

JUSTITIEOMBUDS- MÄNNENS ÄMBETS- BERÄTTELSE

AVGIVEN VID RIKSMÖTET
1983-84

Bristfälliga insatser inom äldreomsorgen för en 82-årig man och dennes 80-åriga hustru

(Dnr 3131-1982)

I klagomål till JO uppgav en polisman i Malmö att han i sin tjänst uppmärksammat att två åldriga makar genom socialtjänstens och sjukvårdens i Malmö försorg hölls inlåsta i sin bostad. Åtgärden vidtogs för att förhindra att makarna, som båda var förvirrade, lämnade bostaden och därvid kom till skada.

UTREDNING HOS JO

JO beslöt att remittera klagomålen till socialnämnden i Malmö kommun och till sjukvårdsdirektören vid sjukvårdsförvaltningen i kommunen för utredning och yttrande. Vidare lånades handlingarna i ärendet in från Malmö familjevård, Malmö allmänna sjukhus och Malmö socialförvaltning.

Socialnämndens utredning och yttrande

Socialnämnden har till JO översänt en promemoria som har upprättats i samråd mellan socialförvaltningens kansli och avdelningen för pensionärs- och handikappservice den 2 december 1982. Underlaget för denna promemoria utgörs av journalanteckningar samt vad som har kommit fram vid samtal med vårdansvarig personal.

Av promemorian framgår bl. a.

Makarna bor sedan några år i en lägenhet i centrala Malmö. Makarna har under årens lopp varit aktuella inom sjukvården. Familjevårdens läkare har sedan oktober 1980 haft det medicinska ansvaret och därigenom en viss faktisk tillsyn. Hemsjukvård och medicinering har även pågått sedan april månad 1980. Båda makarna har beskrivits som åldersdementa med tilltagande förvirringstillstånd. Socialtjänsten i kommunen har inte haft någon kontakt med makarna under denna tid. Genom familjevårdens medverkan har en god man förordnats. Gode mannen är granne till makarna. Enligt uppgift från vårdpersonal har han gjort en ovärderlig insats såväl vad avser personlig omvårdnad som hjälp med hemmets skötsel. Makarna har ett stort förtroende för honom. Ingen annan har fått hjälpa dem med den personliga hygien.

Den 29 april 1982 tog kommunsköterskan Birgitta Eriksson upp ärendet i vårdplaneringsgrupp, vilken är ett samordningsorgan mellan socialvård och sjukvård. Anledningen var att makarna blivit allt mer förvirrade och desorienterade. Mannen hade börjat försvinna hemifrån även nattetid och hade fått hämtas hem med polisens hjälp åtskilliga gånger. För att inte detta skulle upprepas hade enligt gode mannen vid något tillfälle en polis-

man föreslagit honom att låsa om makarna. Nycklar hade därför överlämnats till hemsjukvårdens personal som nu låste ytterdörren efter varje besök. Även en annan granne som är pensionär fick nycklar för att kunna titta till makarna några gånger under dagen. Familjevården kände till dessa förhållanden enligt journalanteckningar där från den 29 april 1982.

I vårdplaneringsgruppen diskuterades förslag att pröva serviceboende. Med anledning härav gjorde hemvårdsassistenten Marianne Bondesson och kommunsköterskan Birgitta Eriksson hembesök tillsammans för att bedöma om serviceboende var en möjlig och lämplig boendeform för makarna. Vid besöket fann de att makarna var så förvirrade att det inte gick att föra ett samtal med dem. Någon ansökan kunde givetvis inte upprättas. Placering i serviceboende bedömdes vara klart olämpligt. Detta meddelades senare vårdplaneringsgruppen och även gode mannen. Då de båda makarna tidigare av anhöriga och gode mannen blivit lovade att få vårdas hemma så länge som möjligt, meddelade gode mannen att han ämnade ta ansvaret för den personliga omvårdnaden och inläsningen även i fortsättningen och med fortsatt hemsjukvård. Han skulle få hjälp av anhöriga till makarna med hemvårdsarbetet.

I början av september 1982 gjorde gode mannen framställan om social hemtjänst för makarna. Han hade då ägnat hela sin semester åt att vårda makarna som nu blivit allt sämre. Hemvårdsassistenten beslutade därför om social hemtjänst från den 13 september 1982 med besök två gånger dagligen under vardagar. Gode mannen ville fortsätta med tillsyn och vård kvällar och helger. Dessutom lagade han middag och åt tillsammans med makarna dagligen.

