



2007-05-14

YTTRANDE

Ert Dnr S2006/10302/ST

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

**Yttrande gällande Regler för skydd inom demensvården (SOU 2006:110) –
Betänkande av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer
med nedsatt beslutsförmåga(S2005:02)**

Distriktssköterskeförbundet i Sverige, tackar för möjligheten att avge ett yttrande på detta betänkande.

Uppdraget

Utredaren har haft som uppdrag att pröva om det finns behov av lagstiftning som reglerar användningen av skydds- eller tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdomar.

DSF synpunkter

DSF anser att det är positivt att belysa problematiken som finns idag inom detta område, där det inte finns en transparent hantering av tvång och begränsningsåtgärder. Även om utredningen tar upp och belyser vardagssituationen för många demenssjuka så delar inte DSF utredningens förslag att en tvångslag i kommunal äldreomsorg kommer att förbättra situationen för personer med demenssjukdomar och avstyrker härmed utredningens förslag.

Förslaget som i huvudsak fokuserar på juridiska lösningar som skydd för den demenssjuke tolkar vi kan ha sin grund i att uppdraget till utredning inte är helt klart. DSF saknar att utredningens inte tar avstamp i att regler och skydd för den demenssjuke måste ha en utgångspunkt i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och saknar därmed det omvårdnadsperspektiv som reglerar rätten till god och säker vård oavsett huvudman. Som förslaget är format inträder en oklarhet vilken lag som reglerar hälso- och sjukvårdsinsatser. Man kan uppfatta att denna definierade grupp patienter i detta fall demenssjuka omfattas av annan lagstiftning än HSL när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser såsom läkemedelshantering, nutrition, inkontinensvård, risk för fall, kontrakturprofylax etc.

Vi är därmed också oroliga att begränsningsåtgärder ej baseras på kunskap om patientens hälso- och sjukvård tillstånd utan på andra bevekelsegrunder.

Socialtjänstlagen menar vi inte kan reglera hälso- och sjukvård.

Det är den legitimerad hälso- och sjukvård personalen som utifrån sitt ansvarsområde bedöma om risker utifrån patientens tillstånd. Rutiner och ska tydligt beskrivas i det kvalitetssystem som hälso- och sjukvården ska tillhandahålla så att inga tveksamheter råder på vilka bevekelsegrunder ev åtgärder sätts in.

Alternativa lösningar till begränsning och tvång

DSF anser att det finns alternativa lösningar än begränsningsåtgärder som skydd och önskar att utredningen mer tar hänsyn till den forskning som idag finns inom demensområdet och som ger andra förslag på lösningar och som med små medel skulle kunna ge många av dessa personer ökat skydd, stöd och trygghet. Det finns goda skäl att tro att en god omvårdnad av personer med demenssjukdomar minskar behovet av begränsnings- och tvångsåtgärder. Förutsättningen för en god omvårdnad är en tillitsfull relation mellan vårdaren och personen som vårdas. Distriktssköterskor med områdesansvar och som tidigt har kännedom om patientens och familjen situation kan utgöra en viktig kontakt och kan genom stöd att finna trygga lösningar och minska behovet av tvångslösningar. Många gånger är distriktssköterskan den person som får komma till i hemmet och kan vara den enda förutsättning för att den närstående ska få stöd i riskfyllda och arbetsamma situationer. Distriktssköterskor har ofta långvariga relationer till dessa patienter och som tidigt kan upptäcka missförhållanden och vid behov påkalla ytterligare insatser.

DSF vill här lyfta fram det områdesansvar som distriktssköterskor i decennier tidigare haft. Områdesansvar som innebär att ta ansvar för och att ha god kännedom om såväl de boende som patienter inom området, deras tillstånd, risker, behov och resurser för att tidigt kunna upptäcka och sätta in såväl medicinska, omvårdnadsmissiga och sociala insatser. Att tidigt lära känna den demenssjukes bakgrund, situation och resurser skapar förutsättningar för en tillitsfull relation som skapar trygghet och tillit till att eventuella skyddsåtgärder inte upplevs som tvång. Det finns idag så många situationer som beskriver tvång, samband med personlig omvårdnad, att det leder till att personer med demenssjukdomar blir oroliga, aggressiva eller förtvivlade och med rätta misstänksamma vilket kan rasera en tillitsfull relation för lång tid. Tvång är att kränka en persons integritet och är mycket sällan förenligt med god omvårdnad.

