

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till klient- och patientlag och till vissa lagar som har samband med den

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att det stiftas en ny klient- och patientlag. Lagen föreslås innehålla de viktigaste rättsliga principerna för klientens och patientens deltagande, självbestämmanderätt och rättsskydd och för bemötandet av klienter och patienter inom social- och hälsovården. Den föreslagna lagen ersätter lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och lagen om patientens ställning och rättigheter. I lagen tas det in nya bestämmelser som stärker självbestämmanderätten och andra grundläggande fri- och rättigheter.

Syftet med den nya lagstiftningen är att stärka klienters och patienters självbestämmanderätt och minska användningen av begränsningsåtgärder inom alla social- och hälsovårdstjänster. I de situationer där begränsningsåtgärder är nödvändiga för tillhandahållande av social- och hälsovård ska man dessutom dimensionera åtgärderna rätt och alltid välja det lindrigaste medel som är tänkbart i situationen. Dessutom strävar man efter att trygga allas rätt till oundgänglig vård och omsorg i enlighet med grundlagen och att förbättra klienternas, patienternas och personalens rättsskydd. En särskild prioritering är att förebygga uppkomsten av situationer där man blir tvungen att använda begränsningsåtgärder.

Tjänsteproducenterna ska stärka tillgodoseendet av självbestämmanderätten i de tjänster de

tillhandahåller. Den nya lagen föreslås också innehålla bestämmelser om stödjande av klientens eller patientens beslutsfattande, upprättande av ett vårddirektiv för klienten eller patienten, klientens eller patientens rätt till särskilt skydd genom bedömning av servicebehovet, beslutsfattande och en individuell plan.

I lagen föreslås bestämmelser om allmänna villkor för användning av begränsningsåtgärder, såsom krav på nödvändighet och proportionalitet samt respekt för människovärdet. I lagen ska det dessutom föreskrivas särskilda villkor för varje åtgärd. Den nya lagen innehåller bestämmelser om det förfarande som ska iakttas vid beslut och andra avgöranden som gäller begränsningsåtgärder.

Den nya lagen föreslås också innehålla de bestämmelser om begränsningsåtgärder som nu ingår i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda samt bestämmelser om psykiatrisk vård och missbrukarvård oberoende av patientens vilja. Den rättspsykiatriska vården oberoende av patientens vilja kompletteras med en möjlighet att använda förpliktande öppen vård.

Det föreslås att det i bestämmelserna om sekretess och utlämnande av sekretessbelagda uppgifter görs de ändringar som krävs enligt Europeiska unionens dataskyddsförordning.

Lagarna avses träda i kraft den...

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
ALLMÄN MOTIVERING	4
1 Inledning	4
2 Nuläge.....	4
2.1 Lagstiftning och praxis.....	4
2.1.1 Grundläggande fri- och rättigheter.....	4
2.1.2 Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar	9
2.1.3 Anordnande och tillhandahållande av social- och hälsovård.....	11
2.1.4 Privata tjänsteproducenters ställning	13
2.1.5 Ordnande och tillhandahållande av prehospitat akutsjukvård.....	14
2.1.6 Ordnande av jour.....	15
2.1.7 Planeringsskyldighet inom social- och hälsovården	16
2.1.8 Social- och hälsovårdens verksamhetsförutsättningar och personalens ställning	19
2.1.9 Tillsynen över social- och hälsovården.....	22
2.1.10 Handräckning.....	25
2.2 Privata säkerhetstjänster	26
2.3 Patientens och socialvårdsklientens ställning och självbestämmanderätt ..	27
2.3.1 Intressebevakning, omyndigas ställning och intressebevakningsfullmakter.....	30
2.3.2 Stöd för beslutsfattande.....	32
2.3.3 Service för personer med utvecklingsstörning	33
2.3.4 Personer med autismspektrumstörning	35
2.3.5 Mentalvårdsarbete och mentalvårdstjänster	36
2.3.6 Missbrukarvård	40
2.3.7 Vård och service för äldre.....	43
2.3.8 Minderåriga och barnskyddet.....	45
2.3.9 Specialomsorger oberoende av en persons vilja och begränsningsåtgärder enligt specialomsorgslagen.....	47
2.3.10 Vård oberoende av patientens vilja och begränsningsåtgärder enligt mentalvårdslagen.....	51
2.3.11 Vård oberoende av personens vilja av en åtalad som förordnats till sinnesundersökning och av en person som på grund av sitt sinnestillstånd inte dömts till straff	55
2.3.12 Missbrukarvård oberoende av missbrukarens vilja samt begränsningsåtgärder.....	58
2.3.13 Begränsande åtgärder i samband med barnskyddets vård utom hemmet	60
2.3.14 Bekämpning av smittsamma sjukdomar	63
2.3.15 Laglighetsövervakarnas praxis.....	64
2.3.16 Andra utredningar om användningen av begränsningsåtgärder	70
2.3.17 Nödvärn och nödtillstånd.....	73
2.4 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i vissa andra länder ..	75
2.4.1 Europakonventionen	75
2.4.2 Europarådets konvention mot tortyr	79
2.4.3 Europeiska sociala stadgan	81
2.4.4 Biomedicinkonventionen	81
2.4.5 Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter	82
2.4.6 Europeiska unionen.....	82
2.4.7 Förenta nationerna	82

