

Vad kan Sverige lära?

Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England & Holland

Erfarenheter av lagstiftning och utbildningar inom
vård och omsorg om personer med demenssjukdom

BESTÄLLNING:
Svenskt Demenscentrum
Gävlegatan 16, 113 30 Sthlm
Tel: 08-690 58 00
www.demenscentrum.se/bestall
e-post: info@demenscentrum.se

Kopiering tillåten vid angivande av källa

Vad kan Sverige lära? Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England och Holland – erfarenheter av lagstiftning och utbildningar inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

©2013 Svenskt Demenscentrum
Omslagsbild: Matton Images
ISBN: 978-91-981084-1-5
Tryck: DanagårdLiTHO 2013

Innehåll

Förord	6
Bakgrund	7
Exempel: Tvingande skyddsåtgärder	8
Inget tvång utan lagstöd	9
Positiva och negativa effekter	9
Oklara definitioner	10
Problem med vårdtestamente	11
Gällande lagstiftning i Sverige	11
Nödrätt endast i undantagsfall	13
Diskussionen startade på 1980-talet	13
Frågan om lagreglering väcks på nytt	14
Socialstyrelsen upphäver föreskrifter	16
Regeringen drar tillbaka lagrådsremiss	17
Liknande debatt utomlands	18
Tre länder att lära av	18
Norge	19
Sammanfattning	20
Bakgrund till ny lagstiftning	21
Minska användningen av tvång	21
Beskrivning av patienträttighetslagen	22
Centrala delar i det nya kapitlet	23
Så fattas besluten	25
Checklista måste beaktas	25
Målgrupper för utbildningar	26
Utbildningens olika delar	28
Filmer om utåtagerande beteende	29
Reflektion viktig del av arbetet	30
Inläsning är vanligaste åtgärden	31
Osäkerhet kring dokumentation	32
Tvånget har synliggjorts	33
Begreppet samtycke diskuteras	33
England	35
Sammanfattning	36
Varför behövdes en lag?	37
Beslutsförmåga bedöms i två steg	37
Lagens fem principer	38
Centrala begrepp och instanser	39

Två centrala organisationer	41
Implementering av lagen	41
Målgrupper	42
Genomförandet	42
Utbildningsmaterial	43
Beslut följer checklistor	44
Hantera oenighet	45
Utvärdering positiv till lagen	46
Risker som lyfts fram	46
Mer utbildning behövs	47

Holland..... 49

Sammanfattning	50
Problem med dagens regelverk	51
Garantera rättsskydd	51
Lagförslag presenteras	52
Förebygga tvingande skyddsåtgärder	52
Beslutsgång vid frihetsinskränkande åtgärd	53
Erfarenheter förmedlas mellan teamen	54
Demensboendet som tänker tvärtom	55
Ett samhälle byggt för demenssjuka	56

Vad kan Sverige lära? 57

Sammanfattning	58
Flera viktiga erfarenheter	59
Utgå från beslutförmåga – inte diagnos	59
Hur ska beslutförmågan bestämmas	60
Checklista för beslutsprocessen	61
Krav på dokumentation	62
Genomtänkta utbildningsåtgärder	62
Viktigt med lärande på arbetsplatsen	64
En svensk lagstiftning behövs	64
Utbildningsinsatser nödvändiga	65
Stort behov av baskunskaper	66

Appendix & källor 67

Vård och omsorg i Norge	68
Vård och omsorg i England	69
Vård och omsorg i Holland	70
Källor	75

Förord

År 2009 gav Socialdepartementet Svenskt Demenscentrum i uppdrag att belysa tvingande skyddsåtgärder i demensvården. Uppdraget redovisades i *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*. Rapporten innehöll bland annat en kartläggning av de skydds- och tvångsåtgärder som används och erfarenheter från länder som lagreglerat detta område.

Svenskt Demenscentrums rapport utkom i oktober 2010. Tidigare samma år hade Socialstyrelsen först publicerat *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* och sedan upphävt de enda föreskrifter och allmänna råd som reglerat användningen av tvång och skydd inom demensvården.

Det har gått nästan tre år sedan dess. Var står vi idag? Lagstöd för att i undantagsfall använda en tvingande skyddsåtgärd saknas fortfarande. En lagrådsremiss presenterades visserligen i slutet av 2012 men drogs snart tillbaka. Betyder det att personer med nedsatt beslutsförmåga får den hjälp och stöd som de behöver? Är rättsäkerheten fullgod för dem och deras anhöriga? Och har yrkesverksamma inom vården den kunskap som krävs för att ge en vård och omsorg helt utan tvingande åtgärder?

Svaret på samtliga frågor är nej – vi är ännu inte där. Men frågan om tvång och skydd diskuteras trots allt flitigt och denna bok, *Vad kan Sverige lära*, vill berika detta offentliga samtal med nya kunskaper. Författare är Lars Sonde som var projektledare när den första rapporten, *För vems skull?*, togs fram. På uppdrag av Svenskt Demenscentrum har han nu gjort en historisk sammanställning av frågan om tvång och skydd av personer med demenssjukdom. Han har även studerat tre europeiska länder som, med målsättningen att minska användningen av tvingande åtgärder, infört (eller är på gång att införa) en tydligt lagreglering av detta område. Vad Sverige kan lära av dessa länder diskuteras i ett avslutande kaptitel.

Ett tack till mina medarbetare Gunilla Nordberg och Sara Hjulström för era bidrag till rapporten men allra mest tack till dig Lars för ett idogt arbete med denna fråga. Är också glad för att du vill fortsätta att följa utvecklingen. En bred och samlad erfarenhet är nödvändig för att kloka och långsiktiga beslut ska kunna fattas i denna svåra fråga.

Stockholm i april 2013

Wilhelmina Hoffman

Direktör vid Stiftelsen Svenskt Demenscentrum

Bakgrund

EXEMPEL

Tvingande skyddsåtgärder

Mekaniska åtgärder

Olika anordningar som hindrar en person att flytta sig eller att lämna en bestämd plats, till exempel möbler, kläder, brickbord i armstöd, bälten och sänggrindar.

Fysiska åtgärder

Låsta dörrar, inklusive olika varianter av kodlås, eller att personalen med händerna, eller med hot om att använda händerna, hindrar någon att röra sig.

Övervakning

Med videokamera eller GPS-apparatur

Rörelselarm och passiva larm

Elektroniska tryckdynor (under madrasser eller mattor) och elektroniska ljudövervakare som signalerar när en person går upp ur sängen eller lämnar ett rum.

Läkemedelsbehandling

När den sker enbart för att påverka eller behandla symptom på rastlöshet eller stört beteende utan att de underliggande orsaker behandlas.

Tvångsflyttning

Flyttning, till exempel till ett demensboende, mot personens vilja.

Bakgrund

Inget tvång utan lagstöd

En diskussion om tvång och skydd för personer med demenssjukdom kan ta sin utgångspunkt i Sveriges grundlagar. I regeringsformen sägs att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Om stat, landsting eller kommun anser sig tvungna att använda tvång, våld eller inlåsning, för att skydda någon från att skada sig själv eller omgivningen, så måste det finnas en lag som reglerar hur åtgärderna får användas.

Sverige har flera lagar som reglerar sådant användande, bland annat *Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga* (LVU) och *lagen om vård av missbrukare* (LVM). Båda är exempel på lagar under Socialtjänstlagen som reglerar hur vård- och behandlingsåtgärder får användas i situationer där frivilliga lösningar av någon anledning inte är tillräckliga. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (LPT) är på samma sätt en kompletterande lag till hälso- och sjukvårdslagen och innehåller bestämmelser om psykiatrisk vård som är frihetsberövande eller innehåller tvång.

Inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom finns ingen lag som reglerar användandet av åtgärder som kan uppfattas som tvång eller som används mot en persons vilja, i denna bok kallade tvingande skyddsåtgärder. Ändå används sådana åtgärder ofta, till exempel är en låst dörr ut från ett demensboende fortfarande ovanligt.

Positiva och negativa effekter

Det finns fler skäl till att tvingande skyddsåtgärder används. En låst dörr kan förhindra skador och olyckor som riskerar att uppstå om en person med demenssjukdom förrirrar sig ut. Mekaniska åtgärder kan användas för att förebygga skador och olyckor. De används vid nedsatt rörelse- och balansförmåga för att förhindra fall och undvika permanent sängläge. De kan också erbjuda en bra sittställning vid måltiden eller för att ge stimulans och möjlighet till social interaktion.

Det finns alltså flera rimliga skäl till att använda åtgärderna. Problemet är att de kan uppfattas som tvingande och mot någons vilja vilket inte är tillåtet i lag.

Utöver de negativa effekter som i första hand förknippas med åtgärderna, att de påverkar den enskildes integritet och rörelsefrihet, finns även andra negativa effekter. När det gäller åtgärder som bälten, brickbord och liknande, ger den begränsade rörelsefriheten ökad risk för försämrad balans och gångförmåga, minskad muskelstyrka, inkontinens

och förstoppning. Det här är effekter som kan komma relativt snabbt och de är relaterade till antalet timmar per dag som vårdtagaren utsätts för åtgärden.

I en enkätundersökning 2010 riktad till landets alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) ställdes frågan om vem eller vilka som tar besluten om tvingande skyddsåtgärder på vård- och omsorgsboenden. Svaret blev att det till allra största delen var legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som beslutade om eller förskrev sådana åtgärder. I en del kommuner var det enbart läkare som beslutade. I andra var det läkare som tillsammans med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast fattade besluten.

Oklara definitioner

Arbetet med Svenskt Demenscentrums rapport *För vems skull?*¹ startade med en rad frågeställningar kring centrala begrepp. En första fråga handlade om vad som menas med personlig integritet. Är det att inte uppleva sig kränkt, det vill säga ett subjektivt begrepp? Eller är det någon form av statistiskt begrepp som är lika för alla, eller åtminstone lika i vissa situationer?

Begreppet personlig integritet är inte definierat juridiskt vilket i sig leder till svårigheter när det kommer till skydd av den personliga integriteten eftersom vi inte riktigt vet vad det är vi ska skydda. När man genom lagstiftning vill skydda den personliga integriteten är det naturligt att hamna någonstans mitt emellan – det vill säga någon form av grundskydd mot vissa typer av ingrepp eller åtgärder och därutöver krav på att varje individs särskilda önskemål om integritet ska tillgodoses.

Svensk lagstiftning skyddar oss mot tvång, våld och frihetsberövande som sker utan vårt samtycke. Däremot är det inget som hindrar oss att samtycka till att till exempel frivilligt genomgå en operation som innebär kroppsligt ingrepp och smärta eller delta i en hockeymatch där tacklingar kan medföra både frakturer och utslagna tänder – utan att vi ansetts utsatta för ett brott.

Integritetsbegreppet och vad som är integritetskränkande påverkas av den kognitiva störningen vid demenssjukdom. Som en följd av sjukdomen blir tankarna mer och mer fokuserade på här och nu, förmågan till reflektion minskar, det blir svårare att beakta mer än en aspekt samtidigt och det blir svårare att förstå en komplicerad yttre värld.

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

1 För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården. Svenskt Demenscentrum (2010)

Problem med vårdtestamente

I bedömningen av vad den som saknar beslutsförmåga egentligen vill, förs resonemanget ofta kring vad personen hade velat om samma situation hade uppstått när denne var beslutsförmögen kontra vad personen uttrycker för att vilja just idag. Det har diskuterats om man ska kunna skriva någon form av vårdtestamente där man i förväg beskriver hur man vill bli omhändertagen den dag man inte kan fatta beslut själv. Detta testamente skulle då kunna ligga till grund för eventuella tvångsåtgärder som behöver vidtas för att uppfylla den viljan.

Det finns dock två problem med att använda tidigare åsikter som grund för beslut gällande en beslutsoförmögen person. Det ena handlar om att vi alla ändrar uppfattning i olika frågor under livets gång. Vi skulle antagligen inte vara så nöjda med att vid 50-års ålder vara bundna vid de åsikter vi hade i alla frågor i 20-årsåldern. Det andra handlar om frågan om vad den personliga integriteten egentligen är? Är den statisk eller handlar den om våra tankar och känslor just i dag? Hur förändras den vid en demenssjukdom?

Ett sätt att resonera är att det finns en form av grundskydd som de allra flesta skulle skriva under på, som inte handlar så mycket om tycke och smak. Man kan till exempel förutsätta att om någon går ut i gatan utan att se att det kommer en buss och det finns en medmänniska bredvid som uppmärksammar detta, så tar denne tag i personen och drar in honom/henne till trottoarkanten.

Att som medmänniska i det läget istället tänka ”den där personen går visst ut i gatan mitt framför en buss, då får jag väl anta att personen vill bli överkörd” är för oss alla helt främmande. På samma sätt kan man förutsätta att man ska få hjälp även om man genom skada eller sjukdom blivit beslutsoförmögen.

I dag finns legala möjligheter att skydda beslutsoförmögna mot allvarlig skada genom den så kallade nödrätten (se sid 13). Juridiskt sett är det inte att betrakta som en rätt att använda tvång utan en möjlighet att under vissa förutsättningar undgå ansvar för handlingar som normalt är att betrakta som brottsliga. Det senare är alltså ett ganska tungt argument för att en lagreglering inom demensområdet behövs. På samma sätt som patienten eller den boende behöver ett lagskydd mot fel använda åtgärder, behöver personalen ett regelverk som inte gör dem till brottslingar för att nödvändiga åtgärder används.

Gällande lagstiftning i Sverige

I tabellen på nästa sida sammanfattas det nuvarande rättsläget när det gäller användning av tvingande skyddsåtgärder i Sverige (april 2013). Det finns idag inget stöd i lagen för åtgärder som görs mot den enskildes

vilja. Lagen tillåter heller inte att anhöriga, god man eller förvaltare kan samtycka till sådana åtgärder. Omvänt kan många åtgärder användas med den enskildes samtycke även om det finns undantag även där.

Även om det inte finns några specifika regleringar gällande demensområdet så finns det många delar i både *hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) och *socialtjänstlagen* (Sol) som berör området och som kan påverka användandet av tvingande skyddsåtgärder. Övergripande kan sägas att sjukvården och socialtjänsten ska utforma sina insatser utifrån den enskildes individuella behov och förutsättningar. Det är vårdgivaren respektive socialnämnden och huvudmannen för en enskild verksamhet som ansvarar för att vården och omsorgen är av god kvalitet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Även insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att kunna ge ett gott stöd, en god service och en god omvårdnad. Bestämmelserna gäller för både kommunal och enskild verksamhet.

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

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

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

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

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

Även kontrollverksamheten är reglerad i lag. Det ska finnas rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag och att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Rutiner ska finnas för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp.

Nödrätt endast i undantagsfall

Det enda stöd som finns i lagen för att använda tvingande skyddsåtgärder är det som brukar kallas nödrätt. I brottsbalken finns bestämmelser om ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn eller nöd. Dessa bestämmelser innebär att gärningar som normalt är straffbara, under vissa förhållanden kan medföra att en person går fri från ansvar. Bestämmelserna om nödrätten gäller generellt och därmed inte bara för anställda inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Bestämmelserna om nödrätt innebär att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. Det som blir aktuellt inom vård och omsorg är främst fara för liv och hälsa. Lagtexten säger att ”Handlingen får inte vara oförsvarlig med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt, vilket innebär att handlingen måste stå i proportion till den fara som föreligger. För att en nödhandling ska vara försvarlig krävs i princip att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras”.

Nödrätten får dock inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden utan är avsedd att användas vid en enstaka händelse. Denna sista mening är viktig och var den främsta anledningen till att Socialstyrelsen i juni 2010 lät sina föreskrifter och allmänna råd för arbetet inom demensområdet upphöra (se sid 16). Socialstyrelsen tyckte sig se för många fall där kommunerna använde beskrivningen av nödrätten som ett skäl att ha dörren permanent låst till sina demensboenden.

Diskussionen startade på 1980-talet

Behovet av en lagreglering av tvingande skyddsåtgärder inom demensområdet började diskuteras på 1980-talet. Då fastslog Socialstyrelsen i en kungörelse att sängsele, sängväst och liknande anordningar inte fick användas för att hålla en patient kvar i sängen. Vidare fick fastspänning inte användas för att hålla fast en orolig patient, utan endast för att möjliggöra aktivering av svaga patienter som annars skulle riskera att falla ur stolen eller liknande. Sådan fastspänning fordrade läkarordination.

I föreskriften underströks vikten av att det fanns tillräckliga personalresurser för att klara en adekvat vård och övervakning utan att använda tvångsmedel, men också behovet av en lagreglering inom området. Som svar på detta föreslog Socialberedningen 1984 en lag om skydd för "vissa åldersdementa". Lagen skulle inte medge fastspänning, tvångsbehandling eller att mot den "åldersdementes" vilja placera henne på en institution. Den enda tillåtna tvångsåtgärden skulle vara att låsa den avdelning där patienten vistades.

