



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Ylva Nilsson

Tvångsvård av dementa

– En lösning för att tillgodose behovet av vård och omsorg?

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: HT12

Innehåll

SUMMARY	1
SAMMANFATTNING	3
FÖRORD	5
FÖRKORTNINGAR	6
1 INLEDNING	7
1.1 PRESENTATION AV ÄMNET	7
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
1.3 METOD, MATERIAL OCH DISPOSITION.....	9
1.4 METODISKA UTMANINGAR.....	11
1.5 AVGRÄNSNINGAR.....	11
1.6 GRUNDLÄGGANDE BEGREPP FÖR DEN FORTSATTA UNDERSÖKNINGEN	13
1.6.1 <i>Tvång</i>	13
1.6.2 <i>Samtycke</i>	14
1.6.3 <i>Materiell rättssäkerhet</i>	14
2 INDIVIDER MED DEMENSSJUKDOMAR	16
2.1 VAD ÄR DEMENS?	16
2.2 DE VANLIGASTE DEMENSSJUKDOMARNA	17
2.2.1 <i>Alzheimers sjukdom</i>	17
2.2.2 <i>Vaskulär demens</i>	18
2.2.3 <i>Pannlobsdemens</i>	18
2.3 TILLSTÅND SOM KAN LIKNA DEMENS	19
2.3.1 <i>Förvirringstillstånd</i>	19
2.3.2 <i>Depression</i>	19
3 GÄLLANDE SVENSK RÄTT	20
3.1 DET RÄTTSLIGA UTRYMMET FÖR TVÅNGSVÅRD AV DEMENTA.....	20
3.1.1 <i>Tvång och samtycke inom vård och omsorg</i>	20
3.1.2 <i>Skyddet i svensk grundlag mot tvångsingrepp</i>	21
3.1.3 <i>J0-beslut om inläsning av dementa</i>	22
3.2 HUR TILLGODOSES DEMENTAS BEHOV AV VÅRD OCH OMSORG GENOM SOL?	23
3.2.1 <i>Frivilliga insatser inom socialtjänsten</i>	23
3.2.2 <i>Rätten till bistånd</i>	23
3.2.3 <i>Särskilda bestämmelser för äldre människor</i>	24
3.2.3.1 <i>Värdegrund för äldreomsorgen</i>	25
3.2.4 <i>Kommunen har det yttersta ansvaret</i>	26
3.3 HUR TILLGODOSES DEMENTAS BEHOV AV VÅRD OCH OMSORG GENOM HSL?.....	27
3.3.1 <i>Frivilliga insatser inom hälso- och sjukvården</i>	27
3.3.2 <i>Landstingens och kommunernas ansvar</i>	28
3.4 HUR KORRELERAR SOL OCH HSL MED IDÉN OM MATERIELL RÄTTSSÄKERHET?.....	29
3.5 SAMMANFATTANDE KOMMENTARER.....	29
4 EN NORDISK UTBLICK	31
4.1 DEN NORSKA RESPEKTIVE DEN DANSKA MODELLEN	31
4.1.1 <i>Samtycke</i>	32
4.1.2 <i>Tvång</i>	33
4.1.3 <i>Vård av och omsorg om individer utan samtyckeskompetens som gör motstånd</i>	33
4.1.3.1 <i>Reglernas syfte</i>	33
4.1.3.2 <i>Reglernas tillämpningsområde</i>	34
4.1.3.3 <i>Förutsättningar för att ge vård och omsorg som individen motsätter sig</i>	35

4.1.3.4	Tillåtna tvångsåtgärder enligt norska pasientrettighetsloven.....	36
4.1.3.5	Tillåtna tvångsåtgärder enligt danska serviceloven	37
4.2	HUR KORRELERAR DEN STUDERADE LAGSTIFTNINGEN MED IDÉN OM MATERIELL RÄTTSSÄKERHET?39	
4.3	SAMMANFATTANDE KOMMENTARER.....	41
5	DE LEGE FERENDA.....	42
5.1	NY SVENSK LAGRÅDSREMISS	42
5.2	HUR KAN DEMENTA TILLFÖRSÄKRAS EN GOD VÅRD OCH OMSORG I RÄTTSSÄKERHETSAVSEENDE GENOM SVENSK RÄTT?.....	44
	KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING.....	48
	RÄTTSFALLSFÖRTECKNING.....	53

Summary

The issue of a Swedish regulation which permits compulsory treatment of individuals suffering from dementia has been the subject of several investigations during the last three decades. In November 2012, the Swedish government presented a referral to the Council on Legislation containing proposals for a new law that in some cases allow coercive measures against individuals suffering from dementia in social services. Dementia is a common disease and age is the main risk factor. Since the Swedish population is aging, the number of individuals who develop dementia is increasing.

The daily care of individuals suffering from dementia can lead to difficult conflicts. In cases where a person suffering from dementia doesn't consent to treatment or care, none of the Swedish compulsory care legislations are generally applicable. Lack of adequate legislation means that staff in elderly care experience that they are forced to choose between either unlawful actions or failure to act. The lack of clarity can lead to situations where individuals suffering from dementia don't get their need of a good health care met.

The essay seeks to address a possible Swedish regulation of compulsory treatment of people suffering from dementia from a rule of law perspective. A comparison is made between the Swedish provisions on health and social care in SoL and in HSL and the corresponding Norwegian and Danish regulations dealing with compulsory treatment in health and social care.

The following conclusions are drawn. At present, SoL and HSL primarily govern the access to and the design of health and social care provided to individuals suffering from dementia. Both laws are based on voluntary participation by the individual. To the extent that a person suffering from dementia is opposed to health and care interventions, the legal conditions for the staff to act appear to be uncertain. It is therefore questionable whether the provisions of SoL and HSL are sufficient to meet the needs of individuals suffering from dementia.

Both Norway and Denmark have legal regulations concerning coercive measures against individuals suffering from dementia. Both these laws aim to prevent and limit compulsory care. The regulations differ, however, in that the Norwegian rules apply in health care, while the Danish rules govern coercion in social services. Thus there seems to be a need for regulation of compulsory treatment for individuals suffering from dementia within both social services and health care.

Since the social service and health care sectors are relatively integrated in relation to individuals suffering from dementia a Swedish regulation of use of force should cover both activities. Otherwise there is a risk of gaps where

operations overlap. It would be unfortunate if different rules and approaches would apply to a person suffering from dementia depending on whether she receives care in a retirement home or in a hospital.

There is no simple answer to the question of whether the regulation of compulsory treatment of people suffering from dementia can be consistent with the idea of substantive rule of law. The arguments for and against such regulation must be continuously evaluated.

Health and social care measures in order to safeguard the life and health of an individual suffering from dementia could also result in a violation of her autonomy. The good intentions of a legislation governing compulsory treatment may be difficult to enforce in practice. The application of high standards in the implementation of the rules is therefore important. To achieve substantive rule of law for individuals suffering from dementia a balance must be struck between individual autonomy and society's need to protect that person against injury.

A well thought through and restrictive legislation, which under clearly specified conditions permits some forms of enforcement action carried out by competent staff, appears to be a reasonable solution. The regulation must be surrounded with safeguards and its purpose must be clear. It is also essential that there are enough resources. In addition, thorough documentation, continuous monitoring and evaluation of policies used and the consequences for the individuals are required.

Sammanfattning

Frågan om en svensk reglering som medger tvångsvård av dementa har länge omdebatterats i media och varit föremål för flertalet utredningar. Så sent som den 29 november 2012 presenterade den nuvarande regeringen en lagrådsremiss innehållande förslag till en ny lag som i vissa fall tillåter tvångsåtgärder gentemot dementa inom socialtjänsten. Demenssjukdomar är vanliga och åldern är den främsta riskfaktorn. Då den svenska befolkningen blir allt äldre ökar antalet individer som utvecklar demenssjukdomar.

Den dagliga omvårdnaden av dementa kan ge upphov till svårlösta konflikter. I de fall samtycke till vård eller omsorg inte föreligger omfattas dementa idag i princip inte av någon av de svenska tvångsvårdslagstiftningarna. Bristen på adekvat lagstiftning medför att personal i äldreomsorgen upplever att de tvingas välja mellan antingen lagstridiga åtgärder eller underlåtenhet att agera. Otydligheten kan medföra att dementa inte får sitt behov av en god vård och omsorg tillgodosett.

Uppsatsen syftar till att behandla en eventuell svensk reglering av tvångsvård av dementa utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. En komparation görs mellan de svenska bestämmelserna om vård och omsorg i SoL respektive i HSL och tvångsvårdsregleringar i Norge respektive i Danmark.

I uppsatsen dras följande slutsatser. Dementas tillgång till och utformning av vård och omsorg styrs idag primärt av SoL och HSL. Båda lagarna bygger på frivillighet från den enskilde. I den mån en dement person motsätter sig vård- och omsorgsinsatser framstår de rättsliga förutsättningarna för personalen att agera som otydliga. Det kan därför ifrågasättas om bestämmelserna i SoL och HSL i praktiken är tillräckliga för att tillgodose dementas behov av vård och omsorg.

Såväl Norge som Danmark har rättsliga regleringar som avser tvångsåtgärder gentemot dementa. En övergripande likhet är det gemensamma syftet att förebygga och begränsa tvångsanvändningen. Regleringarna skiljer sig dock åt på så vis att de norska bestämmelserna gäller inom hälso- och sjukvården medan de danska reglerar tvång inom socialtjänsten. Det verkar alltså finnas ett behov av att reglera tvångsvård av dementa inom såväl den sociala omsorgen som inom hälso- och sjukvården.

Eftersom socialtjänstens och sjukvårdens verksamhetsområden är förhållandevis integrerade i förhållande till gruppen dementa borde en svensk reglering av tvångsanvändning rimligen täcka in båda verksamhetsfälten. Annars finns risk för att glapp uppstår där verksamheterna överlappar varandra. Det vore olyckligt om olika regler och förhållningssätt skulle gälla gentemot en dement person beroende på om hon befinner sig i ett särskilt boende eller på ett sjukhus.

Det finns inget enkelt svar på frågan om en reglering av tvångsvård av dementa kan överensstämma med idén om materiell rättssäkerhet. Olika argument för och emot en sådan reglering måste kontinuerligt vägas mot varandra.

Vård- och behandlingsåtgärder som vidtas i syfte att värna den dementes liv och hälsa kan samtidigt medföra en kränkning av hennes självbestämmanderätt. En tvångsvårdslagstiftning kan ha ett i grunden gott syfte och i teorin framstå som lämplig, men det kan i praktiken vara svårt att verkställa det goda syftet. Det är därför viktigt att krav ställs på genomförandet av regleringen. För att uppnå materiell rättssäkerhet för dementa måste en avvägning göras mellan å ena sidan individens självbestämmanderätt, å andra sidan samhällets behov av att skydda personen själv mot skada.

En välgenomtänkt och restriktiv lagstiftning, som under tydligt angivna förutsättningar medger vissa former av tvångsåtgärder utförda av kompetent personal, framstår som en rimlig lösning. Regleringen måste dock vara kringgärdad av välavvägda rättssäkerhetsgarantier och syftet med regleringen måste vara tydligt. Det är också väsentligt att det finns tillräckligt med resurser. Dessutom krävs noggrann dokumentation, kontinuerlig uppföljning och utvärdering av hur reglerna används och vilka konsekvenserna blir för de enskilda individerna.

Förord

Ett varmt tack till min handledare Titti för allt stöd, all uppmuntran och för att du trodde på mig och min idé. Tack även till min mamma Birgitta, Emily och Sofia för stöd och korrekturläsning. Tack Leo för att du fått mig att skratta och gett mig distans till skrivandet som bara en tvååring kan.

Malmö, januari 2013

Ylva Nilsson

Förkortningar

EKMR	Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
JO	Justitieombudsmannen
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
RF	Regeringsformen (1974:152)
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
Sos	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar

1 Inledning

1.1 Presentation av ämnet

Frågan om tvångsvårdens vara eller inte vara inom demensvården har länge omdebatterats och sedan 1980-talet varit föremål för flertalet utredningar.¹ Så sent som den 29 november 2012 presenterade den nuvarande regeringen en lagrådsremiss innehållande förslag till en ny lag som i vissa fall tillåter tvångsåtgärder gentemot dementa inom socialtjänsten.² Remissen bygger till viss del på det betänkande som presenterades i SOU 2006:110.³ Frågan om tvångsvård av dementa är högaktuell tack vare att lagstiftaren nu valt att gå vidare i lagstiftningsprocessen. Faktum kvarstår dock att ämnet är såväl kontroversiellt som svårlöst.

Media har vid ett flertal tillfällen under de senaste åren rapporterat om dilemmat med dementa individer som av samhället anses vara i behov av vård och omsorg, men som själva saknar sjukdomsinsikt.⁴ Den dagliga omvårdnaden av dementa kan ge upphov till svårlösta konflikter. Exempelvis kan den enskilde utsätta sin hälsa och sitt välbefinnande för risker genom att vägra äta och dricka, inte medverka till skötsel av den personliga hygien eller till av- och påklädning.⁵ Det är dessutom vanligt att dementa vägrar att ta emot hemhjälp eller att flytta till ett vårdboende.⁶

Problemet består i att dementa idag i princip inte omfattas av någon av de svenska tvångsvårdslagstiftningarna⁷, i de fall samtycke till vård eller omsorg inte föreligger. Tennsjö beskriver på ett talande sätt situationen som ett ”juridiskt vakuum”.⁸ Annorlunda uttryckt föreligger ett slags rättsbrist.⁹

¹ Se bl.a. SOU 1984:64 *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten* s. 257-273, SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom, För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, Svenskt demenscentrum och SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.

² Lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*.

³ SOU 2006:110, s. 263-304.

⁴ Problemet belyses i exempelvis reportaget: *Behövs tvångsvård av dementa?* som publicerades i Studio Ett, Sveriges radio, P1, den 8 augusti 2012. Länk till reportaget: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1637&artikel=5223004>, se även Marie Wengers reportage: *Lag om tvångsvård av dementa långt borta* som publicerades i Nyheter, P4 Västerbotten, Sveriges radio, den 7 augusti 2012. Länk till reportaget: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=109&artikel=5221212>.

⁵ Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, s. 296.

⁶ SOU 2006:110, s. 22 f. jfr Sparring Björkstén & Fällidin, 2009.

⁷ LPT, LVU och LVM.

⁸ Tennsjö, 2007.

⁹ Dvs då det på ett socialt viktigt rättsområde helt saknas regler som kan besvara uppkommande rättsfrågor, se Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, s. 268.

Uppsatsen tar sin utgångspunkt i detta konkreta samhälleliga problem som samtidigt utgör ett rättsligt problem.¹⁰ Ett juridiskt hållrum har identifierats avseende förutsättningarna för att ge dementa god vård och omsorg. Från den förda samhällsdebatten kan konstateras att bristen på adekvat lagstiftning har två baksidor. Å ena sidan utsätts dementa för grundlagsstridiga åtgärder som inlåsning och ofrivillig medicinering med lugnande läkemedel. Personal i äldreomsorgen upplever att de tvingas välja mellan antingen lagstridiga åtgärder eller underlåtenhet att agera. Å andra sidan lämnas inte sällan dementa utan nödvändig hjälp för ett liv i materiell och själslig misär. Anhöriga, vårdpersonal, socialtjänst och gode män upplever ofta att de saknar laglig möjlighet att hjälpa.¹¹

1.2 Syfte och frågeställningar

Uppsatsen syftar till att behandla en eventuell svensk reglering av tvångsvård av dementa utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Uppsatsen undersöker ett, i svenskt perspektiv, förhållandevis ostuderat och oreglerat rättsområde. Förhoppningen är att synliggöra gruppen dementa, som av förklarliga skäl har svårt att föra sin egen talan. Genom att analysera behovet av och det rättsliga utrymmet för tvångsåtgärder gentemot dementa kan denna uppsats förhoppningsvis bidra till att fylla ett tomrum i den rättsliga diskursen.

Syftet besvaras genom följande frågor;

1. Hur tillgodoses dementas behov av vård och omsorg genom den svenska socialtjänstlagen¹² respektive hälso- och sjukvårdslagen¹³?
2. I vad mån regleras tvångsvård av dementa i Norge och Danmark?
3. Hur korrelerar den studerade lagstiftningen med idén om materiell rättssäkerhet?
4. Hur kan dementa tillförsäkras en god vård och omsorg i rättssäkerhetsavseende genom svensk rätt?

¹⁰ Enligt Sandgren, 2007, s. 25, kan ett reellt samhällsproblem bidra till att göra ett uppsatsämne intressant.

¹¹ SOU 2006:110, s. 22 f jfr Sparring Björkstén & Fälldin, 2009 och Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, s. 272.

¹² Benämns fortsättningsvis SoL.

¹³ Benämns fortsättningsvis HSL.

1.3 Metod, material och disposition

Undersökningen genomförs som en rättsdogmatisk¹⁴ och komparativ studie där förutsättningarna för tvångs- respektive frivillig vård av dementa i svensk rätt¹⁵ sätts i relation till centrala bestämmelser om tvångsvård av dementa i norsk och dansk rätt.