DSF motsätter sig att denna typ av tvång ska regleras av socialnämnd.

Som distriktssköterskor är vi väl medvetna om att olika typer av tvångsåtgärder förekommer. Förslaget till *lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall* tycks till största delen bygga på ett socialt omsorgsperspektiv, där beslut ska fattas antingen av länsrätten eller av socialnämnden. Det framgår inte någonstans att beslutsunderlag vid vissa av de uppräknade tvångsåtgärderna kräver bedömning av en legitimerad sjuksköterska, trots att distriktssköterska/sjuksköterska innehar den högsta kompetensen i kommunen för ställningstaganden som rör omvårdnad och hälso- och sjukvård.

DSF motsätter sig att denna typ av tvång ska regleras av socialnämnd. Patienter med demenssjukdom kräver att de som ska beslutas om tvång/skyddsåtgärder grundas på kunskaper utifrån hälso- och sjukvårdskompetens.

Trygghet åstadkoms genom kontinuitet och kunskap

Enligt vår mening är det särskilt viktigt för svaga gruppers säkerhet som på grund av sjukdom eller funktionshinder har låg autonomi att de tillförsäkras en god och säker hälso- och sjukvård.

Vi emotser dock att om denna typ av tvång ändå behöver ske i undantagsfall och då utifrån beslut som är verkligen till skydd för den enskilde och då inte för att lösa en personalsituation.

Vi ser om detta förslag vinner gehör, stora risker att huvudmännens ambitioner minskar, att ge ökade kunskaper om god vård för den demenssjuke såsom fysisk aktivitet, stödjande vårdmiljö, aktiviteter, musik, sensorisk stimulering, realitetsorientering, validering, beröring, massage eller andra åtgärder som därmed kan minska risksituationer och behovet av begränsningsåtgärder

Att dessa grupper behov av skydd ska omfattas av socialtjänstlag och därmed är det socialnämnd som har att besluta om tvång/skyddsåtgärden kan innebära en allt större risk för den enskilde då de som ska besluta om åtgärder inte i alla delar besitter den kunskap om på vilket sätt sjukdomens påverkan på individen kan innebära.

Specifika begränsningsåtgärder

Användande av sänggrindar, bälten och brickbord

Det är olämpligt att använda sänggrind, brickbord mm för att hindra en person att skada sig om personen själv inte är medveten att denna åtgärd utgör ett skydd. Det är stor risk att åtgärderna ger oönskad effekt och att personen kan uppleva sig hotad, vilket kan leda till ökad skaderisk och otrygghet.

Sänggrindar kan innebära såväl ökad säkerhet som ökad risk för patienten. Utifrån en analys av ansvarsärenden konstaterade Socialstyrelsen redan 1998 att det är en viktig uppgift för den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan att se till att sängutrustningen anpassas efter den enskilde individens behov. Beslut om sänggrindar tas av legitimerad personal med omvårdnadsansvar, som också är ansvarig för uppföljningen samt för dokumentation av underlag och beslut. I Handboken för hälso- och sjukvård www.sjukvardsradgivningen.se, finns det vägledning för personal att bedöma behovet av sänggrindar. Några alternativa lösningar är att ha sänkbara sängar som skydd och därigenom minska risk för fallskada.

Betänkandet problematiserar i allt för liten omfattning eventuella positiva effekter av begränsningsåtgärder. Om en begränsningsåtgärd är att betrakta som en skydds- eller en tvångsåtgärd beror på personens reaktioner på begränsningen. DSF anser att sänggrindar som används till personer som uttrycker att denna åtgärd inger trygghet inte ska betraktas som en tvångs- eller skyddsåtgärd som behöver lagregleras.

Övriga skyddsåtgärder kan vara tex. höftskydd och halksockor istället för bälten eller brickbord .