Lagförslaget avvisades med hänvisning till lagtekniska svårigheter. Socialberedningens förslag skulle till exempel begränsa lagens personkrets (bara gälla för personer med demenssjukdom) och de institutionstyper där tvångsåtgärder skulle kunna tillämpas, vilket innebar att andra grupper med behov av skyddslagstiftning lämnades utanför.

En annan anledning till att lagförslaget avvisades var en optimism inför framtiden som byggde på att stora förändringar hade skett de senaste åren med en utbyggnad av mindre och specifika gruppboenden för personer med demenssjukdom och utbildning av personal. Det ansvariga statsråd avslutade diskussionen med att säga:

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

Beslutet, att inte anta lagförslaget, innebar att brottsbalkens så kallade nödregler var det enda lagstöd som fanns för att av skyddsskäl inskränka de demenssjukas friheter. Med utgångspunkt i dessa nödregler beslutade Socialstyrelsen 1992 om allmänna råd som handlade om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

I de allmänna råden angavs att inlåsning inte fick ske och att det inte var tillåtet att hindra någon att lämna bostaden om det inte stod klart att det annars skulle uppstå en situation som hotade den enskildes liv och hälsa. Vidare angavs att nödrätten inte fick ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. De här allmänna råden kompletterades 1997 med föreskrifter om individuella larm.

Frågan om lagreglering väcks på nytt

År 1999 tog Socialstyrelsen upp frågan om lagreglering på nytt genom en skrivelse till regeringen om behovet av stärkt rättsskydd för personer

som till följd av demenssjukdom, psykisk störning eller andra tillstånd har nedsatt beslutsförmåga. Svaret på skrivelsen dröjde till 2005 då regeringen beslutade om en utredning för att överväga behovet av att införa bestämmelser om tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga, främst till följd av demenssjukdom.

Utredningen utmynnade i ett lagförslag 2006, *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*, som innefattade både lagregler för tvångsåtgärder inom socialtjänsten och lagregler vid medicinsk behandling av personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom inom socialnämndernas ansvarsområde.

Utredningen föreslog två nya lagar: *lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänst i vissa fall* och *lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall*. I lagförslaget föreslogs att besluten om tvingande skyddsåtgärder skulle tas av kommunens socialnämnd. Beslut om tvångsflytt till särskilt boende och låsning av dörr skulle tas av länsrätten efter ansökan från socialnämnden.

Lagförslaget gick sedan ut på remiss till kommuner, landsting, olika organisationer inom vård och omsorg, patient- och anhörigorganisatio-

Tabell 2. Åtgärder och beslutsinstans enligt SOU 2006:110

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

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

** PAL= Patientansvarig läkare

ner med flera, som fick i uppgift att läsa och kommentera texten. En sammanställning av remissvaren visade att en majoritet var positiva till förslaget och motiverade det med att en lagreglering är nödvändig. En del tyckte dock att det fanns risk för att beslutsgången skulle bli jobbig, ”byråkratisk”, och försvåra arbetet istället för att underlätta. Ungefär en femtedel av svaren avvisade förslaget och menade att en reglering inte är lösningen på problemen. Lagen, som skulle träda i kraft 2009, antogs aldrig utan lagförslaget stannade kvar på Socialdepartementet för fortsatt beredning.

En del i denna fortsatta beredning blev ett uppdrag till Svenskt Demenscentrum att ytterligare belysa frågan kring tvingande skyddsåtgärder. Socialdepartementet ville bland annat få mer information om hur andra länder behandlat frågan och deras erfarenheter av lagstiftning inom området. I oktober 2010 lämnade Svenskt Demenscentrum sin rapport, *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, till departementet.

Socialstyrelsen upphäver föreskrifter

Innan dess, i juni 2010, hade Socialstyrelsen låtit sina föreskrifter och allmänna råd för arbetet inom demensområdet upphöra. Från och med detta datum saknar Sverige alltså regler (förutom nödrätten) för hur tvingande skyddsåtgärder får användas i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom.

I november 2012 presenterade barn- och äldreministern en lagrådsremiss för granskning hos lagrådet. För att visa den politiska enigheten gjordes presentationen tillsammans med en representant för oppositionen. I lagrådsremissen, som bygger på lagförslaget från 2006, fanns ett förslag till *lag om vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten*. Lagen skulle börja gälla från och med juli 2014. Den ansvarige ministern konstaterade att:

Vården och omsorgen om personer med demenssjukdom kan innebära att tvingande skyddsåtgärder ibland kan behöva användas för att skydda den demenssjuke från en allvarlig skada. Sådana åtgärder måste ha ett tydligt lagstöd så att de som arbetar inom vården inte ska behöva känna osäkerhet om vad som är tillåtet.

Enligt förslaget var målgruppen för lagen enbart personer som beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst. Målgruppen skulle också, till följd av sin demenssjukdom, sakna förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till behov av vissa åtgärder och frivilliga åtgärder ska ha visat sig vara otillräckliga.

I praktiken innebar lagförslaget att innan ett beslut om tvingande skyddsåtgärd (i särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst) kunde tas måste ett antal frågor besvaras och dokumenteras:

- Är åtgärden nödvändig för en god och säker omsorg?
- Saknar den demenssjuke till följd av sin sjukdom förmåga att lämna ett ”grundat ställningstagande” till behovet av åtgärden?
- Har frivilliga åtgärder visat sig otillräckliga?
- Kan de negativa effekterna av åtgärden för den sjuke uppvägas?

Om frågorna besvarats med ja skulle socialnämnden kunna besluta om åtgärder som inlåsning, användning av larmanordning, fasthållande eller bortförande, användning av tvingande skyddsåtgärder i samband med skötsel av personlig hygien, användning av anordningar som sänggrind, brickbord, bälte eller sele.

Uppräkningen var uttömmande. Med det menas att den föreslagna lagen angav de åtgärder som kunde vara möjliga att använda. Inga andra åtgärder skulle vara tillåtna mot personens vilja. Det här innebar exempelvis att lagen inte skulle stödja beslut om flytt från ordinarie boende till ett särskilt boende mot en persons vilja.

I lagrådsremissen föreslogs också att när socialnämnden påbörjat en utredning var det en läkare som skulle fälla avgörandet om en person till följd av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till behovet av en tvingande skyddsåtgärd. Utöver läkarens utlåtande skulle utredningen innehålla en redogörelse för vilka tidigare åtgärder som vidtagits för att begränsa risken för skada (på den sjuke eller någon annan). Redogörelsen skulle också ha en redovisning av varför det bedömts finnas risk för allvarlig skada om inte tvingande skyddsåtgärd används och en plan som visar hur de negativa effekterna av åtgärden ska uppvägas.

Slutligen skulle uppgifter som lämnats av den sjuke eller andra personer och som kunde vara av betydelse för nämndens utredning bifogas.

Regeringen drar tillbaka lagrådsremiss

I februari 2013, bara drygt två månader efter lagrådsremissen skickats till lagrådet, kommer ett pressmeddelande från Socialdepartementet som meddelar att det inte blir någon proposition om skyddsåtgärder i demensvården: ”Socialdepartementet har funnit skäl att ompröva inriktningen när det gäller införandet av skyddsåtgärder inom demensvården ... Bedömningen är att ett fortsatt lagstiftningsarbete i nuläget kan komma i konflikt med den positiva utvecklingen inom demensvården, som i första hand behöver stödjas och säkras”.

Som synes är formuleringarna för att undvika lagreglering liknande

de som framfördes för 30 år sedan. Kanske blir slutsatsen att vi kommit till vägs ände när det gäller att ta fram en lagreglering som riktas specifikt mot en diagnosgrupp. I Svenskt Demenscentrums rapport till Socialdepartementet gavs förslaget att istället fokusera på symptomen och kalla målgruppen personer med allvarlig kognitiv störning. Det här sättet att tänka ses hos länder som lagreglerat området.

Liknande debatt utomlands

Det är inte så att det bara är Sverige som har svårt att ta beslut i de här frågorna. Debatten förs såväl inom som utom Europa om hur samhället ska förhålla sig till vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga. Problembeskrivningen är likartad och utgår från att det är en svår och komplex uppgift för ett land att begränsa autonomi och självbestämmande för vuxna medborgare.

I ländernas diskussioner kan det handla om avvägningen mellan frihet å ena sidan och säkerhet å den andra, mellan statens åtagande att skydda utsatta och sårbara personer å ena sidan och vuxna personers basala mänskliga fri och rättigheter å den andra. Eller så kan det vara formella och legala regler å ena sidan och informellt stöd av familj och vänner å den andra, mellan generella regler å ena sidan och individuellt utformade insatser och hänsyn å den andra.

Slutligen kan en allmän uppfattning om att vuxna personer kan besluta om sitt eget bästa ställas mot behovet av att försäkra sig om att samtycket är äkta och informerat.

Tre länder att lära av

I följande kapitel tar vi upp tvingande skyddsåtgärder i tre europeiska länder: Norge, England och Holland. Vi speglar den diskussion som har förts och tar upp motiven till att området reglerats i Norge och England, i Holland handlar det ännu så länge om ett lagsförslag. Alla tre länderna har gjort viktiga erfarenheter som Sverige kan dra lärdom av.

Norge

SAMMANFATTNING

Tvingande skyddsåtgärder i Norge

I Norge infördes en lagreglering av tvingande skyddsåtgärder i januari 2009. Bestämmelserna finns i ett nytt kapitel i Patientsrättighetslagen, den svenska motsvarigheten till Hälso- och sjukvårdslagen.

Lagregleringen förtydligade och utvidgade den rättsliga grunden för insatser till personer som av olika anledningar saknar "samtyckekompetens". Syftet var att förbättra deras rättssäkerhet men även att förebygga och minska användning av tvingande skyddsåtgärder. En omfattande nationell utbildningssatsning genomfördes innan lagen trädde i kraft.

De norska bestämmelserna innebär att personalen måste ha gått igenom en checklista innan ett beslut om en tvingande skyddsåtgärd får tas. I denna process ingår bland annat att bedöma patientens rättsförmåga och att pröva alternativa "tillitsskapande" åtgärder. Tanken med checklistan är att onödiga och felaktiga beslut om tvångsåtgärder ska förhindras och användandet generellt sett minska.

Beslut om tvingande skyddsåtgärder fattas av läkare eller sjuksköterska, i vissa fall även av tandläkare. En kopia av besluten går till en kontrollmyndighet som har mandat att upphäva beslutet som anses lagstridiga.

Norge

Bakgrund till ny lagstiftning

Sedan 1999 har det i Norge funnits en lag gällande skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning. Den reviderades 2004 efter en omfattande utvärdering. Lagen kan sägas reglera omsorgsarbetet men liksom i Sverige påpekades samtidigt behovet av att förtydliga och utvidga den rättsliga grunden för sjukvårdsinsatser för patienter som saknar förmåga till samtycke, till exempel patienter med demenssjukdom.

Norska socialdepartementet lade 2002 fram ett förslag till lag om i vilka situationer och under vilka förhållanden en tvångsåtgärd får användas i vården av personer med demenssjukdom. Förslaget avslogs då det ansågs strida mot Europakonventionen när den enbart vände sig till en specifik grupp (personer med demenssjukdom) och inte hade tillräckligt fokus på hur besluten skulle hanteras och dokumenteras för att vara rättssäkra.

Förslaget omarbetades och *Helse- og Omsorgsdepartementet* överlämnade i april 2006 en ny proposition med ett lagförslag som antogs 2007. Den nya lagen skulle reglera användandet av tvingande skyddsåtgärder när patienter, utan beslutsförmåga, motsätter sig vård. Dock skulle lagen inte börja gälla förrän januari 2009. Tid gavs för att implementera den nya lagen ute i verksamheterna.

Minska användningen av tvång

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

Komiteen understreker at tvang aldri skal brukes som følge av manglende (bristande) resurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god resurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige (professionelle) vurderinger av behovet for bruk av tvang. Komiteen understreker at den klare hovedregelen er at frivillige tiltak (åtgärder) skal forsøkes for det gis helsehjelp med tvang. Dette forutsetter god kompetanse og

fokus på faglig (vetenskaplig, kunskapsbaserad) utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen ber departementet vurdere hvordan det kan iverksettes kompetenshevede tiltak (åtgärder) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som bidrar til opplæring i frivillige tiltak som alternativ til tvang.

Den nya lagen gjordes som är ett tillägg till den befintliga, *Pasientrettighetsloven*. Ett nytt kapitel, 4A, lades till: *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen* ("helsehjelp" är lika med "vård" på svenska).

Beskrivning av patienträttighetslagen

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

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

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

I §4–6 beskrivs lagområdet kring vården av personer som bedömts sakna beslutsförmåga. Här säger man att den vårdgivare som tillhandahåller vården kan ta beslut om vårdinstanser som "*er av lite inngripende karakter*" med hänsyn till omfattning och varaktighet.

Vård kan även ges om det innebär ett allvarligt ingrepp för patienten när det kan anses vara för patientens bästa och att det är sannolikt att patienten skulle ha givit tillåtelse till åtgärden. Om möjligt ska närmast anhörig tillfrågas om vad patienten skulle ha önskat.

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

Ovanstående resonemang kan jämföras med de slutsatser Social-

styrelsen har gjort kring användandet av begränsningsåtgärder i Sverige. Det vill säga så länge patienten samtycker till åtgärderna kan de användas. Notera att man i Norge säger att gränsen för samtycke går vid passivitet, så länge patienten inte protesterar så anses han samtycka. Men i de fall patienten motsätter sig vården träder det nya kapitlet (4A) in.

Centrala delar i det nya kapitlet

Nedan följer ett försök till översättning av rubriker och korta presentationer av de olika paragraferna i det nya kapitlet 4A.

§ 4A-1 (syfte):

Syftet med lagen är att kunna ge nödvändig vård och omsorg för att förhindra väsentlig skada samt att förebygga och begränsa användandet av tvång.

§ 4A-2 (målgrupp):

Kapitel 4A gäller hälsopersonal som ger vård till patienter som saknar beslutsförmåga och som motsätter sig vården.

§ 4A-3 (möjligheter att ge vård):

För att få ge vård till patienter som motsätter sig vården måste först tillitsskapande insatser ha prövats (om det är möjligt). Om patienten fortsätter att motsätta sig vården, eller om personalen vet att patienten även i framtiden kommer att motsätta sig vården, kan beslut om vård tas om:

- utebliven vård kan leda till väsentlig skada för patienten
- vården anses nödvändig, och
- åtgärderna står i proportion till behovet av vård

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

§ 4A-4 (genomförande):

Om villkoren i § 4A-3 uppfylls, kan vård ges med tvång eller andra åtgärder som inläggning på sjukhus med inlåsning, för att genomföra vården. Även larmanordningar eller begränsningsåtgärder som bälte och liknande kan användas. Vården ska utvärderas löpande och avbrytas så fort lagens villkor inte uppfylls eller om vården inte har avsedd effekt eller ger negativa verkningar.

§ 4A-5 (beslut om vård som patienten motsätter sig):

Beslut tas av den vårdpersonal som är ansvarig för vården. Beslut kan

bara gälla upp till ett år i sänder. Om det innebär ett allvarligt ingrepp för patienten ska samråd göras med annan kvalificerad vårdpersonal innan beslut. Det kan gälla kroppsliga ingrepp, medicinering samt graden av motstånd.

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

§4A-6 (upplysning/underrättande):

Patient och anhöriga ska snarast underrättas om beslut enligt §4A-5. I beslutet ska finnas upplysning om hur det kan överklagas. Kopia skickas till ansvarige överordnad samt till *Helsetilsynet* i fylket (kan jämföras med Socialstyrelsens tillsynsregioner som tidigare låg under länsstyrelserna).

§4A-7 och efterföljande paragrafer:

Tar upp rutiner vid överklagande samt möjligheten att ge förtydligande föreskrifter och regler för genomförande av vården. Fem villkor har satts upp för att få tillämpa den nya lagen:

1. Patienten ska sakna beslutsförmåga (*samtykkekompetanse*)
2. Patienten motsätter sig vården (*helsehjelpen*)
3. Åtgärden ska vara nödvändig för att behandla eller förebygga "väsentlig skada"
4. Tillitsskapande åtgärder ska ha prövats
5. Lagen gäller inte behandling av patienter med psykiatrisk sjukdom

Huvudregeln i det nya kapitlet 4A är att sjukvårdspersonalen först måste pröva olika sätt att ge vårdinsatsen på frivillig väg med hänsyn till den enskildes individuella förutsättningar. Ett annat krav är att vården eller behandlingen måste vara medicinskt nödvändig och att patienten, om han eller hon inte får vård eller behandling, skulle drabbas av väsentlig skada.

