

# Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga

**Slutrapport**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-280-4  
Artikelnummer 2015-2-41

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2015

# Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa utvecklingen inom den kommunala vården och omsorgen om vuxna med nedsatt beslutsförmåga (S2013/4018/FST). Uppdraget är en del i regeringens åtgärdsprogram i syfte att stödja verksamheterna i vården och omsorgen om vuxna att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder.

Rapporten är Socialstyrelsens slutrapport till regeringen och innehåller en beskrivning av utvecklingen inom området samt det stöd Socialstyrelsen planerar att genomföra.

Projektledaren Anders Bergh, delprojektledaren Elisabet Sjöström och utredaren Annika Jalap Hermanson har sammanställt rapporten. Juristen Sayran Khayati har granskat innehållet. Ansvarig enhetschef har varit Annika Öquist.

Taina Bäckström  
Ställföreträdande myndighetschef  
Socialstyrelsen



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Uppdraget .....	9
Andra närliggande uppdrag .....	10
Avgränsningar och definitioner .....	10
Genomförda aktiviteter .....	11
Resultat .....	13
Erfarenheter från genomförda aktiviteter .....	13
Forum för dialog .....	18
Socialstyrelsens nuvarande stöd .....	19
Etik i socialtjänsten .....	19
Synpunkter på Socialstyrelsens stöd .....	20
Vägar mot mindre tvång och färre begränsningar .....	22
Lösning via lagstiftning .....	22
Systematiskt kvalitetsarbete .....	23
Systematiskt arbete på individnivå .....	24
Specifika metoder och kunskapsstöd .....	24
Socialstyrelsen framtida stöd .....	25
Rättsutredning .....	25
Uppdatering av befintligt stöd .....	25
Mot en nollvision vad gäller tvång och begränsningar .....	26
Referenser .....	28
Bilaga 1. Gruppintervjuer och seminarier .....	29
Bilaga 2. Enkäterna .....	31
Bilaga 3. Forum för dialog .....	38
Bilaga 4. Samordning .....	42
Bilaga 5. Socialstyrelsens råd för etiska frågor .....	43
Bilaga 6. Kvalitetsdeklarationer av genomförda enkätundersökningar ...	46



# Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga. Arbetet har inriktats mot tvångs- och begränsningsåtgärder och hur den kommunala vården och omsorgen (inkluderar enskilda verksamheter) ska kunna undvika och förebygga dessa åtgärder. Om Socialstyrelsen finner att verksamheterna har behov av stöd ska myndigheten överväga vilket stöd de behöver, samt påbörja arbetet med att initiera detta.

Efter att ha följt utvecklingen och studerat den nuvarande situationen inom området kan Socialstyrelsen bland annat konstatera följande:

- Intresset för dessa frågor är stort i vården och omsorgen.
- Ett stort problem är svårigheten att få ett tydligt samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga.
- Personalen i vården och omsorgen synliggör inte självklart de tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer.
- Det finns ofta en vilja och en tro på att någon annan kan lösa problemet.
- Kunskapen om omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder är bristfällig vad gäller personer med hemtjänst, personlig assistans och inom anhörigvården.
- Socialstyrelsens stöd om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder når inte ut till hela den kommunala vården och omsorgen om vuxna.

Med utgångspunkt från det arbete som har genomförts kan Socialstyrelsen rapportera följande:

- Socialstyrelsen har påbörjat en uppdatering av myndighetens stöd om skydds-, tvångs och begränsningsåtgärder till verksamheterna. Det handlar om att anpassa stödet mot en vidare grupp vuxna än enbart personer med en demenssjukdom. För att ytterligare stödja verksamheterna kommer myndigheten att visa på hur verksamheterna kan arbeta inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete, för att synliggöra, förebygga och åtgärda tvångs- och begränsningsåtgärder. Det handlar bland annat om att, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beakta tvångs- och begränsningsåtgärder när det gäller att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Socialstyrelsen har påbörjat planeringen av aktiviteter i syfte att sprida kunskap om det stöd hela regeringens åtgärdsprogram (inkluderar de uppdrag Svenskat Demenscentrum, Myndighetens för delaktighet samt Inspektionen för vård och omsorg genomfört) resulterat i.
- Det finns skäl att överväga en fördjupad analys inom ramen för en rättsutredning för att klargöra bland annat i vilken mån det finns rättsliga förutsättningar för att använda ny teknik för denna målgrupp och utreda vilka typer av samtycken som går att tillämpa inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen bedömer att en eventuell rättsutredning bör genomföras först

efter att utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården, tandvård, socialtjänst och forskning presenterat sina resultat.



# Uppdraget

Under en längre tid har det pågått en diskussion om behovet av en lagreglering vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder inom demensvården [1]. År 2005 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att överväga om det fanns behov av att införa bestämmelser om skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga, främst till följd av demenssjukdom. Utredningen resulterade året därefter i ett betänkande [2] i vilket föreslogs två nya lagar, vilka skulle träda i kraft i januari 2009. Så blev det inte. Samma år fick i stället Svenskt Demenscentrum i uppdrag att ta fram ytterligare kunskapsunderlag [1]. I november 2012 lämnade regeringen en lagrådsremiss till lagrådet [3], men vid årsskiftet 2012/2013 valde regeringen att inte lägga fram någon proposition om en lagstiftning gällande tvång för personer med en demenssjukdom. Regeringen menade att en lagstiftning riskerade att komma i konflikt med den positiva utvecklingen inom demensområdet, vilken man i första hand ville stödja och säkra [4].

I maj 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp utvecklingen av vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga (S2013/4018/FST). Enligt uppdraget ska arbetet inriktas på tvångs- och begränsningsåtgärder. Målgruppen är vuxna beslutsförmögna personer inom den kommunala vården och omsorgen. Uppdraget ska leda fram till ett ställningstagande om huruvida vården och omsorgen behöver stöd för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder, och vilken sorts stöd som i så fall behövs. Vid behov ska Socialstyrelsen ta initiativ till att initiera stöd.

I regeringsuppdraget ingår också att samordna uppdraget med tre andra regeringsuppdrag. De fyra uppdragen bildar tillsammans regeringens åtgärdsprogram mot tvångs- och begränsningsåtgärder under åren 2013 och 2014. De tre andra uppdragen är:

- Svenskt Demenscentrum ska ta fram en handbok om hur tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas. Handboken ska ha verksamheter och personal inom demensområdet som målgrupp (beslut S2013/3473/FST).
- Myndigheten för delaktighet (MFD) ska stödja utvärderingar och informera om miljöanpassningar, teknik och hjälpmedel som kan bidra till att minska tvångs- och begränsningsåtgärder (S2013/4019/FST).
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göra verksamhetstillsyn vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder. IVO ska särskilt granska hur verksamheterna bedriver sitt kvalitetsarbete och säkrar att uppnådda resultat i form av få inslag av begränsningar och tvång blir varaktiga (regleringsbrev för Inspektionen för vård och omsorg 2014).

Avslutningsvis ska Socialstyrelsen skapa ett forum för en återkommande dialog. I Forum för dialog ska skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder i vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga diskuteras. Forumet ska bidra med en fördjupad bild av utvecklingen inom områ-

det och kan enligt uppdraget bestå av representanter för kunskapssamhället, brukarorganisationer, anhörigorganisationer, pensionärsorganisationer, huvudmän, arbetsgivarorganisationer, fackliga organisationer och andra.

En delrapport ska lämnas till regeringen i februari 2014. Uppdraget ska slutrapporteras i samband med Socialstyrelsens årsredovisning i februari 2015.

## Andra närliggande uppdrag

Utöver de uppdrag som ingår i regeringens åtgärdsprogram har ytterligare några närliggande regeringsuppdrag och utredningar tillkommit. De behandlar frågeställningar som berör området skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder inom vården och omsorgen. Dessa uppdrag och utredningar är:

- Socialstyrelsen ska ta fram ett kunskapsstöd för att förebygga utmanande beteenden inom vården och omsorgen om personer med funktionsnedsättning inom personkretsarna 1 och 2 (S2014/885/FST).
- Socialstyrelsen ska bistå med juridiskt och etiskt stöd vad gäller det uppdrag Myndigheten för delaktighet har om välfärdsteknologi. Uppdraget omfattar bland annat individuella larm, GPS, pejlanordningar och videoövervakning (S2014/1398/FST).
- Slutligen pågår en utredning om beslutoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning. Utredningen ska komma med förslag på hur beslutoförmögna ska kunna få den vård och omsorg de behöver, samtidigt som individens integritet och värdighet tillgodoses. Den föreslagna regleringen ska dock inte medge tvångsåtgärder ([S2012:06], Dir. 2014:119).

Dessa aktiviteter har följts under arbetets gång eftersom de kan synliggöra relevanta frågeställningar och svårigheter, samt resultera i lösningar som inverkar på föreliggande uppdrag.

## Avgränsningar och definitioner

Uttrycken skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer i många olika kombinationer och tillskrivs olika betydelse beroende på vem som använder dem. I arbetet med detta regeringsuppdrag används uttrycken med följande innebörd om inget annat anges.

- Åtgärderna det handlar om är: låsta dörrar i ett boende, använda brickbord, bälte eller sänggrind, övervaka person med kamera, mikrofon eller liknande teknik, följa om en person lämnar ett visst område eller spåra var den enskilda befinner sig med hjälp av larm eller GPS, ge läkemedel med en begränsande effekt, blanda medicin i mat eller dryck utan att den enskilda vet om det samt ta ifrån eller hindra den enskilda att använda pengar, alkohol, cigaretter, mat eller föremål som bedöms vara farliga. Det kan även handla om att genomföra omvårdnadsinsatser som exempelvis kan vara känsliga ur integritetssynpunkt.
- *Skyddsåtgärd* används för att beskriva någon av åtgärderna omnämnda ovan under förutsättning att åtgärden har ett tydligt syfte att skydda eller underlätta för den enskilda och att den enskilda har gett ett samtycke till

detta. Att den enskilda samtycker till åtgärden ska inte bero på otrygghet som orsakats av brister i bemanning eller kompetens.

- *Tvångs- och begränsningsåtgärd* används för att beskriva någon av åtgärderna omnämnda ovan då syftet är att begränsa eller utöva tvång mot den enskilda. Det kan också handla om att åtgärden har till syfte att skydda eller underlätta för den enskilda men utan att den enskilda gett samtycke till åtgärden.

I fokus för uppdraget står vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga som har insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I texten avser uttrycket vård och omsorg det stöd och den vård och omsorg som ges av kommunala och enskilda verksamheter till personer med insatser enligt SoL och LSS. De områden av vården och omsorgen som arbetet inriktats mot är områdena äldre, personer med funktionsnedsättning samt i viss mån även kommunernas socialpsykiatri och boendestöd. Även anhöriga och deras roll vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder har beaktats i arbetet.

## Genomförda aktiviteter

Sedan sommaren 2013 har olika aktiviteter genomförts i syfte att få underlag för att besvara uppdraget. De frågeställningar som genomsyrat arbetet är:

- vad som hänt sedan Socialstyrelsen 2010 upphävde sin kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidsvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad [5]
- olika aspekter på skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder i nuläget: förekomst och omfattning av dessa åtgärder; hur personalen i verksamheterna arbetar för att bemöta och hantera svåra situationer; förekomst av situationer i verksamheterna som personalen inte klarar av utan att använda tvångs- och begränsningsåtgärder
- vilket stöd vården och omsorgen efterfrågar för att kunna förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder samt vilka delar av detta stöd man menar att Socialstyrelsen bör ge.