I det första kapitlet definieras begreppen tvång, samtycke och materiell rättssäkerhet. Det senare kommer att användas som ett analysverktyg då det är av central betydelse för uppsatsens syfte och frågeställningar. Avsikten är att, för läsaren, tydliggöra premisserna för de resonemang och den analys som presenteras i uppsatsen. Som material används i denna del juridisk doktrin¹⁶ och moralfilosofisk/medicinetisk litteratur. På så vis utnyttjas andra vetenskapliga discipliner som hjälpvetenskaper, i den mån de bedöms kunna bidra till förståelsen och lösningen av de rättsdogmatiska uppgifterna.¹⁷

I det andra kapitlet beskrivs de vanligaste demenssjukdomarna och läsaren ges en övergripande bild av sjukdomens konsekvenser för individen. I denna del används främst medicinsk litteratur och utredningar i form av en rapport från SBU, statens beredning för medicinsk utvärdering¹⁸ respektive en statlig offentlig utredning¹⁹. Detta aktualiserar frågan hur en rättskälla i form av en statlig offentlig utredning bör värderas. Enligt Leijonhufvud kan ett betänkande, som blivit mer eller mindre överspelat till följd av exempelvis remisskritik, likväl ha stort värde som upplysningskälla. Ett sådant betänkande innehåller nämligen ofta ingående beskrivningar av gällande rätt samt en analys av principiella frågor som ger god överblick över rättsläget vid utredningstillfället. På så vis kan ett betänkande som inte alls²⁰ eller endast delvis lett till lagstiftning ha ett stort värde för såväl studiebruk som för rättstillämpning.²¹ Enligt Bengtsson håller en statlig offentlig utredning i dessa avseenden ofta högre klass än propositioner, vars primära syfte är att argumentera för den föreslagna lagstiftningen.²²

Den rättsdogmatiska metoden återfinns i de tredje, fjärde och femte kapitlen. I det tredje kapitlet behandlas gällande svensk rätt. Först studeras de rättsliga förutsättningarna för utövande av tvångsvård gentemot dementa i Sverige idag. Som material används centrala grundlagsbestämmelser²³,

¹⁴ Enligt Peczenik är *rättsdogmatikens* huvuduppgift att tolka och systematisera gällande rätt, se Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 312.

¹⁵ Främst studeras centrala bestämmelser i SoL respektive HSL.

¹⁶ Se Lehrberg, 2010, s. 169 för en redogörelse för doktrinen betydelse som rättskälla och auktoritet.

¹⁷ Lehrberg, 2010, s. 167 f.

¹⁸ *Dementia - Etiology and Epidemiology*, SBU, 2008.

¹⁹ SOU 2006:110.

²⁰ Såsom hittills är fallet med SOU 2006:110.

²¹ Leijonhufvud, 2012, s. 119 jfr Bengtsson, 2011, s. 777.

²² Bengtsson, 2011, s. 777.

²³ 2 kap. 6, 8, 20 och 21 §§ RF.

förarbeten och relevanta JO-beslut²⁴ avseende inlåsning av dementa.²⁵ Eftersom det än så länge²⁶ saknas svensk lagreglering av tvångsvård av dementa finns inte heller någon direkt relaterad rättspraxis. Således används inte, med undantag av nyssnämnda JO-avgöranden²⁷, rättspraxis som annars är brukligt vid tillämpning av rättsdogmatisk metod.²⁸ Därefter studeras i vilken utsträckning dementas behov av vård och omsorg tillgodoses genom SoL respektive HSL. Som material används relevant lagtext²⁹, förarbeten samt doktrin.³⁰

I det fjärde kapitlet görs en nordisk utblick för att ta reda på hur problemet med tvångsvård av dementa löses i andra länder.³¹ Här studeras norsk och dansk rätt. Det komparativa momentet bidrar till att sätta de svenska bestämmelserna om vård av och omsorg om dementa i relation till den norska respektive den danska regleringen av tvångsåtgärder gentemot dementa, och därigenom i en internationell kontext. Som material används utvalda bestämmelser om tvångsvård av dementa i kapitel 4A i den norska pasientrettighetsloven³² med tillhörande förarbeten³³ respektive i den danska serviceloven³⁴ med tillhörande förarbeten³⁵. I anslutning till detta analyseras huruvida den norska respektive den danska modellen är förenlig med idén om materiell rättssäkerhet.

I det femte och sista kapitlet anläggs ett de lege ferenda-perspektiv på den svenska rätten. Den nya lagrådsremissen presenteras översiktligt. Argument

²⁴ JO 1983/84 s. 150 och JO 1989/90 s. 207 ff.

²⁵ Angående JO-besluten bör nämnas att de är förhållandevis gamla. Eftersom inga senare beslut med annan innebörd har fattats får de alltså anses vara av principiell betydelse och vägledande.

²⁶ Jfr dock den nya lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*.

²⁷ JO utövar tillsyn över offentliganställda tjänstemän, jfr Heuman, 2012, s. 141 vari anges att ”JO uttalar sig i stor utsträckning om hur tjänstemän ska tillämpa olika författningar som reglerar handläggningen av ärenden. Även om en tjänstemans förfarande inte är brottsligt kan han kritiserats för att ha tolkat eller tillämpat en författning på ett felaktigt sätt. Sådana uttalanden av JO har stor betydelse och följs noggrant av myndigheterna trots att det här inte rör sig om prejudikat i vanlig mening.”

²⁸ För en analys av gällande rätt krävs som regel utredning av rättspraxis jfr Peczenik, 1995, *Juridikens teori och metod*, s. 35 vari anges att prejudikat *bör* beaktas och icke-prejudicerande domar *får* beaktas i juridisk argumentation.

²⁹ 1 kap. 1 §, 2 kap. 1 §, 3 kap. 3 §, 4 kap. 1 § och 5 kap. 4-6 §§ SoL respektive 2 a, 3, 3 f och 18 §§ HSL.

³⁰ Enligt Peczenik kan rättskällor delas in i tre kategorier utifrån dess dignitet och rättskällevärde; Lagar *ska* beaktas som auktoritetsskäl i juridisk argumentation, prejudikat och lagars förarbeten *bör* beaktas, medan icke-prejudicerande domar och rättsvetenskaplig doktrin *får* beaktas, se Peczenik, 1995, *Juridikens teori och metod*, s. 35. Jag värderar de använda rättskällorna i enlighet med denna uppdelning.

³¹ Jfr Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 316 där utländsk rätt anges som en rättskälla vilken *får* åberopas som auktoritetsskäl i rättsdogmatikerns argumentation.

³² LOV-1999-07-02-63, Lov om pasient- og brukerrettigheter. Benämns fortsättningsvis *pasientrettighetsloven*.

³³ Ot.prp. nr. 64 (2005–2006) och Ot.prp. nr. 55 (2002–2003).

³⁴ Bekendtgørelse af lov om social service LBK 2012-07-19 nr 810. Benämns fortsättningsvis *serviceloven*.

³⁵ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360.

för respektive emot tvångsvård av dementa analyseras utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv.

Eftersom det rör sig om en rättsvetenskaplig studie har empiriska moment uteslutits. Således görs inga kvalitativa undersökningar av i vilken omfattning och i vilken form tvång förekommer inom äldreomsorgen.

1.4 Metodiska utmaningar

En av de största utmaningarna i samband med uppsatsförfattandet är att uppgiften mer eller mindre går ut på att ”juridifiera” ett oreglerat problemområde. Som nämnts ovan tar uppsatsen sin utgångspunkt i ett aktuellt samhällsproblem. Ett sådant upplägg har såväl för- som nackdelar. Å ena sidan kan en studie av ett samhällsproblem bidra till nya och intressanta resultat. Å andra sidan kan det medföra svårigheter i och med att det inte är självklart vilket material som på ett adekvat sätt kan och bör användas för en behandling av ämnet. Enligt Sandgren krävs i dessa fall större metodiska färdigheter av författaren än då utgångspunkten för ämnesvalet utgörs av en rättslig företeelse såsom exempelvis en lagregel eller ett rättsligt institut.³⁶

En annan utmaning är studien av utländsk rätt, i mitt fall norsk och dansk sådan. Detta innebär svårigheter avseende såväl språk som lagkonstruktion/lagsystematik. Det kan vara problematiskt dels att förstå, dels att rätt återge utländsk lagstiftning.³⁷

1.5 Avgränsningar

Då uppsatsen behandlar ett mycket stort och komplext ämne har omfattande avgränsningar varit nödvändiga. Frågan om tvångsvård av individer med nedsatt beslutsförmåga träffar en stor grupp individer. Förutom dementa kan till gruppen personer med bristande beslutsförmåga exempelvis även hänföras barn och personer med utvecklingsstörning. Demens är en permanent och progressiv sjukdom vilket innebär att dementas bristande beslutskompetens inte är av övergående/tillfällig natur.³⁸ En jämförelse kan göras med barn som, till skillnad från dementa, successivt tillskrivs en ökande beslutskompetens. En annan väsentlig skillnad mellan dementa och övriga grupper med nedsatt beslutsförmåga är det tydliga sambandet mellan hög ålder och ökande risk för demenssjukdom. Ökad livslängd leder till ökat

³⁶ Jfr Sandgren, 2007, s. 25.

³⁷ Jfr SOU 2006:110, s. 98.

³⁸ För vidare läsning om demenssjukdom se kapitel 2 nedan.

antal äldre som drabbas av demens, vilket gör den aktuella gruppen intressant att studera isolerad.³⁹

I förhållande till personer som lider av bristande beslutskompetens uppstår frågan om vem som ska kunna fatta beslut avseende vård- och omsorgsåtgärder, å den beslutsoförmögnes vägnar. På grund av utrymmesskäl ryms dock inte frågan om vem som ska fatta sådana beslut inom ramen för uppsatsen. Därför behandlas inte frågor om förmyndare och ställföreträdare för dementa.⁴⁰ Från behandlingen av den studerade lagstiftningen utesluts: handläggningsregler, förvaltningsprocessuella aspekter såsom omprövnings- och överklagandemöjligheter respektive förvaltningsrättsliga frågor om sekretess och offentlighet.

I fokus för mitt arbete står kommunernas vård och omsorg och landstingens primärvård, det vill säga verksamhet i det allmännas⁴¹ regi.⁴² Anledningen är att merparten av individer med demenssjukdomar får vård och omsorg därifrån. Det är vardagsbesluten i vården och omsorgen som står i centrum för analysen. Att såväl hälso- och sjukvården som äldreomsorgen behandlas beror på att dessa båda verksamhetsområden bedöms vara nära sammansvetsade avseende gruppen dementa. Många av de berörda använder sig av den sociala äldreomsorgen för att klara sitt dagliga liv och har samtidigt ett stort behov av hälso- och sjukvård.

Det är somatisk och inte psykiatrisk vård som står i fokus för studien. Mot denna bakgrund har Lagen om psykiatrisk tvångsvård⁴³ avgränsats bort även om dess bestämmelser i undantagsfall kan tillämpas på dementa.⁴⁴ Orsaken är helt enkelt att LPT endast reglerar psykiatrisk vård och inte somatisk vård.

³⁹ Jfr SOU 2006:110, s. 195 jfr *Dementia – Etiology and Epidemiology*, SBU 2008 s. 20, Dehlin & Rundgren, 2008, s. 391, Karlsson & Eriksson, 2011-2012 s. 1079 f samt DS 2003:47 s. 41.

⁴⁰ För vidare läsning se t.ex. SOU 2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*.

⁴¹ Vård av och omsorg om personer med demenssjukdom utövas inte endast av det allmänna utan också i annan form. Åtgärder av detta slag kan även vidtas i ett privat vård- och omsorgsförhållande, exempelvis inom en familj.

⁴² Jfr Lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 21 och Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2010 s. 3.

⁴³ Benämns fortsättningsvis LPT.

⁴⁴ Tvångsvård får endast ges om patienten lider av en *allvarlig psykisk störning*, se 3 § första stycket LPT. Till *allvarlig psykisk störning* bör i första hand räknas *tillstånd av psykotisk karaktär*. Enligt förarbetena bör *klara demenstillstånd* klassas som allvarlig psykisk störning. En psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och som tar sig uttryck i så kallat *åldersdement beteende* kan alltså vara så kraftig att begreppet allvarlig psykisk störning är tillämpligt. Prop. 1990/91:58, s. 86, SOU 2012:17, s. 358 f. samt Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*, (1 december 2008, Zeteo) kommentaren till 3 § LPT. I förhållande till gruppen *äldre personer med gravt utvecklad demens* som samtidigt har en tillkommande psykisk störning kan det dock vara besvärligt att avgöra om den psykiska funktionsnedsättning som personen uppvisar faller in under begreppet *allvarlig psykisk störning* eller inte, se SOU 2012:17, s. 359.

Inte heller bestämmelserna om rätt till frivilliga insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade⁴⁵ faller inom ramen för uppsatsen. Anledning är den otydlighet som råder kring LSS tillämplighet i förhållande till gruppen äldre⁴⁶ dementa. Det framstår därför inte som motiverat att i denna studie behandla de insatser som regleras i lagen.⁴⁷

1.6 Grundläggande begrepp för den fortsatta undersökningen

1.6.1 Tvång

Det finns olika sätt att definiera vad som utgör tvång då en individ saknar beslutsförmåga och därför inte kan lämna ett i juridiskt avseende giltigt samtycke. Vad som anses utgöra tvång inom svensk vård och omsorg är inte klarlagt. Antingen kan samtliga åtgärder betraktas som tvång, eller så måste den enskilde aktivt motsätta sig en åtgärd för att den ska betraktas som tvång. Ett annat alternativ är att tvång anses föreligga även om den enskilde förhåller sig passiv, det vill säga varken ger uttryck för att hon accepterar eller motsätter sig åtgärden. Ytterligare ett alternativ är att det inte rör sig om tvång då den enskilde på något sätt visar att en åtgärd får vidtas. Gränsen för vad som anses utgöra tvång kan också dras utifrån åtgärdens karaktär, det vill säga hur ingripande den anses vara.⁴⁸

En kombination av dessa alternativ är också möjlig. Det skulle innebära att en mindre ingripande åtgärd utgör tvång endast om den enskilde aktivt motsätter sig åtgärden. En mer ingripande åtgärd skulle däremot utgöra tvång oavsett om den enskilde gör något motstånd eller inte. En mycket ingripande åtgärd skulle i så fall betraktas som tvång även om den enskilde förhåller sig passiv eller kanske till och med klargör att åtgärden får vidtas.⁴⁹

⁴⁵ Benämns fortsättningsvis LSS.

⁴⁶ Dvs 65 år och uppåt.

⁴⁷ För vidare läsning om insatser enligt LSS hänvisas till; 1 § tredje punkten LSS, jfr prop. 1992/93:159 s. 56 och s. 168 f, Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 1 § 2p. LSS. Där framgår att dementa omfattas av LSS endast om deras tillstånd kan klassas som annat varaktigt fysiskt eller psykiskt funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande. Därtill krävs att funktionshindren är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. Av Lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 53 framgår det att personer som är yngre än 65 år och har en demenssjukdom får insatser enligt LSS. Den vanligaste demensformen bland yngre personer är pannlobsdemens. Med tanke på personer med pannlobsdemens endast utgör försvinnande liten andel av antalet demenssjuka i Sverige tyder detta på att de allra flesta dementa som regel inte har rätt till insatser enligt LSS (Jfr kapitel 2.2.3 nedan). Det bör dock nämnas att Högsta förvaltningsdomstolen i RÅ 2008 ref. 78 bedömde att en person med Alzheimers sjukdom tillhörde den personkrets som anges i 1 § andra punkten LSS.

⁴⁸ SOU 2006:110, s. 116-117.

⁴⁹ SOU 2006:110, s. 116-117.

1.6.2 Samtycke

Det finns inget entydigt sätt att definiera vad som utgör ett samtycke i en svensk vård- och omsorgskontext. Ett samtycke kan vara *uttryckligt*⁵⁰, det vill säga att individen aktivt antingen skriftligen, muntligen eller genom exempelvis en jakande nickning ger sitt samtycke till en viss åtgärd. Ett samtycke kan också vara *konkludent*. Den enskilde agerar då på ett sätt som underförstått visar att hon samtycker, exempelvis genom att underlätta genomförandet av åtgärden.⁵¹

Ett samtycke kan också vara *presumerat* och bygga på att den som ska vidta åtgärden förutsätter att den är förenlig med den enskildes vilja, utan att samtycket har kommit till uttryck.⁵² *Hypotetiskt samtycke*⁵³ beskrivs ibland som en särskild form av presumerat samtycke. Med detta avses att individen *de facto* inte har samtyckt men att hon skulle ha samtyckt till åtgärden om hon hade haft möjlighet att ta ställning i frågan.⁵⁴

Kraven på samtyckets art bör ställas högre om åtgärden är av särskilt ingripande natur. Fastspänning med bälte och inlåsning är exempel på sådana särskilt ingripande åtgärder.⁵⁵

1.6.3 Materiell rättssäkerhet

Rättssäkerhetsbegreppet⁵⁶ är komplext och omfattas inte av någon enhetlig definition. Begreppet kan dock ges en formell respektive en materiell betydelse. Något förenklat innebär *formell rättssäkerhet* att den offentliga maktutövningen styrs av och utövas i enlighet med på förhand givna rättsregler, i syfte att skydda enskilda mot godtyckliga ingripanden från staten. Om myndighetsutövningen styrs av regler vilka ger enskilda rätt till *likabehandling*, *förutsebarhet* och *kontrollerbarhet* föreligger alltså formell rättssäkerhet.⁵⁷

Materiell rättssäkerhet fokuserar istället på *inhållet* i den offentliga myndighetsutövningen och ställer krav på *resultatet* av rättstillämpningen.⁵⁸

⁵⁰ Skilj dock från *uttryckt samtycke* som enligt Rynning är ett samlingsnamn för skriftligt, muntligt och konkludent samtycke.