Åtgärden måste också stå i ett rimligt förhållande till patientens medicinska behov. Är dessa förutsättningar uppfyllda krävs dessutom att det efter en samlad bedömning kan visas att den aktuella medicinska behandlingen är den klart bästa lösningen för patienten,

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

Så fattas besluten

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

Besluten ska dokumenteras i journalen i enlighet med reglerna i lagen om dokumentationsplikt för hälsovårdspersonal. En viktig del är att även vårdgivaren/verksamhetschefen, det vill säga den person som har det övergripande ansvaret för den aktuella sjukvården, samt *Helsetilsynet i fylket* (jämför länsstyrelsen) ska få en kopia av beslutet. Helsetilsynet har sedan mandat att upphäva beslutet om dokumentationen är bristfällig eller om åtgärden anses lagstridig.

Checklista måste beaktas

En framtagna checklista ska användas som verktyg för vårdpersonalen. I checklistan finns alla punkter som måste beaktas innan beslut tas enligt det nya lagtillägget. Innan ett beslut tas enligt kapitel 4A förutsetts även att en undersökning av beslutsförmågan gjorts och att det finns en skriftlig motivering till varför patienten inte har beslutsförmåga.

Vid varje beslut används en blankett ”Beslut om vård till patienter som saknar beslutsförmåga och som motsätter sig vården” som kan hämtas via internet². På blanketten finns 14 fält som verksamheten ska fylla i enligt följande:

1. Vem beslutet gäller (namn, personnummer, adress, telefon)
2. Avgörande om att patienten saknar beslutsförmåga (motivering, vem som fattat avgörandet, datum)
3. När och hur patienten motsätter sig vården
4. Beskrivning av patientens nuvarande hälsotillstånd

2 www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=51751&amid=2462319

5. Villkor med motiveringar:
 - Utebliven vård kan innebära väsentlig hälsorisk
 - Vården anses nödvändig (motivering)
 - Tvångsåtgärden står i proportion till vårdbehovet
 - Helhetsvärdering
6. Beskrivning av vilka tillitsskapande åtgärder som har prövats för att kunna ge vård utan tvång
7. Motivering till varför tillitsskapande åtgärder eventuellt inte har prövats
8. Beskrivning av de tvingande skyddsåtgärder som skall användas (varje tänkt åtgärd beskrivs sedan mer noggrant):
 - Inläggning på sjukhus/sjukhem
 - Kvarhållande på sjukhus/sjukhem
 - Mekaniska åtgärder (brickbord, bälten, sänggrind)
 - Läkemedel
 - Kroppsliga ingrepp
 - Larm
 - Annat ...
9. Vid allvarligt ingrepp: Värdering/motivering från annan kvalificerad vårdpersonal (namn, yrke, motivering)
10. Tidsram för beslutet (startdatum, stoppdatum)
11. Vad har anhöriga sagt om vad patienten skulle ha önskat?
12. Ansvarig för vården, som också skriver under beslutet
13. Underrättande om beslut sänds till patient, närmast anhörig, och kommunöverläkare.
14. Kopia av beslut sänds till helsetilsynet i fylket ("tillsynsenheten"). Även bilagor till exempel journaler kan sändas med beslutsunderlaget.

Målgrupper för utbildningar

Kapitel 4A trädde inte ikraft förrän 2009. Anledningen var att det ansågs viktigt att berörda aktörer förstod den nya lagens intentioner innan den infördes. En informations- och utbildningsplan utarbetades av Hälsodepartementet (*Helsedirektoratet*). Implementeringsarbetet genomfördes därefter av respektive länsstyrelse (*Fylkesman*).

Målsättningen med Hälsodepartementets informationsplan var att uppmärksamma vårdadministrationer, vårdpersonal, patienter och anhöriga på de ändringar som skulle komma i och med tillägget i patienträttighetslagen samt att informera om den utbildningssatsning som skulle genomföras. Hälsodepartementet fokuserade på fyra målgrupper.

1. Fylkesmännen (länsstyrelserna) fick brev där de uppmanades att informera sina kommuner och aktuella vårdgivare om den kommande lagen och att påbörja utbildningar. Informationen gavs även i samband med ordinarie möten mellan Hälso- departementet och länsstyrelserna. Varje länsstyrelse informerade sedan sina kommuners vårdgivare, tandläkare, och specialistkliniker vid möten och via nätet. Även berörda patientorganisationer informerades. Lokala kompetenscentra kontaktades och gavs i uppdrag att genomföra utbildningar.
2. Vårdpersonalen informerades via hemsidor, på möten och i artiklar i fackpress. En informationsfolder för vårdpersonal togs fram och distribuerades.
3. Patienter, anhöriga och patientorganisationer informerades via artiklar i dagstidningar, informationsbroschyrer och på webben. Patientorganisationerna var också behjälpliga med att sprida information.
4. Utbildningsinstitutioner på olika nivåer kontaktades. Både högskolor, högre vårdutbildningar och grundläggande vård och omsorgsutbildningar kontaktades.

Hälsodepartementets utbildningsplan hade som mål att uppmärksamma vårdpersonal, vårdchefer och annan berörd personal på den nya lagen och hur och när tvång får användas och hur man ska agera innan ett beslut tas. Personal på äldreboenden (sjukhem) skulle ges en särskilt grundlig genomgång av lagens intentioner och beslutsgången innan en tvångsåtgärd får användas. All berörd personal skulle få tillgång till den skriftliga information om lagen som Hälsodepartementet tagit fram.

Hälsodepartementets inledande utbildning av länsstyrelserna genomfördes vid ett dagslångt möte i Oslo där två till fyra personer från varje länsstyrelse fick en genomgång av lagen och det utbildningsmaterial som tagits fram. Därefter tog länsstyrelserna över och höll på hemmaplan seminarier för chefer på högsta nivå i kommunerna samt de som skulle ansvara för utbildningen i kommunerna.

Innehållet vid seminarierna var en genomgång av den nya lagen samt det utbildningsmaterial som fanns samt förslag till hur utbildningen skulle kunna se ut i den egna kommunen. Varje kommun ansvarade sedan för utbildningen av både vårdpersonal, tandvårdspersonal och personal inom specialistvården. Utbildningarna genomfördes med hjälp av föreläsningar, seminarier och egenstudier via webben.

Utbildningens olika delar

Utbildningen innehöll flera delar: den nya lagtexten, etiska diskussioner, om självbestämmande och samtyckekompetens, hur lagen förhåller sig till annat relevant regelverk, om tillitskapande åtgärder (som bemötande, inställning, förbättrad miljö, samspel), arbetsgången vid beslut, utbildningsplikten samt det yrkesmässiga ansvaret i vården.

Utbildningsmaterialet som togs fram innehöll en folder med lagens huvudpunkter, ett häfte med checklistan för hur ett beslut ska beredas och tas, en nätbaserad kurs med testfrågor, ett häfte med patientfall för diskussioner i personalgrupper, föreläsningar samt en vägledning till utbildningsmaterialet. Allt material finns på nätet, i tryckt version och på CD. På CD-skivan *Samtycke till helsehjelp* informeras om hur man gör om, och när, patienten saknar förmåga att ge samtycke till vård. Skivan avslutas med ett test. Budskapet är i korthet att personalen ska ställa samma frågor när situationer uppstår:

- Är det en vårdinsats som är nödvändig för att undvika försämrad hälsa eller att patienten skadas?
- Vilken faktisk förståelse har patienten att fatta beslut om samtycke? Det värderas genom att ställa sig fyra frågor:
 1. Har patienten en allmän förståelse för vad beslutet rör sig om?
 2. Förstår patienten följderna av att ge samtycke?
 3. Är patienten i stånd att förstå den information som ges?
 4. Kan patienten förmedla sitt beslut?

Med hjälp av både ett häfte och CD-skiva ges information om innehållet i kapitel 4A med alla paragrafer och förklaringar till dessa. En genomgång görs av de olika delarna i lagen varvat med frågor:

INTRODUKTION: När ska lagen användas?

LAGOMRÅDET: Lagen gäller somatisk vård. Till somatisk vård räknas vård som är; Förebyggande, diagnostisk, behandling, hälsobevarande, rehabiliterande samt vård och omsorg genomförd av vårdpersonal.

VILLKOR: Samma krav som ovan gäller för att få använda tvång.

ÅTGÄRDER: Vilka åtgärder kan det handla om? Förutom olika vårdinsatser räknas även inläggning, inlåsning, tillbakahållande, begränsningsåtgärder (sänggrind, bälten, bord), varningssystem, teknik (dock ej övervakningskamera).

BESLUT: Checklista vad som ska finnas med för att kunna ta ett beslut om tvångsåtgärd

ÖVERKLAGANDE: Hur och till vem/vilka?

SLUTTEST: Skivan avslutas med ett test.

Det finns även ett studiehäfte innehållande tolv olika patientfall. De används för att ge personalen kunskap i att identifiera situationer där den nya lagen kan bli aktuell, men också bidra till att minska användandet av tvingande skyddsåtgärder.

Filmer om utåtagerande beteende

Utöver mappen och dess innehåll finns en undervisningsfilm för personal på demensboenden som tar upp hur man kan förstå och hantera utåtagerande beteenden hos personer med demenssjukdom. I förordet till filmen sägs:

En person som drabbas av demenssjukdom kommer få ett förändrat beteende under sjukdomsutvecklingen. I en del fall kommer det ändrade beteendet bli en utmaning att förhålla sig till både för patienten, vård- och omsorgspersonal och anhöriga. Exempel på utåtagerande beteenden kan vara ilska, oroligt vandrande, rop, slag och sparkar mot personal och medboende. För att vård- och omsorgspersonalen ska ha en handlingsberedskap för sådana situationer är det viktigt med ett systematiskt arbete i arbetsgruppen/teamet. Den här filmen ska vara en hjälp i det arbetet.

Filmen³ som är cirka 15 minuter lång tar upp tre centrala delar i ett systematiskt arbete för att personalen ska få adekvat handlingsberedskap:

1. Kartläggning
2. Förståelse
3. Fysiskt och verbalt bemötande.

All personal måste ha kunskaper kring dessa delar i arbetet med den demenssjuke personen. Alla delarna är lika viktiga och de påverkar varandra.

1. Kartläggning

Kartläggningen blir en metod för observation. Frågor som kan ställs är: Går det att finna ett mönster? Går det att förebygga svåra situationer? Observationen ska vara systematisk och dokumenteras under rubriker som typ av beteende, i vilka situationer, vem eller mot vad är agerandet

³ Förståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demens. Demensfyrårn. Undervisningspsykehjemmet i Troms. Helsedirektoratet (2010).

riktat mot och vad hände innan? Målet är att se möjliga orsaker till beteende som i sin tur kan öka förståelsen och ge lösningar.

2. Förståelse

Om personalen kan se beteendet som ett sätt personen uttrycker sig på, en form av kommunikation, kommer de att bli mer öppna för att förstå personen. Arbetet med bemötande, attityder och förståelse är viktigt i allt omsorgsarbete och kan aldrig avslutas.

Att personalen blir trött, uppgiven och får negativa tankar när patienten har utåtagerande beteenden är förståeligt. Därför är det viktigt med reflektion och samtal kring upplevelsen av vad som hände för att kunna gå vidare med en positiv inställning och kunna ge ett bra bemötande.

3. Fysiskt och verbalt bemötande

Målet är att hjälpa personen med demenssjukdom att få bästa möjliga liv utifrån hans eller hennes situation. Dessutom att skapa en arbets-situation där personalen känner arbetstillfredsställelse och trygghet i de arbetsmetoder som används. Råd i mötet med patienten:

- Gå inte rakt på personen. Respektera det personliga utrym-met.
- Ta inte hårt i personen. Använd en fast men vänlig hand.
- Var inte för snabb. Övuntade rörelser eller åtgärder från personalen kan upplevas skrämmande och kan orsaka ilska, slag eller sparkar.
- Tala lugnt
- Positivt bemötande. Den verbala kontakten ska vara stöt-tande, tröstande och informerande
- Använd ditt och personens namn när du kommunicerar.

Reflektion viktig del av arbetet

För att kunna göra en bra kartläggning och för att bemöta personen på bästa sätt blir reflektionssamtal och etiska diskussioner viktiga delar i arbetet. I samband med olika personalmöten, rapportmöten, gruppmöten eller handledningsmöten kan personalen ges möjlighet att reflektera kring:

Kartläggningen. Vad visade den konkret? Här får inte gissningar eller personliga åsikter tas upp. Är det utåtagerande beteendet vanligt eller visar kartläggningen att det var i mindre grad än vad vi trodde? Finns det ett mönster i när beteendet uppstår?

Tankar, tolkning och förståelse. Var och en i personalen får ta upp

sina upplevelser. Även negativa tankar som rädsla, maktlöshet och ilska får tas upp. Hur kan vi förstå beteendet?

Åtgärder och lösningsförslag. Diskutera hur den verbala kommunikationen kan se ut. Planera hur det fysiska närmandet kan göras. Dokumentera åtgärdsplanen.

På CD-skivan finns filmsekvenser som på olika sätt belyser och konkretiserar de tre delarna i ett systematiskt arbete.

1. En sjuksköterska berättar om utåtagerande beteenden och hur det påverkar patienten och personalen. Att personalen måste förstå att beteendet står för någonting och att det är sätt att kommunicera för patienten. Att orsaker som smärta och oro, för höga krav på patienten eller när gränsen för det personliga utrymmet överskrids, kan orsaka utåtagerande beteenden. Om vi som personal kan förstå att patienten kämpar för sitt liv och sin värdighet, då har vi kommit långt i förståelsen av patienten.

2. Viktigt att förstå personens ”personliga rum”, att inte gå över gränsen i det fysiska närmandet. Inte gå rätt på. Vanliga människor ställer sig mycket sällan ansikte mot ansikte nära främmande personer, utan hellre står skuldra mot skuldra eller bakom. Så bör vi tänka även med personer med demenssjukdom. Att komma in från sidan för att få möjlighet att komma nära.

3. Visa att man vill personens bästa när man tar tag i personen. Att bruka en fast men kärleksfull hand och att inte gripa tag eller åstadkomma smärta. Våld får inte förekomma om det inte är nödvändigt för att kunna genomföra nödvändig vård, till exempel sårtvätt och omläggning.

4. Om patienten sliter tag i kläderna eller tar tag i håret. Försök att inte slita dig loss utan ta tag i handen, håll den och försök föra bort den efter ett tag. Det är du som personal som ska se till att personen får lugn och ro då måste du vara lugn.

5. Om det är två omsorgspersonal, till exempel vid tvätt, är det viktigt att aldrig tala över huvudet på patienten. Det kan skapa stor oro. Viktigt att ha dialog med patienten hela tiden. Vill inte patienten tvätta sig så får man sluta. Tvång får inte användas om det inte är nödvändigt för att ge god vård.

6. Personalen kan öva på varandra för att få en känsla för hur olika situationer kan uppfattas.

Inläsning är vanligaste åtgärden

Länsstyrelserna ansvarade alltså för implementeringen av den nya lagen i verksamheterna genom olika utbildningsinsatser. Efter att utbildningen genomförts har Länsstyrelserna sedan fått ett tillsynsansvar, det vill säga uppgiften att gå igenom och godkänna eller underkänna de beslut

om tvingande skyddsåtgärder som tas i verksamheterna. Länsstyrelsens representanter gör också kontroller ute i verksamheterna.

Under 2010, ett år efter lagens införande gjordes ett besök i Vestfold fylke söder om Oslo. Fylket har cirka 230 000 innevånare och ungefär 1100 sjukhemsplatser. Det första året hade Länsstyrelsen fått in cirka 150 beslut om tvångsvård. Från början upphävdes närmare hälften av besluten antingen för att de var för dåligt motiverade och dokumenterade eller för att de inte var tillåtna åtgärder. Vid tidpunkten för besöket låg siffran på cirka 20–30 procent upphävda beslut.

En stor majoritet av de beslut som kom in till Länsstyrelsen gällde tre typer av tvång: inlåsning (ca 40 procent), tvång vid hygienåtgärder (ca 20 procent) och tvång i samband med munhygien (ca 15 procent). En mindre del av besluten gällde medicinering, sänggrind, bälte och sårvård.

Beslut som avslagits eller ifrågasatts handlade om medicinering med psykofarmaka eller när personalen använt isolering som ett sätt att hålla en person borta från övriga patienter.

Osäkerhet kring dokumentation

Under det första året noterades en del missnöje från läkare och sjuksköterskor på sjukhemmen över att det tog för mycket tid att dokumentera besluten om tvingande skyddsåtgärder. Samtidigt fanns en osäkerhet kring hur dokumentationen skulle se ut. Det hände till exempel att man inte förstått att om en åtgärd var väl dokumenterad i patientjournalen så räckte det sedan att kopiera denna text till beslutet som gick till Länsstyrelsen.