De aktiviteter som genomförts är:

- ett drygt trettiotal gruppintervjuer med vård och omsorgspersonal och deras chefer vid olika verksamheter runt om i landet. Verksamheterna har representerat äldreomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning, socialpsykiatri och boendestöd (bilaga 1)
- fem seminarier med olika yrkesgrupper. De har bestått av anhörigkonsulenter, demenssjuksköterskor, handläggare inom LSS och socialpsykiatrin, jurister, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinska ansvariga för rehabilitering (bilaga 1)
- tre kommunenkäter om situationen vid särskilda boenden (där det bor en eller flera personer med demenssjukdom), bostad med särskild service för vuxna samt boendestöd (bilaga 2)

- elva möten i form av Forum för dialog. Vid dessa möten har deltagarna bjudits in från fackliga organisationer, brukar-, anhörig-, patient- och pensionärsorganisationer, arbetsgivarorganisationer och yrkesgrupper som demenssjuusköterskor, medicinska ansvariga sjuusköterskor samt kvalitetsutvecklare (bilaga 3)
- elva samordningsmöten med de fyra uppdrag som bildar regeringens åtgärdsprogram i dessa frågor (bilaga 4)
- ett studiebesök vid minnesmottagningen vid Skånes universitetssjukhus i Malmö som är huvudman för, och arbetar med, BPSD-registret. Därefter anordnades ett internt seminarium vid Socialstyrelsen som vände sig till medarbetare vid myndigheten som arbetar med äldrefrågor. Under seminariet diskuterades bland annat nyttan av registret, hur det kan utvecklas och dess framtid.

# Resultat

## Erfarenheter från genomförda aktiviteter

### Stort intresse – man vill göra rätt

Av gruppintervjuer, Forum för dialog, seminarier och via de olika enkäternas öppna svar har det framkommit ett stort intresse för frågor om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Chefer, övrig personal som arbetar i vården och omsorgen och de organisationer som ingått i Forum för dialog tycker dessa frågor är viktiga och angelägna. Skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder är en väsentlig del av vardagen i vården och omsorgen och både personalen och de verksamhetsansvariga vill göra rätt. Samtidigt hamnar man lätt i etiska dilemman. Man vill göra rätt enligt gällande regelverk, man vill skydda den enskilda från faror och ohälsa och man vill respektera den enskildas självbestämmande och integritet. Ibland är det svårt att nå alla målsättningarna samtidigt.

### En positiv utveckling sedan 2010

Under år 2010 upphävde Socialstyrelsen sina föreskrifter och allmänna råd vad gäller skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Skälet var att föreskrifterna var föråldrade och saknade stöd i lagstiftningen. Det innebar att rutiner som kommuner och enskilda verksamheter hade fastställt med dessa föreskrifter och allmänna råd som grund inte längre gällde [5]. Händelsen fick konsekvenser framför allt inom vården och omsorgen om äldre. Under flera av de besök som gjorts i olika verksamheter vittnar många om en uppgiven första reaktion. Frågorna i personalgrupperna var många och situationen uppmuntrade till samtal och diskussioner bland personalen. Frågan om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder hamnade på agendan. Enligt enkätundersökningen bland äldreboenden bedömer 90 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att dessa frågor diskuteras mer nu än innan Socialstyrelsen upphävde sina föreskrifter och allmänna råd.

De allra flesta uttrycker att den situation som uppstod var positiv. Frågan diskuterades och verksamheterna blev tvungna att försöka lösa svåra situationer på ett annat sätt, vilket ledde fram till nya insikter och lösningar. Perspektivet på svåra situationer förändrades i en del verksamheter. Tidigare bestod lösningen och utmaningen i hur en otillåten tvångs- och begränsningsåtgärd skulle kunna göras om till en tillåten skyddsåtgärd. Nu började man i stället söka efter vad som låg bakom situationen.

I en majoritet (cirka två tredjedelar) av landets kommuner bedömer den medicinskt ansvariga sjuksköterskan att omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i äldreboendena har minskat sedan 2010. Mycket talar alltså för att det är värdefullt att frågan om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder diskuteras i vården och omsorgen. Det verkar också som om det redan finns en viss kompetens, medvetenhet om problemen samt idéer bland personalen som kan leda till förbättringar.

Av enkätsvaren inom funktionshindersområdet (bostad med särskild service för vuxna) framkommer också en minskning av tvångs- och begränsningsåtgärder. I cirka vart femte svar uppger verksamhetschefen att åtgärderna minskat. Inom området boendestöd framkommer en likvärdig utveckling.

## Problem med oklara samtycken

Enligt de genomförda enkäterna är det i dagsläget vanligt med åtgärder då den enskildas samtycke är oklart. Därmed förskjuts intresset bort från åtgärden till att i stället handla om vad som är ett acceptabelt samtycke. Vid äldreboendena innebär det att samtycke inhämtas genom att observera om personen accepterar åtgärden eller inte. Här riskerar man att hamna i en gråzon. Vad är ett acceptabelt samtycke? När den enskilda underlättar åtgärden, när personen inte motsätter sig åtgärden eller när personen förhåller sig helt passiv?

Inom funktionshindersområdet och socialpsykiatrien vänder man sig i stället enligt enkätsvaren till god man eller anhöriga för att få ett samtycke. Om god man eller anhörig ger ett samtycke eller blir en del i arbetet med att ta fram ett hypotetiskt eller presumerat samtycke kan inte utläsas av enkätsvaren. Däremot kan Socialstyrelsen konstatera att både hypotetiska och presumerade samtycken förekommer inom samtliga områden och att de inte bygger på någon viljeyttring från den enskilda, utan handlar om mer eller mindre underbyggda antaganden om vad den enskilda vill.

När det gäller åtgärder som ges trots att den enskilda uttryckligen motsätter sig dessa, visar enkätundersökningen att detta förekommer men är ovanligt. Resultatet är emellertid svårt att värdera eftersom det Socialstyrelsen efterfrågar är något man i verksamheterna inte får göra enligt gällande regelverk. Om och hur missvisande enkätresultatet är när det gäller dessa otillåtna åtgärder är svårt att veta.

Enligt enkätsvaren är det framför allt situationen när den enskilda personens samtycke framstår som oklart som är det vanligaste problemet. Här riskerar den enskilda att få insatser som han eller hon inte önskar och personalen att använda sig av ett samtycke som är oklart. Det handlar då om personer med nedsatt beslutsförmåga inom vården och omsorgen om äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

Ett väsentligt problem är också de situationerna som bedöms vara mycket svåra att lösa utan att använda tvång eller begränsande åtgärder.

## Mycket svåra situationer

Vid gruppintervjuerna, Forum för dialog och de olika seminarierna har det framkommit två typer av situationer som framstår som mycket svåra. Den första gäller situationer, främst i vården och omsorgen om vissa vuxna med psykisk funktionsnedsättning, som man i verksamheterna kan ha mycket svårt att hantera utan att använda tvångs- och begränsningsåtgärder. Dessa situationer utmärks till exempel av utmanande beteenden och påtagliga kommunikationssvårigheter mellan den enskilda och personalen. Även om dessa situationer inte framstår som vanliga, kan de få mycket stora konsekvenser. En väl fungerande verksamhet kan snabbt få stora svårigheter som drabbar både den person det gäller, personalen och eventuellt andra boende. Ett problem som lyfts fram är att man placerar personer där det finns en ledig

plats i stället för att först ta reda på om ett tilltänkt boende verkligen har möjlighet att tillgodose personens specifika behov. I forskningsöversikten *Utmanande beteende. Utmanade verksamheter* står följande: Det är dock inte brukaren som är problemet utan att brukaren har svårt att få sina behov tillgodosedda. Verksamheten måste öka sin kompetens för att möta brukarens behov [6]. Det vill säga att en ledig plats bara kan vara aktuell under förutsättningen att den enskilda också kan få sina behov tillgodosedda.

Den andra typen av situationer som beskrivits som svåra är när ambitionen att undvika tvångs- och begränsningsåtgärder leder till att den enskilda individen upplevs få en sämre livssituation. Här hamnar personalen och verksamheterna i ett svårt dilemma. Är det viktigare att agera rätt enligt regelverket än att stödja den enskilda att undvika situationer som personalen menar att personen ifråga drabbas negativ av?

## Anhöriga och deras roll

Anhöriga omnämns ofta under gruppintervjuerna, mötena med Forum för dialog och de olika seminarierna. De anhöriga sägs ofta vara de som argumenterar för att den enskilda ska skyddas, oberoende av om personen ger sitt samtycke eller inte. Anhöriga känner sällan till vad vården och omsorgen får och inte får göra. Under ett seminarium med anhörigkonsulenter menar flera att det är viktigt att tidigt informera anhöriga i dessa frågor, exempelvis i samband med att en genomförandeplan upprättas.

Vid Forum för dialog och diskussioner med företrädare för funktionshindersområdet framkommer, speciellt i fråga om unga vuxna och deras föräldrar, ett hinder när det gäller personalens samarbete med anhöriga. Personalen vill stödja den enskilda i att vara en myndig självständig person, vilket ibland får till konsekvens att de också vill hålla föräldrarna på distans. Samtidigt kan vårdens och omsorgens personal behöva föräldrarnas kunskaper och erfarenheter för att förebygga och finna lösningar på svåra situationer. Den mer komplicerade relationen mellan verksamheterna och de anhöriga som beskrivits kan innebära att dessa verksamheter har svårare att ta till sig anhörigas erfarenheter för att hantera och lösa svåra situationer.

Många av anhörigkonsulenterna och demenssjuksköterskorna som deltagit i våra seminarier menar att det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder när anhöriga ger vård och omsorg inom familjen eller till närstående. Problemet är att det ofta sker i tysthet utan någon möjlighet till insyn. Här har kommunernas anhörigstöd en viktig roll. Den lösning som anhörigkonsulenterna lyfter fram är att få kontakt med anhöriga i ett tidigt skede och erbjuda ett individuellt anpassat anhörigstöd, alternativt upplysa den enskilda om möjligheten att ansöka om hemtjänst eller annat stöd. Då kan anhörigvårdaren orka med och klara av sin situation.

För att öka medvetenheten bland anhöriga om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder kan det, som några av anhörigkonsulenterna prövat, vara en fråga att ta upp till diskussion i de anhöriggrupper som kommunernas anhörigstöd ofta ordnar.

## En ovilja att synliggöra det som är fel

Via enkätundersökningen framkommer ett viktigt mönster. Om ett samtycke till en åtgärd är tydligt så dokumenteras det i hög grad. Om samtycket är

oklart eller inte är uttryckt så minskar benägenheten att dokumentera. Samma sak händer i fråga om att se det inträffade, en åtgärd med oklart samtycke eller mot den enskildas vilja, som en händelse som ska uppmärksammas och hanteras inom verksamhetens avvikelshantering. Mönstret som framkommer är att ju mer tvivelaktig åtgärden är enligt gällande regelverk, desto mindre benägen blir man i verksamheterna att synliggöra det som sker genom dokumentation och avvikelshantering. Därmed går verksamheten miste om möjligheten att lära sig av det som inträffat. Det blir samtidigt svårt att i efterhand se vad som inträffat, vad syftet med åtgärden var och varför det inträffade.

I verksamheter där personalen möter brukare med utmanande beteenden bör man, för att vara framgångsrik, arbeta systematiskt med att identifiera och formulera data kring tvångs- och begränsningsåtgärder. Det kan vara att dokumentera om, när och hur åtgärderna används. Det viktiga är att aldrig ignorera eller försköna åtgärderna [6]. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att synliggöra det som inträffar. I handboken för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah skriver Socialstyrelsen följande under rubriken ”Vad ska rapporteras?”: ”För att en händelse ska vara ett missförhållande, krävs att någon har utfört en handling ... utförda handlingar kan till exempel vara övergrepp, brister i bemötande och användning av tvångsåtgärder” [7]. Bestämmelserna om lex Sarah i SoL respektive LSS och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah är ett verktyg som personalen i verksamheter inom SoL och LSS har och ska tillämpa. Därmed kan eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder synliggöras, liksom risken göras mindre för att dessa åtgärder ska inträffa igen.

Samtidigt konstaterar Inspektionen för vård och omsorg i sin tillsynsrapport för år 2013 att kunskapsnivån om lex Sarah fortfarande är låg. En stor del av personalen känner inte till skyldigheten att rapportera, och vet inte hur man rapporterar i enlighet med bestämmelserna om lex Sarah [8].