⁵¹ Rynning, 1994, s. 316-323.

⁵² Rynning, 1994, s. 324 ff.

⁵³ Under vilka omständigheter ett hypotetiskt samtycke får användas har dock inte klarlagts i hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstlagstiftningen jfr Ds 2003:47, s. 128.

⁵⁴ Rynning, 1994, s. 325 och s. 385.

⁵⁵ SOU 1984:64, s. 179. JO har i ett ärende behandlat frågan om en individ kan samtycka till åtgärder inom psykiatrin som saknar stöd i lag. I sitt beslut klargör JO att enskilda inte kan samtycka till bältesläggning, se JO 2008/09 s. 338 ff.

⁵⁶ Notera att begreppet *rättsskydd* kan användas som en ungefärlig synonym till *rättssäkerhet*, se Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 46 f.

⁵⁷ Se Vahlne, Westerhäll, *Statlig och kommunal styrning av social trygghet*, s. 15 och s. 39 jfr Fransson, *Senioritetsregler för piloter – ett brott mot fri rörlighet för arbetstagarna?* s. 221, Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 51 f.

⁵⁸ Vahlne, Westerhäll, *Statlig och kommunal styrning av social trygghet*, s. 39.

Ur detta perspektiv är det därför inte tillräckligt att besluten lever upp till en formell rättssäkerhet om de leder till orimliga och orättvisa resultat. Besluten bör även vara rimliga, rättvisa och riktiga för att kunna betraktas som rättssäkra.⁵⁹ Den materiella rättssäkerheten har i en vidare mening till syfte att garantera välfärdssamhällets rättsliga, sociala och etiska grundprinciper. För att uppnå materiell rättssäkerhet måste därför avvägningar göras utifrån olika behov och intressen.⁶⁰ Materiell rättssäkerhet kan alltså sägas innebära krav på en viss grad av *etisk godtagbarhet* hos besluten.⁶¹ Inom ramen för denna uppsats används den materiella rättssäkerheten som ett instrument för att diskutera vad som är god vård och omsorg.⁶²

⁵⁹ Birkhed, *Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?* s. 207.

⁶⁰ Fransson, *Senioritetsregler för piloter – ett brott mot fri rörlighet för arbetstagarna?* s. 221 jfr Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 61 och s. 95.

⁶¹ Birkhed, *Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?* s. 207 jfr Peczenik, 1995, *Vad är rätt?* s. 94.

⁶² Begreppen god, rättvis respektive materiellt rättssäker vård och omsorg blir såldes synonyma i detta arbete.

2 Individer med demenssjukdomar

2.1 Vad är demens?

Demens är inte bara en sjukdom utan flera. Demenssjukdomar är vanligt förekommande och medför problem för många människor, främst äldre, att klara vardagen. Demens kan leda till rättsliga svårigheter för den enskilde att bestämma över och ta hand om sig själv.

Minnesstörningar är vanliga bland äldre människor och är ofta av tillfällig natur men kan likväl utgöra en initial fas av demenssjukdom.⁶³ Demens är sjukliga förändringar i hjärnan av varaktig karaktär som påverkar minnes- och tankeförmågor. Tillståndet bör inte förväxlas med normala åldersförändringar. Vid demens påverkas flera av hjärnans funktioner. Minnesproblem i någon grad utgör en nödvändig men inte en tillräcklig förutsättning för att kunna ställa diagnosen. Ytterligare funktioner som brukar försämrats är förmågan att tänka, att planera och skapa överblick, att orientera sig, att tala och förstå språket, att ta egna initiativ samt att uppleva och kontrollera sina känslor.⁶⁴ För att diagnos ska kunna ställas måste symtomen ha funnits under åtminstone sex månader.⁶⁵ Därtill krävs att försämringen av de intellektuella funktionerna medför en allvarlig störning av individens sociala eller yrkesmässiga liv.⁶⁶ Enligt SBU⁶⁷ är demenssjukdomar underdiagnostiserade, i synnerhet bland de allra äldsta, vilket resulterar i en underrapportering i offentlig statistik såsom dödsorsaksregistret. Demenssjukdomar har vanligen en långsam debut vilket gör det svårt att identifiera en exakt tidpunkt för insjuknandet.⁶⁸

Demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier kan beskrivas på olika sätt. En praktisk indelning kan göras i tre steg; Mild demens⁶⁹ föreligger då individen är dement men ändå klarar att leva på egen hand. Medelsvår eller måttlig demens⁷⁰ innebär att individen behöver stöd i vardagen men vanligen klarar eget boende. Vid svår demens⁷¹ är individen så pass funktionshindrad att omfattande hjälp är nödvändig och någon form

⁶³ SOU 2006:110, s. 194.

⁶⁴ SOU 2006:110, s. 194, jfr SBU:s rapport Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt, SBU 2006:172, s. 16-17, jfr Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012.

⁶⁵ Dehlin & Rundgren, 2008 s. 369.

⁶⁶ Dehlin & Rundgren, 2008 s. 370, jfr Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012.

⁶⁷ Statens beredning för medicinsk utvärdering.

⁶⁸ SBU:s rapport Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt, SBU 2006:172, s. 16-17, s. 21.

⁶⁹ År 2006 uppskattades antalet svenskar med *mild demens* till cirka 41 000 personer.

⁷⁰ År 2006 uppskattades antalet svenskar med *medelsvår till måttlig demens* till cirka 66 000 personer.

⁷¹ År 2006 uppskattades antalet svenskar med *svår demens* till cirka 32 000 personer.

av institutionsvård krävs.⁷²

2.2 De vanligaste demenssjukdomarna⁷³

Demenssjukdomar är frekvent förekommande och många människor drabbas. Antalet dementa i Sverige beräknades år 2006 till omkring 140 000 individer, varav 8 000–9 000 antogs vara yngre än 65 år.⁷⁴ Uppskattningsvis insjuknar omkring 20 000 svenskar årligen, varav fler än hälften är kvinnor.⁷⁵ Ålder är den främsta riskfaktorn.⁷⁶ Förekomsten av demenssjukdomar är en procent vid 65 års ålder och över femtio procent vid 90 års ålder. Stigande förväntad livslängd bidrar till ett ökat antal individer som utvecklar demenssjukdomar.⁷⁷ Efter år 2020, då 40-talisterna uppnår 80-årsåldern, förväntas en markant ökning. Prognoser visar att år 2050 kan fler än 250 000 svenskar lida av en demenssjukdom.⁷⁸ Ett undermåligt socialt nätverk har visat sig öka risken för demenssjukdom medan aktiva sociala, mentala eller produktiva fritidsaktiviteter har motsatt effekt.⁷⁹

2.2.1 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och år 2006 uppskattades cirka 83 000 svenskar lida av sjukdomen. Omkring 60 procent av alla demenssjukdomar beräknas vara av Alzheimerkaraktär. Primärt drabbas personer äldre än 65 år men i enstaka fall kan sjukdomen börja redan vid 50 års ålder. Alzheimers sjukdom har oftast smygande debut och sjukdomsförloppet är långsamt. Funktioner som minne, tankeförmåga och orienteringsförmåga försämras. Språksvårigheter är vanligast hos individer som får Alzheimers sjukdom före 65 års ålder. Bland dem som insjuknar efter 65 års ålder är förvirringstillstånd vanligt under den senare delen av sjukdomsförloppet. Depressiva symtom är också vanliga. Risken för att

⁷² SOU 2006:110, s. 195, jfr Karlsson & Eriksson, 2011-2012, s. 1082 samt *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*, Socialstyrelsen, s. 14.

⁷³ Notera att redogörelsen inte är uttömmande utan enbart syftar till att ge en översiktlig bild av demenssjukdomar i det svenska samhället. Således har mindre vanliga demensformer medvetet uteslutits.

⁷⁴ SOU 2006:110, s. 195 jfr *Dementia - Etiology and Epidemiology*, SBU, 2008, s. 19 och *Demenssjukdom – stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående*, Rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2012, s. 6.

⁷⁵ SOU 2006:110, s. 195 jfr DS 2003:47, s. 41 och Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012 jfr Dehlin & Rundgren, 2008, s. 367.

⁷⁶ SOU 2006:110, s. 195 jfr *Dementia – Etiology and Epidemiology*, SBU 2008 s. 20, Dehlin & Rundgren, 2008, s. 391, Karlsson & Eriksson, 2011-2012 s. 1079 f samt DS 2003:47.

⁷⁷ SOU 2006:110, s. 195 jfr *Dementia – Etiology and Epidemiology*, SBU 2008 s. 20, Karlsson & Eriksson, 2011-2012 s. 1079 f samt DS 2003:47, s. 41.

⁷⁸ SOU 2006:110, s. 195 jfr DS 2003:47, s. 40 f.

⁷⁹ Dehlin & Rundgren, 2008, s. 391.

drabbas av sjukdomen ökar med stigande ålder och i vissa fall finns ärftliga faktorer med i bilden.⁸⁰

2.2.2 Vaskulär demens

Vaskulär demens uppstår på grund av störningar i blodflödet i hjärnan. Blodproppar som drabbar större blodkärl, vid exempelvis stroke, kan generera plötslig försämring. Vanligare är dock ett smygande förlopp såsom vid Alzheimers sjukdom. Vid vaskulär demens har individen ofta sedan tidigare ett högt blodtryck, sjukdomar i hjärta, blodkärlssystemet eller diabetes.⁸¹ År 2006 uppskattades omkring 35 000 svenskar lida av vaskulär demens, vilket då motsvarade 25 procent av alla med demenssjukdomar. Förekomsten angavs dock vara något högre i de högsta åldrarna.⁸² Blandtillstånd mellan Alzheimers sjukdom och vaskulär demens är vanligt förekommande. Vilka symtomen blir beror på var i hjärnan skadan är lokaliserad. Skador djupt i hjärnan kan få till följd att de psykiska funktionerna och rörelseförmågan blir långsammare. Individen får svårt att ta egna initiativ och tappar motivationen i allmänhet. Planeringsförmågan påverkas negativt och att klara vardagliga sysslor framstår som allt svårare. Dessutom brukar minnet försämrats. Depression förekommer ofta vid denna typ av hjärnskada och kan utgöra en tidig indikation på vaskulär demens.⁸³

2.2.3 Pannlobsdemens

Pannlobsdemens⁸⁴ orsakas av att nervcellerna i hjärnans främre del, pannloben, skrupnar. De handlingar och tankar som styrs därifrån fungerar därför inte som tidigare. Pannlobsdemens yttrar sig helt annorlunda än andra demenssjukdomar. Minnet och tankeförmågan är, åtminstone initialt, ofta välbevarade.⁸⁵ Istället märks tidigt i sjukdomen personlighetsförändringar såsom omdömeslöshet, hämningslöshet, distanslöshet, beteendestörningar, känslomässig likgiltighet och insiktsförlust.⁸⁶ Rent konkret kan detta exempelvis innebära att den demente missköter sin hygien, blir mer lynnig och får allt svårare att kommunicera med omvärlden.⁸⁷ Individen upplever dock inte själv de stora förändringarna i sin personlighet.⁸⁸ Pannlobsdemens är en ovanligare demensform som tillsammans med övriga demensformer⁸⁹

⁸⁰ SOU 2006:110, s. 195 f, Dehlin & Rundgren, 2008, s. 369 och Karlsson & Eriksson, 2011-2012, s. 1080.

⁸¹ SOU 2006:110, s. 196.

⁸² SOU 2006:110, s. 196 jfr DS 2003:47, s. 36. Observera dock att enligt Dehlin & Rundgren, 2008, s. 369 står vaskulär demens för cirka tio procent av alla demenssjukdomar.

⁸³ SOU 2006:110, s. 196.

⁸⁴ Synonymt med *Frontallobsdemens*.

⁸⁵ SOU 2006:110, s. 196 jfr Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012.

⁸⁶ Dehlin & Rundgren, 2008, s. 370 jfr Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012.

⁸⁷ SOU 2006:110, s. 196 jfr Marcusson, www.fass.se, 2012.

⁸⁸ SOU 2006:110, s. 196.

⁸⁹ Dvs med undantag av Alzheimers och vaskulär demens.

står för omkring 5 procent av alla demenssjukdomar.⁹⁰ Pannlobsdemens debuterar vanligen tidigt, ibland redan före 50 års ålder, men minnet drabbas ofta först mot slutet.⁹¹

2.3 Tillstånd som kan likna demens

2.3.1 Förvirringstillstånd

Förvirringstillstånd⁹² orsakas av en tillfällig försämring av hjärnans funktioner. Till skillnad från demenssymtomen som utvecklas under lång tid debuterar förvirringssymtomen akut.⁹³ Individen får problem med att känna igen sin omgivning eller människorna, misstolkar ofta händelser, blir okoncentrerad, kommer inte ihåg vad som hänt och vad som sagts. Oro, irritation eller ilska är vanliga reaktioner i samband med förvirring.⁹⁴ Stress kan sannolikt utlösa förvirring, likaså omgivningsförändringar, läkemedel och kroppsliga sjukdomar^{95 96}.

2.3.2 Depression

Depression är den vanligaste psykiska störningen bland äldre och åldrande medför ökad risk att drabbas. Så mycket som varannan kvinna och var fjärde man riskerar att någon gång under livet drabbas av en depressionssjukdom. Den deprimerade blir nedstämd, allmänt ointresserad och känner minskat välbehag i samband med dagliga aktiviteter. Andra symtom kan vara viktnedgång, aptitförändring, sömnsvårigheter, psykomotorisk förändring, trötthet, energiförlust, känsla av värdelöshet, minskad koncentrations- och tankeförmåga samt bristande livslust. Det bör i sammanhanget påpekas att såväl förvirringstillstånd som depression kan förekomma samtidigt som demens.⁹⁷

⁹⁰ Dehlin & Rundgren, 2008, s. 369, Jfr SOU 2006:110, s. 196 där antalet svenskar med pannlobsdemens uppskattades till cirka 7 000 personer.

⁹¹ SOU 2006:110, s. 196.

⁹² I medicinsk litteratur används vanligen termen *konfusion*, jfr t.ex. Dehlin & Rundgren, 2008, s. 388.

⁹³ SOU 2006:110, s. 197, jfr Dehlin & Rundgren, 2008, s. 388.

⁹⁴ SOU 2006:110, s. 197.

⁹⁵ Exempel på sådana sjukdomar är lunginflammation, urinvägsinfektion, feber, dåligt inställd diabetesmedicin, förstoppning eller urinstopp, se SOU 2006:110, s. 197.

⁹⁶ Dehlin & Rundgren, 2008, s. 388 och SOU 2006:110, s. 197.

⁹⁷ SOU 2006:110, s. 197.

3 Gällande svensk rätt

3.1 Det rättsliga utrymmet för tvångsvård av dementa

3.1.1 Tvång och samtycke inom vård och omsorg

Beträffande somatisk vård av och omsorg om individer med demens saknas specialreglering av tvångsanvändning. Detta innebär inte att tvångsåtgärder helt kan undvikas. Inom den offentliga hälso- och sjukvården blir personalen hänvisad till att försöka tolka de allmänna nödreglerna i brottsbalken⁹⁸ som på vissa områden kompletteras av myndighetsföreskrifter och allmänna råd^{99, 100}. I undantagsfall kan nämligen nödregeln i brottsbalken¹⁰¹ användas som lagstöd för genomförande av *medicinska åtgärder* med tvång. En sådan tillämpning förutsätter dock att det rör sig om en nödsituation samt att åtgärdens genomförande inte framstår som oförsvarlig. Enligt Rynning framstår det som otillfredsställande att endast allmänna regler om frihet från straffrättsligt ansvar finns att tillgå i sådana återkommande problematiska situationer.¹⁰² Effekten blir en otydlighet kring vilka åtgärder som är tillåtna. En gråzon uppstår inom vilken åtgärder som kan strida mot svensk grundlag¹⁰³ alltjämt används men då under godtyckliga och okontrollerade former.