Länsstyrelsens representanter skall arbeta för att minska tvingande skyddsåtgärder ute i verksamheterna genom att följa lagens direktiv och genom att upplysa om olika alternativ (tillitskapande åtgärder) till de åtgärder som beskrivits i besluten. Positiva konsekvenser som nämndes efter det första året handlade om att personalen blivit bättre på att värdera samtyckekompetensen hos patienterna, att dörrar låsts upp och att personalen nu hittar andra lösningar än tvång för att lösa situationer.

I början av 2012 gjordes ett nytt studiebesök, denna gång i Oslo stad, för att höra om fortsatta effekter av lagens införande. Representanter från Hälsodepartementet, Länsstyrelsen i Oslo och ett av sjukhemmen i staden berättade om sina erfarenheter.

Man var överens om att lagen inneburit att fokus lagts på begreppet vård, i betydelsen att frågan ställs om vårdinsatsen är så nödvändig att tvång måste användas? Många gånger blir svaret nej och andra åtgärder prövas eller så avvaktar personalen. Uppfattningen är idag att personalen resonerar som att tvång är negativt och bör undvikas.

Uppfattningen är också att personalen tänker mycket kring alternativ till tvingande skyddsåtgärder vilket i sin tur kräver både kunskap och fantasi. Men man konstaterar samtidigt att i och med lagen fokuserar på nödvändig vård, hjälper den inte i situationer där en patient stör eller riskerar att skada andra medpatienter.

Tvånget har synliggjorts

Att kopior av besluten går till Länsstyrelserna har synliggjort vad som är tvång. Samtidigt kunde de som gjorde inspektioner ute i verksamheterna se att det ibland fanns osäkerhet bland personalen om vad som skulle räknas som tvång. Det kunde hända att personalen inte såg att de åtgärder som användes skulle kunna uppfattas som tvingande skyddsåtgärder.

I den nya lagen finns inget krav på att utse en förmyndare, något som finns i den lag som reglerar användandet av tvångsmedel i vården och omsorgen av personer med utvecklingsstörning. När det nya kapitlet, 4 A, bereddes fanns en önskan att få ett enklare regelverk kring förmyndarskapet. I en aktuell undersökning som gjorts för Hälso- och sjukvårdsdepartementet, som avsåg inläggning och kvarhållande på institution, fanns det i några fall en tydlig intressekonflikt mellan familjen och patienten som påverkar möjligheten till överklagande.

Ett exempel, där man kan se att patientens lagliga rättigheter försvagats, är patienten som trots att hon är medveten om sin sviktande hälsa vill stanna hemma men anhöriga tycker att det är en alltför stor börda och patienten flyttas till institution. En svag patient har svårt att klaga och anhöriga för heller inte dennes talan då de uppnått vad de ville.

Begreppet samtycke diskuteras

Kapitel 4 A gäller personer som saknar ”samtyckekompetens” och som vägrar vård. Sedan införandet har det inom det juridiska området varit en diskussion om användningen av begreppet samtycke, vilket ses som ett svårt begrepp.

Det förs en diskussion om terminologin bör ändras till ”beslutskompetens” eller ”bestämningskompetens”. Den främsta orsaken är att samtycke till stor del uppmärksammar den positiva rätten att säga ja till vård, det vill säga att acceptera ett erbjudande. Den ursprungliga patienträttighetslagen har patientens samtycke som en allmän regel för den rättsliga grunden för att ge hälso- och sjukvård. Denna bestämmelse bygger samtidigt på antagandet att patienten också kan vägra erbjudandet om medicinsk hjälp. Den jurist som var med på mötet menade att patientens möjlighet att säga nej inte kommer fram så tydligt som det ser ut idag.

England

SAMMANFATTNING

Tvingande skyddsåtgärder i England

Mental Capacity Act (MCA) som reglerar tvingande skyddsåtgärder i England trädde i kraft 2007. Syftet med lagen var att lösa en rad problem, bland annat att människors autonomi inte respekterades och att man saknade rättskapacitet på grund av en specifik diagnos.

MCA gäller alla personer över 18 år som saknar förmåga att ta egna beslut. Orsaken kan vara en demenssjukdom men också utvecklingsstörning, förvirringstillstånd etc.

MCA säger att all personal – inte bara läkare eller sjuksköterska – kan ta beslut om en tvingande skyddsåtgärd, förutsatt att man följer de riktlinjer lagen satt upp. Den som *inte* hjälper eller behandlar en person som saknar beslutsförmåga begår enligt MCA ett lagbrott.

Liksom i Norge kräver den engelska lagstiftningen att en checklista används innan ett beslut om tvångsåtgärd får tas. Till lagens fem grundprinciper hör att en person inte får behandlas som oförmögen att fatta egna beslut förrän allt har gjorts för att hjälpa henne att fatta beslut och att allt som görs eller beslutas med hänvisning till lagen måste göras för personens bästa.

En nyinrättad organisation granskar och övervakar efterlevnaden av MCA. Det finns även en särskild domstol som tar slutgiltiga beslut vid tvister eller osäkerhet kring vad som ska göras för en person som saknar beslutsförmåga.

England

Varför behövdes en lag?

I England, liksom i många andra länder, saknades länge lagar och regler för personer som saknar beslutsförmåga. Detta skapade en rad olika problem, bland annat att:

- människors autonomi inte respekterades
- människor kunde förklaras sakna rättskapacitet på grund av en specifik diagnos
- det inte fanns regler för ställföreträdarskap (vem som kan agera istället för den som saknar beslutsförmåga)
- det var svårt att få igenom personliga ”testamenten” för hur en framtida vård och omsorg ska se ut
- anhöriga eller andra vårdare saknade rättigheter att bli tillfrågade i samband med beslut kring vård- och omsorgssituationer.

Som svar på detta införde England *Mental Capacity Act* (MCA). Det är en lag som är skriven för alla personer som inte kan ta egna beslut oavsett orsaken till att beslutsförmågan saknas, det vill säga oavsett om orsaken är utvecklingsstörning, demenssjukdom, psykiatrisk sjukdom, akuta hjärnskador, förvirringstillstånd etc. MCA beslutades 2005 men trädde i full kraft först 2007.

MCA ger riktlinjer för hur personal inom vård och omsorg ska agera och handla för att på bästa sätt kunna hjälpa den som saknar förmåga att fatta egna beslut om sig själva och sin situation. Förutom hälsa täcker MCA in välfärd, boende och även viktiga beslut om ägodelar och finansiella affärer.

Utmärkande för den engelska lagstiftningen är att alla yrkeskategorier, inte bara till exempel läkare eller sjuksköterskor, kan fatta beslut om åtgärder enligt MCA. Förutsättningen är att man följer de riktlinjer lagen satt upp och att det görs för personens bästa (*in the person's best interests*).

Viktigt att notera är att personal är skyldig att hjälpa enligt MCA, det är alltså olagligt att *inte* hjälpa eller behandla en person som saknar beslutsförmåga.

Beslutsförmåga bedöms i två steg

Lagen är till för personer med nedsatt beslutsförmåga (*lack of capacity*) oavsett orsaken till nedsättningen. För att bedöma om en persons beslutsförmåga är nedsatt utgår man från två huvudpunkter:

1. Har personen försämrad eller störd hjärnfunktion? Det spelar ingen roll om det är permanent eller tillfälligt.
2. Om svaret är *ja*; gör den nedsatta hjärnfunktionen att personen inte kan ta beslut? Svaret på den frågan är *ja* om personen inte kan:
 - förstå den information som är relevant för beslutet
 - använda eller väga informationen
 - kommunicera sitt beslut

Samtliga villkor ovan förutsätter att allt har gjorts för att hjälpa personen att fatta ett eget beslut. I lagen poängteras att vid osäkerhet eller vid mer komplexa eller svåra beslut så ska andra professioner och personer som känner personen ifråga rådfrågas innan beslut.

Lagen säger också att skattningen av beslutsförmågan måste ställas i relation till tidpunkten och var den görs. Ett exempel är en person med moderat eller svår demenssjukdom helt kan sakna förmågan att fatta beslut kring komplexa situationer men mycket väl kan fatta beslut om till exempel vad han eller hon vill äta.

Lagens fem principer

En av grunderna för MCA är att alla ska behandlas som kapabla att fatta egna beslut, så länge motsatsen inte kan påvisas. Det innebär bland annat att en persons förmåga att fatta egna beslut ska undersökas varje gång ett beslut behöver tas. Det som ska genomsyra alla diskussioner innan beslut och handlingar, är fem principer:

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

Lagen återkommer ofta till att alla runt en person med nedsatt beslutsförmåga måste agera utifrån personens bästa. Det görs tydligt i lagen att beslut om åtgärder ska tas av den eller de personer som arbetar närmast personen.

The person who has to make the decision is known as the 'decision-maker' and normally will be the carer responsible for the day to day care, or a professional such as a doctor, nurse or social worker where decisions about treatment, care arrangements or accommodation have to be made.

Centrala begrepp och instanser

Advance decision

Lagen tillåter att en person, som har beslutsförmåga, kan vägra framtida behandlingar som kan komma ifråga när och om personen då saknar beslutsförmåga. Om det gäller vägran om livsuppehållande åtgärder måste det dock vara skriftligt, signerat och bevitnat och innehållande en formulering om att vägran ska gälla även om det finns risk för att dö.

Attorney

Den som personen själv väljer ska föra hennes talan enligt den del av lagen som gäller Lasting Power of Attorney (se nedan).

Best interests

Ett av de centrala begreppen. Alla beslut som tas för en person som saknar beslutsförmåga måste göras för dennes bästa.

Capacity

Förmågan att fatta beslut.

Code of Practice

En skriftlig handledning för personal som beskriver lagens intentioner och vad den innebär konkret i olika situationer.

Court of Protection

En nyinrättad domstol som kan och ska ta slutgiltiga beslut vid tvister eller osäkerhet kring vad som ska göras för en person som saknar beslutsförmåga.

Deprivation of liberty (frihetsberövande)

Begreppet följer Europa-konventionens texter om mänskliga rättigheter och när en person frihetsberövas. I MCA finns ett stycke kring olika tvingande skyddsåtgärder och dess påverkan på individen. Lagstiftaren menar att det går att gradera hur allvarligt en åtgärd påverkar individen. I paragraf 2:3 sägs:

The difference between deprivation of liberty (frihetsberövande) and restriction upon liberty (frihetsbegränsande) is one of degree or intensity. It may therefore be helpful to envisage a scale, which moves from 'restraint' (se nedan) or 'restriction' to 'deprivation' of liberty. Where an individual

is on the scale will depend on the concrete circumstances of the individual and may change over time.

Deputy

En ställföreträdande kan utses att föra en persons talan. Ställföreträdande kan utses av Court of Protection. Det ska vara en person över 18 år eller, när det gäller ekonomi och egendomar, en institution till exempel bank.

Decision maker

Den person, kan vara vård- eller omsorgspersonal, som tar beslut gällande den person som saknar beslutsförmåga. Lagen säger att besluten alltid ska vara för personens bästa (*Best interests*).

Independent Mental Capacity Advocate (IMCA)

När det gäller strukturen för kontrollen så har en ny funktion skapats. IMCA-personer är ofta pensionerade sjuksköterskor eller socialarbetare som är anställda av de lokala myndigheterna. De ska föra de personers talan som inte har någon familjemedlem eller vän som kan ta rollen.

IMCA-personer får en specifik utbildning och ska vara helt oberoende av den lokala myndigheten trots att de är anställda där. De deltar även i utbildning och arbetar för implementering av lagstiftningen inom vården och i den sociala sektorn.

Lasting Power of Attorney (LPA)

En del i lagen som reglerar hur en form av testamente ska se ut där en individ kan besluta om vem (Attorney) som kan föra dennes talan i framtiden om hon inte kan eller vill ta egna beslut. Besluten kan gälla både omsorg och ekonomiska frågor.

Restraint (begränsningsåtgärd)

Begreppet täcker ett vitt område av åtgärder och inkluderar användandet av både aktiva och passiva åtgärder som på olika sätt hindrar en person att göra det han eller hon vill. Till exempel sänggrind för att hindra någon att gå upp ur sängen, kodlås för att hindra någon att gå ut eller olika larm som registrerar om personen förflyttar sig.

MCA kräver att två villkor ska vara uppfyllda för att vård- och omsorgspersonal ska få använda begränsningsåtgärder och inte riskera att bli straffade för det. För det första måste de tro att åtgärden är absolut nödvändig för att förhindra att personen kommer till skada. För det andra måste personalen se till att åtgärden är rimlig och i proportion till den tänkta kränkningen.

The Office of the Public Guardian

Tillsynsmyndighet som också har register över IMCA-personer, juridis-

ka ombud, förmyndare, övervakare. Myndigheten ska också vid behov tillhandahålla uppgifter till Court of Protection.

MCA DOLS, Deprivation of Liberty Safeguards

Våren 2009 implementerades ett tillägg till MCA, som innebär att även frihetsbegränsning på sjukhus eller i särskilt boende kan genomföras reglerat. Tanken är även här att ingen ska kunna utsättas för tvingande skyddsåtgärder utan en genomtänkt vårdplan/anledning, att de ska undvikas om möjligt och bara användas när det är relevant för brukaren och är det enda sättet att skydda dem på.

Frihetsbegränsningen ska vara så kort tid som är möjligt och enbart för den speciella behandlingsplanen eller den specifika åtgärden. MCA DOLS beskriver den standardprocess som måste följas och som ska säkra att personer frihetsbegränsas endast när det är ytterst nödvändigt för personens bästa.

Om en person behöver frihetsberövas för sitt eget bästa skyddar MCA DOLS denne genom att tillhandahålls en representant som ska bevaka att allt verkligen görs för personens bästa samt informerar om rätten att överklaga till Court of Protection.

Ansökan om frihetsberövande görs till CQC (se nedan). Dessutom finns riktlinjer för vad som ska göras efter ett beslut om frihetsberövande, att beslutet regelbundet ses över och följs upp.

Två centrala organisationer

National Care Association (NCA)

En medlemsorganisation för mindre boendeenheter i England. NCA liksom andra organisationer har tagit fram egna checklistor för sin personal som ett stöd i beslutsgången vid åtgärder som görs när en person saknar beslutsförmåga.

The Care Quality Commission (CQC)

En organisation som granskar och övervakar beslut enligt MCA DOLS och besöker sjukhus och vårdhem för att intervjua personer inblandade i fallet och har tillgång till alla relaterade dokument för att säkerställa att personen är adekvat skyddad.

Implementering av lagen

Efter att MCA beslutades av parlamentet 2005 påbörjades ett två-årigt implementeringsprogram kallat *Mental Capacity Implementation Programme (MCIP)*. Implementeringen leddes av *Department for Constitutional Affairs (DCA)*⁴ men inkluderade även *Department of*

⁴ Motsvarar justitiedepartementet i Sverige

Health (DH)⁵ och *Public Guardianship Office* (PGO)⁶. Även *Welsh Assembly Government*⁷ var involverade. Aktörerna fick olika uppgifter i implementeringsarbetet.

Målgrupper

DCA tog fram den manual som förklarar lagen, Code of Practice, och material kring denna manual, bland annat en lättläst version för personer med utvecklingsstörning. DCA ansvarade också för informationen gällande möjligheten att skriva testamenten och fullmakter, etablera och ta fram regler för den nya domstolen, *Court of Protection*, samt hur organisationen av tillsynen, *Public Guardian*, skulle se ut.

PGO som tidigare arbetat med förmyndare och gode män, fick nu även hand om kontakt- och rådgivningsfunktioner i samband med införandet av delarna i lagen som tar upp vårdtestamenten och fullmakter.

DH tillsammans med förvaltningen i Wales fick ansvaret för kontakterna med fältet. De etablerade nätverk med chefer på regional och kommunal nivå samt anordnande träffar (seminarier, konferenser). DH tog också fram och spred utbildningsmaterial till anställda både inom vård- och omsorgsenheter samt manualer ”best practice tool” för både vård och omsorgsarbetet.

DH hade möjlighet att ekonomiskt stödja andra utbildningsinsatser för vård- och omsorgspersonal på både nationell och lokal nivå. Departementet fick också ansvaret för samverkansarbetet med yrkesutbildningar och ackrediteringsprogram, utbildningen av IMCA-personer samt för att ta fram föreskrifter och vägledning för forskare.

För övergripande information användes media i olika former som websidor, nyhetsbrev, konferenser och seminarier.

Riktade insatser gjordes till olika professioner och intressegrupper med broschyrer med övningsexempel och patientfall eller med yrkes-specifika seminarier. Här ingick även information och utbildning för de nya befattningar som kom genom lagen; domstolsledamöter, IMCA-personer och testamentesansvariga.

