

Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom

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

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:110

(

(

(

(

Till statsrådet Maria Larsson

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

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

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

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

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

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

Textredigering och layout har utförts av assistent Lena Enstam.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om skydds-åtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga.

Härmed överlämnas betänkandet *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom* (SOU 2006:110).

Särskilt yttrande har lämnats av experten Elisabeth Rynning.

Uppdraget är härmed avslutat.

Stockholm i december 2006

Jan Pennlöv

/Stefan Axelsson
Leif Jacobson

Sammanfattning

Uppdraget

Mitt uppdrag har sammanfattningsvis varit

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

Betänkandet

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

Bakgrund

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

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

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

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

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

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

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

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

Internationell utblick

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

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

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

Översikt över relevant lagstiftning

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

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

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

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

Personer med nedsatt beslutsförmåga

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

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

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

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

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

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

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

Tvångs- och begränsningsåtgärder

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

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

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

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

Forskning om skydds- och tvångsåtgärder

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

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

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

Utveckling inom hjälpmedelsområdet

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

Värdegrund och etiska utgångspunkter

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

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

Demensvårdens organisation och resurser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hur kan behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder förebyggas?

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

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

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

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

Förslag till lagregler för tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten

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

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

Vilket är lagens tillämpningsområde?

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

nationella riktlinjer för demensvård som avses att publiceras under 2008.

Vilka möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder ska lagen ge?

Mina förslag:

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

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

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

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

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Var ska lagen kunna tillämpas?

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Vilka regler ska gälla för utredning, beslut och överklagande?

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

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

Utredning

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

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

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

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

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

Beslutsordning

Socialnämnden

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

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

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

Länsrätten

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

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

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

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

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

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

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

Handläggning

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

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

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

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

Polishandräckning

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

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

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

Överklagande

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

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

Förslag till lagregler för tvångsåtgärder vid medicinsk behandling

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

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

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

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

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

Införande, utvärdering och ekonomiska konsekvenser

Införande och utvärdering

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Ekonomiska konsekvenser

Mina bedömningar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