⁹⁸ I 24 kap. BrB finns bestämmelser om bl.a. ansvarsfrihet för handlingar som företagits i *nödvärn* (1 §) eller *nöd* (4 §). Bestämmelserna medför att handlingar som normalt skulle vara straffbara, under vissa omständigheter inte ska utgöra brott. Enligt 24 kap. 1 § BrB föreligger rätt till nödvärn bl.a. mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom. En gärning som någon begår i nödvärn utgör endast brott om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Enligt 24 kap. 4 § BrB utgör en gärning som någon begår i nöd brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som vållas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. *Nöd* föreligger när *fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse*. I princip gäller att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras. Nödbestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.

⁹⁹ Främst Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

¹⁰⁰ Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, s. 272.

¹⁰¹ 24 kap 4 § BrB jfr Lagrådets kommentar över Lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*. På s. 5 hänvisar Lagrådet till oskrivna ansvarsfrihetsregler i form av s.k. social adekvans.

¹⁰² Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, s. 296 jfr Rynning, 1994, s. 403.

¹⁰³ Jfr kapitel 3.1.2 nedan.

3.1.2 Skyddet i svensk grundlag mot tvångsingrepp

Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp¹⁰⁴ och frihetsberövande¹⁰⁵. Med det allmänna avses primärt offentlig verksamhet och verksamhet som bedrivs av enskilda på uppdrag av exempelvis kommuner och landsting.¹⁰⁶ Vård av och omsorg om dementa utgör ett exempel på sådan verksamhet som utövas av det allmänna.

Med *påtvingat kroppsligt ingrepp* avses i första hand våld men hit hör även läkarundersökningar, mindre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagning samt liknande företeelser som faller under beteckningen kroppsbekiktning.¹⁰⁷ Även tvångsmedicinering klassas som ett påtvingat kroppsligt ingrepp och kräver därmed lagstöd för att vara tillåten.¹⁰⁸ Att dölja medicin i maten verkar vara praxis inom demensvården.¹⁰⁹ Likväl saknas stöd i lag för sådan åtgärd.

Med *frihetsberövande* avses bland annat fall då någon faktiskt är hindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område.¹¹⁰ Skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast begränsas genom lag¹¹¹ och då enbart i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett dem.¹¹² Denna typ av begränsningar återfinns i flera tvångsvårdslagstiftningar.¹¹³ Förutom i de undantagsfall då LPT kan tillämpas i förhållande till dementa¹¹⁴ finns i princip inget stöd i lag för att frihetsberöva eller använda andra tvångsåtgärder mot individer i denna grupp.¹¹⁵

¹⁰⁴ 2 kap. 6 § RF.

¹⁰⁵ 2 kap. 8 § RF.

¹⁰⁶ Prop. 1975/76:209, s. 147.

¹⁰⁷ Prop. 1975/76:209, s. 147. För definition av *kroppsbekiktning* se 28 kap. 12 § andra stycket RB.

¹⁰⁸ JO 2005/06 s. 101-129, se särskilt s. 126 jfr Prop. 1983/84:111, s. 92.

¹⁰⁹ Jfr t.ex. SOU 2006:110, s. 22 f. och Sparring Björkstén & Fälldin, 2009.

¹¹⁰ Prop. 1975/76:209, s. 52 jfr SOU 1984:64 s. 17.

¹¹¹ 2 kap. 20 § första stycket, andra punkten RF. Angående s.k. *relativa rättigheter* se även 2 kap. 6, 8 och 21 §§ RF.

¹¹² 2 kap. 21 § RF Jfr EKMR Art 3, 5.1 e och 8 samt EKMR fjärde tilläggsprotokollet, art. 2.

¹¹³ Se t.ex. LPT, LVM, LVU men också Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och Smittskyddslag (2004:168).

¹¹⁴ Dvs då en dement person samtidigt lider av en *allvarlig psykisk störning*, jfr 3 § första stycket LPT. Se vidare kapitel 1.5 ovan, närmare bestämt fotnot 44.

¹¹⁵ Jfr kapitel 3.1.1 ovan.

3.1.3 JO-beslut om inlåsning av dementa

Eftersom det än så länge¹¹⁶ saknas svensk lagreglering av tvångsvård för dementa finns i princip ingen rättspraxis på området. JO har dock vid två tillfällen uttalat sig i fråga om inlåsning av dementa. I båda fallen hade hemtjänstpersonal låst ytterdörren till dementa personers hem när de skulle lämnas ensamma under en längre tid, eftersom kommunerna saknade resurser att vårda de äldre dygnet runt. Syftet var att förhindra de dementa från att lämna sina bostäder med de risker detta ansågs innebära. De individer som utsattes för åtgärden hade upprepade gånger lämnat sin lägenhet, gått vilse och skadat sig. Inlåsningen hade enligt uppgift skett i all välmening. I båda fallen riktade JO kritik mot socialnämnden för den sociala hemtjänstens handlande.¹¹⁷ JO fann att användning av tekniska låsanordningar, på ett sådant sätt att den demente fräntas varje möjlighet att öppna dörren och lämna sin bostad, bör klassas som inlåsning och bör därmed inte vara tillåten.¹¹⁸

Enligt JO ska äldreomsorgen bygga på den enskildes rätt att behålla sin integritet, identitet och självbestämmanderätt.¹¹⁹ Äldreomsorgen ska utformas så att de äldre ges förutsättningar att känna trygghet. De äldre ska inte behöva utstå begränsningar i sina möjligheter att kunna utforma sitt eget liv, att välja bostad och att aktivt kunna ta del i samhällslivet. Insatser ska ges i former som inte kränker den enskildes rätt och hennes fri- och rättigheter får inte åsidosättas. JO betonade att det grundlagsskydd varje medborgare har mot frihetsberövanden och andra frihetsinskränkningar endast kan inskränkas genom lag samt att en sådan frihetsinskränkning under inga omständigheter får motiveras av praktiska skäl.¹²⁰

JO ansåg att såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården brustit i ansvar för de dementas situation. Kritiken bestod i att inlåsningarna skett utan närmare utredning i ärendena. Socialförvaltningen ansågs inte heller ha försökt, att tillsammans med de enskilda, undersöka förutsättningarna för annat boende som på ett bättre sätt tillgodosåg de dementas behov av trygghet och omvårdnad. Enligt JO borde socialförvaltningen ha samverkat med sjukvården för att finna sådana alternativa omsorgsformer. JO betonade att inlåsning inte under några omständigheter kan utgöra ett försvarbart alternativ till andra omsorger. Således ansågs de regler som ska gälla för äldreomsorgen allvarligt åsidosatts.¹²¹

Angående alternativet att införa lagstiftning som möjliggör åtgärder vilka hindrar dementa från att lämna sina bostäder¹²² uttalade JO att en sådan

¹¹⁶ Jfr dock den nya lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*.

¹¹⁷ JO 1983/84 s. 150, och JO 1989/90 s. 207 ff.

¹¹⁸ JO 1989/90 s. 207 ff, jfr prop. 1975/76:209, s. 52.

¹¹⁹ Jfr målen för äldreomsorgen som fastslås i 1 kap. 1 § tredje stycket SoL.

¹²⁰ JO 1983/84 s. 150, och JO 1989/90 s. 207 ff.

¹²¹ JO 1983/84 s. 150.

¹²² Hänvisning görs till SOU 1984:64.

lagstiftning skulle stå i uppenbar strid med målen för socialtjänsten¹²³. Insatserna inom äldreomsorgen ska utformas så att ett ökande behov av vård och omsorg för de äldre ska kunna tillgodoses med en bibehållen integritet och självbestämmanderätt för dem. Enligt JO skulle en tvångsvårdslagstiftning riskera att begränsa kommunernas utvecklingsarbete inom äldreomsorgen. I det enskilda fallet där tillsynskravet ökar på grund av demens måste kommunerna kunna erbjuda ett boende som tillgodoser en högre grad av omsorg. Kontentan var att en tvångsvårdslagstiftning inte får ersätta en ökad valfrihet inom äldreomsorgen.¹²⁴

3.2 Hur tillgodoses dementas behov av vård och omsorg genom SoL?

3.2.1 Frivilliga insatser inom socialtjänsten

SoL är den lag som har störst betydelse för den offentliga omsorgen om dementa. En grundtanke bakom socialtjänstlagstiftningen är att inget tvång ska förekomma inom socialtjänsten.¹²⁵ Därför innehåller inte SoL några föreskrifter om tvångsvård. Socialnämndens stödverksamhet för enskilda ska istället präglas av frivillighet och förtroendefullt samarbete. Den tvångsvård som ansetts oundviklig regleras därför i andra lagar.¹²⁶

SoL är en målinriktad ramlag för det sociala arbetet och innehåller såväl skyldigheter för socialtjänsten som rättigheter för den enskilde. Det sociala arbetet ska präglas av en helhetssyn på den enskildes behov. SoL definierar inte alla de insatser som kommunerna ska tillhandahålla utan anger endast ramar för vad insatserna ska leda till. På så vis ges kommunerna viss frihet att utforma äldreomsorgen och anpassa den över tid.¹²⁷ En av socialtjänstens målsättningar är att främja människors sociala trygghet.¹²⁸ Av lagtexten framgår att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.¹²⁹

3.2.2 Rätten till bistånd

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har *rätt till bistånd* av socialnämnden för sin försörjning¹³⁰ och *för sin livsföring i övrigt*.¹³¹ Biståndsbestämmelsen syftar till att garantera den

¹²³ Angående socialtjänstens mål se 1 kap. 1 § SoL.

¹²⁴ JO 1989/90 s. 207 ff.

¹²⁵ Denna grundtanke infördes redan genom 1980 års socialtjänstreform, se Strömberg & Lundell, 2011, s. 125.

¹²⁶ Strömberg & Lundell, 2011, s. 125.

¹²⁷ Prop. 2009/10:116 s. 20.

¹²⁸ 1 kap. 1 § första stycket, första punkten SoL.

¹²⁹ 1 kap. 1 § tredje stycket SoL jfr Prop. 2009/10:116 s. 20.

¹³⁰ Härmed avses så kallat *försörjningsstöd*.

¹³¹ 4 kap. 1 § första stycket SoL.

enskilde en rätt till stöd och hjälp från samhället. Rättigheten aktualiseras då individen på grund av funktionshinder, ålder eller annan liknande omständighet befinner sig i en situation som gör sådana insatser nödvändiga. Med begreppet livsföring i övrigt avses en lång rad olika behov av stöd och hjälp, service, behandling, vård och omsorg.¹³² Det kan exempelvis handla om bistånd till läkarvård, hemtjänst eller särskilt boende för äldre. Någon uttömmande uppräkningslista av vilka insatser eller behov som ingår finns inte. Istället måste en individuell bedömning göras i varje enskilt fall.¹³³ Såväl individuella förhållanden som tillgängliga resurser påverkar insatsernas karaktär. Vid utformningen av insatser är såväl socialtjänstens professionella kunskap som samspelet med den enskilde av stor betydelse.¹³⁴ Insatserna ska utformas i samförstånd med den hjälpbehövande. Annorlunda uttryckt innebär detta ett krav på samtycke från individen. Den enskilde har däremot ingen ovillkorlig rätt att få en viss bestämd insats. Vid valet av åtgärd måste hänsyn tas till vilka alternativa resurser som finns att tillgå inom kommunen.¹³⁵

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå.¹³⁶ Samhällets hjälp ska inte bara avse vad som direkt behövs för den enskildes grundbehov utan hjälpen ska dessutom hålla en viss kvalitet.¹³⁷ Begreppet skälig levnadsnivå indikerar vissa minimikrav som kan ställas på insatsen vad gäller kvaliteten.¹³⁸ Kvalitetskravet skulle kunna tolkas som en strävan efter att tillförsäkra individen materiellt rättssäkerhet.¹³⁹

3.2.3 Särskilda bestämmelser för äldre människor

SoL innehåller även särskilda bestämmelser för äldre människor.¹⁴⁰ Där anges att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt¹⁴¹ liv och känna välbefinnande.¹⁴² Socialnämnden ska

¹³² Prop. 2000/01:80 s. 90.

¹³³ Prop. 2000/01:80 s. 92.

¹³⁴ Prop. 2000/01:80 s. 90.

¹³⁵ Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 4 kap. 1 § SoL.

¹³⁶ 4 kap. 1 § tredje stycket SoL.

¹³⁷ Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 4 kap. 1 § SoL jfr prop. 2000/01:80 s. 90. Angående kravet på *god kvalitet* hos socialtjänstens insatser se även 3 kap. 3 § första stycket SoL och prop. 1996/97:124 s. 51 ff.

¹³⁸ Prop. 2000/01:80 s. 91.

¹³⁹ Jfr vad som sägs angående materiell rättssäkerhet i kapitel 1.6.3 ovan.

¹⁴⁰ 5 kap. 4-6 §§ SoL. 5 kap 7-8 a §§ SoL innehåller särskilda bestämmelser för människor med funktionshinder. Det är dock oklart om och i så fall i vilken utsträckning de specifika bestämmelserna riktade mot funktionshindrade överhuvudtaget är tillämpliga på dementa. För WHO:s definition av *funktionshinder* se SOU 2006:110 s. 131 f.

¹⁴¹ Jfr 2 § andra meningen HSL vari anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans *värdighet*.

¹⁴² 5 kap. 4 § första stycket SoL, jfr prop. 2009/10:116 s. 5 och *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*, Socialstyrelsen,

verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden samt ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.¹⁴³ Socialnämnden ska också verka för att äldre människor vid behov får goda bostäder, stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.¹⁴⁴ Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.¹⁴⁵ Den äldre personen ska, så långt som möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.¹⁴⁶ Här kommer idén om frivillighet åter till uttryck.

3.2.3.1 Värdegrund för äldreomsorgen

I prop. 2009/10:116 presenteras en värdegrund för äldreomsorgen. Den går ut på att äldre människor så länge som möjligt ska uppleva vardagen som begriplig, hanterbar och meningsfull. Värdegrunden syftar till att tydliggöra etiska värden och säkerställa att äldre individer ska kunna ha ett meningsfullt liv och känna sammanhang.¹⁴⁷ Den nationella värdegrunden är ett slags verktyg för att värna om god kvalitet¹⁴⁸ i såväl insatserna som verksamheten.¹⁴⁹ Värdegrunden medför en skyldighet för kommunen att dels anpassa verksamheten så att äldre individer får leva ett värdigt liv, dels erbjuda dem förutsättningar för att känna välbefinnande. Däremot kan den enskilde inte grunda en rättighet att få visst bistånd direkt på bestämmelsen.¹⁵⁰

Ett *värdigt liv* kan innebära sådant som privatliv, kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet, individanpassning, insatser av god kvalitet och gott bemötande av den äldre personen och hennes närstående.¹⁵¹ En del av ett värdigt liv kan vara att den vård och omsorg som erbjuds äldre personer håller en god kvalitet¹⁵². En viktig förutsättning för att uppnå god kvalitet är tillgång till personal med lämplig utbildning och kompetens¹⁵³. Personalen behöver ha god kännedom om den enskildes vanor, omsorgs- och vårdbehov.¹⁵⁴

En viktig del av *välbefinnandet* inom äldreomsorgen är att äldre individer känner sig trygga. Äldreomsorgens ansvar bör vara att så långt som möjligt

s. 69 ff.

¹⁴³ 5 kap. 4 § andra stycket SoL, jfr prop. 2009/10:116 s. 5.

¹⁴⁴ 5 kap. 5 § första stycket SoL.

¹⁴⁵ 5 kap. 5 § andra stycket SoL. Benämns fortsättningsvis *särskilt boende*.

¹⁴⁶ 5 kap. 5 § tredje stycket SoL.

¹⁴⁷ Prop. 2009/10:116 s. 9.

¹⁴⁸ Jfr 3 kap. 3 § första stycket SoL.

¹⁴⁹ Prop. 2009/10:116, s. 25.

¹⁵⁰ Prop. 2009/10:116, s. 26 jfr 4 kap. 1 § SoL som reglerar den enskildes rätt till bistånd.

¹⁵¹ Prop. 2009/10:116, s. 27 jfr Prop. 1997/98:113 s. 61.

¹⁵² Jfr 3 kap. 3 § första stycket SoL.

¹⁵³ Jfr 3 kap. 3 § andra stycket SoL.

¹⁵⁴ Prop. 2009/10:116 s. 29, jfr prop. 1997/98:113 sida 61.

erbjuda en trygg miljö med god vård och omsorg¹⁵⁵ så att den äldre individen kan uppleva välbefinnande även om hon har omfattande omsorgsbehov. Det är viktigt med kontinuitet och pålitlighet i omsorgen och i de vardagliga rutinerna så att den äldre inte försätts i situationer som kan skapa ovisshet och oro. Trygghet kan innebära information om förändringar, tillgång till trygghetslarm, att kunna påverka förändringar så långt det är möjligt och vetskap om att inga oönskade kommer in i bostaden. Till strävan att skapa trygghet hör också ett bemötande med respekt, hänsyn, lyhördhet och vänlighet.¹⁵⁶ Dessa trygghetsfaktorer torde vara särskilt viktiga för dementa individer. En parallell kan dras till Alzheimers sjukdom där förvirringstillstånd utgör ett vanligt symtom. Förvirringstillstånden kan i sin tur utlösas av omgivningsförändringar.¹⁵⁷ Därför framstår det som särskilt viktigt att upprätthålla en kontinuitet i omsorgen och i de dagliga rutinerna gentemot denna grupp.