Genomförandet

Arbetet ut mot fältet handlade till stor del om att vård- och omsorgspersonalen skulle få:

- Information och kunskap om innehållet i Code of Practice

⁵ Motsvarar socialdepartementet i Sverige

⁶ Ung. Överförmyndarenheterna i Sverige

⁷ Ung. Walesiska regeringskansliet

- Förståelse för hur och när beslutsförmåga kan skattas och att det ska göras varje gång ett beslut behöver tas, samt förstå vad begreppet Best interests innebär.
- Kunskap om att en person kan ha en LPA och/eller nedskrivna önskemål om hur vården och omsorgen ska se ut om beslutsförmågan försvinner.
- Kunskap om hur MCA fungerar och i relation till andra lagar och förordningar och vem som gör vad.
- Kunskap om IMCA-personer och deras funktion.
- Förståelse för principen att alltid försöka uppmuntra och hjälpa en person att fatta egna beslut om det är möjligt, eller i alla fall vara involverade i beslutstagandet.
- Information om att uppmuntra vård- och omsorgstagare att planera eller ha önskemål om sin framtida vård och omsorg och också respektera dessa önskemål.
- Hjälpa att hitta lösningar på olika problem utan att behöva använda MCA.
- Hjälpa att ändra och förbättra kulturen och strukturen i vård- och omsorgen inklusive få kunskap om vård- och omsorgstarnas rättigheter.

Utbildningsmaterial

För personal, men egentligen för alla som berörs av lagen, har ett 300-sidigt dokument, *Code of Practice*, tagits fram som ger vägledning och information om hur lagen ska fungera i praktiken. Dokumentet innehåller förklarande texter och exempel som tydliggör lagens intentioner.

- I Code of Practice första avsnitt presenteras lagen.
- Avsnitt två tar upp de fem grundprinciperna och hur de ska användas i praktiken.
- Avsnitt tre tar upp hur lagen ser till att den berörde ges rätt att så långt som möjligt fatta egna beslut.
- Avsnitt fyra tar upp hur beslutsförmågan kan undersökas.
- I avsnitt fem diskuteras begreppet ”att agera för personens bästa” och en checklista för hur man tar beslut för personens bästa presenteras.
- I avsnitt sex tas ansvarsfriheten upp för den personal som handlat enligt lagen, bland annat skriver man att för att ansvarsfrihet ska ges måste två villkor vara uppfyllda: Den personal som använder någon tvångsåtgärd måste tro (*reasonable believe*) att det är nödvändigt för att förhindra skada hos patienten. Åtgärden måste vara proportionell, både till

omfattning och till tid, till sannolikheten för att personen kan skadas och till skadans allvar.

- I de följande kapitlen finns sedan texter kring möjligheten att skriva testamenten kring vem som ska föra en persons talan, den nya domstol som inrättats till följd av lagen, vem som kan vara ställföreträdare, och hur tillsynen av att lagen följs ska se ut.

Utöver Code of Practice användes ett omfattande material i implementeringsarbetet. Det bestod av skriftlig information (kompendier, häften, broschyrer), bildspel och filmer. Allt kunde beställas eller laddas ner via webben.

Nedan ges ett urval av de länkar som finns till lagen (MCA) och Code of Practice samt till filmer där olika delar av lagen förklaras och exemplifieras.

Mental Capacity Act (MCA) kan ladda ned från:

www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf

Lagens intentioner förklaras i en skrift på lättläst engelska:

<http://www.dca.gov.uk/menincap/mca-act-easyread.pdf>

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>

Webbsidor med undervisningsfilmer inspelade med professionella skådespelare. Filmerna handlar bland annat om bedömning av beslutsförmåga, riskbedömning kontra behovet av skydd och behovet av stöd till anhöriga. Korta texter tar upp filmens innehåll, budskap och vilka yrkesgrupper den berör:

www.scie.org.uk/topic/people/olderpeople/dementia

www.scie.org.uk/topic/keyissues/mentalcapacity

Beslut följer checklistor

Med stöd i *Code of Practice* har olika intresseorganisationer i samarbete med Hälsodepartementet tagit fram egna checklistor som ett stöd i det dagliga arbetet. Som exempel beskrivs nedan den checklista som organisation som representerar mindre vård- och omsorgsboenden i England (NCA) tog fram för sin personal. Enligt checklistan ska ett antal åtgärder genomföras när ett beslut om tvångsåtgärd föreslås.

Först måste de fem principerna i MCA (se sid 38) beaktas. Därefter görs en skattning av beslutsförmågan. Helst ska skattningen göras tillsammans med den berörde och någon anhörig. Beslut ska signeras och läggas tillsammans med vårdplanen i journalen.

Nästa steg är att personalen måste förstå att de åtgärder som man vill

besluta om måste göras för personens bästa. Här finns en separat checklista enligt följande:

- Att bestämma vad som är för någons bästa får inte enbart utgå från personens ålder, uppträdande, utseende eller beteende
- Alla relevanta omständigheter ska beaktas när beslut för någons bästa ska tas
- Om det finns en möjlighet att personen kommer att återfå förmågan att fatta ett specifikt beslut bör man avvakta, om det inte är bråttom med ett beslut
- Speciella överväganden måste göras när det gäller livsuppehållande behandling. Den som ska ta beslutet får inte motiveras av sin önskan att avsluta personens liv
- Både personens tidigare och nuvarande önskningar och känslor, trosinriktning och värderingar måste beaktas
- Närståendes, liksom ställföreträdarens åsikter måste även de beaktas

Hantera oenighet

Samtliga svar ska dokumenteras och dokumentet ska signeras. Om det skulle uppstå oenighet på något sätt kan den som ska fatta beslutet genomföra en eller flera åtgärder: involvera någon oberoende person, införskaffa en second opinion, sammankalla till vårdkonferens och genomföra medling. I de svåraste fallen kan ärendet tas till den nyinrättade domstolen, *Court of protection*.

När de involverade är överens tas nästa steg. Ett formulär fylls i där de situationer, som personen inte kan ta beslut i, markeras. Följande situationer finns som alternativ på NCA:s lista:

När personen ska äta, vad personen ska äta, vad personen ska dricka, när personen ska gå upp respektive gå och lägga sig, tvätt och dusch, tandborstning, rakning, hårvård, vilka kläder personen ska ha, toalettbesök, när personen behöver träffa läkare, tandläkare eller andra vårdgivare, gå, hjälp i och ur sängen, handla medicin, sköta ekonomin, ringa samtal, gå utanför hemmet utan sällskap, hålla ordning på glasögon, hörhjälpmedel, handväska, annat.

Därefter tas beslut om vilka åtgärder som ska genomföras. Alla steg i checklistan ska vara dokumenterade:

- Skattning av beslutsförmågan i två steg (se sid 37)

- Hur person fick hjälp att själv försöka ta beslut och hur effektivt det var
- Hur väl eller dåligt personen förstår den information som är relevant för beslutet
- Om personen kan minnas informationen tillräckligt lång tid för att kunna fatta ett beslut
- Om personen kan väga för- och nackdelar med beslutet
- Om personen har möjlighet att kommunicera sitt beslut
- Information om personens tidigare önskemål och uppfattningar, inklusive testamenten, *Advance decisions* och anhörigas uppfattningar
- Vilket beslut som togs
- Varför beslutet togs
- Hur beslutet togs
- Vilka som var involverade när beslutet togs

Utvärdering positiv till lagen

I intervjuer med representanter från praktiken och de som utsetts att utvärdera den nya lagen konstateras att MCA är en lyckad lagändring med ett välfungerande ramverk. Lagen stödjer både brukaren och vårdgivaren. Brukaren sätts i centrum och har sina rättigheter medan vårdgivaren har ett regelverk som kan följas när det handlar om beslutskapacitet.

Genom att följa MCA kan vårdgivaren få en juridisk rättighet att, för brukarens bästa, utföra åtgärder som dessförinnan inte var möjligt enligt tidigare lagstiftning.

Code of practice, som var den manual som togs fram för alla som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med nedsatt beslutsförmåga, uppfattas som både tydlig och lättfattlig. Manualen har som tidigare beskrivits använts av olika organisationer och yrkesgrupper för att ta fram egna yrkesspecifika instrument (*Tool kit*) som hjälp i det dagliga arbetet.

De åtgärderna har fungerat bra och har reducerat den oro som fanns hos personalen för hur lagen skulle fungera på vårdboenden för svårt demenssjuka och hur de själva skulle agera i den nya beslutsfattande roll de fått.

Risker som lyfts fram

Ett fåtal negativa aspekter har kommit fram i intervjuerna. Det har bland annat handlat om brukare som flyttats från ett boende till ett annat och där stödet från IMCA-personer bedömts varit för svagt för

att skydda brukaren. Man ser en risk att en del IMCA följer myndigheternas förslag om till exempel flytt till ett billigare boende. En annan svaghet som sågs i implementeringsarbetet gällde distriktsläkarna (GP) som de intervjuade upplevt vara svåra att engagera.

I *Mental Healths Foundations* utvärdering var fokus på de beslut som tas med hjälp av den nya lagen⁸. Rapporten konstaterar att beslut tagna utifrån *best interest* (för personens bästa) gjordes i närmare hälften av de undersökta fallen vid allvarlig försämrad hälsa. Ungefär en fjärdedel av besluten handlade om beslut i omsorgssituationer.

Man konstaterade att det finns två framgångsfaktorer för att ett beslut enligt *best interest*-principen ska fungera bra, dels att det finns ett bra chefsskap med klara beslut i organisationen, dels att brukaren alltid sätts i centrum för processen.

Rapporten som är övergripande, alltså täcker in alla grupper med nedsatt beslutsförmåga, konstaterar att demenssjukdom är den största gruppen där beslut enligt MCA tas (38%). Därefter var det personer med psykiatriska sjukdomar (27%), utvecklingsstörning (18%) och hjärnskador (8%). Oavsett grupp var flytt till vårdboende den enskilt vanligaste kategorin av beslut (26%).

En av de centrala punkterna i MCA är att personen alltid ska antas ha beslutsförmåga, tills annat visats. Det här fungerar inte alltid enligt rapporten. Ungefär 25 procent av besluten grundades på tidigare gjorda bedömningar av beslutsförmågan eller på diagnos, ålder eller beteende. Resultaten indikerar att all personal inte har tagit till sig eller förstått lagens intentioner.

Mer utbildning behövs

Det framkom också i intervjuer med personal inom demensvården att det svåraste i den nya lagen var just att bedöma beslutsförmågan. Personalen blandade ofta ihop brukarens förmåga att klara sig själv med förmågan att ta beslut. Likaså fanns svårigheter att skilja dåliga beslut från individens möjlighet att fatta beslut. När det gäller demens specifikt såg utvärderarna att bedömningar av demensgrad ibland användes felaktigt som underlag för bedömning av beslutsförmåga.

Jämfört med andra grupper (psykiatriska sjukdomar och utvecklingsstörning) var demensgruppen missgynnade när det gällde både frekvens av bedömning av beslutsförmåga och beslut gjorda för personens bästa.

Utifrån rapportens resultat gavs ett antal rekommendationer för det framtida arbetet. Bland annat föreslås att lagen behöver förtydligas när

⁸ Whose decision? Preparation for and implementation of the Mental Capacity Act in statutory and non-statutory services in England and Wales. Mental Health Foundation, 2012.

det gäller bedömning av beslutsförmåga till exempel för att klargöra skillnaden mellan okloka beslut och nedsatt beslutsförmåga och hur individen kan stödjas i beslutsprocessen. Även riktlinjerna för riskbedömning behöver uppdateras.

Rapporten konstaterar att omsorgspersonalen behöver mer utbildning både när det gäller bedömning av beslutsförmåga och beslut enligt ”best interest”. Men om detta behov finns därför att utbildningssatsningen inte varit optimal har inte undersökts.

Precis som i Norge har det varit svårt att hitta information eller utvärderingar som tittat på effekter av utbildningssatsningen, alltså vad som fungerat bra respektive mindre bra i utbildningarna.

Holland

SAMMANFATTNING

Tvingande skyddsåtgärder i Holland

I Holland ligger ett lagförslag som reglerar tvingande skyddsåtgärder. Det omfattar personer med diagnostiserad hjärnskada (demenssjukdom, utvecklingsstörning eller andra orsaker) och som uppvisar beteendeproblem eller inte samtycker till vård. Lagförslaget gäller för vård och omsorg på sjukhus, boenden och inom hemtjänst.

Tvångsåtgärden måste vara nödvändig, lämplig och det enda alternativet. Åtgärden måste alltid vägas mot de risker den kan leda till. Lagtexten betonar att vårdgivaren måste sträva efter att använda så lite tvång som möjligt och helst alternativa åtgärder.

Om lagen träder i kraft kommer beslut om en tvingande skyddsåtgärd tas av medicinsk ansvarig läkare men innan dess måste ett antal åtgärder prövas. Beslutsgången måste dokumenteras och läggas in i vårdplanen. Ett beslut gäller som längst i sex veckor och ska sedan omprövas.

Under beslutsprocessen kan en extern expertgrupp tas in för en second opinion eller för att ta över beslutsarbetet om patient eller anhörig överklagar. Lokala inspektörer ska kontrollera efterlevnaden i verksamheterna.

Holland

Problem med dagens regelverk

Sedan början av 1980-talet har Holland haft en lag, AWBZ, som reglerar användandet av tvingande skyddsåtgärder inom vården. Den kan jämföras med den svenska lagen om psykiatrisk tvångsvård. Skillnaden är att AWBZ även används för personer med demenssjukdom och personer med utvecklingsstörning.

År 2004 inleddes ett arbete för att se över lagen för de båda grupperna. Orsaken var att det visat sig att den inte kunnat ge dem det rättsskydd som var avsikten. Lagen utgår till exempel från ett antagande att personer som finns på vårdinstitutioner har en vårdplan som utformats för att lindra eller helt bota deras sjukdom eller störning, och på så sätt undanröja de riskförhållanden som motiverar tvingande skyddsåtgärder.

För personer med demens eller utvecklingsstörning gäller inte denna förutsättning. Deras sjukdomar är kroniska och utåtagerande beteenden och handlingar som demenssjukdom eller utvecklingsstörning kan ge upphov till, kräver helt andra vårdformer, metoder och behandling. Det gäller särskilt med hänsyn till frågor om huruvida tvång är nödvändigt och huruvida den enskilde gör motstånd mot en åtgärd eller visar sitt samtycke.

Garanterat rättsskydd

Lagen ansågs också behöva moderniseras så att det önskvärda rättsliga skyddet går i takt med förändringarna i samhället. Allt färre personer bor på institutioner. De föredrar istället – även när det kräver omfattande stöd – att bo kvar hemma, eller i vart fall bo i ett mindre, mer personligt sammanhang. Mot den bakgrunden måste tvångslagstiftningen kunna garantera att:

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

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

Utöver detta fanns ytterligare direktiv för arbetet med den nya lagen. I förslaget skulle ställföreträdarkapet, god man-funktionen belysas och regleras. Likaså skulle det göras tydligt var lagen skulle gälla (sjukhus, särskilt boende, eget boende) samt om det går att rangordna de tvingande skyddsåtgärdernas påverkan på individen.

Lagförslag presenteras

I mars 2012 presenterades ett nytt lagförslag för den holländska riksdagen. Lagen föreslås gälla för personer med diagnostiserad hjärnskada (demens, utvecklingsstörning eller andra orsaker) och som, till följd av diagnosen, uppvisar beteendeproblem eller som inte samtycker till vård. Lagen beskrivs som en symptom-beteendebaserad lag och ska enbart gälla personer som får professionell hjälp, alltså vid vård på sjukhus, vård och omsorg på äldreboenden eller i hemmet av primärvård och hemtjänst.

Lagen föreslås ligga under den befintliga AWBZ-lagen. Beslut om tvingande skyddsåtgärder ska tas av medicinsk ansvarig läkare men innan beslut tas måste ett antal åtgärder genomföras (se figur). Även riktlinjer för god man (ställföreträdarkap) finns med i förslaget. En anhörig kan vara ställföreträdande och även delaktig i eventuella beslut om tvingande skyddsåtgärder. Läkaren tar dock det slutgiltiga beslutet som sedan kan överklagas av ställföreträdande.

