



|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| Rubrik specificerande dokument                              | Omfattar område/verksamhet/enhet                                     | Sidan 1 av 10     |
| <b>RIKTLINJER</b>   | Vård och omsorg  |                   |
| Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)            | Beslutande organ   | Gäller från datum |
| Särskild arbetsgrupp  | Mas/mar-gruppen<br>Delgivet respektive socialnämnd eller motsvarande | 2012-01-01        |
| Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning) | Version nr   | Reviderad datum   |
| Mas/mar-gruppen   | 1  |                   |

## **Skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med allvarlig kognitiv störning**

# INNEHÅLL

|   |    |
|---|----|
| Inledning/uppdrag .....                                       | 3  |
| Rättsläget .....  | 3  |
| Vilka omfattas av begreppet allvarlig kognitiv störning ..... | 4  |
| Vad är skydds och begränsningsåtgärder .....                  | 4  |
| Samtycke .....  | 4  |
| Förhållningssätt/åtgärder .....                               | 5  |
| Bilaga 1 .....  | 9  |
| Checklista/riskanalys inför eventuella åtgärder .....         | 9  |
| Bilaga 2 .....  | 10 |
| Bedömningsblankett skydds- och begränsningsåtgärder .....     | 10 |

## INLEDNING/UPPDRAG

Socialstyrelsens har i juni 2010 upphävt föreskrifterna om begränsningsåtgärder (1980:87 och 1992:17). Inga nya föreskrifter eller förtydliganden kommer. På Socialdepartementet pågår dock handläggning angående frågan om framtida lagstiftning gällande tvångs- och skyddsåtgärder i vården av personer med demenssjukdom. Man gav Svenskt Demenscentrum uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt och belysa dessa frågor. En rapport från Svenskt Demenscentrum; ”*För vems skull?*” (2010) ger en bra vägledning i förhållningssätt i frågan.<sup>1</sup>

Beslutet att upphäva SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17 innebär att riktlinjer som kommuner tidigare har fastställt med dessa föreskrifter och allmänna råd som grund inte längre kommer att ha det stödet. Beslut som innebär tvång eller frihetsinskränkningar som saknar stöd i lag strider mot regeringsformen.

Örebro läns nätverksgrupp för medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) har konstaterat att chefer, personal och politiker behöver stöd i hantering av skydds och begränsningsåtgärder. En arbetsgrupp har fått i uppdrag att se över rättsläget och ge förslag på hur man kan förhålla sig i frågan. Arbetsgruppen har valt att utgå ifrån rapporten från Svenskt Demenscentrum: ”*För vems skull?*” Detta arbete kommer att införlivas i den regionala riktlinjen för vård och omsorg av demenssjuka.

### **Arbetsgruppens sammansättning:**

Anne Makkonen, demenssköterska, Laxå kommun

Britten Uhlin, MAR, Örebro kommun

Christina Irdell Evetun, demenssköterska, Askersunds kommun

Margareta Rosén, enhetschef, Nora kommun

Margareta Hansson, utvecklingsledare, Regionförbundet Örebro

Utifrån denna regionala överenskommelse bör lokala rutiner tillskapas.

## RÄTTSLÄGET

Enligt 3 kap.3§ SoL skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Detta förutsätter enligt förarbetena (prop.1996/97:124 s 53) bl.a. att omsorgs- och vårdinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap.3§SoL).

Både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet, och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Det innebär att den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Hälso- och sjukvården och Socialtjänsten ska bl.a. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

---

<sup>1</sup> *För vems skull?* Om tvång och skydd i demensvården. Svenskt Demens Centrum, Lars Sonde, Gunilla Nordberg, Anna Liisa Suvanto och Sven Erik Wänell.

Det är vårdgivaren som är ansvarig för att insatserna har en god kvalitet och att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska bl.a. att se till att verksamheten har tillräcklig bemanning, att personalen har rätt kompetens för de arbetsuppgifter de ska utföra och att verksamheten bedrivs i lämpliga lokaler för att leva upp till de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.

## **VILKA OMFATTAS AV BEGREPPET ALLVARLIG KOGNITIV STÖRNING**

Endast personer över 18 år omfattas. Huvudgruppen är personer med måttlig eller allvarlig demens. Även människor med en kognitiv nedsättning av andra orsaker t.ex. en traumatisk hjärnskada och vuxna med utvecklingsstörning ingår.