3.2.4 Kommunen har det yttersta ansvaret

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.¹⁵⁸ Verksamheten ska inom ramen för de övergripande målen¹⁵⁹ baseras på den kommunala självstyrelsen. De tvingande reglerna i SoL om rätten till bistånd¹⁶⁰ begränsar dock det kommunala självstyret.¹⁶¹

Genom Ädel-reformen som genomfördes på 1990-talet försköts ansvar och arbetsuppgifter från landstingen till kommunerna. Reformen tydliggjorde ansvaret men också behovet av fortsatt välfungerande samverkan¹⁶² mellan huvudmännen.¹⁶³ Principen om kommunens yttersta ansvar innebär dock ingen inskränkning av det ansvar som tillkommer andra huvudmän.¹⁶⁴ Som exempel kan anges landstingens sjukvårdsansvar och Sos tillsynsfunktion. Däremot är kommunen skyldig att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde behövlig vård.¹⁶⁵

I den mån en individ som är intagen för sjukvård samtidigt har behov av en klart urskiljbar social tjänst, såsom social hemhjälp, uppkommer inga gränsdragningsproblem. Socialnämnden har här ett klart ansvar. SoL innehåller inte några detaljerade regler för ansvarsfördelning mellan

¹⁵⁵ För vidare läsning om begreppet *god vård och omsorg* se t.ex. Prop. 1997/98:113 s. 61 f.

¹⁵⁶ Prop. 2009/10:116, s. 29 f. och s. 11 jfr vad som sägs om mål och inriktning för äldrepolitiken i prop. 1997/98:113 s. 1.

¹⁵⁷ Jfr kapitel 2.2.1 och kapitel 2.3.1 ovan.

¹⁵⁸ 2 kap. 1 § första stycket, första meningen SoL.

¹⁵⁹ Se den s.k. portalparagrafen 1 kap. 1 § SoL.

¹⁶⁰ Jfr 4 kap. 1 § SoL och kapitel 3.2.2 ovan angående rätten till bistånd.

¹⁶¹ Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 2 kap. 1 § SoL.

¹⁶² Jfr 5 kap. 6 § andra stycket SoL vari anges att kommunen i sin planering av insatser för äldre ska samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

¹⁶³ Prop. 1997/98:113 sida 124.

¹⁶⁴ 2 kap. 1 § första stycket, andra meningen SoL.

¹⁶⁵ Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 2 kap. 1 § SoL.

socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De tveksamheter som kan uppkomma löses genom överenskommelse mellan huvudmännen.¹⁶⁶

3.3 Hur tillgodoses dementas behov av vård och omsorg genom HSL?

3.3.1 Frivilliga insatser inom hälso- och sjukvården

HSL är den lag som har störst betydelse för dementa inom hälso- och sjukvården¹⁶⁷. Inom hälso- och sjukvårdsrätten uppställs ett principiellt krav på samtycke från patienten för att vården eller behandlingen ska anses rättsenlig.¹⁶⁸ Enligt HSL ska vården och behandlingen *så långt som möjligt* utformas och genomföras i *samråd* med patienten.¹⁶⁹ Av prop. 1981/82:97 framgår dock att rätten till samråd inte får leda till någon inskränkning i det medicinska ledningsansvaret. Bestämmelsen får inte heller tolkas så att patienten bestämmer innehållet i och omfattningen av vården.¹⁷⁰

Den övergripande hälso- och sjukvårdslagstiftningen uppställer alltså inget uttryckligt och absolut krav på samtycke¹⁷¹ till planerade vård- och behandlingsåtgärder. Kravet på samråd med patienten gäller endast så långt som möjligt.¹⁷² Det framgår således inte klart av lagstiftningen hur vårdpersonalen ska förhålla sig till en patient som inte är beslutskompetent och under vilka förutsättningar vård får ges utan samtycke.¹⁷³ Personer som av någon anledning inte är i stånd att ge ett rättsligt giltigt samtycke, exempelvis dementa, får likväl behandlas om det bedöms vara *nödvändigt* med hänsyn till vederbörandes hälsotillstånd.¹⁷⁴

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet¹⁷⁵ och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose

¹⁶⁶ Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till 2 kap. 1 § SoL.

¹⁶⁷ Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”.

¹⁶⁸ Rynning, 1994, s. 184.

¹⁶⁹ 2 a § andra stycket HSL.

¹⁷⁰ Prop. 1981/82:97, s. 119.

¹⁷¹ Istället används formuleringar som samråd, respekt, integritet och självbestämmande.

Enligt Rynning kan detta bero på lagstiftarens ovilja att uttryckligen formulera en huvudregel med ett uttryckligt krav på samtycke från patienten se Rynning, 1994, s. 176.

¹⁷² Rynning, 1994, s. 174.

¹⁷³ Rynning, 1994, s. 184.

¹⁷⁴ Prop. 1981/82:97 s.118 jfr Rynning, 1994, s. 174.

¹⁷⁵ Jfr prop. 2009/10:116 s. 28.

patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.¹⁷⁶ Av prop. 1981/82:97 framgår att patienten själv bestämmer *om* vård överhuvudtaget ska ges men att patienten inte själv kan bestämma *vilken* vård som ska ges.¹⁷⁷

3.3.2 Landstingens och kommunernas ansvar

I HSL regleras landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården. Lagen kan betecknas som en skyldighetslagstiftning för landstingen och kommunerna men innehåller, till skillnad från SoL, inga bestämmelser av rättighetskaraktär för den enskilde.¹⁷⁸ Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.¹⁷⁹ Det är däremot kommunens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt äldre människor som behöver särskilt stöd och som därför bor i särskilda boenden.¹⁸⁰ Efter överenskommelse kan landstinget överlåta sin skyldighet att erbjuda hemsjukvård till kommunen.¹⁸¹

När den enskilde har behov av insatser från såväl hälso- och sjukvården som från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Det sker under förutsättning att landstinget eller kommunen bedömer att en sådan plan behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Dessutom krävs att den enskilde samtycker till upprättandet.¹⁸² För dementa med omfattande behov av somatiska insatser bör landstinget och kommunen utgå från att det finns behov av en individuell plan.¹⁸³

¹⁷⁶ 2 a § första stycket HSL.

¹⁷⁷ Prop. 1981/82:97, s. 50 och s. 118.

¹⁷⁸ Vahlne, Westerhäll, (1 januari 2012 Karnov) kommentaren till HSL jfr prop. 2009/10:116 s. 20.

¹⁷⁹ 3 § HSL.

¹⁸⁰ 18 § första stycket HSL. Angående *särskilda boenden* se 5 kap. 5 § andra stycket SoL.

¹⁸¹ 18 § tredje stycket HSL.

¹⁸² 3 f § första stycket HSL, jfr motsvarande bestämmelse i 2 kap. 7 § SoL.

¹⁸³ Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och *den enskilde inte motsätter sig det*, se 3 f § andra stycket HSL. Den enskildes *samtycke* är alltså en förutsättning för att en plan ska upprättas. I de fall den enskildes tillstånd medför att hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning jfr Lagkommentaren i Zeteo till 3 f § andra stycket HSL. Den individuella planen ska innehålla uppgifter om; vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, se 3 f § tredje stycket HSL.

3.4 Hur korrelerar SoL och HSL med idén om materiell rättssäkerhet?

De principer som ligger till grund för SoL respektive HSL påminner i mångt och mycket om varandra. Exempelvis anges att verksamheten ska bygga på respekt för individens självbestämmanderätt och integritet.¹⁸⁴ Insatserna ska vara av god kvalitet¹⁸⁵ och tillgodose och främja individens trygghet¹⁸⁶. Dessutom uppställs krav på personal med lämplig utbildning och erfarenhet¹⁸⁷. Det är tydligt att lagstiftaren har velat lyfta fram och betona dessa rättsliga, sociala och etiska grundprinciper.

Den formella rättssäkerheten i SoL och HSL kan sägas bestå i att individen ska kunna lita på att hon inte utsätts för vård- eller omsorgsåtgärder som hon motsätter sig. Som framgått ovan gäller detta uppenbarligen inte för dementa i praktiken. Den presenterade förståelsen av materiell rättssäkerhet kan sägas innebära en kombination av dels formella rättssäkerhetsgarantier¹⁸⁸, dels rättsregler vars innehåll överensstämmer med välfärdssamhällets rättsliga, sociala och etiska grundprinciper.

Därtill krävs att resultaten av myndighetsbesluten och rättstillämpningen blir rimliga och rättvisa. Det har redan konstaterats att det finns stora brister i dementas formella rättssäkerhet inom svensk vård och omsorg. Därför framstår det inte som motiverat att diskutera materiell rättssäkerhet med avseende på SoL respektive på HSL, även om dessa lagar med tillhörande förarbeten ger uttryck för värden som skulle kunna bidra till etisk godtagbarhet i vård- och omsorgsbeslut.

3.5 Sammanfattande kommentarer

I avsaknad av en svensk reglering av tvångsåtgärder gentemot dementa¹⁸⁹, inom den sociala äldreomsorgen respektive den somatiska hälso- och sjukvården, är det primärt SoL och HSL som styr dementas tillgång till och utformning av vård och omsorg. Båda lagarna bygger på frivillighet från den enskilde. SoL innehåller såväl rättigheter för den enskilde som skyldigheter för omsorgshuvudmannen. HSL innehåller inga bestämmelser av rättighetskaraktär för den enskilde men däremot skyldigheter för hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Som huvudregel får vård- och omsorgspersonal inte vidta åtgärder mot en dement persons vilja. I undantagsfall finns dock en möjlighet inom hälso- och sjukvården att

¹⁸⁴ 1 kap. 1 § tredje stycket SoL och 2 a § första stycket, tredje punkten HSL.

¹⁸⁵ 3 kap. 3 § första stycket SoL och 2 a § första stycket, första punkten HSL.

¹⁸⁶ 1 kap. 1 § första stycket SoL och 2 a § första stycket, första punkten HSL.

¹⁸⁷ 3 kap. 3 § andra stycket SoL och 2 e § HSL.

¹⁸⁸ T.ex. förutsebarhet, kontrollerbarhet och likabehandling. Se vidare kapitel 1.6.3 ovan.

¹⁸⁹ Återigen påminns läsaren om att LPT kan tillämpas då en dement person har en allvarlig psykisk störning. LPT kan däremot inte användas i utövandet av social omsorg eller somatisk hälso- och sjukvård.

åberopa den allmänna nödregeln i BrB som lagstöd för genomförande av medicinska åtgärder med tvång. Vad som gäller då en dement individ saknar förmåga att lämna ett informerat samtycke och motsätter sig erbjudna vård- och omsorgsinsatser är sammanfattningsvis oklart inom såväl socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården.

I den mån en dement person motsätter sig vård- och omsorgsinsatser som personalen/omgivningen bedömer vara nödvändiga för att skydda och upprätthålla individens hälsa och välbefinnande framstår de rättsliga förutsättningarna för att personalen ska kunna agera som otydliga. Det torde därför kunna antas att bestämmelserna i SoL och HSL inte fullt ut kan tillgodose dementas behov av vård och omsorg. Det blir därför intressant att studera hur andra länder har valt att reglera denna fråga.

4 En nordisk utblick

4.1 Den norska respektive den danska modellen

Norge har varit ett föregångsland i Europa när det gäller att lagstifta om tvångsvård av dementa. I kapitel 4A i pasientrettighetsloven¹⁹⁰ regleras användandet av tvång i samband med medicinsk behandling och andra former av sjukvård¹⁹¹ för individer som saknar samtyckeskompetens.¹⁹² Således gäller lagen inte för socialtjänstens verksamhet.¹⁹³ Reglerna är diagnosoavhängiga men är särskilt aktuella för exempelvis patienter med diagnosen demens.¹⁹⁴ En jämförelse kan göras med dansk rätt där bestämmelser om tvångsanvändning istället gäller endast för socialtjänstens verksamhet.¹⁹⁵ I den danska serviceloven¹⁹⁶ har personkretsen avgränsats till vuxna med betydligt och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga.¹⁹⁷ I förarbetena till serviceloven anges svår demens som ett exempel.¹⁹⁸ En påtaglig skillnad mellan Norge och Danmark är alltså att norsk rätt endast reglerar tvångsvård av dementa inom hälso- och sjukvården medan motsvarande bestämmelser i dansk rätt endast avser socialtjänstens verksamhet.

En annan skillnad är hur respektive lagstiftare valt att definiera begreppet samtycke. Enligt norsk rätt kan den enskildes passivitet tolkas som ett medgivande till åtgärden. Detta medför att bestämmelserna om tvångsvård endast blir tillämpliga då individen gör motstånd. Enligt dansk rätt krävs istället ett uttryckligt medgivande för att en frivillig åtgärd ska kunna utföras. Följaktligen blir de danska tvångsbestämmelserna tillämpliga redan

¹⁹⁰ LOV-1999-07-02-63, Lov om pasient- og brukerrettigheter. Benämns fortsättningsvis *pasientrettighetsloven*.

¹⁹¹ Reglerna gäller som utgångspunkt alla former av vård inom primärvården, tandvården och specialistsjukvården jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 35.

¹⁹² Østenstad, 2011, s. 7 f, se även s. 37. I lagtexten används begreppet *samtykkeskompetanse*. I svensk kontext används istället begreppet *beslutskompetens*.

¹⁹³ Østenstad, 2011, s. 360, jfr Remissyttrandet från Bergens kommun Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 34. Obs dock att kapitel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven innehåller bestämmelser om rättssäkerhet vid tvångsanvändning inom socialtjänsten gentemot *förståndshandikappade* individer. Reglerna är således inte tillämpliga gentemot dementa. Motsvarande regler återfanns tidigare i kapitel 4A, Lov om sosiale tjenester m.v. (socialtjenesteloven), jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 30 och Syse, TfR 2011, s. 577.

¹⁹⁴ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 30 f jfr *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, rapport från svenskt demenscentrum, s. 57.

¹⁹⁵ *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, rapport från svenskt demenscentrum, s. 63.

¹⁹⁶ Bekendtgørelse af lov om social service LBK 2012-07-19 nr 810.

¹⁹⁷ § 124 a serviceloven.

¹⁹⁸ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4608.

när den demente förhåller sig passiv till åtgärden.¹⁹⁹ En tredje skillnad är att det enligt norsk rätt finns en möjlighet att tvångsmedicinera dementa medan någon sådan möjlighet inte återfinns i dansk rätt. En fjärde intressant skillnad är synen på de konsekvenser som den enskildes beteende får för andra människor. Enligt den norska regleringen får under inga omständigheter andra personers intressen beaktas i samband med beslut om tvångsåtgärder²⁰⁰. Dansk rätt däremot medger, under vissa omständigheter, sådana hänsyn. Ett alternativt sätt att se på saken är istället att det faktiskt ligger i den enskildes intresse att inte åsamka andra allvarlig skada. En viktig gemensam nämnare för såväl den norska som den danska regleringen är dock det övergripande syftet att förebygga och begränsa användandet av tvång.²⁰¹

4.1.1 Samtycke

Enligt huvudregeln i norsk rätt kan sjukvård²⁰² endast ges med patientens samtycke²⁰³, förutsatt att det inte finns lagstöd eller annan giltig rättslig grund för att ge vård utan samtycke.²⁰⁴ Samtycket kan ges uttryckligen eller tyst/konkludent. Konkludent samtycke anses föreligga då det med hänsyn till patientens handlande och omständigheterna i övrigt är sannolikt att hon godtar vården.²⁰⁵ Således kan passivitet enligt norsk rätt i vissa fall betraktas som ett medgivande till insatsen.²⁰⁶ En parallell kan dras till dansk rätt där lagstiftaren valt ett annat sätt att definiera samtycke. Enligt förarbetena till danska serviceloven föreligger samtycke från en person när hon genom ett uttryck i ord eller handling klart visar att hon har förståelse för att åtgärden genomförs och medverkar till detta. De danska bestämmelserna om tvångsanvändning reglerar således situationer då den enskilde förhåller sig passiv eller motsätter sig åtgärden.²⁰⁷

Med samtyckeskompetens avses i norska pasientrettighetsloven förmåga att samtycka till sjukvård. Som utgångspunkt tillfaller denna rätt alla myndiga personer.²⁰⁸ Samtyckeskompetensen kan dock, helt eller delvis, bortfalla då

¹⁹⁹ *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, rapport från svenskt demenscentrum, s. 63

²⁰⁰ Frekvent förekommande synonymer till *tvångsåtgärder* är begreppen *begränsningsåtgärder* eller *skyddsåtgärder*. Jfr t.ex. Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 6, där lagstiftaren valt att använda begreppet *skyddsåtgärder*.