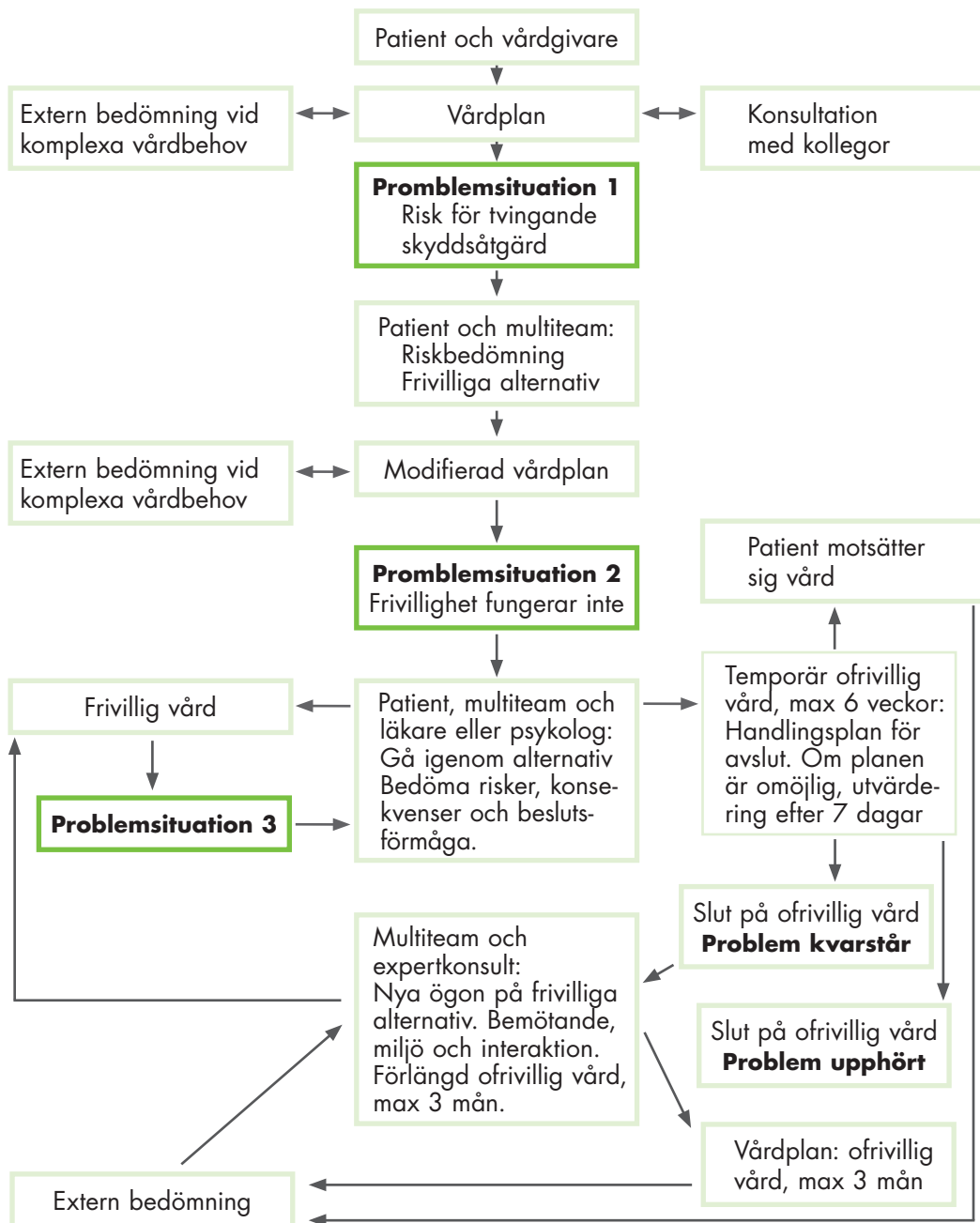
Lagen är både personbaserad och enhetsbaserad, det vill säga ett demensboende kan i sin helhet ligga under lagen. Lokala inspektörer, med bas på hälsoministeriet, skulle få uppgiften att kontrollera arbetet på boenden. Standardiserade formulär ska användas. Här påtalas vikten av att vårdgivaren alltid måste sträva efter att använda så lite tvång som möjligt och helst alternativa åtgärder.

För att beslut ska få tas måste åtgärden vara både nödvändig, lämplig och det enda alternativet och alltid vägas mot risken med åtgärden. Vidare måste beslutsgången dokumenteras och läggas in i vårdplanen. Ett beslut får gälla som längst sex veckor, sedan ska det omprövas.

Under beslutsprocessen kan en extern expertgrupp tas in för en *second opinion* eller för att ta över beslutsarbetet om patient (anhörig) överklagar.

Förebygga tvingande skyddsåtgärder

Utöver det nyligen framlagda lagförslaget, pågår flera arbeten för att minska användandet av tvingande skyddsåtgärder inom äldreboenden. VILANS (*Centre of expertise for long term care*) är ett utvecklings- och utbildningscentrum i Utrecht, som har en central roll i utvecklingen av demensvården i Holland. Både forskare och praktiker från olika verk-



Figur: **Beslutsgång vid åtgärd som begränsar den individuella friheten**

Problemsituation 1: Någon uppmärksammar att en person kan utsättas för tvingande skyddsåtgärd. *Problemsituation 2:* Trots försök med andra (frivilliga) åtgärder kvarstår problemet. *Problemsituation 3:* Problemsituationen kvarstår vid uppföljning (max 6 veckor)

samheter finns på VILANS. Ofta är det delade tjänster, vilket innebär att de anställda även finns på universitet eller högskola eller ute i vård- och omsorgsverksamheterna.

VILANS har listat ett antal problemområden som man arbetar med. Personalen på många demensboenden arbetar fortfarande patientcentrerat och inte personcentrerat. Yrkesstoltheten är låg och personalomsättningen hög och det är svårt att hitta personal med rätt utbildning och rätt förhållningssätt.

För personalen är det ett problem att många anhöriga vill att personalen ska använda begränsningsåtgärder för att skydda den äldre. Spetskompetens saknas hos sjuksköterskorna generellt, både vad gäller vård av äldre och det sociala omsorgsarbetet.

För att möta upp problemen används läropaket med olika teman och på olika nivåer för utvecklingsarbeten på äldreboenden. Man jobbar också med handledning, reflektionsgrupper, seminarier och kurser för personal. I de pågående utbildnings- och implementeringsarbetena har man sett att en modell inte nödvändigtvis behöver fungera överallt, utan det gäller att kunna specialisera hjälpen för olika enheter beroende på behov av stöd.

Erfarenheter förmedlas mellan teamen

Ett av projekten som har fokus på att minska tvingande skyddsåtgärder är initierat av hälsoministeriet. Här deltar hela team från äldreboenden. Deltagandet är gratis men äldreboenden åtar sig att skicka personal till VILANS för utbildning, handledning och diskussioner. För att nå målet jobbar man med frågeformulär (för att ringa in problemen) och genombrottsmetoden för stegvisa förändringar, där diskussioner kring alternativa åtgärder är en viktig del.

Konkret kan det handla om att personalen får sätta upp post-it-lappar (en för varje tvångsåtgärd) på en anslagstavla som alla kan se. Det gör att personalen uppmärksammas både på antalet åtgärder och vilka åtgärder som användes. Det i sin tur leder bland annat till att ansvarstagande kan diskuteras och att personalen börjar tänka i banor av personcentrerad vård, ett arbetssätt som ger både ekonomiska och mänskliga vinster.

En framgångsfaktor i VILANS arbete har varit att förmedla erfarenheter från ett team till andra team. Exempel på kunskaper som förmedlas ut är att det är viktigt att belysa hur ett bra ledarskap kan förändra verksamheten. I kommunikationen med anhöriga gäller det för personalen att kunna motivera det minskade användandet. Även om det finns en risk för fall måste personalen förmedla att det är bättre att få komma upp och röra sig än att tappa rörelseförmågan och försämra balansen vilket sker snabbt om man bara sitter.

För att höja den medicinska kompetensen finns nu utbildning i geriatik för sjuksköterskor och vikten av personcentrerad omvårdnad påtalas i utbildningarna.

Utöver VILANS finns en nystartad intresseorganisation, IDÉ (*Innovation Dementie*). Den arbetar för att minska förekomsten av begränsningsåtgärder som delas in i tre grupper:

1. Fysiska åtgärder, tex bälten i sängen, västar, brickbord, bakåttippade rullstolar, sänggrindar och låsta dörrar.
2. Psykosociala åtgärder, tex medicinering samt regler för sänggående och uppstigande som kan ses som en begränsning av individens frihet.
3. Övervakning via tex sensorer eller kameror.

IDÉ strävar efter att certifiera demensboenden runt om i landet. Organisationen undervisar om basala åtgärder för att de boende ska må bättre och förhindra användandet av tvingande skyddsåtgärder. Åtgärder som betonas är fysisk aktivitet, dagsljus (både utevistelse och i speciella ljusrum), hjälpmedel, läkemedels säkerhet, hur livsberättelsen kan användas i arbetet för att få en meningsfull dag för den äldre och om stödjande arbetssätt. De demensenheter som kan svara upp mot dessa åtgärder för god vård och omsorg kan efter prövning bli certifierade av IDÉ.

Demensboendet som tänker tvärtom

Slutligen ska demensboendet Hogeweyk i staden Weesp omnämnas. Enligt verksamhetschefen för boendet är grunden för användandet av begränsningsåtgärder ofta den oro och eller det utåtagerande beteende som den demenssjuke uppvisar. Hogeweyk är ett exempel på hur man kan bemöta oro och utåtagerande beteende genom en övergripande idé eller vision för arbetet på boendet. Verksamhetschefen uttrycker det som att verksamheten strävar efter ”vanlighet”.

Här tänker vi tvärt om. Istället för mindre boenden med kanske som mest 50 personer måste enheten vara större för att det ska finnas en möjlighet att skapa en känsla av normalt liv. I mindre boenden är säkerheten kanske bra men de äldre kan inte gå ut på ett säkert sätt i närområdet utan att riskera att bli överkörda eller gå vilse. Och de har ingen möjlighet att få göra vanliga saker som att gå och handla, gå på teater eller äta på restaurang. Det handlar alltså om möjligheten att integreras i samhället, att leva normalt.

Hogeweyk är ett boende med drygt 150 personer. Alla bor i små enheter på 8-10 personer som i sin tur ligger i ett eget område mitt i samhället Weesp. För att komma in på området går man genom en reception, som är den enda in och utgången. Inom området finns en bilfri "gångata", mataffär, restaurang, teater, frisör och en sjukgymnastmottagning.

Ett samhälle byggt för demenssjuka

Idén är att eftersom personer med demenssjukdom har svårt att fungera i ett normalt samhälle så bygger man ett nytt samhälle för dem. Allt arbete, från ledarskapsnivå till medarbetarnivå fokuserar på att de äldre ska leva som vanligt.

Varje liten boendeenhet har ett tema eller en livsstil. Personer som har haft ett konstnärligt intresse tidigare i livet kan bo tillsammans med likasinnade i en konstenhet. Natur och trädgårdsintresserade i en enhet som satsar mer på sådana aktiviteter. Vid tiden för studiebesöket fanns en enhet, med bara män, där den gemensamma faktorn var att man tidigare i livet arbetat som hantverkare.

Enligt chefen på boendet var det inte självklart för personalen att arbeta på det här sättet. Att tänka normalt liv och inte institutionsliv. Det gällde att ställa om och fundera hur viktigt, eller oviktigt det är att till exempel bädda sängen innan kaffet serveras. Hemma kanske man går och handlar innan kaffet och kanske bäddas sängen sedan.

”Det här kräver mer av personalen jämfört med andra boenden. Men det tar inte lång tid innan ny personal anammar tankesättet och ställer sig bakom det.

Vad kan Sverige lära?

SAMMANFATTNING

Vad kan Sverige lära?

Under 2000-talet har två svenska lagförslag om tvingande skyddsåtgärder lagts fram. Båda har varit avgränsade till personer med demenssjukdom. Att peka ut personer med en viss diagnos är problematiskt av flera skäl. Länderna som tas upp i denna rapport har valt ett annat angreppsätt.

Den norska lagstiftningen om tvingande skyddsåtgärder avser personer som saknar förmåga att ge samtycke. Den engelska motsvarigheten är skriven för personer som saknar förmåga att fatta egna beslut om sig själva och sin situation. Orsaken till det kan vara demens men det kan också handla om andra sjukdomar eller hjärnskador.

Gemensamt för Norge och England (och även det holländska lagförslaget) är kravet på att personalen går igenom en beslutsprocess – en checklista – innan ett beslut om tvingande skyddsåtgärder tas. Syftet är att förhindra onödiga och felaktiga beslut om tvingande skyddsåtgärder.

Den kanske viktigaste punkten i checklistan är att man först måste pröva och dokumentera alternativa (tillitsskapande) åtgärder. Det befrämjar ett lärande på arbetsplatserna och gör att personalen ofta kan lösa situationer utan tvångsmedel.

Ett uttalat syfte med den norska och engelska lagstiftningen, liksom det holländska lagförslaget, är att minska användningen av tvingande skyddsåtgärder. I alla tre länderna framhålls utbildningens betydelse för att lyckas med det. Norge och England har genomfört ambitiösa utbildningssatsningar i samband med att de nya lagarna implementerats.

Vad kan Sverige lära?

Flera viktiga erfarenheter

I uppdraget från Socialdepartementet låg ett önskemål om att analysera andra länders arbete utifrån frågeställningen ”vad kan Sverige lära”. Erfarenheterna från Norge, England och Holland har redovisats separat. Nedan förs ett resonemang kring vilka övergripande erfarenheter Sverige kan använda sig av både generellt sett, i det fortsatta utvecklingsarbetet inom vård och omsorg, och mer specifikt, när det gäller lagstiftning kring användandet av tvingande skyddsåtgärder. Följande nyckelord diskuteras: målgrupp, rättssäkerhet, strukturerad beslutsprocess, erfarenheter av utbildningssatsningarna, organisation och ledarskap.

Utgå från beslutsförmåga – inte diagnos

Det svenska lagförslaget från 2006 liksom det lagförslag som lämnades till lagrådet i slutet av 2012 gäller en lagstiftning som reglerar användandet av tvingande skyddsåtgärder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Gemensamt för de undersökta länderna i den här rapporten är att de hittat lösningar i lagstiftningen som inte pekar ut personer med demenssjukdom. Istället sätts beslutsförmågan i centrum.

I Norge har man valt att fokusera på möjligheten att ge vård till en person för att undvika väsentlig skada eller kraftigt försämrad hälsa trots att personen motsätter sig vårdinsatsen. Lagen gäller personer som saknar förmåga till samtycke. Det innebär att personer med demenssjukdom kan ingå i patientgruppen. Men det innebär också att lagen inte täcker in situationer som när en person uppträder störande mot andra eller riskerar att skada andra människor.

I England är lagen skriven för alla personer som saknar förmåga att fatta egna beslut om sig själva och sin situation. Även här kan personer med demenssjukdom ingå i gruppen. Det centrala är att undersöka om personen har beslutsförmåga eller inte i en specifik situation och att det som beslutas verkligen görs för personens bästa.

Det här innebär att lagen, till skillnad från Norge som enbart täcker in vårdssituationer, kan användas i beslut om vård men även inom områden som välfärd, boende, finansiella affärer och vårdtestamenten, alltså vem som ska föra personens talan vid eventuell sjukdom som påverkar beslutsförmågan.

Holland har haft en lag om psykiatrisk tvångsvård sedan tidigt 1980-tal. Lagen har utöver psykiatrisk sjukdom även täckt in utvecklingsstörda och personer med demenssjukdom. Med tiden konstaterades att lagen

ofta fungerar dåligt för de två senare grupperna och ett nytt lagförslag arbetades fram. I förslaget är målgruppen personer med diagnostiserad skada eller sjukdom som påverkar hjärnan och som uppvisar beteendeproblematik eller som inte samtycker till vård. Här kan personer med demenssjukdom ingå.

Kanske är det så att en (eventuell) framtida lag i Sverige i första hand bör fokusera på en persons rättskapacitet (beslutsförmåga) och inte på om han eller hon har en demenssjukdom. Följdfrågan blir vem eller vilka som ska bedöma beslutsförmågan och ta eventuella beslut om tvingande skyddsåtgärder?

Hur ska beslutsförmågan bestämmas

I Norge tas både besluten om en persons rättskapacitet och om tvingande skyddsåtgärder av läkare eller sjuksköterska med motiveringen att lagen är kopplad till behovet av vård. I England ska beslut om beslutsförmåga och åtgärder tas av den eller de personer som arbetar närmast personen oavsett profession inom vården och omsorgen. Här poängteras dock att besluten alltid ska vara för personens bästa. I Holland tänker man sig att en läkare ska ansvara för besluten, men i samråd med ett vårdteam och en anhörig.

I Sverige har diskussionen handlat mindre om bedömning av rättskapacitet och mer om vem som tar besluten. Mest har det dock handlat om möjligheten till överklagan av beslut. I de senaste lagförslagen från 2006 och 2012 föreslås att besluten tas i kommunens socialnämnd (jmf lagarna LVU och LVM). Det motiveras med att det ska finnas en rättslig möjlighet att överklaga beslutet. En ytterligare anledning till att kommunen skulle ta besluten var att den till stor del både finansierar och ansvarar för vården och omsorgen av personer med demens.