## Man vill att någon annan löser problemet

Ett annat problem som framkommit under gruppintervjuerna, Forum för dialog samt seminarierna är att de olika aktörerna i vården och omsorgen ofta har orealistiska förväntningar på varandra. Anhöriga tror att vården och omsorgen har befogenheter att skydda den enskilda oberoende av om denna ger samtycke eller inte. Verksamheter i den kommunalt finansierade vården och omsorgen tror samtidigt att läkare eller psykiatrin har verktyg och befogenheter som kan lösa problemen. På samma sätt kan till exempel psykiatrin ha orimliga förväntningar på ett kommunalt boende vid utskrivning av en patient.

En illustration av detta är en debattartikel i Läkartidningen där två läkare lyfter fram att de ofta får förfrågningar från kommunala boenden om att skriva intyg för frihetsberövande insatser, något de inte kan eller får göra [9]. I stället för att försöka lösa ett problem i den verksamhet där den enskilda befinner sig, skjuts problemet över till någon annan aktör som inte självklart har bättre förutsättningar att lösa problemet.



## BPSD-registret – ett stöd inom demensområdet

BPSD betyder beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Registret är uppbyggt på ett sätt som gör att personalen får stöd i att arbeta systematiskt för att minska ångest, aggressivitet, oro, apati eller rastlöshet hos personer med en demenssjukdom. Syftet med registret är att ge personer med en demenssjukdom ökad livskvalitet [10]. Enkätundersökningen visar att BPSD-registret också påverkar omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder positivt. Nära hälften av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i de kommuner med äldreboenden som använder registret uppger att det leder till en minskning av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Eftersom BPSD-registret enbart är uppbyggt för att registrera personer med demenssjukdom har denna fråga inte ställts i de två andra enkäterna.

## Framgångsfaktorer

Under arbetet har det framkommit att grunden för att undvika och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, är en närvarande chef samt rätt anpassad bemanning med den kompetens som behövs för att arbeta med verksamhetens målgrupp.

I *Utmanande beteende. Utmanade verksamheter* framkommer att verksamheter som har ett gott ledarskap har lägre frekvens vad gäller utmanande beteende. De har också färre fysiska begränsningsåtgärder. En ledare ska vara synlig och ta en aktiv och konsekvent roll. Ledaren måste klargöra gemensamma värderingar och genom en tydlig strategi skapa ett engagemang för att tvångsåtgärder ska minska. [6]. Vidare konstaterar Socialstyrelsen i sin förstudie om metoder för delaktighet riktade till personer med kognitiva funktionsnedsättningar att den allmänna utbildningsnivån hos personal och chefer behöver öka. Det handlar bland annat om kunskaper i bemötande och förhållningssätt samt ökade kunskaper om funktionsnedsättningar och vad de innebär [11].

Andra framgångsfaktorer som framkommit under arbetet är att arbeta personcentrerat samt att arbeta i team där olika perspektiv och kompetenser kan hjälpas åt med att hitta fungerande lösningar på problem. I nationella riktlinjer vid demenssjukdom rekommenderar Socialstyrelsen både personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teamarbete [12].

Vidare framhålls ofta den inre och den yttre miljön. En bra utformad miljö kan fungera förebyggande. Exempel som nämns under våra seminarier och gruppintervjuer är att skapa en närmiljö till ett boende som inbjuder till att vistas där istället för att lockas bort mot trafiken. Inomhus kan det handla om att ha vattenkranar, strömbrytare till lampor, matbestick etc. som den enskilde förstår och kan hantera likaväl som att undvika lampor som bländar eller använda färger som gör miljön otydlig och kanske skrämmande för den enskilda. Slutligen är det flera som nämner värdet av ett systematiskt arbetssätt, både på en övergripande nivå och på individnivå. Alla ska hjälpa till och sträva mot samma mål, alla ska arbeta lika utifrån det man bestämt i till exempel genomförandeplanen och det är viktigt att följa upp de åtgärder som används. Även i forskningsöversikten *Utmanande beteende. Utmanade verksamheter* betonas värdet av ett systematiskt arbetssätt. Ett utmanande beteende som upplevs behöva en begränsningsåtgärd är i hög grad beroende

av situationen. Det kan vara svårt att identifiera exakt vad som utlöser ett sådant beteende men genom ett systematiskt arbete är det möjligt [6].

## Variationer mellan olika verksamheter

Vid Forum för dialog, gruppintervjuerna och seminarierna var det flera som lyfte fram att förmågan att se, upptäcka och hantera tvångs- och begränsningsåtgärder varier kraftigt mellan olika verksamheter. Det är vidare flera som markerat att är det svårare att veta hur det förhåller sig i fråga om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder när det gäller hemtjänst och personlig assistans. Det som sker i ordinärt boende är många gånger inte öppet för insyn på samma sätt som vid särskilda boenden eller bostad med särskild service för vuxna.

## Forum för dialog

I uppdraget ingick att genomföra ett forum för att diskutera och följa utvecklingen beträffande skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder inom vården och omsorgen om personer med nedsatt beslutsförmåga. En mer detaljerad beskrivning av Forum för dialog finns i bilaga 3.

Under uppdraget har ett försök med Forum för dialog genomförts. Olika aktörer som fackliga organisationer, brukar-, anhörig-, patient-, pensionärs- och arbetsgivarorganisationer samt specifika yrkesgrupper har deltagit. Inför varje möte har deltagarna fått en hemuppgift. Hemuppgifterna var att ta fram exempel på:

- tvångs- och begränsningsåtgärder
- arbetssätt och metoder som används för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder
- situationer som verksamheterna inte kan lösa på något annat sätt än att använda tvångs- och begränsningsåtgärder.

Dessa exempel har sedan fungerat som utgångspunkt för de diskussioner som genomförts vid mötena.

## Resultat

Diskussionerna har fungerat bra och varit givande för arbetet med uppdraget. Eftersom deltagarna oftast inte själva varit aktiva aktörer i de situationer som diskuterats, så som varit fallet när myndigheten besökt specifika verksamheter för att genomföra gruppintervjuer, har det varit enkelt att diskutera ämnet mer förutsättningslöst. Dessa diskussioner har gett arbetet nya och värdefulla perspektiv på de frågeställningar som arbetet med uppdraget kretsat kring.

När det gäller frågan om huruvida Forum för dialog framöver mer kontinuerligt kan ge en bild av utvecklingen på nationell nivå vad gäller tvång och begränsningar inom vården och omsorgen, så ställer vi oss tveksamma. Dess styrka ligger i att ge en allsidig och fördjupad bild av området, inte en nationell bild av utvecklingen.

# Socialstyrelsens nuvarande stöd

Socialstyrelsen är Statens förvaltningsmyndighet för bland annat verksamhet som rör hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Det innebär att myndigheten ansvarar för frågor om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder inom vården och omsorgen. Därför har myndigheten ett stort ansvar att stödja verksamheterna i dessa frågor.

Socialstyrelsens stöd till vården och omsorgen består i dagsläget av följande:

- ett meddelandeblad – *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna* [13]
- en sammanställning av svar på vanliga frågor som ställs till Socialstyrelsen [14]
- en artikel publicerad på Socialstyrelsens webbplats med rubriken ”Larm, lås och bälten får inte ersätta personal”. Artikeln var avsedd att ge vägledning i samband med att Socialstyrelsen upphävde sina föreskrifter och allmänna råd inom området [15]
- drygt trettio etiska dilemman inom socialtjänstområdet som finns tillgängliga under rubriken ”Etik i socialtjänsten” på Socialstyrelsens webbplats [16]. De beskriver situationer som riskerar att leda fram till tvångs- och begränsningsåtgärder (bilaga 5).

Socialstyrelsens meddelandeblad [13] och sammanställningen av frågor och svar [14] ger i stort sett samma information som de upphävda föreskrifterna och allmänna råden. Samtidigt har dessa nu gällande dokument inte samma roll i att vara normerande som föreskrifter och allmänna råd.

## Etik i socialtjänsten

I Socialstyrelsens råd för etiska frågor ingår ett utskott för sociala frågor som har hanterat ett urval av etiska dilemman från verksamheter på socialtjänstens område. Utskottets diskussioner och slutsatser är inte rådgivande utan syftar till att lyfta fram ett sätt att tänka kring dessa etiska dilemman. De etiska dilemman som utskottet har behandlat finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats [16].

En genomgång av *Etik i socialtjänsten* visar att av de 110 frågor som behandlats kan 30 sägas tillhöra gruppen kring tvångs- och begränsningsåtgärder. I de resonemang som utskottet ger är det tydligt att tvångs- och begränsningsåtgärder inte får användas. Det sociala utskottet ger inga entydiga svar utan personalen måste själva försöka hitta orsaken till beteendet. När personalen ser en begränsningsåtgärd som den enda möjliga utvägen för att inte riskera någons hälsa och välbefinnande och när den enskilda inte ger sitt samtycke så kan man inte tvinga denna att acceptera åtgärden. Personalen bör i stället fråga sig varför personen alltid vandrar omkring, varför personen dricker vatten så fort det finns tillgängligt, varför personen inte vill duscha och så vidare. Kan dessa beteenden vara uttryck för något outtalat?

## Synpunkter på Socialstyrelsens stöd

### Stödet når främst äldreomsorgen

Enkätsvaren och gruppintervjuerna synliggör att man inom äldreomsorgen har god kännedom om Socialstyrelsens nuvarande stöd i form av meddelandeblad och sammanställningen av frågor och svar. Inom funktionshindersområdet och inom socialpsykiatri är kännedomen sämre. Socialstyrelsens stöd förknippas ofta med äldre personer med demenssjukdom. Bakgrunden till detta kan vara att frågan om en eventuell lagstiftning på området samt Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd om skydds- och begränsningsåtgärder tydligt haft vård och omsorg om personer med demenssjukdom som målgrupp.

### Förväntningar på Socialstyrelsen

I samrådsförfarandet med Sveriges Kommuner och Landsting samt i kontakter med verksamhetsföreträdare har det framkommit önskemål om att Socialstyrelsen ska ge en tydligare bild av vad som gäller inom området skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Det efterfrågas till exempel tydligare rättslig vägledning i fråga om vilka samtyckesformer som anses vara rättsligt relevanta i förhållande till olika former av åtgärder. Detta gäller i synnerhet avseende personer med nedsatt beslutsförmåga.

Det har också funnits önskemål, bland annat från Myndigheten för delaktighet och från kommunjurister, om att Socialstyrelsen ska bli tydligare om vad som gäller ifråga om ny teknik. Ett exempel på den snabba teknikutvecklingen är att natttillsyn med videokamera idag omfattar 300 installationer i 35 kommuner [17].

Under arbetet har även frågor ställts med anledning av Lagrådets yttrande [18] på den lagrådsremiss som innehöll ett förslag till lagstiftning inom området [3]. Yttrandet innebär att ytterligare ett perspektiv tillkommit i fråga om tvångs- och begränsningsåtgärder. Med hänvisning till den oskrivna ansvarsfriheten om social adekvans menar Lagrådet att det finns ett visst rättsligt utrymme för att inom omsorgen, vidta tvingande åtgärder gentemot personer med nedsatt beslutsförmåga, i syfte att skydda den enskilda. Det gäller även i de fall då det inte föreligger någon nödsituation. Därför har frågor ställts om det är möjligt att med stöd av den beskrivna regeln vidta tvingande åtgärder för att klara många av de svåra situationer som uppstår i vardagen i vården och omsorgen om personer med nedsatt beslutsförmåga. Socialstyrelsen har dessförinnan inte beaktat regeln om social adekvans i detta sammanhang.

Enligt svensk grundlag är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande (2 kap. 6 och 8 §§ regeringsformen, RF). Av 2 kap. 6 § RF framgår även att enskilda är skyddade mot åtgärder från det allmänna som innefattar betydande intrång i den personliga integriteten, om intrånget sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildas personliga förhållanden. IVO har inom samordningsgruppen för regeringens åtgärdsprogram påtalat att tillsynsmyndigheten i sina tillsynsbeslut hänvisar till ovanstående bestämmelser i RF när det gäller kommunalt drivna verksamheter, men inte längre när det gäller enskilda verksamheter. Bakgrunden till detta är bland annat uttalanden i det ovan nämnda lagrådsyttrandet som talar för att enskilda

verksamheter som på uppdrag av kommuner bedriver omsorg inte ska anses vara en del av det allmänna. IVO skulle dock vilja ha klarhet i var gränsen för det allmänna går.