## **VAD ÄR SKYDD OCH BEGRÄNSNINGSÅTGÄRDER**

En och samma åtgärd kan dels förekomma med personens samtycke dels vara en tvångsåtgärd om den tillhandahålls mot personens vilja eller i syfte att frihetsbegränsa personen. Exempel: Ett bälte kan vara ett hjälpmedel som bidrar till att personen sitter bra och känner sig trygg och säker men en tvångsåtgärd om syftet är att begränsa personen från att röra sig fritt. Bältet kan också vara en otillåten tvångsåtgärd om personen visar att han eller hon inte vill vara fastspänd utan upplever det obehagligt.

Andra hjälpmedel som kan vara begränsningsåtgärder är t.ex. brickbord till rullstol, sänggrindar, olika sorters individuella larm eller andra tekniska lösningar som lås, kamera/video övervakning, GPS sändare m.m.

Även omvårdnadsåtgärder, som t.ex. att ge läkemedel eller hjälp vid hygien, kan vara tvångsåtgärder om personen själv inte ger sitt samtycke till åtgärden.

## **SAMTYCKE**

Vid kognitiv nedsättning kan det ibland vara svårt få klart uttryckligt samtycke. Samtycke kan ges på olika sätt. Det kan t.ex. visas genom hur man agerar om man samtycker till en viss åtgärd eller inte. Det är viktigt med etisk förhållningssätt och att försöka hitta andra sätt att få samtycke till en åtgärd. Det är också viktigt att väga åtgärden mot frånvaro av åtgärd. Målet bör vara bevarande av optimal självkänsla och hälsa.

**Anhöriga, god man eller förvaltare kan inte samtycka istället för personen själv eller kräva att socialtjänsten eller hälso- sjukvården ska använda tvångsåtgärder. Det kan däremot vara nödvändigt att fråga dessa personer, lyssna in och samråda, vad personen själv skulle ha samtyckt till om han/hon kunde ge sitt samtycke.**

Utan någon form av samtycke från personen får inga tvångsåtgärder tillämpas. Observera att det inte är tillåtet att använda bälte, brickbord, mattlarm och rörelsedetektorer trots samtycke från personen om syftet är att begränsa en enskilds rörelsefrihet, bristande bemanning eller hålla fast någon som är orolig.

### **Samtycke från den enskilde kan vara:**

- *Uttryckligt samtycke* avser att man aktivt antingen skriftligt eller muntligt eller genom t.ex. en jakande nick ger sitt samtycke till en viss åtgärd.

- *Konkludent samtycke* består i att den enskilde agerar på ett sätt som underförstått visar att han eller hon samtycker, t.ex. genom att underlätta åtgärdens genomförande .
- *Presumerat samtycke* bygger på att den som ska vidta åtgärden förutsätter att den är förenlig med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck.
- *Hypotetiskt samtycke* beskrivs ibland som en särskild form av presumerat samtycke. Med hypotetiskt samtycke förstås att något samtycke faktiskt inte föreligger från den det gäller, men att han eller hon skulle ha samtyckt till åtgärden om han eller hon hade getts tillfälle att ta ställning i frågan. Det har i lagstiftningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst inte helt klarlagts under vilka omständigheter ett hypotetiskt samtycke får användas
- *Inre samtycke* avser situationer då den enskilde är fullt medveten om vad som planeras och faktiskt samtycker till åtgärden i fråga, men inte på något sätt låter detta samtycke komma till uttryck. Det går i denna situation endast att anta eller presumera att den enskilde samtycker. Ett sådant antagande måste bygga på att den berörde har informerats om den planerade åtgärden och då inte har gett uttryck för någon motvilja mot att den genomförs. Kraven på samtyckets art bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur. Exempel på sådana åtgärder är fastspänning i bälte och inlåsning.

## FÖRHÅLLNINGSSÄTT/ÅTGÄRDER

### Teamarbete

Viktigt med ett arbetssätt där alla funktioner och professioner finns i ett gemensamt sammanhang det vill säga ett team. Teamet är viktigt för att göra bedömning av förhållningssätt och åtgärder. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för patienten/brukare.

