi  
ng](http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvard/godvardverkygforuppfoljningochutvarderi<br/>ng)

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/foreskriftupphavande>

[http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?no  
deid=4408&pageversion=1](http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?no<br/>deid=4408&pageversion=1)

[http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3224/4031.pdf?object  
Id=7311](http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3224/4031.pdf?object<br/>Id=7311)

[http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3222/4029.pdf?object  
Id=7309](http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3222/4029.pdf?object<br/>Id=7309)

[http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utreddning-och-  
diagnos/Diagnoskriterier/Demens/](http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utreddning-och-<br/>diagnos/Diagnoskriterier/Demens/)

# Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs följande.

### **Inledande bestämmelser**

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

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

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

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

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

1. med respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet,

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

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

En mindre ingripande åtgärd skall användas om den är tillräcklig.

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

Med socialnämnd enligt denna lag avses den eller de nämnder som

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

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

Med särskilt boende enligt denna lag avses

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

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

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

Med dagverksamhet enligt denna lag avses

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

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

## **Tillämpningsområde**

**4 §** Denna lag tillämpas på personer som

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

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

a) särskilt boende,

b) dagverksamhet,

c) hemtjänst, eller

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

a) särskilt boende, eller

b) daglig verksamhet.

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

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

## **Tvångs- och begränsningsåtgärder**

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

1. flyttning till särskilt boende (6 §),

2. låsning av ytterdörr (7 §),

3. användning av sänggrind (8 § 1),

4. användning av brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning (8 § 2),

5. användning av pejlings- och larmanordning (9 §),

6. fasthållning eller bortförande (10 §), och

7. åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser

(11 §).

### **Flyttning till särskilt boende**

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

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

### **Låsning av ytterdörr**

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

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

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

### **Användning av sänggrind m.m.**

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

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

### **Användning av pejlings- och larmanordning**

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

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

## **Fasthållning eller bortförande**

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

## **Åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser**

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

## **Utredning**

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

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

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

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

**15 §** Socialnämndens utredning skall innehålla

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

samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört angående den aktuella åtgärden.

## **Beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder**

### **Beslut**

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

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

### **Beslut i brådskande fall**

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

1. det är sannolikt dels att den enskilde omfattas av 4 § första stycket 1, dels att åtgärden behövs, och
2. ett slutligt beslut inte kan avvaktas med hänsyn till behovet av att kunna ge nödvändig vård och omsorg eller förhindra eller begränsa en uppenbar risk för att den enskilde allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

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

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

### **Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut**

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

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

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

Socialnämnden skall

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

## **Handläggning**

### **Skyndsamt handläggning**

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

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

### **Muntlig förhandling**

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

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

### **Domstolsbefogenheter m.m.**

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

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

### **Delgivning**

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

### **Offentligt biträde**

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

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

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

## **Polishandräckning**

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

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

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

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

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

## **Rapportering**

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

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

## **Normgivningsbemyndigande**

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

1. om genomförande av åtgärder enligt 6–11 §§,
2. om utformningen av pejlings- och larmanordningar enligt 9 §,
3. om vem som får genomföra en sådan undersökning som avses

i 14 §, och

4. som i övrigt behövs för tillämpningen av denna lag.

## **Överklagande**

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

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

## **Tystnadsplikt**

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

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Härigenom föreskrivs följande.

### **Lagens innehåll, syfte och tillämpningsområde**

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

1. omfattas av 4 § första stycket 1 lagen (0000:000) om tvångs och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall, och
2. som beviljats sådant bistånd som anges 4 § första stycket 2 a och b, eller
3. beviljats sådan insats som anges i 4 § första stycket 3, dock ej korttidsvistelse i korttidshem, eller
4. omfattas av 4 § andra stycket samma lag, och
5. som vistas i ett särskilt boende eller i en dagverksamhet.

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

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

### **Beslut om medicinsk behandling**

#### **Beslut**

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

1. läkare i allmän tjänst, eller
2. läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att besluta om sådana åtgärder.

Beslutet skall avse en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar.

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

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

#### **Beslut i brådskande fall**

**4 §** Om en medicinsk undersökning enligt 7 § första stycket eller om övrig utredning som krävs för ett slutligt beslut inte kan

avvaktas får den patientansvarige läkaren bestämma att en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar får vidtas tillfälligt. Ett sådant beslut får fattas endast om

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

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

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

## Utredning

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

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

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

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

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

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

3. vilka tidigare försök som har vidtagits för att undvika tvångsåtgärden,

4. konsekvenserna av att den medicinska behandlingen uteblir,

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

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

tvångsåtgärden.

## **Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut**

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

Övriga beslut enligt denna lag gäller omedelbart.

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

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

1. fortlöpande överväga om åtgärden behövs, och
2. ompröva beslutet när det begärs av den enskilde.

**10 §** När ett beslut om en tvångsåtgärd enligt denna lag har fattats, skall den patientansvarige läkaren se till att den ansvariga nämnden i den kommun som har meddelat ett sådant beslut som anges i 4 § första stycket 2 a och b, 3 eller andra stycket lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall och en sådan sjuksköterska som avses i 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) genast underrättas om beslutet.

## **Dokumentation**

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

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

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

## **Handläggning**

### **Skyndsam handläggning**

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

**14 §** I mål enligt denna lag gällande slutliga beslut om användande av en tvångsåtgärd skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. Muntlig förhandling skall alltid hållas om någon part begär det. Parterna skall upplysas om detta.

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

### **Domstolsbefogenheter m.m.**

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

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

### **Delgivning**

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

### **Offentligt biträde**

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

Offentligt biträde förordnas av den domstol som handlägger målet.

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

### **Polishandräckning**

**19 §** Om den patientansvarige läkaren begär det, skall polismyndigheten lämna biträde för att bereda den som skall genomföra en medicinsk undersökning enligt 7 § tillträde till den enskildes

bostad eller föra den enskilde till den plats där undersökningen skall genomföras, om detta skall ske på annan plats.

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

## **Överklagande**

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

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

## **Rapportering**

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

## **Normgivningsbemyndigande**

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

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

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.