Under samtal med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och andra personal kategorier har det i stället främst funnits önskemål om ett mer konkret stöd från Socialstyrelsen i hur man ska arbeta och tänka i dessa frågor.

# Vägar mot mindre tvång och färre begränsningar

Under arbetet har fyra vägar utkristalliserat sig som kan minska antalet tvångs- och begränsningsåtgärder och de problem som kan uppkomma i samband med dessa. Problemen handlar om den enskildas rättsosäkerhet och att personalen upplever sig vara tvungna att bryta mot regelverket i syfte att skydda den enskilda.

Det första angreppssättet tar sin utgångspunkt i att lösningen finns i lagstiftningen. Det andra tar sin utgångspunkt i att stödja en process i vården och omsorgen på en mer övergripande nivå i syfte att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Den tredje vägen handlar om att arbeta systematiskt på individnivå med ambitionen att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Den fjärde och sista vägen är att använda olika specifika metoder och arbetssätt som anses kunna hantera vissa situationer, till exempel ett utmanande beteende.

De olika vägarna utesluter inte varandra utan bör kombineras. I den beskrivning som görs nedan av de fyra olika alternativen betonas även vad Socialstyrelsen kan göra i syfte att ge stöd. Vad av detta som Socialstyrelsen planerar att göra beskrivs därefter i det avslutande kapitlet Socialstyrelsens framtida stöd.

## Lösning via lagstiftning

Nedan följer exempel på åtgärder som med hjälp av lagen (befintlig, ny eller kompletterande lagstiftning) kan påverka omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder eller problem och svårigheter som uppkommer i samband med dessa:

- Att stifta en ny lag som gör det möjligt att använda tvångs- och begränsningsåtgärder i vissa situationer under mycket kontrollerade former. Exempel på detta är de lagstiftningar som sedan 2009 finns i Norge och England som kan göra det möjligt att använda begränsningsåtgärder mot den enskildas vilja [19]. En ny lag minskar i sig inte med självklarhet tvångs- eller begränsningsåtgärderna utifrån den enskildas perspektiv, utan gör vissa av dessa åtgärder tillåtna. Däremot hanteras problem som uppkommer i samband med tvångs- och begränsningsåtgärder. Personalen kan hantera vissa mycket svåra situationer utan att använda en otillåten åtgärd. För den enskilda personen kan det innebära att han eller hon kan överklaga åtgärden varmed rättssäkerheten ökar.
- Att via ny lagstiftning göra det möjligt att en annan person, nämnd eller myndighet i vissa situationer och under mycket kontrollerade former får rätt att ta beslut åt en enskild individ i frågor som gäller den enskildas vård, stöd och omsorg. Det kan till exempel handla om en person som bedömts vara beslutsoförmögen. Den pågående utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst

och forskning är ett exempel på detta. En ny lagstiftning enligt ovan kan leda både till en minskning och en ökning av det tvång och de begränsningar som den enskilda upplever. För personalen i vården och omsorgen minskar emellertid risken att hamna i situationer då det är oklart om samtycke föreligger eller inte.

- Att genomföra en grundlig rättslig analys, inom ramen för en rättsutredning, av befintlig lagstiftning för att mer exakt ta reda på vad som gäller i fråga om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder, likväl som olika typer av samtycken. I en rättsutredning kan även andra aspekter undersökas, till exempel vilka förutsättningar som finns för att tillämpa social adekvans inom vården och omsorgen och förutsättningarna för att använda ny teknik. Resultatet av en rättsutredning är svår att förutse.

Av de alternativ som beskrivits är det framför allt att genomföra en rättsutredning som ingår i Socialstyrelsens ansvar. Myndigheten har dock bedömt att en eventuell rättsutredning bör genomföras först efter att utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning presenterat sina resultat. En ny lagstiftning som möjliggör undantag från skyddet mot kroppsligt ingrepp och frihetsberövande torde inte vara aktuellt i dagsläget eftersom regeringen nyligen valt att inte lägga någon proposition om detta. Frågan om ställföreträdare för personer med nedsatt beslutsförmåga hanteras av utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning. Resultatet av utredningen förväntas inte bli känt förrän under hösten 2015.

## Systematiskt kvalitetsarbete

Nästa tillvägagångssätt är att beakta tvångs- och begränsningsåtgärder, eller risk för att dessa åtgärder kan inträffa inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta för att förebygga, synliggöra och åtgärda tvångs- och begränsningsåtgärder som kan förekomma i verksamheten. Därmed är det viktigt att i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete, i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beakta tvångs- och begränsningsåtgärder när det gäller att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det handlar bland annat om följande:

- Vid planering av ny verksamhet beakta bemanning, kompetens, lokaler, inomhusmiljö, utomhusmiljö, teknik, stödfunktioner i form av en närvarande chef, behov av handledning, internt och externt stöd, samarbete och samordning med andra huvudmän utifrån perspektivet att undvika, förebygga och åtgärda situationer där tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer eller riskerar att förekomma. Det är också viktigt att i denna planering säkra att verksamheten förmår att stödja så många enskilda som möjligt i att ta egna beslut. I det perspektivet är till exempel den enskildas möjlighet att kunna kommunicera av yttersta vikt samt att den enskilda kan orientera sig så bra som möjligt i tid och rum. Hit hör aspekter som hög personkontinuitet, tillgång till kognitiva hjälpmedel, att involvera anhöriga och att personalen har tid att lyssna samt även kan förstå den andra partens språk eller sätt att uttrycka olika saker.

- att kontinuerligt och vid behov (till exempel nya boende, personalförändringar etc.) genomföra riskbedömningar samt att därefter revidera det som beaktats i punkten ovan. Viktigt är också återkommande uppföljningar och att i egenkontrollen granska verksamheten utifrån perspektivet tvångs- och begränsningsåtgärder.
- att lära av de tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer eller riskerar att förekomma, genom att personalen rapporterar missförhållanden eller risker för missförhållanden i enlighet med bestämmelserna om lex Sarah i SoL respektive LSS och i SOSFS 2011:5.

Här har Socialstyrelsen en viktig roll i att stödja verksamheterna.

## Systematiskt arbete på individnivå

Det tredje tillvägagångssättet handlar också om ett systematiskt arbetssätt, men nu på individnivå. Exempel på arbetssätt är:

- användning av BPSD-registret
- användning av Svenskt demenscentrums handbok *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar*
- att arbeta med genomförandeplaner för enskilda som kontinuerligt följs upp.

Socialstyrelsen roll i detta sammanhang är främst att förmedla kunskap till verksamheterna om vilka dessa arbetssätt är, erfarenheter från de som använder sig av dem och var de finns tillgängliga.

## Specifika metoder och kunskapsstöd

Det sista tillvägagångssättet utgörs av specifika metoder och kunskapsstöd för vissa situationer som kan uppstå i vården och omsorgen. Exempel på sådana är Socialstyrelsens kommande kunskapsstöd vid utmanande beteende och metoden lågaffektivt bemötande.

Även här har Socialstyrelsen en roll i att informera verksamheterna om att dessa metoder och kunskapsstöd finns och var de finns tillgängliga. Socialstyrelsen har till exempel i en förstudie om metoder för delaktighet riktade till personer med kognitiva funktionsnedsättningar identifierat att professionen behöver ökade kunskaper och metoder att bemöta så kallade problemskapande beteenden [11]. Socialstyrelsen kan också genom att kartlägga, utvärdera och bedöma kunskapsunderlaget för olika metoder visa på metoder som inte är lämpliga att använda.

Det finns ett antal utbildningar som främst fokuserar på fysiska tekniker för att hantera utåtagerande beteenden. Det finns ingen forskning som visar att dessa metoder fungerar och de bör undvikas [6].



# Socialstyrelsen framtida stöd

Med utgångspunkt i det arbete som har genomförts och den granskning av det stöd Socialstyrelsen ger till verksamheterna i dag kan myndigheten rapportera följande.

## Rättsutredning

Arbetet har visat att det finns många oklarheter om vad som gäller ifråga om skydds- tvångs- och begränsningsåtgärder, vilka tidigare redovisats under rubriken ”Förväntningar på Socialstyrelsen”. Socialstyrelsen överväger därför att göra en rättsutredning för att bland annat klargöra i vad mån social adekvans är tillämpligt vad gäller vården och omsorgen om vuxna med nedsatt beslutsförmåga, och i vilken mån det finns rättsliga förutsättningar för att använda ny teknik för denna målgrupp. Därutöver finns det behov av att närmare utreda vilka typer av samtycken som går att tillämpa inom vården och omsorgen. I en rättsutredning bör också frågan om var gränsen går för det allmänna i 2 kap. 6 och 8 §§ RF utredas. Myndigheten har dock bedömt att en eventuell rättsutredning bör genomföras först efter att utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården, tandvård, socialtjänst och forskning presenterat sina resultat.

## Uppdatering av befintligt stöd

Socialstyrelsens främsta stöd till verksamheterna består idag av ett meddelandeblad [13] och ett dokument med frågor och svar [14]. Dessa publikationer är väl kända inom äldreomsorgen, men inte inom andra områden av vården och omsorgen om vuxna. De finns anledning att uppdatera dessa båda dokument och i det arbetet tydliggöra att stödet vänder sig till en bredare målgrupp än enbart äldre personer med demenssjukdom. I revideringen av dokumenten ska till exempel frågorna om att personalen beslagtar saker från den enskilda och användning av besöksförbud mot anhöriga ingå. Det arbetet har påbörjats och förväntas vara klart i mitten av mars 2015.

Utöver detta kan stödet till verksamheterna förbättras genom att myndigheten även beskriver hur verksamheterna kan förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder genom att hantera eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder som missförhållanden och kvalitetsbrister. Därmed blir befintliga verktyg i form av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 och bestämmelserna om lex Sarah i SoL respektive LSS och i SOSFS 2011:5, stöd i arbetet med att systematiskt arbeta mot en nollvision vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är i dagsläget oklart hur detta stöd mer exakt ska se ut. Myndigheten kommer att överväga olika alternativ; ett är att genomföra stödet i form av ett tillägg i Frågor och svar. Stödet planeras vara klart för publicering i slutet av maj 2015.

## Mot en nollvision vad gäller tvång och begränsningar

Budskapet har varit tydligt både i delar av Socialstyrelsens enkätundersökning och i mötet med personal och chefer i vården och omsorgen. När Socialstyrelsen 2010 drog tillbaka sina föreskrifter och allmänna råd om skydds- och tvångsåtgärder inleddes en positiv utveckling. Utifrån en situation där man i verksamheterna upplevde att man stod utan stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder påbörjades en intensiv diskussion över landet om hur man skulle hantera situationen. Att frågan hamnade på agendan ledde fram till nya sätt att tänka och nya sätt att agera. Det fanns med andra ord både idéer och kunskap samt förmåga ute i verksamheterna att hantera vardagen med mindre tvång och färre begränsningar. Det är utifrån detta angeläget att få upp dessa frågeställningar på agendan igen.

Eftersom det pågår flera regeringsuppdrag som kommer att resultera i olika former av stöd under det kommande året är det ett bra tillfälle att lyfta frågan om tvångs- och begränsningsåtgärder. Verksamheterna efterfrågar också konkreta exempel på hur man kan arbeta med och tänka kring dessa frågor.