I detta sammanhang informerades hemvårdsassistenten av gode mannen och kommunsjuksköterskan om att man hade brukat låsa om makarna för att de inte skulle komma till skada. Hemvårdsassistenten beslutade då att "initialt" fortsätta med denna rutin och uppdrog därför åt vårdbiträdet att låsa om makarna efter besök. Nycklar tillhandahölls av gode mannen.

På morgonen den 23 september 1982, då vårdbiträdet kom för att hjälpa makarna, var mannen försvunnen; lägenheten ligger på första våningen och han antogs därför ha gått ut via balkongen. Vårdbiträdet anmälde försvinnandet omedelbart till polisen och familjevården. En polispatrull hittade senare under dagen mannen ca 8 km från bostaden.

Socialnämnden anförde i yttrande den 14 december 1982.

Av bifogade inom socialförvaltningen upprättade PM framgår att de båda makarna, som betecknas som åldersdementa med tilltagande förvirringstillstånd, varit föremål för sjukvårdsinsatser sedan några år. Makarna vistades i sin bostad vars dörr hållits låst för att förhindra mannen att lämna bostaden. Denne hade ett flertal gånger gått hemifrån och inte kunnat ta sig hem själv utan fått hämtas hem med polisens hjälp. Inläsningen hade förordats av den för makarna förordnade gode mannen, vilken dagligen såg till de båda makarna.

Då social hemtjänst på gode mannens begäran sattes in fortsatte vårdpersonal inläsningen av vårdtagarna. Efter 10 dagar lyckades mannen ta sig ur bostaden och anträffades av en polispatrull som förde makarna till sjukhus samt underrättade ansvariga inom förvaltningen, som i sin tur underrättade personal inom hemtjänsten att inläsning av vårdtagare under inga förhållanden får förekomma. När frågan om att sända hem makarna efter några dagar aktualiserades meddelade hemtjänsten att någon inläsning i fortsättningen inte skulle komma att ske.

Enligt nämndens mening har den personal som beslutat om inläsning och accepterat fortsatt inläsning förfarit felaktigt. I och för sig har syftet varit att i bästa välmående ordna för makarna i enlighet med ett givet löfte om att de skulle få leva tillsammans hemma i bostaden och även få dö där. Inläsning har då bedömts vara enda möjligheten att förhindra att mannen skulle komma till skada. Detta rättfärdigar emellertid inte förfaringssättet utan är oacceptabelt. Problem av denna art skall lösas i annan ordning och genom andra tillgängliga vårdformer.

Nämnden har med anledning av vad som inträffat undersökt om motsvarande förfarande förekommit i andra fall och kan konstatera att det aktuella fallet utgör ett undantag. Dessutom har all vårdpersonal informerats om vilka regler som gäller i motsvarande situation.

Sjukvårdsdirektörens utredning och yttrande

Sjukvårdsdirektören har överlämnat ett yttrande från intendenten för primärvården Anders Westerberg samt rapport från expeditonsföreståndare Ulla Svensson, yttranden från professor Lennart Kaij vid Malmö allmänna sjukhus psykiatriska klinik, överläkare Hans Söderberg vid familjevården och bitr. chefsläkaren för primärvården Roland Hörlin. Slutligen har minnesanteckningar från central sjukvårdsledning den 18 oktober 1982 överlämnats.

Westerberg anförde bl. a.

Sedan det kommit till sjukvårdsdirektörens kännedom att inläsning av patienter har förekommit har all berörd personal inom hemsjukvården informerats om att de inte får medverka till att patienter hålls inlåsta.

Av tillgängligt material framgår att sjukvårdens personal handlat helt i överensstämmelse med intentionerna hos de anhöriga resp. den gode mannen till patienternas bästa. I den mån detta förfarande strider mot gällande lag har sjukvårdsledningen vidtagit åtgärder för rättelse så snart den fått kännedom härom.

Rapporten från primärvårdskontoret utvisade följande.

Hustrun hade under perioden 23 april 1980–23 september 1982 hjälp med ögondroppar varje morgon av ett sjukvårdsbiträde. Mannen hade däremot inte någon insats från personalen inom hemsjukvården.

Under 1981 tilltog båda makarnas senilitet med förvirring och glömska som följd. Mannen hade svårt att hitta hem när han lämnade bostaden. Polispatrull deltog flera gånger för att återföra honom till bostaden. Familjevården informerades av ansvarig sjuksköterska Birgitta Eriksson och

hjälp med medicinering sattes in. Eftersom makarna inte kunde öppna sin dörr fick hemsjukvårdens personal nyckel till denna.