I lagförslaget från 2006 fanns dock idén att beslut om medicinsk behandling med tvång, likt Norge och Holland, skulle tas av patientansvarig läkare. Frågan blir då vad som ska räknas som medicinska åtgärder och vad som är omsorgsinsatser? I lagförslaget från 2006 räknades följande som omsorgsåtgärder: flytt till boende, låsa dörren, hålla kvar, återföra någon, använda sänggrind, bälte, brickbord, larm samt fullfölja nödvändig omvårdnad av olika slag. I förslaget från 2012 är flytt till boende borttaget.

Även om de undersökta ländernas lagar skiljer sig när det gäller vem som tar beslut om tvingande skyddsåtgärder, är de lika när det gäller kravet på att avgöra en persons rättsförmåga. De föreslår en undersökning där det för den som ska undersöka rättsförmågan handlar om att utreda om det finns en sjukdom eller hjärnskada som påverkar personens kognitiva funktioner. Därefter undersöks om:

1. Personen kan förstå informationen i den aktuella situationen.
2. Om personen kan bearbeta informationen och/eller förstå konsekvenserna av sitt ställningstagande och fatta adekvata beslut om sin egen person.
3. Om personen kan förmedla sitt svar. Har personen nedsatt kognitiv förmåga på grund av sjukdom eller hjärnskada och inte kan förstå och bearbeta information och inte kan förmedla sin åsikt så saknar personen rättsförmåga.

Checklista för beslutsprocessen

Gemensamt för de tre länderna är även kravet på att personalen går igenom en beslutsprocess innan ett beslut om tvingande skyddsåtgärder tas. Tanken är att med stegvisa åtgärder, i en beslutsgång eller med en checklista, ska onödiga och felaktiga beslut om tvingande skyddsåtgärder förhindras och användandet generellt minskas.

Första steget i en sådan beslutsprocess är att personens rättsförmåga bedöms (se ovan). Därefter ska naturligtvis personens egen vilja beaktas, vad vill hon? Sedan kommer checklistans kanske viktigaste punkt där personalen runt personen gör en kartläggning av den aktuella situationen.

Det kan handla om att systematiskt undersöka hur ofta och hur länge, om basala behov är tillgodosedda, om hon är hungrig, törstig, övertrött eller smärtpåverkad? Är personen rädd för något i omgivningen eller i den miljö hon vistas i? Kan beteendet vara en biverkan av någon medicin? Tycker alla i personalen att det är problematiskt eller är det någon eller några som kan hantera situationen, i så fall hur gör de? Kan anhöriga ge information?

I Norge kallas arbetet med att få med sig personen utan att använda tvång för tillitsskapande åtgärder, vilka alltid måste prövas och dokumenteras innan beslut om tvingande skyddsåtgärder tas. I England och Holland säger man att alternativa (frivilliga) åtgärder alltid måste ha prövats innan beslut.

Det vi kan lära är, att det här steget i beslutsprocessen kanske är det viktigaste. Genom att en kartläggning görs och en diskussion förs kan personalen i många fall hitta lösningar som inte innebär tvång.

Är det trots kartläggningen nödvändigt att gå vidare i beslutsprocessen är nästa steg att väga fördelar och nackdelar med ett beslut om tvingande skyddsåtgärder. Vad vinner vi och vad förlorar vi? I Norge och Holland måste åtgärden vara medicinskt motiverad, det vill säga det måste finnas en allvarlig risk för personens hälsa för att få använda tvång som skyddsåtgärd. I England ska åtgärden vara för personens bästa. Som personal bör man i den här delen av beslutsprocessen ställa

sig frågor om vilka negativa fysiska effekter åtgärden kan få (nedsatt motorik, balans och muskelstyrka) eller om det är möjligt att vänta med beslutet?

Krav på dokumentation

Alla delar i beslutsprocessen måste dokumenteras. Även om personal i till exempel Norge har reagerat och tyckt att det blivit tidsödande och byråkratiskt, är det en viktig del i lagarnas intention att minska användandet av tvingande skyddsåtgärder. Den omfattande beslutsprocessen och kravet på dokumentation blir en markering att tvång är något som ska undvikas så långt det är möjligt. Ska tvång användas måste man som personal noga tänkt igenom orsaker och alternativ.

Lagstiftningarna i Norge och England har gjort att medvetenheten om tvingande skyddsåtgärder, och vad som är tvingande skyddsåtgärder, har ökat hos personalen. Tvingande åtgärder uppfattas av allt fler som något negativt och som helst ska undvikas.

I samband med det svenska lagförslaget 2006 fanns farhågor om att en lag som reglerar användandet av tvingande skyddsåtgärder skulle kunna legalisera och till och med öka användandet av sådana åtgärder. Den forskning som finns pekar på att lagstiftning minskar användandet⁹.

Varken Norge eller England har försökt undersöka om lagstiftningen verkligen har minskat användandet av tvingande skyddsåtgärder. Det beror till stor del på metodologiska problem när det gäller att beskriva användandet innan lagen infördes och innan utbildningarna påbörjades.

Att man inte undersökt eventuellt minskat användande beror också på en stark övertygelse om att när personalen, genom lagstiftningarnas direktiv tvingas att reflektera över sitt arbete och hur tvingande skyddsåtgärder kan undvikas, kommer användandet att minska.

Det vi kan lära är att en kommande lag har möjlighet, om dess intentioner klargörs noga, att både minska användandet av tvingande skyddsåtgärder och förändra synen på dess användande.

Genomtänkta utbildningssatsningar

I både Norge och England har lagstiftningen om tvingande skyddsåtgärder föregåtts av ambitiösa utbildningssatsningar. Det finns flera exempel på genomtänkta strategier för att både utbilda och förändra tankesättet hos chefer och den personal som arbetar närmast omsorgstagarna. Initiativet till utbildningarna har tagits centralt på berörda departement,

⁹ Whose decision? Preparation for and implementation of the Mental Capacity Act in statutory and non-statutory services in England and Wales. Mental Health Foundation, 2012.

för att sedan läggas ut på ansvariga myndigheter eller organisationer närmare utförarna.

De genomförda utbildningssatsningarna, där både textmaterial och webbaserad information med filmer och interaktiva avsnitt använts, är lyckade insatser enligt de intervjuade. Samtidigt har det varit svårt att få fram information om vad i utbildningarna som fungerat bra respektive mindre bra. De negativa synpunkter som kommit upp har varit mer övergripande som till exempel svårigheter att nå specifika yrkesgrupper med information, där särskilt primärvårdsläkarna pekas ut.

I England, som ser avgörandet om en persons beslutsförmåga som en viktig del i beslutsprocessen, har man sett att det är svårt att nå ut till omsorgspersonalen med kunskaper om begreppet beslutsförmåga; vad det innebär och hur det bedöms. Även Norge har, som tidigare nämnts, diskuterat juridiska frågeställningar kring beslutsförmåga och samtycke.

Men att personalen får utbildning innebär inte automatiskt att verksamheten på arbetsplatsen förändras. Joyce och Showers¹⁰ har sammanställt data kring effekter av olika undervisningsstrategier och hur deltagarnas kunskaper sedan används i praktiken. I studien försökte man titta på om kunskapen fanns kvar efter utbildningstillfället, om deltagarna sedan kunde använda den nya kunskapen och slutligen om man också använde kunskapen i praktiken.

Deras slutsats blev att störst effekt sågs i en lärsituation där teori och diskussion kombineras med direkt återkoppling i samband med det verkliga arbetet, alltså något vi kanske skulle kalla handledning eller reflektion i det praktiska arbetet.

Reflektionens betydelse för lärande och utveckling har bland annat beskrivits av Svensson och Ljungzell¹¹. De menar att kompetens hos en individ innebär en förening av praktisk och teoretisk kunskap. Med stort praktiskt kunnande finns en god grund för att ta del av en formell utbildning som utgår från och tar hänsyn till arbetsplatsens förutsättningar.

Lärandet kan baseras på erfarenheter och kopplingen mellan teori och praktisk handling blir naturlig och lätt att förstå. Reflektion i och utanför arbetet och tillsammans med andra är nödvändigt för att människor skall kunna lära och utveckla sin verksamhet. Utrymme för reflektion enligt de här tankarna är alltså viktig både för individen och för organisationen.

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

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

Från Holland kan vi lära oss att så ofta som möjligt ge plats för handledning och reflektion i samband med de utbildningsinsatser som genomförs.

Viktigt med lärande på arbetsplatsen

Chefsskap och tydliga beslut i organisationen är viktiga delar i en personcentrerad vård och omsorg. Oavsett om det blir en lagstiftning eller inte som reglerar användandet av tvingande skyddsåtgärder kommer omsorgspersonalen närmast den demenssjuke ha en viktig roll. Det vi i det fortsatta arbetet kan lära och bygga vidare på sammanfattas väl i en rapport från *Consider Consultants*¹².

De skriver att i en omsorgsrelation är den psykologiska och sociala relationen själva innehållet i omsorgen. Därför har omsorgsyrket en mycket särpräglad och speciell professionalitet som skiljer den från det som kan kallas för vårdprofessionalitet och som behövs när medicinska insatser påkallas för att bota eller lindra. Omsorgsgivaren är själv ett instrument i det dagliga omsorgsarbetet och skall se, lyssna, förstå och agera på grundval av detta.

Därför behövs ett professionellt förhållningssätt och därför krävs ett ständigt arbetsplatslärande – detta är en professionalitet som inte går att lära sig på kurser. Arbetsplatslärande är metoder, organisation, styrning, ledarskap och arbetssätt för att ta fram, befästa och bekräfta denna professionella inställning. Det är denna inställning om sitt eget yrke som omsorgspersonalen behöver. Då går det att förstå varför det behövs handledning och professionellt utbyte och ständig diskussion, debatt och lärande.

En svensk lagstiftning behövs

Vi kan ställa oss frågan: För vems skull? Om man sätter ett brickbord på personens rullstol så att hon inte kan resa sig eller om man låser dörren på demensboendet; gör man det för hennes skull? Eller gör man det för att det saknas personal? Eller för att man inte riktigt vet hur man annars ska göra?

Mycket talar för att även Sverige behöver en lagstiftning. Även med väl utbildad personal kommer det att uppstå situationer när någon form av tvingande skyddsåtgärd kan bli nödvändig. Utan lagstöd finns risk att sådana används oreflekterat och utan en gedigen utredning eller att psykofarmaka sätts in eftersom det inte betraktas som en tvångsåtgärd.

Lagen måste syfta till att minimera användningen av tvingande

¹² APU-projektet. Analys av projektets långsiktiga plan för utveckling till ett regionalt kompetensforum. Consider Consultants. 2008, sid 17.

skyddsåtgärder och att skydda den enskilde. Förutsättningarna för att få tillämpa den måste anges tydligt. Det måste finnas tillräckligt med resurser så att åtgärderna som beslutas inte är en följd av personalbrist, dåligt utformade lokaler eller bristande kunskaper hos personalen.

Men oavsett om Sverige får en lag eller inte måste all vård och omsorg ta hänsyn till individen och utgå från hennes bästa. Det kräver kompetens hos personalen, ett fungerande teamarbete samt tid och möjlighet till reflektion. Det händer att tvingande skyddsåtgärder vidtas därför att personen reagerar på brister i omvårdnaden. Då är det förstås dessa brister som ska identifieras. Det kan också vara någon fysisk orsak, eller kanske helt enkelt felaktig medicinering.

Innan man ens överväger tvingande skyddsåtgärder behöver en noggrann utredning göras. Av andra länder kan vi lära att en åtgärdslista bör användas där några områden är centrala:

- Bedömning av personens rättskapacitet – i vilka sammanhang kan den äldre inte fatta adekvata beslut?
- Vad vill individen?
- En noggrann utredning med en etisk diskussion. Vad vinner vi? Vad förlorar vi? Hur mycket kränker vi individen i med den åtgärd vi föreslår? Utredningen måste visa om det finns medicinska faktorer som orsakar svårigheterna eller om dessa beror på brister i omvårdnads-/omsorgssituationen.
- Pröva/utesluta andra alternativ. Här ska även beaktas att olika åtgärder kan vara olika integritetskränkande, beroende på person och situation. Dialog med andra professioner och personer som känner den enskilde är nödvändigt.
- Regler för uppföljning och dokumentation

Utbildningsinsatser nödvändiga

Frågan om lagstiftning berör och engagerar. Diskussionen som förts de senaste åren har ofta varit nyanserad med ett klart fokus på att hitta lösningar. När Socialstyrelsen tog bort de föreskrifter och allmänna råd om tvingande skyddsåtgärder hördes initialt både uppgivna och arga kommentarer från olika håll. Men ganska snart kom exempel på att man ute i verksamheterna försöker tänka nytt kring hur man kan undvika tvingande skyddsåtgärder.

För även om det finns starka argument för en lagreglering av området är det viktigt att förstå att goda kunskaper om demenssjukdomar och deras symptom och hur man kan bemöta en demenssjuk person många gånger räcker för att undvika tvingande skyddsåtgärder.

Svenskt Demenscentrum tar fram avgiftsfria webbutbildningar för

att sprida evidensbaserad kunskap till yrkesverksamma inom vård och omsorg i hela landet. Ett uttalat syfte med utbildningarna är att förmedla kunskap och erfarenhet om hur man genom god vård och omsorg kan minimera användningen av lugnande läkemedel och tvingande skyddsåtgärder.

Svenskt Demenscentrums pågående utbildningsåtgärder går under namnet Demens ABC plus. Finansiering sker via medel från socialdepartementet. Demens ABC plus är en serie av avgiftsfria webbutbildningar för olika målgrupper och verksamheter. Den första lanserades hösten 2012 och vänder sig till yrkesverksamma inom primärvården.

Primärvården har en nyckelroll i vårdkedjan. En tidig demensdiagnos ökar patientens möjligheter att få en effektiv behandling och god vård och omsorg. Det är också en förutsättning för att de anhöriga ska få stöd i tid. I dagens sjukvård behövs kunskap men också användbara redskap för att upptäcka och utreda demens och följa upp behandlingen. Utbildningen för primärvården innehåller särskilda fördjupningar för läkare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor.

Våren 2013 lanserades Demens ABC plus för biståndshandläggare. Näst på tur står webbutbildningar för hemtjänst, särskilt boende, anhöriga och slutenvård. Samtliga utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Demens ABC plus har tagits fram i nära samarbete med referens- och expertgrupper. Här har personer med olika yrkesbakgrund och från olika delar av landet varit representerade. Användbara kunskaper har förmedlats liksom information om vilka brister som finns i verksamheterna. Nyckelpersoner har intervjuats och studiebesök gjorts till verksamheter som kan ses som goda exempel.

Stort behov av baskunskaper

Att det finns ett stort behov av basal demenskunskap visar intresset för Demens ABC, Svenskt Demenscentrums första webbutbildning som lanserades samtidigt med Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer. Sedan starten i maj 2010 har drygt 50 000 personer genomfört utbildningen. Av dem är de flesta verksamma inom kommunal vård och omsorg men Demens ABC har också fått en självklar plats inom många gymnasieskolors omvårdnadsprogram.

Utbildningens upplägg, med reflektionsfrågor att diskutera inom personalgrupperna, skapar förutsättningar för ett lärande på arbetsplatserna. Detta kan i sin tur bidra till att vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och deras anhöriga utvecklas så att användningen av tvingande skyddsåtgärder minimeras.

Appendix & källor

Appendix

Vård och omsorg i Norge¹³

Norge har en av EU:s högsta kostnader för sjukvård mätt som andel av BNP och vid mitten av 2000-talet var 85 procent av vårdkostnaderna skattefinansierade¹³.

I Norge har staten, sedan en reform 2002, ansvaret för hela sjukvårdssystemet frånsett primärvården. Landstingen (*fylkena*) har enbart ansvaret för tandvården. Reformen från 2002 innebär att patienterna fritt kan välja sjukhus i hela landet.

Hälso- och sjukvården i Norge är indelad i fem geografiska områden. I varje region finns en regional hälsomyndighet, som inom sitt område ansvarar för all specialiserad vård, inklusive mentalvård, labb, röntgen, drogbehandling etc. Hälsomyndigheten sluter avtal med sjukhusföretagen (som ägs av hälsomyndigheten) och svarar för hela deras finansiering. Sjukhusen är relativt självständiga och är en egen juridisk person med en styrelse utsedd av regeringen.

De 431 kommunerna ansvarar för primärvården och skriver kontrakt med allmänläkare om kostnader, service etc. Av befolkningen är 98 procent listad hos en allmänläkare som i sin tur har en *gatekeeper*-roll i relation till annan sjukvård.

Även äldrevården (långvårdsenheter, ålderdomshem, dagcenter och hemtjänst) faller inom kommunernas ansvarsområde. Kommunerna kan själv välja mix av sjukhem, ålderdomshem, gruppboende (ordinärt boende) respektive hemtjänst, så länge de upprätthåller god kvalitet.