### Innan en skyddsåtgärd kan bli aktuell eller tas bort ska följande göras:

- utföra *riskanalys* för alla patienter/brukare som har eller kan få behov av skydds- och begränsningsåtgärder.
- *vårdplan upprättas* och dokumenteras i patientens journal med tydlig problembeskrivning, vilka andra åtgärder som prövats, syfte med åtgärden, när uppföljning ska ske. Även ställningstagande att inte vidta någon åtgärd är viktig att dokumentera.
- *individuell vårdplanering/genomförandeplan/handlingsplan*, där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktperson, omvårdnadspersonal, läkare, patient och närstående rekommenderas att delta. (utifrån lokala rutiner)
- *belysa problemet etiskt*, vad vinner vi, vad förlorar vi, kränker vi personen med eller utan åtgärd
- *analysera syftet*, åtgärden ska inte vara istället för personal eller andra brister i vård/omvårdnad
- *inhämta samtycke och dokumentera*
- *dokumentation för sjuksköterskor och arbetsterapeuter* enligt lokala rutiner och utifrån respektive yrkesfunktion och lagrum Sol, LSS, HSL.

- *ordination/förskrivning/inköp* utifrån yrkesfunktion alternativt beställning enligt lokal rutin.
  - Exempel på ansvarsområden:
    - Arbetsterapeut - bälte, brickbord, sängbord
    - Sjuksköterska - särskilda omvårdnadsinsatser
    - Enhetschef/Områdeschef – verkställighet av besluten
- *planering för hur patienten ska kunna få hjälp med att ta sig ut* dels i normala situationer, dels i en situation som kräver utrymning. På ett demensboende kan det t ex. innebära att det måste finnas personal som kan bevaka ytterdörren, försöker avleda eller följa med patienten ut.
- *planering för hur personal som ska utföra hälso- och sjukvård eller insatser enligt socialtjänstlagen ska kunna få tillträde till patientens bostad*
- *medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering informeras och sammanställer rapport till ansvarig nämnd. (eller enligt lokal rutin).*

### **Information till vårdpersonal**

Om patienten vid något tillfälle visar motvilja mot skyddsåtgärden gäller inte tidigare lämnat samtycke. Personalen ska då inte lämna patienten utan tillsyn. Lokal rutin ska finnas för ställningstagande till åtgärd. Även ställningstagande att inte vidta någon åtgärd är viktig att dokumentera.

### **Frihetsberövande**

Med frihetsberövande anses fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område. Personen kan t.ex. vara förhindrad att lämna vissa lokaler, genom att han eller hon saknar nyckel till dörrarnas låsanordningar eller inte behärskar den – kanske i och för sig okomplicerad – teknik som krävs för att öppna dörren. Det samma gäller de fall där nyckeln förvaras på en plats som är åtkomlig, men som den enskilde inte informeras om eller förväntas glömma bort.

Avgörande är alltså om den enskilde faktiskt är förhindrad att avlägsna sig från området i fråga. Olaga frihetsberövande blir det om den enskilde vid behov inte får hjälp ta sig ut om den enskilde så önskar.

### **Nödrätten**

Bestämmelserna om nödrätten gäller generellt. Inom vård och omsorg är det främst vid fara för liv och hälsa som det kan bli aktuellt. Nödrätten kan endast användas i undantagsfall och får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden utan endast vid enstaka händelser. Situationen måste vara sådan att det finns en verklig allvarlig och överhängande fara för liv och hälsa. T.ex. någon går ut oklädd i 20 graders kyla.

### **Låsta dörrar**

Det är möjligt att ha ytterdörren till en särskild boendeform låst, så som man brukar i ett hem. Om den enskilde av något skäl inte kan öppna dörren måste han eller hon utan fördröjning kunna få hjälp med att öppna den. Bemanningen måste vara dimensionerad så att personal inom loppet av några minuter kan uppmärksamma att en enskild vill ut.

Om man låser dörren till den enskildes rum eller bostad med hans eller hennes samtycke och han eller hon har svårigheter att ta sig ut själv måste det finnas en planering för hur den enskilde ska kunna få hjälp med att ta sig ut utan dröjsmål dels i normala situationer, dels i en situation som kräver utrymning vid t.ex. brand.

Ett kodlås är det samma som en låst dörr för de flesta personer med måttlig eller svår kognitiv störning. Koden ska finnas väl synlig i närheten till dörren. Ett alternativ kan vara elektromekaniska hotellås där personen är fri att gå ut och in med hjälp av RFID (Radio Frequency Identifikation) utan att obehöriga har tillträde.