Under april månad 1982 tilltog förvirringen hos mannen ytterligare. Grannar klagade på att de fick hjälpa honom till bostaden. Enligt gode mannen var det vid den senaste polisutryckningen polisens åsikt att ett bättre omhändertagande måste komma till stånd. Av den anledningen låste man också sjutillhållarlåset. Hemsjukvårdens personal fick också nycklar för att man skulle kunna ta sig in i bostaden och utföra ordinerad behandling. Gode mannen informerade familjevården om de rådande förhållandena. Detta antecknades också i patientjournalen.

I augusti 1982 ansåg gode mannen att han behövde hjälp med skötsel av makarnas bostad och i övrigt i hushållet. Sjuksköterskan förmedlade kontakten till hemtjänsten, som omgående gav denna hjälp.

Vården avslutades den 23 september 1982, då makarna med polisens hjälp fördes till psykiatriska kliniken. Läkare på psykiatriska kliniken ansåg på begäran av makarna och deras anhöriga att vård i bostaden på nytt skulle provas. Makarna skrevs ut den 7 oktober 1982. Daglig insats av hemtjänst och hemsjukvård var planerad. Då mannen hade ådragit sig bäcken- och benskada under vistelsen på sjukhuset komplicerades vården i hemmet. Läkare från psykiatriska kliniken bedömde vid besök i makarnas hem den 8 oktober 1982 att denna vårdform inte var tillräcklig varför plats på Värnhems sjukhus ordnades samma dag.

Professor Lennart Kaij uppgav bl. a.

Vid mannens undersökning på psykiatriska kliniken i februari 1982 bringas till sjukvårdens kännedom att makarna hölls inlåsta utan möjlighet att själva ta sig ut.

Ett sådant arrangemang, nämligen att anhöriga till senildementa eller eljest psykiskt inkapabla människor vårdas i hemmet av anhöriga som av olika skäl t. ex. förvärvsarbete, måste lämna vederbörande ensam och därvid låser lägenheten, är icke ovanligt. Vid psykiatriska kliniken i Malmö har vi kännedom om ett flertal liknande fall. Under förutsättning av att man försäkrat sig om att vården ur medicinsk och humanitär synpunkt är tillfredsställande är det min bestämda uppfattning att ett sådant arrangemang, ehuru möjligen tvivelaktigt ur strikt juridisk synpunkt, ur medicinsk och humanitär synpunkt är avsevärt mycket mer tillfredsställande än alternativet, nämligen intagning på mentalsjukhus enligt lagen om slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Detta framträder med synnerlig skärpa i det här aktuella fallet. Makarna är mycket gravt senildementa. Så långt man kan bedöma är deras enda glädje i livet deras gemensamma samvaro och denna utgör också en stor trygghet för dem. Detta framgår på ett särskilt rörande sätt av att de under vistelsen på psykiatriska kliniken akutintag, alltid sov i samma säng. Deras ömsesidiga glädje vid återseendet, även efter en kort skilsmässa, var mycket påtaglig. Det enda alternativet som kunde förhindra mannen från att gå vilse i staden vore hans intagning på Malmö östra sjukhus enligt LSPV. Detta skulle innebära att han skulle vistas på en rent manlig avdelning tillsammans med andra senildementa män vilka alla är störande, oroliga, ofta aggressiva. T. o. m. på sådan vård

hade han p. g. a. bristen på vårdplatser fått vänta med och i stället måst vara intagen på en intagningsavdelning tillsammans med akutpsykotiska, narkotikapåverkade, ofta aggressiva män där hans fysiska säkerhet inte helt kan garanteras och där han psykiskt förvisso vore utsatt för ett stort lidande. Möjligheten att vårda paret tillsammans inom ramen för Malmö östra sjukhus resurser saknas. Att paret f. n. vårdas inom långvårdens ram motsäger inte ett sådant ställningstagande. Mannen är nu p. g. a. en bäckenskada fysiskt oförmögen att lämna sjukhuset varför tvångsintagning med möjlighet att låsa om honom icke f. n. är nödvändig.

I valet mellan de två alternativen: inlåsning i hemmet med vård av kärleksfulla anhöriga respektive intagning på mentalsjukhus är för mig mycket lätt. De medicinska, psykologiska och humanitära hänsynen väger för mig betydligt tyngre än de i detta fall imaginära rättssäkerhetsaspekter.