Den privata sektorn inom sjukvården, exklusive allmänläkarna, är liten i Norge och finns inom i första hand tandvård, rehabilitering och laboratorier. 90 procent av äldreboende är ägda av kommunerna, 3 procent drivs kommersiellt medan ca 7 procent drivs av ideella organisationer. Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är liten i Norge.

Någon systematisk nationell uppföljning av kvaliteten i hälso- och sjukvården för äldre finns inte enligt rapporterna. *Fylkesmann* och *Fylkeslege* är kontrollinstans för hälso- och sjukvården i fylket, denna kontroll sker genom tillsyn, främst i form av stickprovsbesök. I varje fylke finns ett patientombud som verkar inom såväl sjukhusvården som primärvården och kommunhälsovård.

På varje sjukhus finns en styrelse som utser *brukerutvalg* vilket också

¹³ Uppgifter om den norska och engelska äldrevården och äldreomsorgen kommer från Vården av äldre – Vård och omsorg i 8 länder, PRO granskar och jämför (2009) och Vårdsystem i andra länder (SOU 2002:31).

är ett sätt att följa upp kvalitet och klagomål. Många sjukhem har ett *samarbeidsråd* där patienternas synpunkter tas upp.

Frågan om bemanning och dess eventuella samband med användandet av tvingande skyddsåtgärder har inte diskuterats i Norge. Vid studiebesöket svarade man att det inte finns några rättsliga krav på bemanning, varken antalet personal eller vilken kompetens de ska ha, utom för läkare och sjuksköterskor på sjukhem.

Den avgörande faktorn för bemanningen är hur enheten har planerat sin verksamhet utifrån de överordnade kraven som finns på god vård och omsorg för de äldre.

Vård och omsorg i England¹³

I England är det staten som finansierar nästan all sjukvård. Sjukvården är gratis för alla invånare och finansieras nästan helt (94 procent) av skatter. Men på senare tid, som en följd av den försämrade ekonomin i landet, har privatiseringsreformer diskuterats inom hälsovården.

Den offentliga sjukvården är organiserad i en nationell struktur *National Health Service* (NHS) som omfattar cirka 1,5 miljoner anställda; sjukhusläkare, distriktsläkare (GP), sjuksköterskor etc. Systemet styrs från regeringen (hälsodepartementet) och den årliga budgeten behandlas i regeringens ordinarie budgetprocess.

NHS fördelar pengar till tio regionala *District Health Authorities* (DHA) som har planeringsansvar för både primärvård och sjukhusvård inom sin region och har det direkta operationella ansvaret för att befolkningen har tillgång till fungerande sjukhus- och primärvård m.m.

På varje sjukhus finns speciella funktioner, *social workers* eller *discharge nurses* som skall samordna eventuella vårdbehov efter utskrivning från sjukhus och har kontakt med socialtjänsten i kommunen.

Primärvården består av distriktsläkar- och tandläkartjänster. Nästan hela befolkningen (99 procent) är listad hos en GP som har en strikt *gatekeeper*-roll. Valet av GP är fritt men få byter. GP arbetar ofta i grupper om minst fyra läkare, endast tio procent arbetar i ensampraktik. GP är självständiga vårdproducenter vars nationella organisation årligen förhandlar med NHS kring ersättning, regler m.m. GP fungerar enligt PRO:s rapport¹³ bra som koordinator för hälsovården men inte för samordning med socialtjänsten i kommunerna.

Med social omvårdnad menas i England dels långvård och ålderdomshem för äldre och institutionsvård för mentalt eller fysiskt handikappade, dels hemtjänst inklusive medicinsk vård och hjälp. Ansvaret för planering, tillgång m.m. är ett delat ansvar mellan NHS och kom-

munerna. Kommunen gör utredning om vårdbehov och har ansvar för att lämplig hjälp finns tillgänglig.

England har två helt olika service- och finansieringssystem när det gäller omvårdnadsarbetet i kommunerna. Hemsjukvården (*district nurces*) betalas av NHS och personalen är även anställd av NHS. Hemsjukvården är i praktiken en del av sjukhusen och har till stor del enbart kontakt med dem. Personal i socialtjänsten är kommunalt finansierad och hjälper till med medicinering, städning personlig hygien, shopping etc.

Uppföljning av kvaliteten gör *Care Quality Commission (CQC)*. Organisationen övervakar all vård oberoende av om den ges hemma, på sjukhus eller inom långvård. Sedan tio år tillbaka ger NHS och regeringen ut rekommendationer, *National Service Framework*. De innehåller målsättningar för kvaliteten inom områden som regeringen har pekat ut som prioriterade, bland annat cancervård, diabetes och mentalsjukvård men också vården av äldre.

Vård och omsorg i Holland¹⁴

Det holländska systemet för sjukvård reformerades kraftigt 2006. Den grundläggande försäkringen för hälso- och sjukvårdskostnader och den tidigare omfattande privata försäkringsmarknaden stöptes om helt. Men många viktiga delar i det gamla systemet blev dock oförändrade. Det centrala i både det nya och det gamla holländska systemet är att det är oberoende (privata) försäkringsbolag som enligt lag helt ansvarar för att individernas vårdbehov tillgodoses.

Av de tre olika försäkringssystem som fanns blev ett kvar, AWBZ som också är en form av lagstiftning. Förkortningen står för något som kan översättas till "Försäkring för exceptionella medicinska utgifter". Försäkringen reglerar formerna för en obligatorisk anslutning för alla invånare och alla betalar till försäkringen (även pensionärer). Försäkringen täcker utgifter för långvård för äldre, hemsjukvård, hemtjänst, mentalvård, medicin, kroniska sjukdomar mm. Det finns dessutom ett ekonomiskt stöd inom försäkringen.

AWBZ står för cirka 40 procent av alla hälso- och sjukvårdsutgifter och finansieras med en proportionell öronmärkt inkomstskatt på cirka 13 procent.

Införande av det nya sjukvårdssystemet byggde på ett omfattande

¹⁴ Uppgifter om den holländska äldrevården och äldreomsorgen kommer från Vården av äldre – Vård och omsorg i 8 länder, PRO granskar och jämför (2009) och personal vid *Vilans, Centre of expertise for long term care i Utrecht, Holland*

och långvarigt missnöje med det gamla systemet som bland annat innehöll för många olika försäkringssystem, små valmöjligheter för individen, få eller inga incitament för både försäkringsbolag och vårdgivare att hålla ner kostnader samt orättvisa premier och inkomsteffekter. Det var också svårt att byta försäkringsbolag eftersom bolagen tillämpade risksелеktion av försäkringstagarna.

Från och med 2006 måste alla ha en försäkring, oberoende av inkomst eller andra restriktioner, i någon av de privata, konkurrerande vinstdrivande försäkringsbolag som finns. Dessa bolag är skyldiga enligt lag att ge heltäckande sjukvårdsförsäkring med samma premie till alla som vill teckna en försäkring, oberoende av ålder, kön och sjukdomsrisk.

Alla individer har som tidigare fritt val av försäkringsbolag och kan byta bolag en gång per år. Barn upp till 18 år automatiskt försäkrade utan extra premie (som i det gamla systemet).

Den statliga regleringen av sjukhusen och andra institutioner har avskaffats och sjukhusen får finansiera sig på den vanliga kapitalmarknaden. Nytt är dock att staten går in och täcker delar av försäkringspremien för personer som har låga inkomster. Förutom AWBZ-försäkringen finns en mindre försäkring, eller snarare finansieringsform, WmO, där man årligen överför pengar från AWBZ till kommunerna för en ökad lokal finansiering av social vård, stöd och omsorg.

Staten har en reglerande roll men är inte inblandad i beslut om hur vården och omsorgen skall produceras. Liksom tidigare skall försäkringsbolagen förhandla med fristående vårdproducenter (sjukhus, allmänläkare, specialister) om kostnader och andra villkor för de tjänster som skall ges till de försäkrade individerna.

I det nya systemet har försäkringsbolagens möjligheter att fritt förhandla med olika vårdproducenter vidgats i syfte att öka konkurrensen mellan vårdproducenter och därmed hålla nere kostnadsökningarna. Tanken är också att försäkringsbolagen skall få ökad press att leverera effektiv vård eftersom försäkringstagarna kan byta bolag och eftersom den fasta avgiften kan bli högre i bolag som går sämre.

Till systemet hör också ett mycket omfattande regeringsstyrt centralt system. I systemet fördelas arbetsgivareavgiften ut till försäkringsbolagen efter sjukdomsriskerna bland försäkringsbolagens kunder. Ett försäkringsbolag som till exempel har många yngre och högre utbildade försäkrade män får betydligt lägre kostnadsersättning per försäkrad än ett bolag som till exempel har många äldre och lägre utbildade kvinnor.

Det ingår flera variabler i systemet än ålder, kön och utbildning, till exempel tidigare sjukdomshistoria och användning av läkemedel. Syftet

med denna centrala omfördelning är att förhindra att försäkringsbolagen söker selektera sina kunder till sådana med låga förväntade sjukvårdskostnader. Formellt är försäkringsbolagen enligt lag förbjudna att riskdiskriminera mellan olika individer vid tecknade av den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. För tilläggsförsäkringar finns dock inga sådana hinder.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Holland har ett utbyggt familjeläkarsystem med listtvång och en kraftig *gatekeeper*-funktion inklusive remisstvång för besök hos specialist eller (icke akut) sjukhusvård. Ungefär 30 procent är ensampraktiserande allmänläkare. Varje allmänläkare har cirka 2000 patienter listade.

Holländska allmänläkare har låg remissfrekvens – det vill säga gör mycket själva – och har låg andel receptutskrivning. Allmänläkaren betalas med en kombination av kapitering och *fee-for-service* och har en viktigt koordinerande roll inom sjukvårdssystemet.

Individerna kan fritt välja allmänläkare men det finns geografiska begränsningar i form krav på att en allmänläkare skall kunna nå sin patient inom 20 minuter. När en individ registrerar sig hos en allmänläkare skickar denne en redovisning till patientens försäkringsbolag och erhåller varje kvartal en fast ersättning plus ersättning för vissa utförda undersökningar.

Social omvårdnad

I hela landet finns 32 omsorgskontor som tar emot anmälningar om behov av hjälp från äldre, och även från yngre personer med handikapp, mentala störningar m.m. Dessa kontor tar också beslut om hemsjukvård och vård i särskilt boende. Kontoren drivs av AWBZ och till kontoren hör en separat avdelning som utför vårdbedömningar av enskilda vård sökande.

Vårdbedömningar sker efter ett system som gäller för hela landet. Kommunen fattar via WmO beslut om stöd och hjälp i hemmet som inte gäller personlig omvårdnad eller sjukvård, det vill säga städhjälp, hjälp med inköp, bostadsanpassningar, rullstol etc. Ofta samarbetar allmänläkaren, omsorgskontoren och kommunen kring bedömningar och beslut om vård och omsorg.

Omsorgskontoren har kontrakt med olika företag, både vinstdrivande och icke-vinstdrivande, som utför hemhjälp och hemsjukvård. Det finns ett frivilligt licenssystem (kvalitetssystem) för vårdgivare men ofta krävs en sådan licens för att kontoren skall skriva kontrakt med vårdgivaren.

För vård på institution (särskilt boende) betalar individen för mat och husrum, vilket kan vara betydande belopp. Man kan också hos

omsorgskontoren ansöka om personlig budget som kan användas för att anställa eller köpa in stöd och hjälp, också från anhöriga.

En stor del av den sociala omvårdnaden sker för äldre i form av ålderdomshem respektive långvård. Holland har en hög andel äldre i dessa boendeformer i relation till genomsnittet för EU. Varje person har sin patientansvariga allmänläkare som ansvarar för den medicinska vården.

I Holland försöker man sedan en tid få äldre vårdbehövande att bo kvar i sitt ordinarie boende så länge som möjligt och ålderdomshemmen har under 2000-talet tappat i popularitet till förmån för eget boende. Det har också utvecklats flera nya hemtjänster som riktar sig vårdbehövande som bor kvar i sitt vanliga boende.

Det senaste heter ”vårdprenumeration” där äldre mot en fast månadsavgift – vid plötsliga behov – kan få tillgång till mer eller mindre tillfällig specialboende med inbyggd medicinsk och social hjälp. Andelen privatfinansierad vård där den äldre eller dennes anhöriga själva köper hjälp av privata vårdgivare ökar konstant.

Samordning mellan huvudmän och vårdgivare

På sjukhusen finns en eller flera ”transfersköterskor” som ansvarar för att patienten vid hemgång kan klara sig själv, med eller utan hjälp av anhöriga. Om det bedöms att patienten inte kan klara sig själv kan transfersköterskan ta kontakt med familjen, omsorgskontoret och kommunen som kan hjälpa med städning och liknande. Vid utskrivning från sjukhuset får patienten med sig en kort sammanfattning av vad som hänt (inklusive medicinering) som skall lämnas till allmänläkaren. Efter två-tre veckor får denne en fullständig journal från sjukhuset.

Buurtzorg (”grannvård”) är ett privat icke-vinstdrivande företag som sysslar med både hemsjukvård och koordinering av stöd och hjälp. Det har expanderat kraftigt under senare år. Företaget anställer små grupper (8–12 personer) av högutbildade och erfarna sjuksköterskor lokalt, som i sin tur har avtal med omsorgskontoren och löpande kontakter med respektive allmänläkare för att få bästa vård till den enskilde. Av patienterna är 85 procent över 75 år. De flesta har kroniska sjukdomar och cancer men det finns också patienter rehabiliteringsbehov efter höft- och knäoperationer och som får hjälp med att få alla vårdkontakter att fungera på ett bra sätt.

Kvalitetsuppföljning

Det finns ett flertal myndigheter och organisationer som är inblandade i kvalitetskontroll och kvalitetsutveckling inom den holländska hälso- och sjukvården. Hälsoinspektionen, som är tillsynsmyndighet inom vårdområdet, tar emot patientklagomål och undersöker om vårdgivare

följer gällande lagar och regler. Styrelsen för medicinsk utvärdering (CBG/MEB) har ungefär samma funktion som svenska SBU. Institutet för vårdförbättring (CBO) är en oberoende organisation som arbetar med vårdutveckling.

Folkhälsoinstitutet (RIVM) arbetar ungefär som den svenska motsvarigheten. Rådet för offentlig hälsa och hälsovård (RVZ) ger råd och gör utvärderingarna inom hela det hälsopolitiska området inklusive vård av äldre. Styrelsen för hälsoförsäkringar (CVZ) övervakar funktion i de offentligt reglerade försäkringarna, utövar tillsyn över försäkringsbolag som säljer vårdförsäkringar och ger ut rekommendationer kring premiesättning mm. Holländska patient- och konsumentfederationen (NP/CF) bevakar patienternas rättigheter och är representerad i olika organ och myndigheter.

Källor

Denna bok bygger i huvudsak på fyra källor:

För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården.
Svenskt Demenscentrum (2010).

Vården av äldre. Vård och omsorg i åtta länder.
PRO granskar och jämför (2009)

Vårdsystem i andra länder. SOU 2002:31

*Regler för skydd och rättssäkerhet inom
demensvården.* SOU 2006:110

En annan källa är det lagförslag som regeringen lämnade till lagrådet i slutet av 2012: *Förslag till lag om vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten* (29 november 2012). Lagförslaget drogs senare tillbaka.

Information har även inhämtats via sökningar på nätet men framför allt genom studiebesök i de tre länderna. Ett stort tack riktas till följande personer:

Norge

Öyvind Kirkevold och medarbetare vid Aldring og helse, Nasjonalt kompetensesenter. Petter Kirkeby, Linda Endrestad och Anne Mette Aralt vid Fylkesmannen i Vestfold. Liv Turid Lieng, Statens Helsetilsyn. Hanne Skui, Helsedirektoratet. Trine Gröslie Stavn, Fylkesmannen i Oslo och Randi Sigurdson, Universitetet i Tromsø.

England

Sheila Scott, National Care Association. Jill Manthorpe, Kings College, London. Paul Wilkins och Carol Griffiths, Learning Training and Development Unit, Adult Care and Support, Cornwall.

Holland

Margje Mahler, Julie Meerveld, Helene Wüst, Fransisca Hardeman, Marjolein van Vliet och Elly Duijf, VILANS Centre of Expertise for Long-term Care in The Netherlands. Philip van der Pas, Marion Uilkema and Timo Klein, Zonnehoeve, Hilverzorg (äldreboende), Janneke Leek, Ministry of Health, Welfare and Sports. Elly Duijf, IDÈ (Innovation in Dementia), Julie Meerveld, Holländska Alzheimerföreningen. Jannette Spiering, Hogeweyk (äldreboende).

Andra böcker från Svenskt Demenscentrum



För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården (2010)



Guiden till Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2011)

Böckerna kan beställas via:

www.demenscentrum.se/bestall