Ang möjlighet att låsa ytterdörr för enskilda personer

Att låsa dörren utifrån till en persons boende eller enhet, även om kodlås används, innebär i praktiken en oacceptabel inskränkning i den personliga integriteten särskilt på enheter med flera boende där alla blir inlåsta på enheten. Alternativa tekniska lösningar finns idag med larm som aktiveras när personen är på väg att lämna enheten/bostaden vilket är en bättre lösning. Denna åtgärd inger inte samma oro eller instängdhetskänsla som en låst dörr kan göra.

Ang dokumentation, uppföljning och lärande

Eftersom länsstyrelserna idag ställer krav på att den sociala dokumentationen hålls fysiskt avskild från omvårdnadsdokumentation/hälso- och sjukvård, är det av största vikt att det kommer tillstånd ett register där all dokumentation som rör tvångsåtgärder ska finnas samlade på ett ställe. Kravet på en samlad dokumentation bör gälla såväl beslut om tvångsåtgärd som uppföljningar, eventuella avvikelser. DSF uppfattar att rutiner därför ska tydliggöras och ska ingå i det ledningssystem för kvalitet som ska finnas enligt föreskrifter från socialstyrelsen (SOSFS 2005:12 respektive SOSFS 2006:11). Detta innebär att kunskapen om begränsningsåtgärder i det lokala och förhoppningsvis även nationella systemet för uppföljning ska återfinnas i ett nationellt kvalitetsregister/nationellt avvikelshanteringssystem. På så sätt skulle förutsättningar för ett ökat lärande och kunskapen om vilka bedömningsgrunder eller förhållanden som initierar olika typer av begränsnings- eller skyddsåtgärder

Ang god man

DSF har tyvärr idag erfarenheter som innebär frågor avseende på vilka grunder god man utses till företrädare av personer med demenssjukdom. DSF ser gärna det ställs specifika kompetenskrav för de personer som utses till god man för de personer som lider av demens och att en särskild utbildning kommer tillstånd för att ge att "god man" för personer med demenssjukdom ökade kunskaper om på vilket sätt demenssjukdomen påverkar individen

Kompetens

DSF saknar att inte utredningen inte inhämtat mer kunskap om förhållanden genom att använda legitimerade sjuksköterskor med specialistkompetens inom äldreomsorg, och distriktsvård (distriktssköterskor). Dessa har en gedigen utbildning samt forskning och metodkunskap utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv vilket stämmer väl överens med de krav som ställs på god och säker vård för denna patientgrupp av personer med demens

Utredning har haft en intention att klargöra förhållanden och finna lösningar när det gäller insatser och skydd för den demente. DSF oroas över att utredningens förslag till lagstiftning kan tolkas av vårdgivaren, som verksamheten förmåga att ge den demente skydd och därvid rättfärdiga åtgärder av begränsning av låsta avdelningar/inlåsnings kamouflering av läkemedelstilldelning etc och att beslut om tvång/skydd inte kommer att grundas på patientens behov av skydd.

DSF saknar att utredaren inte tydliggjort huvudmännens ansvar för att tillhandhålla personal med rätt kompetens för dessa patienter. DSF vill påtala att det i dag finns stora brister när det gäller tydlighet i ansvar och tillgång till rätt, kompetens, insatser och organisation. Användandet av bästa tillgängliga kunskap om vad för instanser dessa vårdbehövande och deras närstående behöver är otydligt och förhoppning vis kommer detta klargöras i de nationella riktlinjer som kommer. Vi anser att man behöver invänta dessa. Förhoppningsvis klargörs i dessa riktlinjer hur god och säker vård ska åstadkommas för denna patientgrupp så att ett lagförslag om skydd, tvång och begränsningsåtgärder inte ska vara nödvändig.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige

Inger Rising
Ordförande
Manganvägen 42
183 46 Täby

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (DSF), fd Riksföreningen för distriktssköterskor, är en professionell förening med ca 4.500 medlemmar som organiserar Sveriges legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen till distriktssköterska med specialistutbildning som omfattar barn, vuxna och äldre och som ingår som en sektion i Svensk sjuksköterskeförening. www.distriktsskoterska.com