Via regleringsbrevet för 2015 får Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra aktiviteter i syfte att föra ut det stöd som regeringens åtgärdsprogram resulterat i, och att sprida exempel på hur verksamheter arbetar för att undvika och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Med anledning av detta har Socialstyrelsen påbörjat en planering av hur detta arbete ska genomföras. Det kan handla om att genomföra en webbaserad artikelserie riktad till vården och omsorgen om vuxna. Som prenumerant får man kostnadsfritt via en länk i ett e-postmeddelande tillgång till de artiklar som kontinuerligt kommer att publiceras. Det är även möjligt att ge artiklarna ett innehåll som delvis bestäms och utformas i dialog med läsarna i vården och omsorgen. Som förebild för satsningen står Socialstyrelsens tidigare genomförda webbaserade artikelserie, Mat till äldre inom vård och omsorg. Ett alternativt tillvägagångssätt är att genomföra regionala webinarier dit olika yrkesgrupper bjuds in, till exempel medicinskt ansvariga sjuksköterskor, verksamhetsansvariga inom LSS-området etc. Den aktivitet som kommer att genomföras ska ta sin utgångspunkt i bland annat följande:

- Socialstyrelsens uppdaterade meddelandeblad och Frågor och svar
- Svenskt Demenscentrums nya handbok
- BPSD-registret
- den information Myndigheten för delaktighet har tagit fram om miljöanpassningar, teknik och hjälpmedel som kan bidra till att minska tvångs- och begränsningsåtgärder
- Socialstyrelsens kunskapsstöd vad gäller utmanande beteende inom vården och omsorgen om personer med funktionsnedsättning
- exempel från verksamheter som arbetar framgångsrikt med att undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. I arbetet med att ta fram exempel finns det skäl att fortsätta samarbeta med IVO.

Satsningen är planerad att pågå under 2015 och 2016. Målet är att

få upp frågan om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder på agendan och nå ut med stöd, inspiration och exempel på hur man kan arbeta med dessa frågor till vården och omsorgen om vuxna med nedsatt beslutsförmåga.

# Referenser

1. För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården. Svenskt Demenscentrum. 2010.
2. Socialdepartementet. Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården. SOU 2006:110.
3. Socialdepartementet. God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet. Lagrådsremiss. 2012. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/204974>.
4. Socialdepartementet. Ingen proposition om skyddsåtgärder i demensvården. Pressmeddelande. 2013.
5. Upphävda föreskrifter om tvångs- och begränsningsåtgärder. Meddelandeblad. Socialstyrelsen. Nr 2. 2010.
6. Björne Petra m.fl. Utmanande beteenden. Utmanade verksamheter. Malmö; Malmö stad. 2012. FoU-rapport.
7. Lex Sarah – Handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah. Socialstyrelsen; 2013.
8. Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
9. Olsson Hans, Thuresson Kent. Personer med nedsatt autonomi och beslutsförmåga – IVO bör ta ställning. Läkartidningen 2014. Nr 8.
10. Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Hämtad 14-12-01 från [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se).
11. Redovisning av förstudie på funktionshinderområdet. Socialstyrelsen; 2014.
12. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
13. Tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Meddelandeblad. Socialstyrelsen. Nr. 12. 2013.
14. Frågor och svar. Hämtad 14-12-01 från [www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds](http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds).
15. Socialstyrelsen. Larm, lås och bälten får inte ersätta personal. Hämtad 14-12-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/larmlasochbaltenfarinteersattapersonal>.
16. Socialstyrelsen. Etik i socialtjänsten. Hämtad 14-12-01 från [www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten](http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten).
17. Lägesrapport om välfärdsteknik till Socialstyrelsen. Utmaningar och möjligheter med digitala vård- och omsorgstjänster. SICS Swedish ICT. 2014.
18. Lagrådsprotokoll. Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1012-12-18.
19. Vad kan Sverige lära? Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England & Holland. Svenskt Demenscentrum. 2013.

# Bilaga 1. Gruppintervjuer och seminarier

Följande verksamheter har deltagit i de gruppintervjuer som genomförts.

## *Gruppintervjuer med vård- och omsorgspersonal*

I valet av verksamheter har en god spridning över landet eftersträvat. Verksamhetschef eller den person vi kontaktat har själv valt ut de personer som deltagit i gruppintervjun

- Stockholm – Serafens äldreboende
- Kärrtorp – Socialpsykiatri
- Enskede – Gamlebo (boende för äldre med ett alkoholmissbruk)
- Nacka kommun – LSS-boende samt dagverksamhet
- Bromma – Demensteam
- Brommagården – Äldreboende
- Bagarmossen – Boende för personer med Prader-Willis syndrom
- Kärrtorp – Hemmet för gamla. Ett gruppboende för personer med demenssjukdom
- Ängelholm – Boenden inom omsorgerna och äldreomsorgen
- Timrå – Socialpsykiatri
- Skellefteå – Skellefteås arbete med psykisk hälsa i fokus 2014
- Västerås – Humana assistanssamordnare
- Nässjö – Funktionshindersomsorg
- Örebro – All vård och omsorg om vuxna och äldre i kommunen
- Sundsvall – Boenden socialpsykiatri
- Östersund – Demensteam och personal från ett demensboende
- Ystad – Socialpsykiatri samt gruppboende för utvecklingsstörda
- Borgholm – Äldrepsykiatriskt team
- Ekerö – Anhöriggrupp
- Enköping – Demensteam
- Enköping – Socialpsykiatri
- Lessebo – Demensvård, Äldreboende
- Malmö – Personal i kommunen som arbetar inom funktionshindersomsorg och personer med psykisk funktionsnedsättning
- Linköping – Äldreboende och demensboende
- Frösunda – Personlig assistans

## *Separata intervjuer med chef/chefer*

- Kärrtorp – Hemmet för gamla
- Bagarmossen – Prader-Willis syndrom
- Ängelholm – Boende inom omsorgerna och äldreomsorgen
- Västerås – Humana assistanssamordnare
- Nässjö – Funktionshindersomsorg
- Örebro – Vuxna med funktionsnedsättning

- Ystad – Socialpsykiatri samt gruppboende för utvecklingsstörda
- Enköping – Socialpsykiatri
- Linköping – Äldreboende och demensboende
- Frösunda – Personlig assistans

### *Seminarier*

Seminarier har genomförts med följande yrkesgrupper:

- Anhörigkonsulenter
- Demenssjuksköterskor
- Handläggare inom LSS och Socialpsykiatri
- Jurister
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

Flertalet av personerna som deltagit i de seminarier vi anordnat är verksamma i Stockholms län. När det gäller medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarigt för rehabilitering genomfördes seminariet i Göteborg och deltagarna kom från Västra Götalandsregionen.

## Bilaga 2. Enkäterna

Enkätundersökningen består av tre olika enkäter. Varje enkät har skickats ut till ett representativt urval av 60 kommuner/stadsdelar. Ingen kommun eller stadsdel i landet har fått mer än en enkät att besvara. De tre enkäterna gällde:

- äldreboenden i kommunen eller stadsdelen med en eller flera boende med demenssjukdom. Enkäten har besvarats av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska
- bostad med särskild service för vuxna. Enkäten gällde endast ett boende i kommunen eller stadsdelen och har besvarats av verksamhetschefen eller motsvarande
- boendestöd (socialpsykiatri). Enkäten har besvarats av verksamhetschefen eller motsvarande för ett boendestöd i kommunen eller stadsdelen.

Enkäterna har tagits fram i samråd med SKL i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.

Eftersom Socialstyrelsen befarade att många kommuner inte skulle svara på frågor om tvångs- och begränsningsåtgärder som är otillåtna, användes begreppet skyddsåtgärder genomgående. Varje enkät innehöll därför frågor om skyddsåtgärder med den enskildas samtycke, skyddsåtgärder då den enskildas samtycke framstår som oklart och skyddsåtgärder mot den enskildas vilja. Vidare så ställdes bland annat frågor om hur situationen var beträffande skyddsåtgärder år 2010 jämfört med idag, hur man arbetar med samtycken, om dokumentation, hur man arbetar för att undvika och förebygga skyddsåtgärder mot den enskildas vilja eller då de enskildas vilja är oklar. Även om majoriteten av frågorna var de samma i de tre enkäterna fanns det vissa frågor som enbart ställdes i en av enkäterna. Ett exempel på detta är frågan om man använder sig av BPSD-registret, vilket enbart berör personer med demenssjukdom.

Enkäterna genomfördes under perioden april till september 2014. Svarsfrekvensen blev 97 procent (enkäten om äldreboenden), 78 procent (enkäten om bostad med särskild service för vuxna) samt 70 procent (enkäten om boendestöd). I bilaga 6 finns kvalitetsdeklarationer för respektive enkätundersökning. Nedan följer en redovisning av resultaten.

### Resultat – enkäten om äldreboenden

#### *Positiv utveckling sedan 2010*

När Socialstyrelsen 2010 upphävde sina föreskrifter och allmänna råd om skydds- och begränsningsåtgärder påbörjades en positiv utveckling vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder. Över 90 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna svarar att tillbakadragandet ledde fram till att frågor om skydds- och begränsningsåtgärder hamnade i fokus och alltmer började diskuteras ute i verksamheterna. Cirka två tredjedelar uppger samtidigt att skyddsåtgärder utan samtycke eller då samtycket bedöms vara oklart är färre idag än 2010.

### *Skyddsåtgärder med den enskildas samtycke*

Olika typer av åtgärder – i form av lås, larm, bälten, brickbord, sänggrindar och behovsmedicin (i syfte att lugna och påverka den enskildas beteende) – förekommer ofta med den enskildas samtycke enligt undersökningen. De tre vanligaste åtgärderna är behovsmedicin, sänggrindar och olika former av larm i den enskildas bostad (larmmatta, rörelsedetektorer etc.). Nära nog samtliga kommuner svarar att det förekommit under den senaste tre-månadersperioden.

### *Skyddsåtgärder då den enskildas samtycke är oklart*

Samtliga skyddsåtgärder bland de som tas upp (till exempel sänggrind, behovsmedicin) minskar något i förekomst då personens samtycke bedöms vara oklart. När ett samtycke uppfattas som oklart av personalen handlar det företrädesvis om personer med en demenssjukdom. På den öppna frågan om hur man gör för att få ett godtagbart samtycke från dessa personer är svaret i regel att observera den enskilda (konkluderat samtycke). Underlättar personen att åtgärden genomförs? Försöker personen ta bort sänggrinden? Är personen lugn? Ofta kombineras dessa observationer med en teamdiskussion, dialog med anhöriga samt med att försöka ta reda på vad den enskilda hade tyckt om han/hon hade varit beslutsförmögen (presumerat samtycke).

### *Skyddsåtgärder mot den enskildas vilja*

Åtgärder som ges mot den enskildas vilja är betydligt ovanligare, även om de förekommer. Vanligast är låst dörr ut från boendet (i cirka var tredje kommun), behovsmedicin (i cirka var fjärde kommun) och fasthållning och inlåsnings av vissa saker (i cirka var tionde kommun). Samtliga av de övriga efterfrågade åtgärderna förekommer, men då i mindre än var tionde kommun.

### *Ovilja att dokumentera och synliggöra*

I anslutning till frågorna om skyddsåtgärder med och mot den enskildas samtycke och när den enskildas samtycke är oklart ställdes också frågor om dokumentation och om huruvida åtgärden hanterats som en avvikelse. Det mönster som framkommer är intressant.

När den enskildas samtycke är tydligt dokumenteras åtgärden i cirka 80 procent av kommunerna. När samtycket bedöms vara oklart så sjunker andelen kommuner som dokumenterar samtycket. När det gäller situationer då åtgärden görs mot den enskildas vilja, minskar andelen kommuner som dokumenterar ytterligare. Nu är det endast cirka 60 procent av kommunerna som dokumenterar. Ju mer tveksam åtgärden är enligt regelverket, desto ovanligare är det att den dokumenteras. Iögonfallande är också om huruvida verksamheterna hanterar det inträffade som en avvikelse. I cirka 10 procent av kommunerna hanterar man det som en avvikelse om åtgärden ges trots att samtycket är oklart. I 20 procent av kommunerna hanterar man det som en avvikelse om åtgärden ges mot den enskildas vilja. I båda fallen framstår siffrorna som väldigt låga.

När situationen handlar om mer tydliga tvångs- och begränsningsåtgärder framstår andelen kommuner som dokumenterar och hanterar det inträffade som en avvikelse som låg. Det borde vara just i de fall då vården och omsorgen inte klarar situationen utan att använda otillåtna åtgärder som man också



skulle ha störst behov och nytta av en bra dokumentation och en tydlig markering av att vården och omsorgen brister i kvalitet.