²⁰¹ § 4A-1 första stycket, pasientrettighetsloven, jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, s. 29 och s. 85 respektive Avd. VII kap. 24 § 124 första stycket, serviceloven.

²⁰² I lagtexten används begreppet *helsehjelp* som definieras i § 1-3 pasientrettighetsloven, punkten c.

²⁰³ *Samtycke* definieras i § 4-2 pasientrettighetsloven.

²⁰⁴ § 4-1 första stycket pasientrettighetsloven, jfr Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) s. 21.

²⁰⁵ § 4-2 första stycket pasientrettighetsloven.

²⁰⁶ Jfr *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*, 2010, rapport från svenskt demenscentrum, s. 63.

²⁰⁷ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4609.

²⁰⁸ § 4-3 första stycket, punkten a, pasientrettighetsloven.

patienten på grund av exempelvis demens uppenbart inte är i stånd att förstå vad samtycket innebär.²⁰⁹

4.1.2 Tvång

Pasientrettighetsloven innehåller ingen definition av tvångsbegreppet. Av propositionen framgår dock att tvång i detta sammanhang omfattar åtgärder som används för att övervinna eller kringgå motstånd från patienten. Alla former av ingrepp och påverkan som patienten motsätter sig anses inte kunna klassas som tvång. Anledningen är att samhället i övrigt godtar ett visst bruk av fysiska åtgärder i samband med gränssättning och styrande av andras handlingar utan att ha något särskilt stöd för det. Motsvarande bör därför gälla även inom offentlig tjänsteutövning. Allmänna uppmaningar och ledning vid handen eller annan mild fysisk påverkan ska därför inte räknas som tvång enligt bestämmelserna i kapitel 4A patientrettighetsloven.²¹⁰ Det rör sig alltså om åtgärder som, oavsett samtycke, aldrig bör klassas som tvång.

4.1.3 Vård av och omsorg om individer utan samtyckeskompetens som gör motstånd

4.1.3.1 Reglernas syfte

Enligt norsk rätt aktualiseras reglerna i kapitel 4A patientrettighetsloven om patienten motsätter sig sjukvården.²¹¹ De norska bestämmelserna har flera olika syften; att skapa förutsättningar för nödvändig sjukvård, att förhindra väsentlig hälsoskada samt att förebygga och begränsa användandet av tvång.²¹² Dessutom syftar bestämmelserna till att klargöra och utöka den rättsliga grunden för att ge hälso- och sjukvård²¹³ till patienter som saknar samtyckeskompetens²¹⁴ för att säkra deras rättssäkerhet.²¹⁵ Jag tolkar detta som en strävan efter att förena en rätt till god vård och omsorg med formella rättssäkerhetsaspekter för att därigenom uppnå ett slags materiell rättssäkerhet.²¹⁶ Av förarbetena framgår att onödigt tvång ska undvikas och

²⁰⁹ § 4-3 andra stycket patientrettighetsloven, jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 15.

²¹⁰ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 44.

²¹¹ Jfr § 4A-2, första stycket, patientrettighetsloven.

²¹² § 4A-1 första stycket, patientrettighetsloven, jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, s. 29 och s. 85.

²¹³ I lagtexten används begreppet *helsetenester*.

²¹⁴ Notera att i svensk doktrin används istället begreppet *icke beslutskompetent*, se t.ex. SOU 2006:110 s. 114 och Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*.

²¹⁵ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5. I propositionen används begreppet *rettsvern* som här översatts till rättssäkerhet.

²¹⁶ Jfr vad som sägs ovan i kapitel 1.6.3 om materiell rättssäkerhet.

att tvångsåtgärder aldrig ska utnyttjas enbart för att spara resurser eller på grund av kunskapsbrist.²¹⁷ Inte heller hänsynen till andra patienter eller vårdpersonalens arbetssituation är grund nog till att ge tvångsvård.²¹⁸ Lagreglering är ett av flera instrument för att värna patientens vårdbehov och rättssäkerhet. Andra centrala instrument är kompetensutveckling samt ändamålsenlig organisation och bemanning.²¹⁹ Sjukvården ska utövas med respekt för den enskildes fysiska och psykiska integritet och så långt som möjligt överensstämma med patientens självbestämmanderätt.²²⁰

I den danska serviceloven anges att bestämmelserna syftar till att begränsa tvångsåtgärder och andra ingrepp i självbestämmanderätten till det absolut nödvändiga. Dessutom anges att sådana ingrepp aldrig får ersätta omsorg, vård eller socialpedagogiskt bistånd.²²¹ Av förarbetena framgår att bestämmelserna även syftar till att precisera det allmännas omsorgsplikt, undvika vanvård genom försummelse²²² samt att ge klara regler om tvångsanvändning och andra ingrepp i självbestämmanderätten.²²³ Huvudsyftet att i största möjliga mån begränsa tvångsåtgärder utgör således en gemensam nämnare för den norska och den danska regleringen.

4.1.3.2 Reglernas tillämpningsområde

Enligt norska pasientrettighetsloven är rätten till sjukvård som huvudregel²²⁴ inte avhängig var vården ges. Sjukvården kan tillhandahållas på en mängd olika platser; på sjukhus, hemma hos patienten eller i särskilda boenden.²²⁵ Att använda ingripande åtgärder mot en patient som gör motstånd aktualiserar grundläggande etiska frågor. Risken för att reglerna ska missbrukas kan dessutom öka då patienten vårdas i det egna hemmet där vårdpersonal i större utsträckning agerar ensam. Socialdepartementet medgav denna risk men ansåg att förfaranderegler och särskilda krav på dokumentation kan säkra att de uppställda villkoren följs. Dessutom ansågs reglerna kunna bidra till att nödvändiga bedömningar blir gjorda samt till att det tvång som faktiskt används inom sjukvården regleras.²²⁶ Här kan två argument för lagstiftning skönjas. Dels att det blir, åtminstone formellt, mer

²¹⁷ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 18 f.

²¹⁸ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41, jfr s. 6.

²¹⁹ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 18 f. När kapitel 4A infördes visade undersökningar att tvång användes vid nästan alla äldreinstitutioner. Socialdepartementet ville därför markera att sådana åtgärder inte får vidtas i större utsträckning än vad som är nödvändigt och försvarligt, se vidare Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 29.

²²⁰ § 4A-1 andra stycket, pasientrettighetsloven.

²²¹ Avd. VII kap. 24 § 124 första stycket, serviceloven.

²²² I förarbetena används formuleringen *omsorgssvikt*.

²²³ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4608.

²²⁴ Undantag från denna huvudregel presenteras i kapitel 4.1.3.4 nedan.

²²⁵ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 34.

²²⁶ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 35.

rättssäkert om det finns rättsregler som styr tvångsutövningen.²²⁷ Dels att vårdpersonalen tvingas reflektera över sitt handlande, vilket är positivt.

Enligt förarbetena till den danska serviceloven är möjligheten att använda tvång eller andra ingrepp som utgångspunkt inte knutna till en bestämd boendeform eller ett visst vårderbjudande. Det skulle nämligen begränsa möjligheterna att utöva ett flexibelt och individanpassat bistånd.²²⁸

4.1.3.3 Förutsättningar för att ge vård och omsorg som individen motsätter sig

För möjlighet att ge sjukvård som patienten motsätter sig krävs enligt norska pasientrettighetsloven att tillitsskapande insatser först har prövats.²²⁹ Ett liknande krav uppställs i den danska serviceloven, där försök till frivillig medverkan från vårdtagaren/brukaren först ska ha gjorts innan en tvångsåtgärd får genomföras.²³⁰

Enligt norsk rätt kan patienten på olika sätt ge uttryck för sitt motstånd mot sjukvården, antingen verbalt eller fysiskt.²³¹ Vilken uttrycksform motståndet har är med andra ord inte avgörande. Om patienten motsätter sig sjukvården blir i praktiken en fråga om att tolka patientens reaktioner, vilket kräver god kännedom om vederbörande.²³² Motståndet är ofta ett resultat av att patienten, på grund av sitt tillstånd, inte förmår se konsekvenserna av utebliven sjukvård.²³³ Detta kan leda till att det uppstår fara för liv eller allvarlig försämring av ett hälsotillstånd och till förhållanden som kränker patientens människovärde.²³⁴ Det kan dock finnas tillfällen då patientens motstånd är befogat, trots att hon saknar samtyckeskompetens. Patienten kan exempelvis, medan hon ännu var samtyckeskompetent, ha uttryckt en klar motvilja mot att ta smärtstillande mediciner.²³⁵

Om patienten upprätthåller sitt motstånd, eller om vårdpersonalen vet att vederbörande med stor sannolikhet även i framtiden kommer att motsätta sig vården, kan beslut om sjukvård enligt pasientrettighetsloven likväl tas.²³⁶ Ett sådant beslut förutsätter dock att utebliven sjukvård kan leda till *väsentlig hälsoskada* för patienten²³⁷, att sjukvården anses *nödvändig*²³⁸ och

²²⁷ Jfr definitionen av formell rättssäkerhet i kapitel 1.6.3 ovan.

²²⁸ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4610. Observera dock att tillämpningsområdet varierar beroende på typen av åtgärd. Se vidare nedan under kapitel 5.1.2.3.

²²⁹ § 4A-3 första stycket, pasientrettighetsloven.

²³⁰ Avd. VII kap. 24 § 124 andra stycket, serviceloven.

²³¹ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 36 och s. 85.

²³² Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 85.

²³³ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41, jfr s. 6.

²³⁴ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 18.

²³⁵ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41, jfr s. 6.

²³⁶ § 4A-3 andra stycket, pasientrettighetsloven.

²³⁷ § 4A-3 andra stycket, punkten a, pasientrettighetsloven.

²³⁸ § 4A-3 andra stycket, punkten b, pasientrettighetsloven.

att åtgärderna står i *proportion* till vårdbehovet²³⁹. Ett liknande proportionalitetskrav uppställs i dansk rätt. I serviceloven anges att tvångsanvändning ska stå i rimlig proportion till ändamålet. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga så ska sådana användas.²⁴⁰

Även om samtliga villkor som uppställs i norska pasientrettighetsloven är uppfyllda kan sjukvård endast ges om det efter en *samlad bedömning* framstår som den klart bästa lösningen för patienten. I en sådan bedömning ska bland annat läggas vikt vid graden av motstånd samt om patienten inom en snar framtid kan förväntas återfå sin samtyckeskompetens.²⁴¹ Att värdera graden av motstånd kan vara problematiskt men måste likväl utgöra ett centralt moment i helhetsbedömningen. En patient kan till exempel göra så starkt motstånd att det inte längre är försvarligt att ge henne sjukvård. Enligt förarbetena till pasientrettighetsloven måste tröskeln för att kunna ge sjukvård till en patient som gör motstånd ligga högt.²⁴²

Vården ska utvärderas löpande och avbrytas så snart rekvisiten i pasientrettighetsloven inte längre uppfylls. Särskild vikt ska läggas vid om vården visar sig inte ha önskad effekt eller oförutsedda negativa effekter.²⁴³ Detta kan jämföras med den danska serviceloven som anger att tvångsanvändning ska utövas så skonsamt och kortvarigt som möjligt samt med största möjliga hänsyn till den berörde för att inte orsaka onödig kränkning eller skada.²⁴⁴

4.1.3.4 Tillåtna tvångsåtgärder enligt norska pasientrettighetsloven

Under förutsättning att villkoren i kapitel 4A pasientrettighetsloven²⁴⁵ är uppfyllda kan sjukvård genomföras med tvång eller andra åtgärder för att kringgå patientens motstånd.²⁴⁶ Enligt de norska förarbetena kan sådana andra åtgärder handla om att medicin blandas i maten när vårdpersonalen vet att individen kommer motsätta sig nödvändig medicinering.²⁴⁷ Det kan

²³⁹ § 4A-3 andra stycket, punkten c, pasientrettighetsloven. Observera att de tre rekvisiten i punkterna a-c är *kumulativa*.

²⁴⁰ Avd. VII kap. 24 § 124 tredje stycket, serviceloven jfr Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4608 under *rettsikkerhedsprincipper*.

²⁴¹ § 4A-3 tredje stycket, första meningen, pasientrettighetsloven, för vidare utveckling se Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 6, 18, 41.

²⁴² Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41 och s. 6.

²⁴³ § 4A-4 fjärde stycket, pasientrettighetsloven jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 86 f.

²⁴⁴ Avd. VII kap. 24 § 124 fjärde stycket, serviceloven.

²⁴⁵ Se särskilt § 4A-3.

²⁴⁶ § 4A-4 första stycket, pasientrettighetsloven.

²⁴⁷ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 42 och s. 44. För vidare regleringar om medicinering se särskilt Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 44. I *Remissyttrande från Norges apotekerforening* framfördes följande kritik: Möjligheten att i vissa fall gömma/dölja mediciner i mat och dryck kan medföra risker. Om patienter intar läkemedel på annat sätt än vad läkemedlet var tilltänkt för exempelvis genom att en tablett krossas eller att läkemedlet göms i maten kan negativa medicinska konsekvenser uppstå. Sådan manipulering av läkemedel kan i vissa

alltså konstateras att den norska regleringen, under vissa omständigheter, medger tvångsmedicinering. En jämförelse med dansk rätt visar att tvångsmedicinering inte medges enligt serviceloven. Det kan bero på att medicinering faller under sjukvårdens och inte socialtjänstens verksamhetsområde.

I pasientrettighetsloven anges att patienten kan läggas in på *helseinstitusjon* eller kvarhållas när det är nödvändigt för att kunna genomföra sjukvården.²⁴⁸ Även larmanordningar eller begränsningsåtgärder som bälte och liknande kan användas.²⁴⁹ Uppräkningen är inte uttömmande men de åtgärder som uttryckligen omnämns i lagtexten har ansetts så pass ingripande att de måste regleras särskilt. Inläggning och kvarhållande avgränsas till att gälla enbart vid *helseinstitusjon*, delvis på grund av att dessa åtgärder ställer särskilda krav på vårdpersonalen och behovet av teknisk utrustning.²⁵⁰ Larmanordningar och rörelsehindrande åtgärder som bälte och liknande är däremot inte avgränsade till *helseinstitusjoner*.²⁵¹

Begreppet *helseinstitusjon* omfattar specialiserade sjukvårdsinrättningar, exempelvis sjukhus. Däremot omfattas inte olika boende- och serviceerbjudanden inom kommunerna av begreppet.²⁵² Reglerna om inläggning och kvarhållande gäller således för exempelvis sjukhus men inte för särskilda boenden.²⁵³ På så vis görs det skillnad mellan likvärdiga tjänster beroende på var de utövas.²⁵⁴ Här kan en jämförelse göras med dansk rätt där dementa under vissa förutsättningar kan flyttas till särskilda boenden. Här framträder enligt min mening en väsentlig skillnad mellan de två regleringarna.

4.1.3.5 Tillåtna tvångsåtgärder enligt danska serviceloven

Till skillnad från norska pasientrettighetsloven anges i danska serviceloven mer specifikt vilka åtgärder som får vidtas under förutsättning att i lagtexten uppställda kriterier är uppfyllda.²⁵⁵

lägen ge stora förändringar i absorptionshastighet, absorptionsgrad, verkningar och/eller biverkningar. Eftersom konsekvenserna för patienten kan bli betydande bör denna typ av åtgärder inte genomföras innan konsekvenserna har bedömts av kvalificerad personal jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 43.

²⁴⁸ § 4A-4 andra stycket, pasientrettighetsloven.

²⁴⁹ § 4A-4 tredje stycket, pasientrettighetsloven.

²⁵⁰ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 6 och s. 35.

²⁵¹ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 44 och s. 86.

²⁵² Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 45. Se NOU 2004:18 för förslag till nya gemensamma regler om samtycke m.m. för social- respektive hälso- och sjukvårdstjänster i kommunerna.

²⁵³ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 6 och s. 35.

²⁵⁴ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 45. Se NOU 2004:18 för förslag till nya gemensamma regler om samtycke m.m. för social- respektive hälso- och sjukvårdstjänster i kommunerna.