Vidare behöver det finnas en planering för hur personal som ska utföra hälso- och sjukvård eller insatser enligt socialtjänstlagen ska kunna komma in.

Man kan ha en grind som är svåröppnad för att fördröja så att personalen hinner i kapp den enskilde. Grinden får dock inte vara konstruerad så att den enskilde inte själv kan öppna den och lämna området.

### **Individuella larm**

Man kan använda larm med den enskildes samtycke men inte mot hans eller hennes vilja. Det kan dels vara larm där den enskilde själv larmar, dels larm där andra kan söka efter den enskilde om han eller hon har försvunnit.

Nödsändarsystem som aktiveras av polisen finns för personer som kan misstänkas gå vilse. Sändaren bärs som ett armbandsur, är passiv tills ett behov av att aktivera uppstår.

Sändaren leasas på antingen 6 mån eller 1 år.

De olika individuella larmanordningarna är inga medicintekniska hjälpmedel.

### **Mattlarm eller rörelsedetektorer**

Man kan använda tekniska lösningar som s.k. mattlarm eller rörelsedetektorer med den enskildes samtycke. Innan en sådan lösning används behöver det klarläggas vilket problem som ska lösas med t.ex. mattlarmet. Om avsikten är att en enskild som av fysiska eller intellektuella skäl har svårt att påkalla hjälp kan det vara en bra lösning. Är syftet att på grund av bristande bemanning övervaka den enskilde är det inte tillåtet.

Man får inte använda tekniska lösningar som s.k. mattlarm och rörelsedetektorer mot den enskildes vilja.

Man får inte använda mikrofoner eller videokameror för övervakning av den enskilde i hans eller hennes bostad. Det skulle innebära en alltför stor inskränkning i den enskildes integritetsskydd. Det kan även innebära att andra personer som vistas i den enskildes bostad, t.ex. anhöriga, besökare eller personal övervakas eller filmas.

### **Bälte**

Med den enskildes samtycke kan man använda olika former av bälten, under förutsättning att syftet är att det ska vara en hjälp för den enskilde. Om syftet är att den enskilde ska kunna sitta upp vid t.ex. måltider och aktiviteter kan det vara en bra lösning. Är syftet att hålla fast en orolig person eller av annat skäl begränsa den enskildes rörelsefrihet, får man inte använda bälte även om den enskilde samtycker.

Bälten förskrivs som medicintekniska produkter och då ska Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården tillämpas. Av 3 kap. 8 § Socialstyrelsens SOSFS 2008:1 framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonal som

använder och hanterar medicintekniska produkter ska ha kunskap om riskerna vid användning av produkterna.

Enligt 3 kap. 9 § SOSFS 2008:1 ska den som förskriver eller lämnar ut en medicinteknisk produkt bl.a. bedöma behovet av anpassning av patientens hemmiljö för att produkterna ska fungera tillsammans på ett säkert sätt, informera användaren om hur produkten ska användas och de åtgärder som ska vidtas i enlighet med tillverkarens säkerhetsföreskrifter.

### **Brickbord (rullstolsbord)**

Man kan använda brickbord med den enskildes samtycke. Innan en sådan lösning används behöver det klarläggas vad syftet med brickbordet är. Om syftet är att möjliggöra för personen att genomföra en meningsfull aktivitet kan det vara en bra lösning. Om syftet är att på grund av bristande bemanning begränsa den enskildes rörlighet är det inte tillåtet.

Man får inte använda brickbord mot den enskildes vilja.

### **Sänggrindar**

Man kan använda sänggrindar med den enskildes samtycke.

Man får inte använda sänggrindar mot den enskildes vilja.

### **Förskrivet hjälpmedel**

Man får inte använda ett förskrivet hjälpmedel mot den enskildes vilja.



**CHECKLISTA/RISKANALYS inför eventuella ÅTGÄRDER**

All personal eller närstående som uppmärksammar behov av begränsningsåtgärder bör kontakta sjuksköterska/arbetsterapeut/enhetschef för att utredning ska påbörjas. Detta gäller också när behovet av beslutade begränsningsåtgärder inte finns kvar.

Vikten av teamsamverkan och dokumentation bör betonas.