### *BPSD-registret – minskar tvångs- och begränsningsåtgärder*

I cirka 80 procent av kommunerna eller stadsdelarna använder man sig aktivt av BPSD-registret. Ungefär hälften av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i dessa kommuner bedömer att registreringen i BPSD-registret leder till en minskning av åtgärder som ges mot den enskildas samtycke eller då samtycket är oklart.

### *Arbetssätt och metoder*

I enkäten ställdes också en fråga om hur man vid boendena arbetar eller använder sig av metoder i syfte att förbygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Se tabell 1 nedan.

**Tabell 1. Arbetssätt och metoder vid äldreboenden för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Procent.**

	Ja, alla boenden	Vissa boenden	Nej
Personcentrerat arbetssätt	69	31	0
Utbildning	74	26	0
Teamarbete	92	8	0
Handledning/reflektionsgrupper	40	44	17
Kognitivt stödjande hjälpmedel	27	46	27
Fysisk aktivering	62	36	2
Livsberättelse	66	34	0
Vårdsång	13	50	38
Stöd landstinget BPSD-team	15	19	67
Handledning via landstinget	0	16	84
Utbildning via landstinget	4	14	82
Slutenvårdsplatser	0	6	94

Siffrorna är svåra att tolka eftersom de inte kan jämföras med situationen bakåt i tid för att få en bild av utvecklingen. I ögonfallande är emellertid att olika former av stöd via landstinget är ovanligt och att kognitiva hjälpmedel som bland annat hjälper personer att hantera omgivningen och dygnet likaväl som att kommunicera inte används mer.

## Redovisning av ytterligare svar från enkäten

**Tabell 2. Finns det skriftliga rutiner som beskriver när skyddsåtgärder får användas? Procent.**

	Äldreboenden
Ja	88
Nej	12
Vet ej	0

**Tabell 3. Bedömer du att det är möjligt att bedriva vård och omsorg utan att använda åtgärder mot den enskildas vilja? Procent.**

	Äldreboenden
Ja	39
Nej	57
Vet ej	4

**Tabell 4. Informerar personalen anhöriga/god man om att vissa åtgärder inte får göras utan den enskildas samtycke? Procent.**

	Äldreboenden
Ja, alltid	66
Ja, ibland	32
Nej	2

## Resultat – enkäten om bostad med särskild service för vuxna

### *En försiktigt positiv utveckling sedan 2010*

Den positiva utvecklingen sedan 2010 som kan ses i undersökning om äldreboenden är mindre vid bostad med särskild service för vuxna. I dessa boenden har de boende stöd och service enligt LSS. Det är endast vid cirka vart femte boende som verksamhetschefen bedömer att det skett en minskning av antalet skyddsåtgärder då det är oklart vad den enskilda vill eller mot dennas vilja.

Majoriteten upplever ändå att skyddsåtgärder utan den enskildas samtycke eller då den enskildas samtycke är oklart, diskuteras mer idag än tidigare.

### *Skyddsåtgärder med den enskildas samtycke*

Cirka tre fjärdedelar av verksamhetscheferna uppger att det vid deras boenden med särskild service för vuxna förekommit olika typer av skyddsåtgärder med samtycke under den senaste tremånadersperioden. De vanligaste skyddsåtgärderna är inlåsning av mat, pengar och cigaretter, behovsmedicinering samt sänggrindar.

### *Skyddsåtgärder då den enskildas samtycke är oklart*

Det är ovanligare jämfört med äldreboendena med åtgärder då det är oklart vad den enskilda vill. Den vanligaste åtgärden är inlåsning av saker följt av larm (om den enskilda förflyttar sig) och sänggrindar.

På frågan om hur den enskildas samtycke inhämtas när personen inte verbalt kan ge ett samtycke, svarar en majoritet att det oftast görs via anhöriga, god man eller förvaltare. Här skiljer man sig från äldreboendena där man i stället försöker observera om personen accepterar eller motsätter sig åtgärden. Om anhöriga, god man eller förvaltare tillfrågas i syfte att få underlag för ett presumerat eller hypotetiskt samtycke framgår inte. Vi kan ändå konstatera att man vid dessa boenden oftare än vid äldreboenden använder sig av samtycken som inte är en viljeyttring från den enskilda.

### Skyddsåtgärder mot den enskildas vilja

Enligt enkätsvaren är det mycket sällan som det sker åtgärder mot den enskildas vilja. Då det sker handlar det nästa uteslutande om inlåsning av saker.

### Arbetsätt och metoder

I enkäten ställdes även en fråga om hur man arbetar eller använder sig av metoder i syfte att förbygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Se tabell 5 nedan.

**Tabell 5. Arbetsätt och metoder vid bostad med särskild service för vuxna för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Procent.**

	Ja	Nej
Individualiserat arbetsätt	95	5
Utbildning	95	5
Handledning extern	73	27
Handledning intern	91	9
Reflektionstid	79	21
Kognitivt stödjande hjälpmedel	95	5
Livsberättelse	64	36
Lågaffektivt bemötande	56	44
Handledning via landstinget	43	57
Utbildning via landstinget	30	70
Slutenvårdsplatser	2	98
Annat	39	61

Siffrorna är svåra att tolka eftersom de inte kan jämföras med motsvarande siffror bakåt i tiden. Iögonfallande är emellertid att jämfört med äldreboendena framstår det som vanligare med handledning, kognitiva hjälpmedel samt stöd från landstinget. När denna jämförelse görs är det viktigt att beakta att siffrorna om äldreboenden beskriver alla äldreboenden i kommunen eller stadsdelen, medan denna enkät endast besvarats av ett boende i kommunen eller stadsdelen.

### Redovisning av ytterligare svar från enkäten

**Tabell 6. Finns det skriftliga rutiner som beskriver när skyddsåtgärder får användas? Procent.**

	Bostad med särskild service
Ja	64
Nej	36
Vet ej	0

**Tabell 7. Bedömer du att det är möjligt att bedriva vård och omsorg utan att använda åtgärder mot den enskildas vilja? Procent.**

	Bostad med särskild service
Ja	42
Nej	38
Vet ej	20

**Tabell 8. Informerar personalen anhöriga/god man om att vissa åtgärder inte får göras utan den enskildas samtycke? Procent.**

	Bostad med särskild service
Ja, alltid	64
Ja, ibland	31
Nej	4

## Resultat – enkäten om boendestöd

### *En försiktigt positiv utveckling sedan 2010*

Den positiva utvecklingen sedan 2010 med en minskning av tvångs- och begränsningsåtgärder som framkom i enkätundersökningen om äldreboenden, framstår som mindre inom boendestödet. Den är i nivå med vad som framkom om bostad med särskild service.

Betydligt fler använder sig av svarsalternativet vet ej när det gäller frågan om utvecklingen, än i de två andra enkäterna. Skälet är troligtvis att enkäten bär både på en mycket stark ”äldreomsorgsprägel” och en vilja att spegla situationen vid ett boende. Boendestödet har till uppgift att stödja personer i ordinärt boende och då förekommer varken sänggrindar eller olika typer av larm osv. Målet med insatserna kan tvärtom syfta till att motivera den enskilda att gå ut, att vara aktiv etc.

### *Skyddsåtgärder med och utan samtycke och då samtycket framstår som oklart*

Skyddsåtgärder i den form de efterfrågas i enkäten förekommer sällan. Man svarar i de flesta fall ”nej” eller ”är inte aktuellt” på frågorna om dessa åtgärder. Det som förekommer är behovsmedicinering och inlåsning av saker.

Inlåsning av pengar eller cigaretter sker då god man eller förvaltare anser att den enskilda behöver stöd med detta. Många av brukarna kan ge samtycke muntligt eller skriftligt och i stort sett allt dokumenteras. Det är relativt ovanligt att de som får stöd via boendestödet är beslutsoförmögna.

### *Arbetsätt*

I enkäten ställdes även en fråga om hur man inom boendestödet arbetar eller använder sig av rutiner eller metoder i syfte att förbygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Se tabell 9 nedan.

**Tabell 9. Arbetssätt/rutiner och metoder vid boendestöd för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder. Procent.**

	Ja	Nej
Individualiserat arbetssätt	95	5
Utbildning	76	24
Handledning extern	87	13
Handledning intern	81	19
Reflektionstid	79	21
Kognitivt stödjande hjälpmedel	87	13
Livsberättelse	53	47
Lågaffektivt bemötande	42	58
Handledning via landstinget	41	59
Utbildning via landstinget	27	73
Slutenvårdsplatser	30	70
Annat	58	42

Även dessa siffror är svåra att tolka eftersom de inte kan jämföras bakåt i tiden. De är inte heller enkla att jämföra med siffrorna från de båda andra enkäterna eftersom boendestödet ges i ordinärt boende.

I stället ger de en bild av arbetssätt och rutiner inom boendestödet. Överlag framstår samtliga arbetssätt och metoder som relativa vanliga. Man arbetar med ett individualiserat perspektiv, har ofta tillgång till handledning och reflektionstid samt tillgång till kognitiva hjälpmedel och metoder i att bemöta utåtagerande personer. Därutöver finns i högre grad stöd från landstinget, till exempel slutvårdplatser, vilket knappast förekommer bland svaren i de andra enkäterna.

## Redovisning av ytterligare svar

**Tabell 10. Finns det skriftliga rutiner som beskriver när skyddsåtgärder får användas? Procent.**

	Boendestöd
Ja	47
Nej	53
Vet ej	0

**Tabell 11. Bedömer du att det är möjligt att bedriva vård och omsorg utan att använda åtgärder mot den enskildas vilja? Procent.**

	Boendestöd
Ja	66
Nej	24
Vet ej	11

**Tabell 12. Informerar personalen anhöriga/god man om att vissa åtgärder inte får göras utan den enskildas samtycke? Procent.**

	Boendestöd
Ja, alltid	56
Ja, ibland	22
Nej	22

## Bilaga 3. Forum för dialog

### Hur Forum för dialog byggdes upp

Socialstyrelsen bjöd under hösten 2013 in arbetsgivarorganisationer, brukar- och intresseorganisationer, fackliga organisationer, pensionärsorganisationer samt praktiker inom följande professioner: demenssjuksköterskor, demensvårdsutvecklare, kvalitetsutvecklare, legitimerade arbetsterapeuter, medicinskt ansvarig för rehabilitering, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och socialt ansvariga socionomer. Socialstyrelsen bad organisationerna själva utse sin företrädare.

En grundsten i arbetet med att bygga upp Forum för dialog har varit att låta deltagarna eftersöka uppgifter i sina organisationer eller på sina arbetsplatser så att vi haft den praktiska tillämpningen som utgångspunkt för våra diskussioner och reflektioner. En sådan skriftlig uppgift har funnits till varje träff. Socialstyrelsen har eftersträvat konkreta och tydliga exempel för att minimera risken för allmänna hypotetiska resonemang som inte är grundade i praktiken. Syftet har också varit att i förväg tydliggöra dagordningen för respektive möte.

Forum för dialog har bestått av blandade grupper. Den ena gruppen hade deltagare från arbetsgivarorganisationer och pensionärsorganisationer samt demenssjuksköterskor, demensvårdsutvecklare, kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Den andra gruppen bestod av brukar- och intresseorganisationer, fackliga organisationer, företrädare för yrkesföreningar, medicinskt ansvarig för rehabilitering och enhetschefer. Totalt har 31 personer deltagit, varav dryga tjugotalet kom att bli aktiva inom forumet.

Under november 2014 sände vi ut en enkät till deltagarna. Syftet var att utvärdera Forum för dialog. Enkäten besvarades av 20 personer.

### Vad har vi gjort inom Forum för dialog?

Socialstyrelsen har från och med december 2013 till november 2014 haft totalt elva möten inom ramen för Forum för dialog. Varje möte varade på Socialstyrelsen i knappt tre timmar. Mötena har haft följande teman:

- I vilka situationer uppstår tvångs- och begränsningsåtgärder och vilka åtgärder förekommer?
- Exempel på förebyggande arbetssätt och metoder för att undvika tvångs- och begränsningsåtgärder samt tips på ambitiösa verksamheter som arbetar förebyggande.
- Trots vilja och ambition att inte använda tvångs- och begränsningsåtgärder, vilka tvångs- och begränsningsåtgärder används till sist ändå för att lösa situationen? Vilka är de blinda fläckarna som inte går att lösa utan tvångs- och begränsningsåtgärder?