²⁵⁵ Se t.ex. § 124 a serviceloven. För de i serviceloven angivna åtgärderna gäller generellt att *kommunbestyrelsen* fattar beslut om åtgärden. Dessutom gäller att besluten ska fattas för en begränsad tid, löpande utvärderas samt om möjligt ersätts av en mindre ingripande åtgärd se t.ex. Bemærkinger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4616 jfr § 128 serviceloven. Om en åtgärd vidtas mot den

Personliga alarm- eller pejlsystem kan användas när det är risk för att individen, om hon lämnar boendet eller dagverksamheten, utsätter sig själv eller andra för risk att lida personskada.²⁵⁶ I förarbetena betonas att det endast får handla om system som signalerar att en person håller på att lämna eller har lämnat bostaden och system som syftar till att återfinna en förlorad person. Det är alltså inte tillåtet med system som övervakar den enskildes rörelser i övrigt såsom videokameror. Det är inte heller tillåtet att låsa ytterdörrar eller att använda kodlås.²⁵⁷ Här kan en parallell dras till JO:s uttalande om att tekniska anordningar som i praktiken utgör ett hinder för åldersdementa människor att lämna sina bostäder inte får förekomma.²⁵⁸

Särskilda dörröppnare får användas för att fördröja att någon går ut genom ytterdörrarna vid boendet eller dagverksamheten. Åtgärden får användas när det finns risk för att en eller flera personer genom att lämna boendet eller dagverksamheten utsätter sig själva eller andra för risk att lida väsentlig personskada.²⁵⁹ Om en särskild dörröppnare används måste också ett dörralarm installeras så att de dementa kan få hjälp av vårdpersonal när de vill gå ut.²⁶⁰

Fysiskt tvång i form av *fasthållande* kan användas för att förhindra en person att lämna bostaden eller för att föra henne tillbaka till bostaden.²⁶¹ Fysiskt tvång får även användas för att hålla fast en person eller för att föra henne till ett annat rum, när det finns överhängande risk för att personen utsätter sig själv eller andra för väsentlig personskada och förhållandena i det enskilda fallet gör det absolut nödvändigt.²⁶² Det är däremot inte tillåtet att föra individen till en låst lokal.²⁶³ I undantagsfall och under begränsad tid kan fysiskt tvång i form av fasthållande användas om det bedöms vara absolut nödvändigt för att uppfylla omsorgsplikten²⁶⁴ i personliga hygiensituationer.²⁶⁵

Fastspänning med textilbälte vid rullstol eller andra hjälpmedel, säng, stol eller toalett får användas för att hindra fall, vid överhängande risk för att en person utsätter sig själv för väsentlig personskada.²⁶⁶ Denna typ av

enskildes vilja krävs, för flera av åtgärderna, godkännande från en särskild social nämnd se t.ex. Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, särskilt s. 4617, s. 4618. jfr § 127 serviceloven.

²⁵⁶ § 125 första stycket serviceloven jfr § 124 a andra stycket serviceloven som öppnar upp för beslut utan tidsbegränsning.

²⁵⁷ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4610 och s. 4616.

²⁵⁸ Jfr kapitel 3.1.3 ovan.

²⁵⁹ § 125 tredje stycket serviceloven.

²⁶⁰ § 125 fjärde stycket serviceloven.

²⁶¹ § 127 serviceloven.

²⁶² § 126 serviceloven.

²⁶³ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4617.

²⁶⁴ Jfr § 82 första stycket serviceloven.

²⁶⁵ § 126 a serviceloven.

²⁶⁶ § 128 serviceloven.

skyddsåtgärd syftar till att skydda personer som är svårt fysiskt handikappade från att falla och skada sig. Det kan handla om en dement person som glömt bort att hon inte längre klarar av att gå på egen hand och därför bryter benet när hon ändå försöker.²⁶⁷

Under vissa omständigheter kan en dement person *flyttas* från sitt hem *till ett särskilt boende*, trots att hon motsätter sig detta eller inte givit sitt informerade samtycke.²⁶⁸ För att en flytt ska vara möjlig krävs: att flytten är absolut nödvändig för att ge den enskilde nödvändig hjälp, att hjälpen inte kan ges i personens nuvarande boende, att den berörde inte kan överblicka konsekvenserna av sina handlingar, att personen utsätter sig själv för risk att lida väsentlig personskada samt att det är oförsvarligt att inte genomföra en flytt.²⁶⁹

Att biståndet ges i anslutning till ett särskilt boende är enligt de danska förarbetena ofta en förutsättning för att tillräckligt intensivt bistånd ska kunna ges dygnet runt. I enskilda situationer kan det finnas behov av att besluta om flytt till särskilt boende utan samtycke då det är absolut nödvändigt för att säkra att nödvändiga serviceerbjudanden kan ges. I förarbetena betonas dock att bestämmelsen är avsedd att användas endast i undantagsfall. Enligt uppgift löses de allra flesta situationer i samförstånd med anhöriga och genom att den enskilde övertalas att acceptera en flytt.²⁷⁰ Flytten till ett lämpligt boenden ska medföra en klar förbättring av den enskildes situation och livskvalitet.²⁷¹

4.2 Hur korrelerar den studerade lagstiftningen med idén om materiell rättssäkerhet?

Som utgångspunkt kan konstateras att såväl svensk som norsk och dansk rätt verkar ha förhållandevis likvärdiga övergripande målsättningar för vården av och omsorgen om dementa. I förarbetena till samtliga av ländernas

²⁶⁷ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4618. Kommunens beslut om åtgärder i form av alarmsystem, kvarhållande i bostaden och skyddsmedel/fastspänning ska i de fall då den enskilde motsätter sig åtgärden prövas av den sociala nämnden. Till grund för nämndens beslut ska ligga nödvändig dokumentation och övriga upplysningar om kommunens beslutsunderlag. Nämnden ska dessutom ta ställning till under vilken period åtgärden får användas. I fall då dessa typer av tvångsåtgärder används akut ska nämnden i efterhand godkänna åtgärden jfr Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4619.

²⁶⁸ Kommunen måste i så fall ansöka om att den sociala nämnden ska besluta att en person, som motsätter sig flytt *eller* saknar förmåga att ge ett informerat samtycke till en flytt, likväl ska flyttas till ett särskilt boende jfr § 129 första stycket serviceloven.

²⁶⁹ § 129 första stycket serviceloven.

²⁷⁰ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4610 f.

²⁷¹ Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360, se särskilt s. 4618.

studerade lagstiftningar anges respekten för individens autonomi, självbestämmanderätt, integritet och värdighet som ledstjärnor och viktiga rättsliga hänsyn för vård- och omsorgsverksamheten gentemot dementa. Det kan tolkas som ett uttryck för sådana rättsliga, sociala och etiska grundprinciper som inledningsvis sammankopplats med idén om materiell rättsäkerhet²⁷².

Som visats ovan verkar tvång gentemot dementa, om än något oklart i vilken utsträckning, förekomma inom den svenska äldreomsorgen.²⁷³ Detta trots att sådana tvångsåtgärder ibland saknar stöd i svensk lag. Enligt min mening faller de svenska förhållanden därför redan på den formella rättssäkerheten. Min förståelse av materiell rättssäkerhet innebär att de formella rättssäkerhetskriterierna²⁷⁴ först måste vara uppfyllda för att det ska vara meningsfullt att tala om en materiell rättssäkerhet. Ur detta perspektiv kan såväl norsk som dansk rätt bättre sägas uppfylla formella rättssäkerhetskriterier som legalitet och förutsebarhet.

Formell rättssäkerhet är dock inte tillräckligt i ett socialrättsligt sammanhang. Det är inte tillfredsställande att den enskilde kan förutse att hon kommer att utsättas för en tvångsåtgärd om inte hennes välbefinnande samtidigt ökar, tack vare den möjlighet till vård och omsorg som tvånget medför. Vi måste därför även göra anspråk på att erbjuda dementa en kvalitativt god vård och omsorg. Om tvångsåtgärder gentemot dementa tillåts är det viktigt att resultatet blir ett ökat välbefinnande för individen och inte motsatsen.

För att uppnå materiell rättssäkerhet måste avvägningar göras mellan olika motstående intressen hos den enskilde. I detta sammanhang är kanske det mest tydliga exemplet avvägningen mellan å ena sidan individens rätt till och behov av vård och omsorg, å andra sidan respekten för individens självbestämmanderätt, integritet och autonomi.²⁷⁵ Andra viktiga faktorer, som återfinns både i den norska och den danska regleringen, vilka kan bidra till att säkra den materiella rättssäkerheten är: syftet att förebygga och begränsa tvångsansvändningen, kravet på att tillitsskapande åtgärder ska prövas innan tvångsåtgärder kan bli aktuella samt att tvångsbestämmelserna inte är tänkta att lösa resurs- och bemanningsbehov.

Som visats ovan finns enligt norsk rätt en möjlighet att flytta en dement person mot hennes vilja till ett sjukhus. Enligt dansk rätt finns motsvarande möjlighet att flytta en enskild individ från det egna hemmet till någon form av särskilt boende genom socialtjänstens försorg. Å ena sidan kan en sådan flytt vara nödvändig för att den enskilde ska kunna erbjudas en god vård och omsorg i specialanpassade byggnader med tillgång till personal och

²⁷² Jfr kapitel 1.6.3 ovan.

²⁷³ Angående förekomsten av tvång inom vård av och omsorg om äldre se Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 41 f., SOU 2006:110 s. 213 f. och Ds 2003:47 s. 134 ff.

²⁷⁴ Se kapitel 1.6.3 ovan.

²⁷⁵ Jfr Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 20.

utrustning dygnet runt. Å andra sidan innebär det en dramatisk integritetskränkning att med tvång flytta någon från det egna hemmet till en institution. Om tröskeln för intagning av enskilda individer sänks finns, i värsta fall, en risk för att det blir enklare att, efter påtryckningar från anhöriga och grannar, flytta avvikande individer från det egna hemmet till institution.²⁷⁶ Till bilden hör också att varje förflyttning av en äldre person från en invand hemmiljö skapar en oro och otrygghet hos henne som kan förvärra problembilden. Detta gäller i synnerhet för dementa.²⁷⁷

I ett avseende framstår dock den norska regleringen som bättre än den danska för den enskilde ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Enligt norsk rätt är hänsynen till andra patienter eller vårdpersonalens arbetssituation inte grund nog för att ge tvångsvård. Enligt dansk rätt får dock personliga alarm- eller pejlsystem, särskilda dörröppnare och vissa former av fysiskt tvång användas om det finns en risk för att den demente utsätter sig själv *eller andra* för risk att lida väsentlig personskada. Annorlunda uttryckt tillåter den norska regleringen endast tvång i den enskildes intresse medan den danska regleringen tillåter att visst tvång utövas också i andra personers intresse.

På pappret verkar såväl den norska pasientrettighetsloven som den danska serviceloven stämma förhållandevis väl överens med idén om materiell rättssäkerhet. Det allra viktigaste i sammanhanget är dock hur rättsreglerna tillämpas i praktiken och vilka konsekvenser de får för enskilda dementa ute i verksamheterna. För att säkerställa ett gott resultat krävs noggranna uppföljningar och utvärderingar av lagreglernas tillämpning.

4.3 Sammanfattande kommentarer

Sammanfattningsvis kan konstateras att såväl Norge som Danmark har rättsliga regleringar som avser tvångsåtgärder gentemot dementa. Regleringarna skiljer sig åt i vissa avseenden och innehåller likheter i andra. Den främsta likheten återfinns i det gemensamma syftet att förebygga och begränsa tvångsanvändningen. Den främsta skillnaden består i att den norska regleringen gäller inom hälso- och sjukvården medan den danska reglerar tvång inom socialtjänsten. Här har vi alltså två olika nationella system som i vissa avseenden skiljer sig åt och på så vis kompletterar varandra. Den svenska lagstiftaren torde därför ha anledning att vidare studera såväl norsk som dansk rätt.

²⁷⁶ Jfr *Remissyttrande från Helsetilsynet i Oslo og Akershus* i Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 42.

²⁷⁷ Jfr vad som sägs om förvirringstillstånd i kapitel 2.3.1 ovan och SOU 2012:17, s. 359 f.

5 De lege ferenda

5.1 Ny svensk lagrådsremiss

Den 29 november 2012 presenterade den svenska regeringen en lagrådsremiss med förslag till en ny lag om vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten. Den föreslagna lagen ska bidra till att stärka utvecklingen av kvalitet och innehåll i omsorgen om personer med demenssjukdomar. Lagen reglerar möjligheten för en socialnämnd att fatta beslut om att vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten får vidtas mot en person med demenssjukdom. Enligt förslaget får ett beslut om en tvingande skyddsåtgärd fattas om den som beslutet avser har beviljats bistånd enligt SoL i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst. Personen ska till följd av sin demenssjukdom sakna förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till behovet av vissa skyddsåtgärder som bedöms nödvändiga för en god och säker omsorg. Dessutom ska frivilliga åtgärder ha visat sig otillräckliga.²⁷⁸

Syftet med regleringen är att förhindra att personer utsätter sig själva eller andra för en uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada eller i visst fall skada. Lagen ska klargöra förutsättningarna för hur tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänstens omsorg om personer med demenssjukdomar får genomföras. Tvång och andra begränsningar bör inte få användas i stället för andra åtgärder som exempelvis fullgod bemanning i verksamheten.²⁷⁹

I lagförslaget anges de åtgärder som enligt lagen kan vara möjliga att använda. Uppräkningen är uttömmande vilket innebär att andra åtgärder inte är tillåtna att vidta mot personens vilja.²⁸⁰ De åtgärder som föreslås är i korthet: inlåsning, användning av larmanordning, fasthållande eller tillfälligt bortförande från ett rum till ett annat, användning av fysiskt tvång i samband med skötsel av personlig hygien samt användning av skyddsanordningar som sänggrind för att förhindra fall ur sängen eller brickbord, bälte eller sele för att förhindra fall ur en stol eller en rullstol.²⁸¹ De föreslagna åtgärderna känns igen från såväl den danska serviceloven som från förslaget i SOU 2006:110. Möjligheten att flytta en person, mot hennes

²⁷⁸ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 1 och s. 6 jfr SOU 2006:110, s. 48 f vars lagförslag omarbetats något.

²⁷⁹ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 56 och s. 42.

²⁸⁰ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 1 f.

²⁸¹ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 7.

vilja, till ett särskilt boende har dock tagits bort i lagrådsremissen.²⁸²

Det kan följaktligen konstateras att den föreslagna lagen, precis som den danska serviceloven, endast omfattar socialtjänstens verksamhetsområde. I lagrådsremissen föreslås alltså ingen reglering av tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården, motsvarande den norska pasientrettighetsloven. Utredarna bakom SOU 2006:110 ansåg att det fanns ett behov av en lag om tvingande skyddsåtgärder också vid medicinsk behandling. Av lagrådsremissen framgår dock att regeringen anser att frågan om en sådan reglering behöver beredas ytterligare.²⁸³ Det verkar alltså inte omöjligt att motsvarande bestämmelser i framtiden kan komma att införas också inom hälso- och sjukvården.

Regeringen motiverar lagförslaget med att det inte är realistiskt att anta att alla personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom kan ges omsorg helt utan inslag av tvingande skyddsåtgärder, som begränsningar av rörelsefriheten eller inskränkningar i integritetsskyddet. I vissa fall behöver personalen genomföra omsorg utan personens samtycke, och ibland även mot hennes vilja, för att kunna ge nödvändig omsorg och för att kunna förhindra allvarlig skada.²⁸⁴

Regeringen anser att det är angeläget att följa upp och utvärdera hur lagen tillämpas och vilka effekter den får. Socialnämnden bör därför rapportera varje beslut om tvingande skyddsåtgärd till Sos. Regeringen avser att ge Sos i uppdrag att från det att lagen träder i kraft följa bland annat omfattningen av pågående tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten.²⁸⁵ Uppföljning av lagens tillämpning är ett exempel på en sådan kringgärdande rättssäkerhetsgaranti som kan bidra till att förhindra att tvångsåtgärder missbrukas.

Den 18 december 2012 sammanträdde Lagrådet med anledning av lagrådsremissen. I sin kommentar uttalar Lagrådet bland annat att det är en mycket angelägen uppgift att ge vård- och omsorgspersonal ett stöd i det dagliga arbetet med att bedöma vilka handlingsätt som står till buds för att ta hand om de demenssjuka på bästa möjliga sätt. Ur detta perspektiv välkomnar Lagrådet lagförslaget även om vissa lagtekniska synpunkter på dess utformning framförs.²⁸⁶

²⁸² Se kapitel 4.1.3.5 ovan och SOU 2006:110 s. 278 ff.

²⁸³ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 46 f. I SOU 2006:110 s. 289-406 presenteras *Förslag till lag om tvång vid medicinsk behandling*.

²⁸⁴ Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 45.

²⁸⁵ Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2014, se Lagrådsremiss *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, s. 2 och s. 114.

²⁸⁶ Yttrande från Lagrådet 2012-12-18, s. 2 och s. 20-26.

5.2 Hur kan dementa tillförsäkras en god vård och omsorg i rättssäkerhetsavseende genom svensk rätt?

Vården av och omsorgen om dementa bör som utgångspunkt bygga på frivillighet och samtycke från den enskilde. När detta, på grund av den dementes bristande beslutsförmåga, inte kan uppnås uppstår problem. Det finns inget enkelt svar på frågan om en reglering av tvångsvård av dementa kan överensstämma med idén om materiell rättssäkerhet. Olika argument för och emot en sådan reglering måste kontinuerligt vägas mot varandra.