Överläkaren vid familjevården Hans Söderberg anförde bl. a.

Makarna aktualiserades vid familjevården efter remiss från hemvårdscentralen i mars 1980. Vid hembesök konstaterades att båda makarna var senildementa. Makarna hade redan då regelbunden kontakt dels med hemvårdscentralen, dels med en granne.

Makarna aktualiserades på nytt i februari 1981. De kunde på grund av sin senilitet inte klara sin ekonomi. Intyg för omyndigförklaring utfärdades av överläkare Werkström. Den 22 januari 1982 utfärdade Werkström intyg för makarnas intagning i servicehus.

Vid ett hembesök från familjevården i slutet av april konstaterades att dörren till makarnas bostad var låst. En granne uppgav att dörren var låst, eftersom mannen avvikit från hemmet vid några tillfällen. Nycklar till lägenheten fanns bl. a. på kommunsköterskeexpeditionen.

Bitr. chefsläkaren vid primärvården Roland Hörlin uppgav bl. a. att han först efter anmälan från polisen fått kännedom om makarnas situation. Enär emellertid makarnas situation har diskuterats i en vårdplaneringsgrupp hade han som medicinskt ansvarig satt sig in i ärendet. Hörlin anförde vidare.

Principiellt gäller för vård av senildementa patienter i öppen vård att undanröja alla faromoment kring patienten. Exempel på detta kan vara att en gasspis ersättes med en elspis, säkringar från den senare plockas bort då patienten är ensam m. m.

Då intagning på institution som då kan vara långvårdsklinik för icke alltför oroliga patienter eller mentalsjukhus för oroliga, leder till att patienten oftast snabbt försämrats i sådan grad att hemskrivning aldrig blir möjlig, undviks detta i största möjliga grad. Man kan som regel säga att alla resurser insättes för att behålla denna patientgrupp i eget boende till den dag de far uppenbart illa av detta och situationen blir omöjlig att hantera vad gäller potentiella risker för patienten, störande av grannar m. m. Intagning på institution innebär oftast slutet på det sociala liv denna patientgrupp har kvar, då de på institutionen hamnar bland patienter med samma sjukdomsbild och trots personalens ansträngningar blir sämre. Interiören på en låst mentalavdelning för senildementa borde upplevas av alla som har att ta ställning till de svåra etiska frågor som kan vara förknippade med omhändertagande av dessa patienter i öppen vård. Om läkare reagerat på appeller från polis, anhöriga och andra, med att skriva intyg till slutet

psykiatrisk vård så fort svårigheter uppträder, skulle läkarkåren svika sin yrkeskod och yrkesetik. Patientens bästa måste alltid ställas i förgrunden.

Familjen hade av anhöriga på egen begäran lovats att så långt som möjligt få kvarstanna i eget boende och t. o. m. fått löfte om att om möjligt få dö i hemmet. I patienternas eget intresse har man gjort allt för att skydda dessa från olika faromoment och gått så långt att man mellan frekventa besök av grannar, anhöriga och vårdpersonal låst om paret.

Syftet har varit humanitärt och under rådande omständigheter praktiskt och enligt min mening har något egentligt frihetsberövande ej ägt rum och patienterna har aldrig anfört något negativt mot arrangemanget, utan i stället tyckts trivas i sin lägenhet och med varandra och de grannar, anhöriga samt vårdpersonal som på ett kärleksfullt sätt vårdat paret. Att maken ibland gav sig ut i staden och gick vilse har sannolikt berott på den allmänna oro som ofta kännetecknar dessa patienter.

De anteckningar som förts vid central sjukvårdsledning den 18 oktober 1982 utvisade att frågan om inlåsning diskuterats. Diskussionen redovisades på följande sätt.

Från familjevården, hemsjukvården och psykiatriska kliniken framhölls att omhändertagande bakom låsta dörrar förekommer frekvent och att detta är ett omhändertagande som fungerar väl och som är humanitärt och praktiskt. Om detta av formella skäl inte kan tillämpas i fortsättningen innebär detta krav på institutionsplatser. Formen för "inlåsning" är ur praktisk synpunkt av underordnad betydelse då många av de senildementa inte kan låsa upp vare sig ett lås med nycklar eller ett smäcklås. Om detta moment försvinner innebär detta försämrad vård, mera störningar, risker för olycksfall.

I anslutning härtil berättade professor Kaij att man i England monterar dubbla lås. Tanken bakom detta är att de senildementa som klarar att låsa upp dubbla lås även klarar sig utanför hemmet.