Socialstyrelsen har också frågat deltagarna om vilket stöd och vilken vägledning vården och omsorgen framöver är betjänta av.

## Fem slutsatser om Forum för dialog

- Det har på mötena varit tydligt att majoriteten av deltagarna har varit engagerade och ansett att frågorna varit mycket angelägna att diskutera. I enkäten svarade alla att de känt sig hörda i forumet. En fråga rörde också hur man tyckte att diskussionerna i grupperna blev utifrån att deltagarna kom från olika organisationer. Responsen blev mycket god.

Att från olika perspektiv analysera frågorna om samtycke, tvångs-, begränsnings- och skyddsåtgärder samt förebyggande arbetssätt och vägledning har varit mycket berikande för Socialstyrelsen. Myndigheten har kunnat ta del av hur verksamheter arbetar med funktionell analys, riskbedömningar, lågaffektivt bemötande, olika pedagogiska och kommunikativa verktyg, teamarbete, levnadsberättelser, genomförandeplaner och dokumentation m.m.
- Den skriftliga hemuppgiften har bidragit med en god förberedelse från en stor del av deltagarna. De skriftligt inhämtade exemplen har gjort att även andra personer har kunna delge sina erfarenheter än dem som var med på själva mötet. Av enkätsvaren framgår att många såg det som positivt att få givna frågeställningar i förväg och kunna diskutera dem på hemmaplan för att få med många synsätt och tankar. Flera betonar också att de konkreta exemplen var bra att diskutera utifrån och att det var lärorikt att höra hur de andra resonerade.

Deltagare svarade i enkäten att själva genomsökandet för att få fram åtgärder, situationer, metoder och förebyggande arbetssätt har gett dem ett mervärde i form av att de lärt sig mer om den egna organisationen och stärkt sin yrkesroll. En ytterligare fördel är att Socialstyrelsen och deltagarna utökat sitt kontaktnät och gruppen fått tips på aktiva verksamheter som arbetar förebyggande.

Vissa personer anslöt sig aldrig till arbetsupplägget med den skriftliga uppgiften. Dessa personer ville ha traditionella möten och berätta allmänt om sina erfarenheter.

Vid något enstaka tillfälle kunde Socialstyrelsen ha haft längre framförhållning för att deltagarna skulle ha god tid att få in uppgifter från sina respektive verksamheter.
- Det framkommer av enkätsvaren att deltagarna i mycket hög grad använt sig av och därmed företrätt sin organisation och inte varit i forumet i egen person. På frågan ”Använde du din organisation alternativt arbetsplats för att grunda ståndpunkter/exempel du förde fram?” blev medelvärdet 4,1. Skalan rörde sig från 1 som var ”nej, inte alls, var där i egen person” och 3 ”både och” samt 5 som var ”ja, jag använde mig mycket av den”. Socialstyrelsen bedömer det som en fördel att deltagarna i hög grad representerat sina organisationer. En systematisk genomlysning av organisationens erfarenheter ger större legitimitet än om en deltagare uttalar sig personligt.
- I forum för dialog har det varit en relativt hög omsättning på personer. Vissa av personerna som utsågs till en början, ersattes senare av en ny representant. Även om den mest lämpade personen kom in till forumet till sist så har det medfört ett visst tapp vad gäller tid, personkännedom och administration.

- Att upprätthålla engagemang är krävande. Flera av dem som kom att ingå i forumet var nyckelpersoner på organisationernas kanslier och var också engagerade i andra viktiga frågor på området som kunde krocka datummässigt med våra möten. För Socialstyrelsens del tog arbetet med att upprätthålla aktivitet och engagemang som förvaltare också relativt mycket tid i anspråk. Mot slutet tycktes det som att deltagarnas engagemang avtog. Vid de senare mötena gjorde Socialstyrelsen bedömningen att diskussionen i stort var mättad. Som exempel på det kan nämnas att samma åtgärder återkom och diskussionen kändes igen.

## Socialstyrelsens erfarenheter av Forum för dialog

Arbetet med forumet har varit värdefullt för att fördjupa våra kunskaper och insikter på området om tvångs- och begränsningsåtgärder och för regeringsuppdraget om stöd för personer med nedsatt beslutsförmåga.

Det har till viss del varit unikt att samla verksamhetsområden som ofta hålls isär; i grupperna fanns företrädare för LSS-området i stort, specifika funktionsnedsättningar, äldreomsorgen i stort, demensområdet samt för olika nyckelprofessioner som medicinskt ansvarig sjuksköterska, demenssjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut och kvalitetsutvecklare.

Socialstyrelsen sätter stort värde på att deltagarna kunnat diskutera förbehållslöst eftersom de medtagna exemplen kommit från andra personer – medlemmar eller verksamheter i organisationen. Diskussionerna har därför inte blivit tillrättalagda eftersom deltagarna inte behövt stå till svars för de tvångs- och begränsningsåtgärder som använts. Samtidigt har representanterna varit väl insatta i situationerna.

Socialstyrelsen har genomfört ett forum för en återkommande dialog i enlighet med uppdraget. Om Forum för dialog kan ge en bra nationell bild av utvecklingen på området är emellertid tveksamt. Dess styrka ligger främst i att ge en allsidig bild av området och inte att fastslå i vad mån utvecklingen går mot mer eller mindre tvång och begränsningar inom vården och omsorgen.

Inom Socialstyrelsen har vi ändå diskuterat om forumet skulle kunna ha någon annan framtida form. Socialstyrelsen har därför låtit deltagarna i enkänten ta ställning till ett annat alternativ, ett så kallat internetbaserat forum. Till ett sådant kan deltagarna logga in och delta när de har tid och de skulle inte rent fysiskt behöva ta sig till en specifik möteslokal. Majoriteten av deltagarna trodde inte på idén och medelvärdet blev 2,3 på en femgradig skala där 1 var ”tror inte alls på idén” och 5 var ”tror mycket på idén”. Exempel på motiveringar:

”Om man inte har fysiska möten så kommer man att tappa dialogen och lärandet av varandra. Vissa faktauppgifter kan man däremot samla in via Internet.”

”Inloggning på webbforum kan aldrig ersätta den levande dialog som uppstår i det personliga mötet. Det skulle kunna vara ett komplement för att fortsätta diskussioner eller för fördjupade reflektioner efter ett möte. Men inte i stället för.”

”Man missar ju möjligheten till samarbete och kommentarer från övriga i gruppen, vilket kan vara viktigt.”



Även Socialstyrelsen bedömer att denna form inte kommer att ge särskilt mycket. Socialstyrelsen gör nu den sammanvägda bedömningen att andra satsningar inom området framöver är att föredra. Socialstyrelsen planerar att använda forumets kontaktnät i dessa satsningar t.ex. genom att via e-post inhämta goda exempel på förebyggande arbetssätt för att använda i kommande aktiviteter.

## Bilaga 4. Samordning

### Samordning

I uppdraget ingick att Socialstyrelsen skulle samordna arbetet med de tre andra regeringsuppdrag som tillsammans bildar regeringens åtgärdsprogram. Totalt har samordningsgruppen bestående av representanter från de fyra uppdragen haft möten vid 11 tillfällen. Gruppen har fungerat som ett discussionsforum som gett stöd och synpunkter till respektive uppdrag. Tidigt enades samordningsgruppen om tanken på en nollvision vad gäller tvång och begränsningar inom vården och omsorgen om vuxna. Det innebär att alla var överens om att tvång och begränsningar på sikt inte ska förekomma. För att nå målet behöver vården och omsorgen om vuxna få stöd för att bli bättre och effektivare på att undvika och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, likväl som situationer som riskerar att övergå i tvång och begränsningar.

Gemensamma frågor och intressen inom samordningsgruppen har resulterat i ett antal gemensamma aktiviteter:

- Socialstyrelsen ordnade ett seminarium kring juridiska frågor.
- Myndigheten för delaktighet (MFD) ordnade ett studiebesök hos Micasas visningslägenheter kring miljö, hjälpmedel och teknik i Stockholm.
- MFD genomförde ett seminarium om juridik och ny teknik.
- Svenskt Demenscentrum gav initialt information om BPSD-registret.
- Samordningsgruppen presenterade tillsammans åtgärdsprogrammet vid Demensdagarna i Karlstad våren 2014.

Under hösten 2014 har en diskussion pågått inom gruppen om hur resultaten från de olika uppdragen ska kunna spridas. Det har blivit alltmer uppenbart att de olika uppdragen tillsammans bildar en större helhet av stöd som skulle vinna på att presenteras ihop. Det har också visat sig att det pågår en del andra näraliggande aktiviteter vilka passar väl in i denna helhet.

Eftersom Socialstyrelsen via regleringsbrevet för 2015 fått regeringens uppdrag att sprida de kunskaper och det stöd åtgärdsprogrammet arbetat fram, kommer aktiviteter i detta syfte att påbörjas under våren 2015.

Därutöver kommer samordningsgruppen att presentera vad satsningen lett fram till under Demensdagarna i Karlstad 2015.

# Bilaga 5. Socialstyrelsens råd för etiska frågor

## Etiska rådets utskott

I Socialstyrelsens råd för etiska frågor ingår ett utskott för sociala frågor som har hanterat ett urval av etiska dilemman från verksamheter på socialtjänstens område. Utskottets diskussioner och slutsatser är inte rådgivande utan lyfter snarare fram ett sätt att tänka kring dessa situationer. Ett antal etiska problem har behandlats av utskottet mellan åren 2007 och 2014. Det sociala utskottet är för närvarande vilande.

I etiska rådets sociala utskott ingick fram till 2014 Erik Blennberger, teologie doktor, Ersta Sköndal högskola, Göte Appelberg, jurist, Gunnel Gyllander, socialchef, Mora kommun, Barbro Lewin, medicine doktor, Uppsala universitet, Mikael Sandlund, psykiatriker, Umeå universitetssjukhus samt Gunilla Silfverberg, professor, Ersta Sköndal högskola.

Av alla de 110 frågor som behandlats i utskottet 2007–2014 kan 30 sägas tillhöra gruppen kring tvångs- och begränsningsåtgärder. Ur dessa 30 diskussionsfrågor utkristalliseras några större ämnesområden. Dessa är frågor om när säkerhet är viktigare än den enskildas känsla av frihet; om personal ska ingripa när en person har ett problematiskt förhållande till mat och dryck; frågor kring hygien och slutligen frågor om hur personal kan hjälpa och stödja utan att kränka.

## Juridiska aspekter

Utskottets svar inleds alltid med att man visar på de juridiska aspekterna på det aktuella problemet. Enligt svensk lag har en myndig person full rätts-handlingsförmåga. I 2 kap. RF beskrivs personens grundläggande fri- och rättigheter i förhållande till det allmänna, det vill säga till domstolar, myndigheter och andra allmänna organ. Lagar som hanterar förhållanden mellan enskilda personer och myndigheter får inte innebära inskränkningar av personens fri- och rättigheter. Vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder framgår av 2 kap. 6 och 8 §§ RF att den enskilda i förhållande till det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövanden. I detta ingår bland annat påtvingad dusch, tvångsmedicinering och inlåsning. För att tvångsåtgärder ska få användas krävs uttryckligt lagstöd (2 kap. 20 och 21 §§ RF). Exempel på sådant stöd finns i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Enligt SoL och LSS ska verksamheten bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § 3 st. SoL och 6 § LSS). Det innebär att stor hänsyn ska tas till den enskildas önskemål när det gäller hur insatserna ska utformas och även dess omfattning (jfr även 3 kap. 5 § SoL). Det innebär också att myndigheter i de flesta fall endast kan erbjuda hjälp och stöd till den enskilda, men inte ingripa i dennas levnadssätt mot den enskildas vilja om det inte finns ett direkt lagstöd. Den enskilda bestämmer själv gränserna för det stöd som socialtjänstens personal kan ge och självbe-

stämmanderätten ger denna också rätt att tacka nej till erbjudna insatser. Även för personer med nedsatt beslutsförmåga gäller principen om självbestämmande.