- Beskriva vad syftet med åtgärden är.
- Kontrollera om det finns samtycke. Har personen förmåga att ge uttryckligt samtycke, fatta adekvata beslut om sig själv eller inte?
- Rör det sig om ett tillfälligt tillstånd eller en permanent nedsättning av beslutsförmågan? Varierar förmågan vid olika tider på dagen?
- Vad har personen tidigare uttryckt som sin vilja – detta är vägledande men inte styrande, det är alltid situationen här och nu som måste bedömas.
- Hur kan man tolka vad personen vill, vad står t.ex. ett ”nej” för? Medlet är den empatiska och kunniga personalen.
- Beror behovet av begränsningsåtgärd på något åtgärdbart medicinskt problem, felaktig medicinering eller liknande? En grundlig medicinsk bedömning måste göras.
- Beror behovet av begränsningsåtgärd på brister i vård och omsorg eller andra faktorer? Olika professioner rekommenderas delta i bedömningen såsom, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, demenssjuksköterska, biståndshandläggare, omvårdnadspersonal, områdeschef/enhetschef.
- Olika omvårdnads- och omsorgsåtgärder måste prövas och noga dokumenteras innan begränsningsåtgärd övervägs.
- Om en begränsningsåtgärd bedöms nödvändig så ska den vara tidsbegränsad, följas upp och efter kort tid omprövas.
- Utredning ska innehålla en etisk diskussion. Vad vinner vi? Vad förlorar vi? Hur mycket kränker vi individen i och med den åtgärd vi föreslår? Utredningen måste såväl avse om det finns medicinska faktorer som orsakar de svårigheter som ska lösas som om dessa beror på brister i omvårdnads/omsorgssituationen.
- Pröva/utesluta andra alternativ som kan vara mindre begränsande för personen. Ex. hellre larm än lås. Vissa åtgärder kan vara olika integritetskränkande – och i olika situationer. Dialog med andra professioner och personer som känner den enskilde .
- Om en begränsningsåtgärd övervägs så ska dialog ske med anhöriga, god man om sådan är förordnad, och tydlig information ska lämnas till berörda.

Utredningen utmynnar i en bedömning och beslut. Åtgärden som vidtas skall rymmas inom gällande lagar och riktlinjer. Beslut skrivs på särskild blankett. Beslutet ska anmälas till MAS/MAR som sammanställer rapport till ansvarig nämnd om antal beslut. (eller enligt lokal rutin)

## Bedömningsblankett skydds- och begränsningsåtgärder

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Namn:   |                       |
| Personnummer:   |                       |
| Gäller ny åtgärd:   | Utsättning av åtgärd: |
| Har riskanalys utförts?   |                       |
| Syftet med åtgärden:  |                       |
| Kan personen ge samtycke?   |                       |
| Finns samtycke?   |                       |
| I vilken form har samtycke getts?   |                       |
|   |                       |
| Har läkare kontaktats för medicinsk bedömning?  |                       |
| Vilken bedömning har läkaren gjort?   |                       |
|   |                       |
| Vid borttagande av åtgärd, beskriv orsak och vad som görs istället?   |                       |
|   |                       |
| Har andra alternativ som innebär mindre begränsning provats (ex hellre larm än lås)   |                       |
|   |                       |
| Har vårdplanering genomförts? Vilka deltog? Vilka överenskommelser gjordes?   |                       |
|   |                       |
| Etisk diskussion – vad vinner vi? – vad förlorar vi? – kränker vi?  |                       |
|   |                       |
| Beror problemet på brister i omvårdnad, bemötande eller personalbrist? Vilka brister? Vilka åtgärder har gjorts/planeras?   |                       |
|   |                       |
| Har dialog förts med anhöriga eller god man? Vilka var deras synpunkter?  |                       |
|   |                       |
| Vilka berörda yrkeskategorier deltog i beslut – sjuksköterska, arbetsterapeut, kontaktperson, omvårdnadspersonal och områdes/enhetschef. Hur har samverkan skett? |                       |
|   |                       |
| Har det dokumenterats i genomförandeplanen. Vem ansvarar?   |                       |
|   |                       |
| Finns det planering för utrymning vid ex brand?   |                       |
| Kopia på beslut till MAS/MAR (eller enligt lokal rutin)   |                       |
| När ska uppföljning ske?  |                       |
| Sammanfattande utvärdering. Hur fungerade åtgärden? Samtycke till utsättande av åtgärden? Uppnåddes syftet med åtgärden?  |                       |

Datum

.....

Beslut av ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/områdeschef,  
enhetschef

.....