Sjukvårdsdirektören anförde bl. a.

Sjukvårdsförvaltningen kan konstatera att den aktuella inlåsningen har skett på initiativ av anhöriga och god man. Denna inlåsning har skett för att det gamla paret skall få vara kvar i sitt hem under sin livstid. I bästa välvilja tog sjukvårdens företrädare emot nyckel som utnyttjades vid besök i hemmet.

Detta betraktar sjukvårdsförvaltningen som felaktigt då inlåsning självfallet ej får ske i det ordinära boendet. Det måste dock särskilt betonas att hanteringen skett för att tillmötesgå de anhöriga.

Så snart ärendet kom till sjukvårdsdirektörens kännedom, blev det föremål för omedelbara åtgärder. Sjukvårdsdirektören har muntligen omedelbart gett berörda arbetsledare i uppdrag att klargöra att inlåsning av patienter inte får förekomma.

JO Sverne anförde i beslut den 9 mars 1983 följande.

Äldreomsorg

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen

får det stöd och den hjälp som de behöver (3 § socialtjänstlagen). Härigenom skall den enskildes behov av trygghet alltid kunna tillgodoses.

Kommunens uppgifter i detta hänseende skall fullgöras av socialnämnden.

I 19 § socialtjänstlagen har socialnämndens ansvar för de äldre kommit till särskilt uttryck. Där sägs att socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Nämnden har ett ansvar för att den enskilde kan uppleva pensionstiden som positiv.

Detta förutsätter bl. a. att det inom kommunen finns ett differentierat utbud av stöd- och hjälpinsatser. Särskilt viktiga insatser inom äldreomsorgen är uppsökande verksamhet, social hemtjänst, social jour och – för äldre människor med behov av särskilt stöd – bostäder med gemensam service för de boende (servicehus).

En förutsättning för att socialnämnden skall kunna fullgöra sina uppgifter inom äldreomsorgen är att nämnden skaffar sig en ingående kännedom om de enskilda människornas behov. I den uppsökande verksamheten skall socialnämnden se till den enskildes behov och erbjuda hjälp åt den som behöver sådan hjälp (5 § socialtjänstlagen). Den kunskap som nås i den uppsökande verksamheten skall utgöra underlag för den kommunala planeringen på längre sikt.

Socialnämndens insatser för de äldre skall i första hand syfta till att underlätta för de äldre att bo kvar i sin vanliga miljö. Vård och service bör därför ges de äldre i deras bostäder eller i närbelägna servicelokaler av olika slag.

Den sociala hemtjänsten utgör, som tidigare nämnts, en viktig resurs inom äldreomsorgen. Hemtjänsten skall utgöra ett stöd och en hjälp för de äldre som inte längre kan fullgöra alla sysslor i hemmet. Omfattningen av insatserna bör i första hand styras av den enskildes behov. Förmedlingen av hemtjänst är numera ofta samordnad med annan verksamhet för de äldre, t. ex. med verksamheten vid en dagcentral eller vid ett servicehus. Personalen inom äldreomsorgen kan härigenom arbeta tillsammans inom regionalt avgränsade områden.

När de insatser som kan ges i hemmet är otillräckliga, skall de äldre i servicehus erbjudas ett boende som tillgodoser kraven på en högre grad av omsorg. I ett servicehus skall de äldre varje tid på dygnet kunna erhålla de tjänster som behövs för att de skall kunna klara sin tillvaro och känna sig trygga. Det skall därför finnas personal på servicehusen som kan bedöma de äldres behov av olika insatser.

I begreppet servicehus ingår vad som tidigare kallades ålderdomshem och som tillgodosåg omfattande behov av service och vård. Socialtjänstlagen har inte inneburit någon begränsning av kommunens ansvar för de äldre som har ett sådant mera omfattande vårdbehov. De äldre skall således alltså kunna få den omsorg som ålderdomshemmen svarade för om än i annan boendeform.

Med stigande ålder ökar behovet av insatser inom sjukvården. En väl utbyggd hemsjukvård ger större förutsättningar för att de äldre skall få bo kvar i eget hem i stället för att beredas institutionsvård. Hemsjukvården är också under utbyggnad. Nya former prövas. Ett exempel utgör den försöksverksamhet med dagvård för åldersdementa som har pågått vid Sabbatsbergs sjukhus (se Socialstyrelsen redovisar 1983: 1 och 2).