Internationellt har diskuterats om det är önskvärt att genom lag reglera tvångsanvändning gentemot individer som saknar samtyckeskompetens. Vissa länder fruktar att införande av en rättslig grund för tvång ska leda till en ökad acceptans och därmed en ökad användning av tvångsåtgärder. Andra länder, däribland Norge och Danmark, anser däremot att en lagreglering medför att bruket av tvång synliggörs och därmed kan reduceras.²⁸⁷

Som tidigare framkommit i uppsatsen har Norge en lag som reglerar tvångsanvändning inom socialtjänsten gentemot förståndshandikappade individer.²⁸⁸ Utvärderingar av lagens tillämpning tyder på att bruket av tvång minskat till följd av regleringen. Dessutom anses regleringen ha bidragit till bättre kontroll av tvångsanvändningen och ett ökat erkännande av tjänstemottagarnas rätt till respekt för sin integritet och sin självbestämmanderätt.²⁸⁹ Resultaten kan därför framföras som ett argument för tvångsvårdslagstiftning.

Likväl kvarstår risken för att en tvångsvårdslagstiftning kan medföra en ökad acceptans för och därmed en ökad användning av tvångsåtgärder. Om detta sätts i relation till den oroväckande utvecklingen inom svensk äldreomsorg med återkommande nedskärningar är risken för ökat tvång uppenbar. Tvångsåtgärder kan framstå som en billigare och effektivare lösning än motsvarande åtgärder som den demente frivilligt, efter tidskrävande och tålamodsprövande lirande, går med på. Det kan därför vara enklare att gömma medicin i mat eller dryck för att slippa en konfrontation eller en övertalningsprocess med den enskilde. Att sätta upp en sänggrind för en orolig dement person som vill gå upp på natten och irra omkring kan vara lockande istället för att personal finns till hands. För att tvångsvård av dementa ska kunna ge ett gott resultat krävs att verksamheterna har tillräckliga resurser. Den personal som förväntas utföra omsorgsarbetet måste få den tid och kunskap som behövs för att kunna fatta kloka beslut i de situationer då tvångsåtgärder finns att tillgå.

²⁸⁷ Ot.prp. nr. 64 (2005-2006), s. 67.

²⁸⁸ Se kapitel 4.1 ovan, särskilt fotnot 193.

²⁸⁹ Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) s. 5 och s. 30.

Å ena sidan kan alltså slentrianmässig användning av tvångsåtgärder mot dementa få oerhört negativa konsekvenser eller rent ut av leda till vanvård, och därmed motverka sitt syfte. Å andra sidan finns redan idag en risk för vanvård av dementa genom att personal, på grund av osäkerhet kring det rådande rättsläget eller på grund av bristande befogenheter, underlåter att genomföra sådan vård och omsorg som de egentligen anser är nödvändig för den enskildes hälsa och välbefinnande. Det tvång gentemot dementa som förekommer idag inom vård och omsorg framstår således som godtyckligt. Detta medför brister i förutsebarhet, enhetlighet och kontroll av det allmännas maktutövning gentemot dementa och därmed bristande rättssäkerhet, åtminstone formell sådan, för den enskilde. Som ett argument för en reglering kan därför anföras att det vore bättre att sluta blunda för detta faktum och istället omgärda det redan existerande tvånget med lagstadgade strikta rättssäkerhetsgarantier för den enskilde.

Lagstiftning skulle också kunna bidra till ett ökat fokus på de svåra beslut som vård- och omsorgspersonal konfronteras med dagligen. Dessutom skulle en reglering signalera att den svenska lagstiftaren tar frågan på allvar. Det bör dock påpekas att ett uppfyllande av enbart formella rättssäkerhetsgarantier inte nödvändigtvis innebär att den enskilde tillförsäkras materiell rättssäkerhet i form av en god och säker vård och omsorg. För att så ska ske krävs regler med ett gott innehåll som när de tillämpas leder till ett gott, riktigt och rättvist resultat.

Begreppet materiell rättssäkerhet är problematiskt på många sätt. Det är exempelvis svårt att diskutera vad det innebär att ett beslut är gott och rättvist. Det rör sig om en etisk bedömning och en avvägning där det inte finns något objektivt svar att tillgå. Dessutom är värden som god vård och omsorg ofta svåra att mäta. Den största svårigheten, i detta sammanhang, ligger i att göra alla de bedömningar och avvägningar som krävs för att kunna fatta ett materiellt riktigt, gott och rättvist beslut. Lyckas vi hitta bra verktyg för att fatta den här typen av beslut så har vi nog kommit en bra bit på vägen.

Problemet kan alltså inte reduceras till enbart frågan om huruvida Sverige bör lagstifta om tvångsvård av dementa eller inte. Lika viktigt är det materiella innehållet i en sådan eventuell reglering. Aspekter som lagens syfte och dess konstruktion är ytterst centrala. En dåligt utformad och ogenomtänkt reglering kan få negativa konsekvenser för den enskilde.

Kan idén om god vård och omsorg, tillika en av hörnpelarna i SoL respektive HSL, förenas med en lagreglering av tvångsåtgärder i syfte att minska tvånget inom äldreomsorgen torde den materiella rättssäkerheten för dementa kunna stärkas. Om tvångsvård av dementa ska regleras i svensk lag anser jag att det är viktigt att bestämmelserna garanterar att tvångsutövandet sker i den enskildes intresse. Här kan påpekas att såväl den danska serviceloven som den föreslagna svenska regleringen under vissa omständigheter medger tvång även i andra personers intresse. Enligt min

mening bör åtgärder inte kunna vidtas i syfte att skydda andra än den demente själv. För att materiell rättssäkerhet ska kunna uppnås är det därför viktigt att kunna säkerställa att tvångsåtgärder endast används i de fall då det ligger i individens eget intresse.

Frågan om tvångsvård av dementa utgör ett komplext problem som inte kan lösas enbart genom lagstiftning. Som komplement bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten också ge personalen möjligheter till utbildning, fortbildning, praktisk träning och handledning. Dessutom krävs att personalen får tid att fatta förnuftiga beslut. Möjligheterna att hjälpa dementa personer med nedsatt beslutsförmåga måste i första hand vara beroende av tillgången till personal, personalens kunskaper, arbetsmetoder och arbetsorganisationen. Fortsatt forskning är nödvändig för att vården och omsorgen om personer med demenssjukdomar ska kunna bedrivas med så få inslag av tvång som möjligt.

Dementa är en samhällsgrupp i stort behov av vård och omsorg. Den dagliga vården och omsorgen utövas vanligen i hemmet eller på någon form av demensboende. Det är kommunen/socialnämnden som är ansvarig för verksamheten och omsorgen utövas inom socialtjänsten. Det är också troligt att dementa som grupp relativt ofta kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Jag tänker mig alltså att socialtjänstens och sjukvårdens verksamhetsområden är förhållandevis integrerade i detta avseende. En svensk reglering av tvångsanvändning gentemot dementa borde därför rimligen täcka in båda verksamhetsområdena. För att stärka detta resonemang kan en parallell dras till Norge och Danmark som valt att placera tvångsbestämmelserna inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen respektive inom socialtjänstlagstiftningen. Det verkar alltså finnas ett behov av reglering av tvångsvård av dementa inom såväl den sociala omsorgen som inom hälso- och sjukvården. Annars finns risk för att glapp uppstår där verksamheterna överlappar varandra. Det vore olyckligt om olika regler och förhållningssätt skulle gälla gentemot en dement person beroende på om hon befinner sig i ett särskilt boende eller på ett sjukhus.

Sammanfattningsvis kan vård- och behandlingsåtgärder som vidtas i syfte att värna om den dementes liv och hälsa samtidigt medföra en kränkning av hennes självbestämmanderätt. En tvångsvårdslagstiftning kan ha ett i grunden gott syfte och i teorin framstå som lämplig, men det kan i praktiken vara svårt att verkställa det goda syftet. Det är därför principiellt viktigt att påpeka att krav måste ställas på genomförandet av regleringen. En åtgärd som på ett abstrakt plan synes acceptabel kan på grund av utförandet framstå som grovt kränkande för patienten eller vårdtagaren. Till syvende och sist måste en avvägning göras mellan å ena sidan individens självbestämmanderätt, å andra sidan samhällets behov av att skydda personen själv mot skada.

Enligt min mening framstår kombinationen av en välgenomtänkt och restriktiv lagstiftning, vilken under tydligt angivna förutsättningar medger vissa former av tvångsåtgärder utförda av kompetent personal, som rimlig. Regleringen måste vara kringgärdad av välavvägda rättssäkerhetsgarantier

och syftet med regleringen måste vara tydligt. Det är också väsentligt att det finns tillräckligt med resurser. Dessutom krävs noggrann dokumentation, kontinuerlig uppföljning och utvärdering av hur reglerna används samt vilka konsekvenserna blir för de enskilda individerna. Mot denna bakgrund ska det bli intressant att följa den fortsatta lagstiftningsprocessen där framtiden får utvisa om Sverige i likhet med Norge och Danmark kommer att införa en tvångsvårdslagstiftning för dementa.

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Sverige

Yttrande från Lagrådet 2012-12-18 avseende Lagrådsremiss från Socialdepartementet - *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, hämtat från <http://www.lagradet.se/yttranden2012.htm> den 19 december 2012 [citeras Yttrande från Lagrådet 2012-12-18].

Lagrådsremiss från Socialdepartementet - *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, utgiven den 29 november 2012.

Regeringens proposition 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen*

Regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*

Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Regeringens proposition 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*

Regeringens proposition 1992/93:159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*

Regeringens proposition 1990/91:58 *om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Regeringens proposition 1983/84:111 *med förslag till polislag m.m.*

Regeringens proposition 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Regeringens proposition 1975/76:209 *om ändring i regeringsformen*

SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*

SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*

SOU 2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*

SOU 1984:64 *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten*

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

Norge

LOV-2011-06-24-30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [citeras helse- og omsorgstjenesteloven].

LOV-1999-07-02-63 om pasient- og brukerrettigheter [citeras pasientrettighetsloven].

Ot.prp. nr. 64 (2005–2006) *Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)*

Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og lov om helsetjenesten i kommunene (rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)*

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester)*

Danmark

Bekendtgørelse af lov om social service LBK 2012-07-19 nr 810 [citeras serviceloven].

Bemærkninger til lovforslaget, Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten, kapitel 24 voksne, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360 [citeras Bemærkninger til lovforslaget, Folketidende 1998-99, Tillæg A, Bind VII, s. 4513-5360].

Socialstyrelsens skrivelser

Persson, Ida & Fochsen, Grethe, Munter, Charlotta (red.), *Demenssjukdom – stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående*, Rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer, hämtat från www.socialstyrelsen.se den 19 september 2012 [citeras *Demenssjukdom – stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående*, Rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2012].

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.

Litteratur

Bertil, Bengtsson, *SOU som rättskälla*, SvJT 2011, s. 777-785 [citeras Bengtsson, 2011].

Birkhed, Cecilia, *Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?*, Vahlne Westerhäll, Lotta (red.), Rättssäkerhetsfrågor inom

socialrätten, första upplagan, Norstedts Juridik, 2002, s. 195-220 [citeras Birkhed, *Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?*].

Dehlin, Ove & Rundgren, Åke, *Geriatrisk*, andra upplagan, Studentlitteratur, 2008 [citeras Dehlin & Rundgren, 2008].

Fransson, Susanne, *Senioritetsregler för piloter – ett brott mot fri rörlighet för arbetstagarna?*, Vahlne Westerhäll, Lotta (red.), Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, första upplagan, Norstedts Juridik, 2002, s. 221-243 [citeras Fransson, *Senioritetsregler för piloter – ett brott mot fri rörlighet för arbetstagarna?*].

För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården, rapport från svenskt demenscentrum, 2010.

Grönwall, Lars & Holgersson, Leif, *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*, version den 1 december 2008, fjärde upplagan, kommentaren till 3 § LPT, www.nj.se/zeteo [citeras Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning* (1 december 2008, Zeteo) kommentaren till 3 § LPT].

Heuman, Lars, *Rättspraxis*, ur Bernitz, Ulf m.fl., *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, tolfte upplagan, Norstedts Juridik, 2012, s. 134-161 [citeras Heuman, 2012].

Lehrberg, Bert, *Praktisk juridisk metod*, sjätte upplagan, I.B.A. Institutet för Bank- och affärsjuridik, 2010 [citeras Lehrberg, 2010].

Leijonhufvud, Madeleine, *Förarbeten*, ur Bernitz, Ulf m.fl., *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, tolfte upplagan, Norstedts Juridik, 2012, s. 111-131 [citeras Leijonhufvud, 2012].

Peczenik, Aleksander, *Juridikens teori och metod*, första upplagan, Fritez Förlag, 1995 [citeras Peczenik, 1995, *Juridikens teori och metod*].

Peczenik, Aleksander, *Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*, första upplagan, Norstedts Juridik/Fritzes förlag, 1995 [citeras Peczenik, 1995, *Vad är rätt?*].

Rynning, Elisabeth, *Samtycke till medicinsk vård och behandling – en rättsvetenskaplig studie*, Iustus Förlag, 1994 [citeras Rynning, 1994].

Rynning, Elisabeth, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*, Vahlne Westerhäll, Lotta (red.), Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, första upplagan, Norstedts Juridik, 2002, s. 267-301 [citeras Rynning, *Rättssäkerhet och rättsskydd i vården av icke beslutskompetenta vuxna*].

Sandgren, Claes, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare – Ämne, material*,

metod och argumentation, andra upplagan, Norstedts Juridik, 2007 [citeras Sandgren, 2007].

Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt, *Speciell förvaltningsrätt*, artonde upplagan, Liber, 2011 [citeras Strömberg & Lundell, 2011].

Syse, Aslak, *Bjørn Henning Østenstad: Heimelsspørsmål i behandling av og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrepp utan gyldig samtykke*, TfR 2011, s. 572-577 [citeras Syse, TfR 2011].

Thunved, Anders, *Nya sociallagarna Med kommentarer, lagar och förordningar*, version den 1 januari 2012 (tjugofemte upplagan), www.nj.se/zeteo [citeras Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och förordningar*, (1 januari 2012, Zeteo) kommentaren till...].

Tännsjö, Torbjörn, *Tvång i vården*, Thales 1994 [citeras Tännsjö, 1994].

Vahlne, Westerhäll, Lotta, *Statlig och kommunal styrning av social trygghet*, Vahlne, Westerhäll, Lotta (red.), Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, första upplagan, Norstedts Juridik, 2002, s. 22-47 [citeras Vahlne, Westerhäll, *Statlig och kommunal styrning av social trygghet*].

Vahlne Westerhäll, Lotta, Lagkommentar till Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), hämtad från www.karnov.se den 23 november 2012, Kommentaren uppdaterad per 1 januari 2012 [citeras Vahlne, Westerhäll, (1 januari 2012 Karnov) kommentaren till HSL].

Østenstad, Henning, Björn, *Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan samtykke*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2011 [citeras Østenstad, 2011].

Debattartiklar

Sparring Björkstén, Karin & Fälldin, Kerstin, *Dementa utan rättsligt skydd*, Svenska Dagbladet opinion, publicerad den 14 augusti 2009. Länk till artikeln: http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/dementa-utan-rattsligt-skydd_3351177.svd [citeras Sparring Björkstén & Fälldin, 2009].

Tännsjö, Torbjörn, *Tvångsvård av dementa*, Läkartidningen nr 14–15, volym 104, 2007, hämtat från www.lakartidningen.se den 6 september 2012 [citeras Tännsjö, 2007].

Radioreportage

Behövs tvångsvård av dementa?, Studio Ett, Sveriges radio, P1, publicerat den 8 augusti 2012. Länk till reportaget: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1637&artikel=5223004>

Wenger, Marie, *Lag om tvångsvård av dementa långt borta*, Nyheter, P4 Västerbotten, Sveriges radio, publicerat den 7 augusti 2012. Länk till reportaget:
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=109&artikel=5221212>

Internetkällor

Dementia – Etiology and Epidemiology. A Systematic Review, Volume 1, June 2008, The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering, Hämtat från www.sbu.se den 17 september 2012 [citeras *Dementia – Etiology and Epidemiology*, SBU, 2008].

Karlsson, Ingvar, & Eriksson, Karl-Axel, *Läkemedelsboken 2011-2012*, Hämtat från <http://www.lakemedelsboken.se/demens.html?toc9803>, den 11 september 2012 [citeras Karlsson & Eriksson, 2011-2012].

Marcusson, Jan, Hämtat från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=112 den 13 september 2012 [citeras Marcusson, www.internetmedicin.se, 2012].

Marcusson, Jan, Hämtat från <http://www.fass.se/LIF/illness/ViewIllness.action?documentId=7ca3208d-7b83-48c1-ad72-f28c98824b0e&userType=2&docType=95&docTitle=Sjukdomar> den 13 september 2012 [citeras Marcusson, www.fass.se, 2012].

SBU:s rapport Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt, SBU 2006:172, hämtat från <http://gup.ub.gu.se/publication/100027-sammanfattning-av-sbus-rapport-demenssjukdomar-en-systematisk-litteraturoversikt> den 20 december 2012.

Rättsfallsförteckning

RÅ 2008 ref. 78

JO 2008/09 s. 338 ff

JO 2005/06 s. 101-129

JO 1989/90 s. 207 ff

JO 1983/84 s. 150