## Etiska aspekter

Självbestämmandeprincipen ska alltid vara vägledande i socialtjänstens arbete. Det innebär att personalen alltid ska samråda med den enskilda i alla beslut som påverkar dennas livsföring. Många av de frågor och dilemman som etiska rådets utskott tagit upp handlar om problem som kan uppkomma när den enskilda har begränsad förmåga att själv bedöma sina behov och se konsekvenser av sitt handlande.

Att den enskilda har rätt att bestämma över sin person och egendom kan medföra att denna försätter sig i problematiska situationer eller fattar beslut som av till exempel vårdpersonal eller närstående anses vara olämpliga eller farliga för den enskildas hälsa.

I alla de svar som etiska rådets utskott ger betonas personalens handlingar, relation till den enskilda och förhållningssätt som det viktigaste för att kunna reda ut en besvärlig situation. Ytterst är det alltid ledningens sak att organisera verksamheten så bra som möjligt och ansvara för att ledningssystemet fungerar vad gäller ledarskap, rutiner och kompetensutveckling.

När en situation uppstår där personalen ser en begränsningsåtgärd som det enda möjliga för att inte riskera någons hälsa och välbefinnande och den enskilda säger nej till stöd och insatser så kan man inte tvinga denna att acceptera åtgärden. Det innebär bland annat att vårdpersonal inte i smyg får behandla den enskilda på ett sätt som strider mot dennas vilja eller som denna inte samtyckt till. Personalen bör fråga sig varför en person alltid vandrar omkring, varför någon dricker, varför en person inte vill duscha och så vidare. Kan dessa beteenden vara uttryck för något outtalat? Etikrådet ger inga entydiga råd vid dessa situationer utan personalen måste försöka hitta orsaken till beteendet. I vissa fall kan närstående ge en bakgrund. Även om den bakomliggande orsaken inte kan fastställas ska personalen alltid arbeta motivationsskapande.

## Sätt att samtala om etiska problem i vården och omsorgen

Exempel på ett dilemma som personal kan uppleva är när en utvecklingsstörd person vill känna friheten att kunna gå ensam till och från sin dagliga verksamhet. God man och personal är oroliga för riskerna eftersom personen snattar i affärer och går uppe på tågspåren. Etiska rådets utskott menar att det är personalens sak att bedöma konsekvenserna av handlandet och undanröja de risker som kan uppstå. Personalen bör göra en bedömning av de riskfyllda situationer den enskilda kan råka ut för. Samtidigt är ju personalens uppgift också att uppmuntra och stödja den enskilda till självständighet. Den enskildas behov av att uppleva frihet får dock inte gå ut över dennas säkerhet. Det förslag som ges i detta fall är att personalen bör hålla uppsikt över personen och gå några steg efter den så att personen ändå kan känna viss självständighet. Personalen bör också uppmuntra självständighet på andra områden och hitta något annat som kan stärka personens frihetskänsla.

Ett annat fall som belyser en problematisk situation rör en person som lider av Alzheimers sjukdom. Personen trivs på boendet men blir aggressiv om man försöker få personen att duscha. Personen har inte duschat på 13 veckor. Personalen är orolig för personens hälsa och för att bli anmälda. Som offentligt anställd personal har man inte rätt att medverka till att försämra någons livssituation, rent hälsomässigt. Hur långt sträcker sig då någons självbestämmande? Enligt lagstiftningen har man rätt att gå ner sig. Här ställer etiska rådets utskott frågan om det kan vara så att den som vägrar duscha försvarar sin identitet. Skyddar sig personen mot något som inte är hans eller hennes eget val med att inte ta av sig kläderna? Det kanske kan avhjälpas med att inreda ett rum med spakänsla eller att åka iväg till en badanläggning. Hur farlig är den bristande hygien för personen? I detta fall var rådet inte helt enigt i sitt svar. Några ledamöter ansåg att det kunde vara rimligt att med hjälp av någon insats av tvångskaraktär, till exempel någon lugnande medicin, få personen att bada en gång i månaden. Det förutsätter dock skärpt tillsyn tills medlet har gått ur kroppen.

Etiska rådets utskott påtalar också att ibland kan den enskilda ha en annan värdeskala om vad som är bra i livet. Även om det ur normalitetssynpunkt kan verka absurt kanske man ändå ska respektera en persons agerande om det inte skadar andra och inte är självdestruktivt. Personal bör vara observant på om de utgår från sina egna värderingar, som inte alls behöver stämma överens med den enskildas värderingar.

Tvångsåtgärder bör enligt rådet aldrig användas. Personalens stora utmaning är att förstå, arbeta pedagogiskt med motivationsarbete och med flexibla arbetssätt och att reflektera över sina egna och omgivningens värderingar.

# Bilaga 6. Kvalitetsdeklarationer av genomförda enkätundersökningar

## Enkät avseende äldreboenden

### *Undersökningens upplägg*

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät under försommaren 2014. Ett informationsbrev samt en länk till enkäten skickades i början av maj till registratorerna i ett slumpmässigt urval av kommuner och stadsdelar. Drygt tre veckor senare skickades en påminnelse till dem som ännu inte besvarat enkäten och ytterligare en dryg vecka gjordes en ny påminnelse.

### *Population*

Populationen bestod av rikets kommuner där storstadskommunerna i Stockholm, Göteborg och Malmö ersatts av sina respektive stadsdelar. Totalt bestod populationen av 287 kommuner och 29 stadsdelar.

### *Urval*

Det obundna slumpmässiga urvalet bestod av 60 kommuner/stadsdelar.

### *Statistiska mått och redovisningsgrupper*

Svaren på den aktuella frågan redovisas på riksnivå.

### *Ramtäckning*

Med ramtäckning avses i vilken utsträckning undersökningen nått de objekt som var föremål för mätning. Ramen består i denna undersökning av rikets kommuner och storstädernas stadsdelar och ramtäckningen är komplett.

### *Mätning*

I samband med datainsamlingen kan mätfel förekomma. Som i alla undersökningar baserade på frågeformulär kan mätfel förekomma på grund av att en fråga missuppfattats. Orsaken kan bland annat vara mätinstrument, informationssystem och insamlingssätt.

### *Bortfall*

Av urvalets 60 kommuner/stadsdelar har 51 besvarat enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 85 procent.

Även kommuner/stadsdelar som besvarat enkäten har i enstaka fall lämnat en fråga obesvarad. Detta s.k. interna bortfall är högst på frågan om det finns skriftliga rutiner eller liknande som beskriver när skyddsåtgärder inom särskilt boende får användas. Två kommuner/stadsdelar har inte svarat på denna fråga.

### *Bearbetning*

Fel kan också uppstå vid bearbetningen av materialet. För att minska risken för denna typ av fel finns kontroller vid såväl registrering, granskning, rättning samt vid slutkontroll av resultatet.

### *Jämförbarhet och sam användbarhet*

Resultaten behöver inte alltid avspegla faktiska förhållanden. Avvikelsena kan bero på mätfel – till exempel kan frågor och anvisningar ha tolkats olika.

## Enkät avseende bostad med särskild service för vuxna

### *Undersökningens upplägg*

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät under sommarmånaderna 2014. Ett informationsbrev samt en länk till enkäten skickades i slutet av maj till registratorerna i ett slumpmässigt urval av kommuner och stadsdelar. Drygt tre veckor senare skickades en påminnelse till dem som ännu inte besvarat enkäten och mot slutet av augusti gjordes ytterligare en påminnelse.

### *Population*

Populationen bestod av rikets kommuner där storstadskommunerna i Stockholm, Göteborg och Malmö ersatts av sina respektive stadsdelar. Totalt bestod populationen av 287 kommuner och 29 stadsdelar.

### *Urval*

Det obundna slumpmässiga urvalet bestod av 60 kommuner/stadsdelar.

### *Statistiska mått och redovisningsgrupper*

Svaren på den aktuella frågan redovisas på riksnivå.

### *Ramtäckning*

Med ramtäckning avses i vilken utsträckning undersökningen nått de objekt som var föremål för mätning. Ramen består i denna undersökning av rikets kommuner och storstädernas stadsdelar och ramtäckningen är komplett.

### *Mätning*

I samband med datainsamlingen kan mätfel förekomma. Som i alla undersökningar baserade på frågeformulär kan mätfel förekomma på grund av att en fråga missuppfattats. Orsaken kan bland annat vara mätinstrument, informationssystem och insamlingsätt.

### *Bortfall*

Av urvalets 60 kommuner/stadsdelar har 45 besvarat enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 75 procent.

Det förekommer det att respondenter besvarar en enkät men lämnar enskilda frågor obesvarade. I denna undersökning gäller det två kommuner/stadsdelar som vardera inte besvarat en av frågorna.

### *Bearbetning*

Fel kan också uppstå vid bearbetningen av materialet. För att minska risken för denna typ av fel finns kontroller vid såväl registrering, granskning, rättning samt vid slutkontroll av resultatet.

### *Jämförbarhet och sam användbarhet*

Resultaten behöver inte alltid avspegla faktiska förhållanden. Avvikelsena kan bero på mätfel – till exempel kan frågor och anvisningar ha tolkats olika.

## Enkät avseende boendestöd

### *Undersökningens upplägg*

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät under sensommaren 2014. Ett informationsbrev samt en länk till enkäten skickades i slutet av augusti till registratorerna i ett slumpmässigt urval av kommuner och stadsdelar. Drygt tre veckor senare skickades en påminnelse till dem som ännu inte besvarat enkäten och efter ytterligare en vecka gjordes en ny påminnelse. En sista påminnelse sändes ut i mitten av oktober.

### *Population*

Populationen bestod av rikets kommuner där storstadskommunerna i Stockholm, Göteborg och Malmö ersatts av sina respektive stadsdelar. Totalt bestod populationen av 287 kommuner och 29 stadsdelar.

### *Urval*

Det obundna slumpmässiga urvalet bestod av 60 kommuner/stadsdelar.

### *Statistiska mått och redovisningsgrupper*

Svaren på den aktuella frågan redovisas på riksnivå.

### *Ramtäckning*

Med ramtäckning avses i vilken utsträckning undersökningen nått de objekt som var föremål för mätning. Ramen består i denna undersökning av rikets kommuner och storstädernas stadsdelar och ramtäckningen är komplett.

### *Mätning*

I samband med datainsamlingen kan mätfel förekomma. Som i alla undersökningar baserade på frågeformulär kan mätfel förekomma på grund av att en fråga missuppfattats. Orsaken kan bland annat vara mätinstrument, informationssystem och insamlingsätt.

### *Bortfall*

Av urvalets 60 kommuner/stadsdelar har 43 besvarat enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 72 procent.

Även kommuner/stadsdelar som besvarat enkäten har i enstaka fall lämnat en fråga obesvarad. Detta s.k. interna bortfall är högst på frågan om personalen i verksamheterna informerar anhöriga/gode män om att det finns åtgärder som man inte får ta till utan att ha den enskildes samtycke. Fem kommuner/stadsdelar har inte besvarat denna fråga. Tre kommuner/stadsdelar har inte svarat på frågan om det finns skriftliga rutiner eller liknande som beskriver när skyddsåtgärder får användas. Även frågan om det är möjligt att bedriva vård och omsorg i verksamheterna utan att använda åtgärder mot den enskildes vilja har lämnats obesvarad av tre kommuner/stadsdelar.

### *Bearbetning*

Fel kan också uppstå vid bearbetningen av materialet. För att minska risken för denna typ av fel finns kontroller vid såväl registrering, granskning, rättning samt vid slutkontroll av resultatet.

### *Jämförbarhet och sam anvä ndbarhet*

Resultaten behöver inte alltid avspegla faktiska förhållanden. Avvikelse rna kan bero på mätfel – till exempel kan frågor och anvisningar ha tolkats olika.