Hemsjukvården måste regelmässigt kompletteras med social omvårdnad. Samtidiga insatser inom socialtjänsten och sjukvården behövs ofta. Detta förutsätter en väl fungerande samverkan mellan vårdområdena (jfr socialutskottets betänkande 1982/83: 15).

Särskilda insatser inom äldreomsorgen kan vara påkallade för äldre med åldersdemenser. Det finns inga exakta uppgifter om hur många åldersdementa som finns i landet. Svåra demenser beräknas förekomma i upp till fem procent av befolkningen över 60 år. Mildare former beräknas förekomma hos upp till 15 procent av samma åldersgrupp.

Huvudansvaret för de åldersdementa skall enligt olika uttalanden knytas till den somatiska långtidsvården. Olika alternativ till sluten vård för denna grupp växer fram. Ett sätt att göra stödinsatser tillgängliga kan, som nyss har nämnts, vara att erbjuda dessa äldre dagvård. I de fall demensen endast har lett till begränsade funktionsnedsättningar kan boende i ett servicehus utgöra ett alternativ.

I en nära samverkan mellan socialtjänst och sjukvård kan samordnade insatser skapa förutsättningar för dessa äldre att få stanna kvar i det egna hemmet eller i de boendeformer som servicehusen kan erbjuda.

För äldreomsorgen gäller – liksom för all annan verksamhet – att den skall bygga på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Insatser skall ges i former som inte kränker den enskildes rätt. Det får aldrig förekomma att individens grundläggande fri- och rättigheter sätts åt sidan.

Äldreomsorgen i Malmö – kort beskrivning av organisationen

Malmö kommun står utanför landstingskommun. Det innebär bl. a. att Malmö kommun är huvudman för såväl socialtjänsten som sjukvården.

Äldreomsorgen i Malmö var tidigare organiserad med en hemvårdscentral som var inordnad under sjukvården. Hemvårdscentralen svarade för såväl hemsjukvård som för social hemtjänst. Vid sidan härav fanns och finns alltså inom sjukvården familjevård med ansvar för de psykiskt sjuka som vistas i eget hem.

Verksamheten organiserades om år 1981. Den sociala hemtjänsten fördes över från sjukvården till socialtjänsten, där verksamheten numera bedrivs inom avdelningen för pensionärs- och handikappservice.

För bedömningen av individuella vårdbehov finns som ett samrådsorgan mellan socialtjänst och sjukvård en vårdplaneringsgrupp. Sammankallande

i vårdplaneringsgruppen är hemvårdsinspektören. Gruppen består i övrigt av hemvårdsassistent, läkare och kommunsköterska.

Det finns sex äldreomsorgsdistrikt inom kommunen. Distrikten sammanfaller med de distrikt inom vilka distriktssköterskorna arbetar. Härigenom ges förutsättningar för ett ofta nödvändigt samarbete mellan socialtjänsten och sjukvården.

De båda makarnas situation

Socialtjänsten i kommunen har haft ansvaret för att makarnas behov av sociala omsorger tillgodosågs.

Redan i början av år 1980 fann läkare att makarna på grund av en tilltagande senilitet med förvirring och glömska som följd var i stort behov av hjälp. Makarnas behov av social omvårdnad har därefter successivt ökat. I början av år 1982 konstaterade läkare att mannen var helt desorienterad i tid och rum. Även hustrun bedömdes som helt desorienterad i rum. Makarna var helt beroende av andras omsorger för att kunna klara sin dagliga livsföring. Från och med april månad 1982 har makarna hållits inlåsta i sin lägenhet under den tid som de har lämnats ensamma där.

Socialtjänstens ansvar

Handlingarna i ärendet utvisar att ärendet aktualiserades inom socialtjänsten först i april månad 1982. På begäran av kommunsköterskan togs då ärendet upp i vårdplaneringsgruppen. Redan vid denna tid hade inlåsningsen av makarna börjat. Härfter förekom ett hembesök från den sociala hemtjänsten. Först i september 1982 sattes social hemtjänst in.

Utredningen i ärendet visar således att de båda makarna har ställts inför ökande svårigheter att klara sig i det egna boendet. De har för matlagning, personlig hygien och tillsyn i övrigt varit helt beroende av andras, i första hand gode mannens, insatser. Makarnas situation var redan år 1980 sådan att insatser inom socialtjänsten var påkallade.

Såvitt utredningen visar har emellertid någon utredning rörande makarnas behov av stöd och hjälp inte slutförts vid socialförvaltningen. Några försök att tidigt i samråd med makarna finna sådana hjälpformer som kunde underlätta deras boende och deras livsföring i övrigt har inte gjorts. Man har inte heller från förvaltningens sida i ett tidigt skede tillsammans med makarna undersökt förutsättningarna för att bereda dem ett annat boende som på ett bättre sätt tillgodosåg deras behov av trygghet och omvårdnad.

Utredningen visar enligt min mening att man från förvaltningens sida på ett anmärkningsvärt sätt brustit i ansvar för makarnas situation.

Försumligheten framstår som än allvarigare mot bakgrund av vad som inträffade senare. I vart fall då den sociala hemtjänsten sattes in i september 1982 blev det känt vid förvaltningen att makarna hölls inlåsta i lägenhe-

ten. Personal från hemtjänsten har därvid — utan närmare utredning i ärendet — fortsatt med det förfarandet.

Det hade enligt min mening åtminstone vid den tidpunkten för förvaltningen bort framstå som ett oavvisligt krav att i samverkan med sjukvården finna former för omsorgen om makarna som bättre tillgodosåg deras behov. Det borde ha stått klart vid förvaltningen att inlåsningsen inte under några förhållanden kan utgöra ett alternativ till andra insatser inom socialtjänsten. Genom att inlåsningsen har godtagits har enligt min mening de regler som skall gälla för omsorgen om de gamla på ett betänkligt sätt satts åt sidan.

Den försumlighet som förekommit är således allvarlig. Jag anser emellertid under hänvisning till vad socialnämnden har uttalat att det inte finns anledning för mig att driva frågan om ansvar för någon enskild tjänsteman vidare.

Därmed skulle jag ha kunnat lämna frågan om socialtjänstens ansvar för äldreomsorgen. Vad som kommit fram vid den av sjukvårdsförvaltningen företagna utredningen ger mig emellertid anledning att återkomma till frågan sedan jag har redovisat min syn på sjukvårdens roll i sammanhanget.

Sjukvårdens ansvar

Familjevården har följt makarnas situation. Läkare från familjevården har vid flera tillfällen under de senaste åren besökt makarna. Kommunsköterskan har dagligen besökt dem.

Enligt min mening hade mot bakgrund av det behov av sociala omsorger som makarna hade en samverkan med socialtjänsten bort sökas tidigare än vad som blev fallet nu.

Det har vid såväl familjevården som hemsjukvården redan i april 1982 varit känt att makarna hölls inlåsta för att förhindra mannen från att lämna bostaden med de risker detta ansågs innebära. Kommunsköterskan har medverkat vid denna inlåsningsen.

Enligt min mening borde det ha framstått som en tvingande nödvändighet för sjukvården att finna andra former för omsorgen om makarna än att på detta sätt medverka vid inlåsningsen av dem. Det borde ha varit uppenbart att en inlåsningsen inte kan utgöra ett försvarbart alternativ till andra omsorger.

Jag anser emellertid inte heller såvitt nu är i fråga att det finns anledning för mig att driva frågan om ansvar för någon enskild tjänsteman vidare.

Såväl socialnämnden som sjukvårdsdirektören har i yttrandena till mig förklarat att personalen har förfarit felaktigt genom att medverka vid inlåsningsen av makarna. Det har därvid framhållits att förfaringsättet är oacceptabelt och att inlåsningsen självfallet inte får ske i det ordinära boendet.

Personalen inom sjukvården har emellertid gett uttryck för en annan

uppfattning. Professorn Lennart Kaij vid psykiatriska kliniken har i anslutning till vad som kommit fram i ärendet framhållit att för honom framstår valet mellan å ena sidan inlåsning i hemmet med vård av kärleksfulla anhöriga respektive intagning på mentalsjukhus som lätt. Den medicinska, psykologiska och humanitära hänsynen väger enligt hans mening betydligt tyngre än vad han kallar "imaginära rättssäkerhetsaspekter".

Kaij framhåller vidare att man vid psykiatriska kliniken har kännedom om flera fall av inlåsning av senildementa. Under förutsättning av att man försäkrat sig om att vården från medicinsk synpunkt är tillfredsställande är det Kaijs bestämda uppfattning att ett sådant arrangemang "ehuru möjligen tvivelaktigt ur strikt juridisk synpunkt", ur medicinsk och humanitär synpunkt är avsevärt mycket humanare och mer tillfredsställande än alternativet intagning på mentalsjukhus enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

De anteckningar från central sjukvårdsledning som har getts in hit visar också att företrädare för familjevården, hemsjukvården och den psykiatriska vården framfört liknande åsikter. Det framhölls vid beredningen att omhändertagande bakom låsta dörrar förekom frekvent och att detta var ett omhändertagande som fungerade väl och som var humanitärt och praktiskt. Om detta av "formella skäl" inte kunde tillämpas fortsättningsvis innebar det krav på institutionsplatser. Formen för inlåsning var ur praktisk synpunkt av underordnad betydelse då många av de senildementa inte kunde låsa upp vare sig ett lås med nycklar eller ett smäcklås. Om detta moment försvann innebar det försämrad vård, mera störningar och risk för olycksfall.

De grundläggande rättigheterna får aldrig sättas åt sidan

Jag vill med anledning av de gjorda uttalandena erinra om de fri- och rättigheter som enligt grundlag är tillförsäkrad envar. Så är varje medborgare enligt regeringsformen skyddad mot frihetsberövanden och andra frihetsinskränkningar. Det skyddet kan endast inskränkas med stöd av författning. Att låta "praktiska skäl" ersätta det författningsstöd som en frihetsinskränkning förutsätter får givetvis inte förekomma.

Att åberopa humanitära skäl framstår som än mer stötande. Jag har svårt att se den medmänsklighet som ligger i att förvirrade äldre människor hålls inlåsta i sin lägenhet utan ständig tillsyn med den uppenbara risk för allvarlig skada som därvid uppkommer.

De som anser att inlåsning i hemmet bör utgöra alternativ i vården utgår från felaktiga förutsättningar även i övrigt. Frågan förenklas till att avse å ena sidan inlåsning i hemmet och å andra sidan makars åtskiljande för vård i den nedbrytande miljö som mentalvården uppges kunna erbjuda.

Resonemanget ger uttryck för en äldreomsorg utan resurser, en äldreomsorg där det inte finns några alternativa vårdformer. Diskussionen

borde i stället föras med utgångspunkt i hur de resurser som finns inom äldreomsorgen och inom sjukvården bättre skall tas tillvara för att tillgodose behovet av omsorgen om dessa senildementa äldre människor. Diskussionen borde också gälla frågan om hur verksamheten skall förändras för att bättre svara mot det behov av tillsyn dessa äldre har.

Uttalandena ger uttryck för en bristande förståelse för behovet av en samverkan mellan vårdområden. De visar också att resurserna inom äldreomsorgen uppfattas som alltför begränsade.

Samtal med socialtjänstens och sjukvårdens företrädare i Malmö

Jag anser mot bakgrund av vad som har kommit fram i ärendet att det finns anledning för mig att vid ett besök i Malmö närmare informera mig om i vilka former äldreomsorgen bedrivs där. Jag avser då att ta upp frågan om socialtjänstens uppsökande verksamhet inom äldreomsorgen och om socialtjänstens och sjukvårdens resurser för de äldre som det är fråga om nu. Även frågan om i vilka former samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården bör ske kommer att tas upp.

Besöket är emellertid motiverat även från andra synpunkter. I de förut redovisade yttrandena har angetts att det inom sjukvården föreligger kännedom om ett flertal fall i vilka inlåsning i det egna boendet sker. Jag anser det angeläget att utreda huruvida även i dessa fall inlåsning sker med socialtjänstens eller sjukvårdens medverkan. Det kan vid sådant förhållande finnas anledning för mig att återkomma till den frågan.

JO Sverne har därefter den 2 maj 1983 besökt Malmö för samtal med företrädare för socialtjänsten och sjukvården. Vid samtalet rådde enighet om att inlåsning inom äldreomsorgen inte i något fall fick förekomma utan stöd av lag.

Avstängning från socialförvaltning

(Dnr 1668-1982)

En person klagade till JO på att han blivit avstängd från socialförvaltningen i fyra veckor från det han ställer sig till arbetsmarknadens förfogande igen.

Under utredningen framkom att socialnämnden den 1 januari 1982 utfärdat följande "riktlinjer för bedömning av socialbidrag utöver fastställd norm".

Huvudprincipen bör vara att den som inte tar anvisat arbete eller slutar arbete på egen begäran avstängs från rätten till socialbidrag inom 28 kalenderdagar.

Undantag kan medges om vederbörande i samarbete med soc. sekr. och af. aktivt söker arbete. Socialhjälp kan då börja utgå 1 vecka efter det att