	2.4.8	Konventionen mot tortyr.....	83
	2.4.9	Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning...84	84
	2.4.10	Konventionen om barnets rättigheter.....	85
	2.4.11	Lagstiftningen i vissa andra länder.....	87
	2.4.12	Sverige.....	87
	2.4.13	Norge.....	90
	2.4.14	Danmark.....	92
	2.4.15	Nederländerna.....	95
	2.5	Bedömning av nuläget.....	97
3		Målsättning och de viktigaste förslagen.....	99
	3.1	Målsättning.....	99
	3.2	Alternativ.....	100
	3.3	De viktigaste förslagen.....	101
4		Propositionens konsekvenser.....	103
	4.1	Ekonomiska konsekvenser.....	103
	4.2	Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	106
	4.3	Konsekvenser för klienternas och patienternas ställning.....	107
	4.4	Konsekvenser för verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården.....	108
	4.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan könen.....	109
	4.6	Konsekvenser för barnens ställning.....	109
5		Beredningen av propositionen.....	110
	5.1	Beredningsskeden och beredningsmaterial.....	110
	5.2	Informations- och diskussionsmöten samt remissyttranden och hur de har beaktats.....	112
6		Samband med andra propositioner.....	112
1		IKRAFTTRÄDANDE.....	113
2		FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING.....	113
2.1		Klientens och patientens grundläggande fri- och rättigheter.....	113
2.2		Analys av olika begränsningsåtgärder.....	123
2.3		Tillhandahållande av tjänster på lika grunder.....	123

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

Vars och ens grundläggande fri- och rättigheter, såsom rätt till liv, personlig frihet och integritet, rörelsefrihet, jämlikhet, skydd för privatlivet, egendomsskydd, rätt till social trygghet samt rättsskydd, tryggas genom grundlagen.

Självbestämmanderätten kan anses utgöra en del av vårt system för de grundläggande fri- och rättigheterna som en del av den rätt till personlig frihet och integritet som tryggas som en allmän grundläggande rättighet. Enligt förarbetena till reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna har den personliga friheten karaktären av en allmän grundläggande fri- och rättighet, som inte bara skyddar människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt.

Begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna ska vara förankrade i lag. När det gäller användningen av begränsningsåtgärder är social- och hälsovårdslagstiftningen för närvarande delvis föråldrad. Till vissa delar saknas det helt en sådan reglering som uppfyller kraven enligt den gällande grundlagen. Det finns t.ex. inga bestämmelser om begränsningsåtgärder i samband med vård av personer med demens eller i akuta och jourmässiga situationer vid somatisk vård och behandling. Åtgärder som begränsar de grundläggande fri- och rättigheterna har dock använts inom social- och hälsovården också utan stöd av uttryckliga bestämmelser, t.ex. i situationer där målet har varit att trygga en patients eller socialvårdsklients rätt till oundgänglig omsorg och inga lindrigare medel har stått till buds eller lindrigare medel har visat sig vara otillräckliga. När vissa villkor varit uppfyllda har laglighetsövervakarna i enskilda fall ansett att förfarandet varit godtagbart men samtidigt konstaterat att det finns behov av att utveckla lagstiftningen.

Enligt programmet för statsminister Juha Sipiläs regering, daterat den 29 maj 2015, ska tidigt stöd, förebyggande arbetssätt och effektiva, kundorienterade servicekedjor över förvaltningsgränserna prioriteras under regeringsperioden. Under regeringsperioden ska användningen av erfarenhetsbaserad sakkunskap och den personliga delaktigheten öka och de

mänskliga rättigheterna tillgodoses bättre. Målet är att alla ska ha möjlighet att göra sina egna val och främja hälsa och välfärd samt minska ojämlikheten.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

2.1.1 Grundläggande fri- och rättigheter

Finlands grundlag trädde i kraft den 1 mars 2000. Enligt den regeringsproposition (RP 309/1993 rd) med förslag till ändring av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna som ledde till en reform av de grundläggande fri- och rättigheterna syftade revideringen till att substansmässigt närma det inhemska systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna till de internationella förpliktelserna i fråga om mänskliga rättigheter.

Det viktigaste målet för reformen var att utvidga och stärka skyddet för individens fri- och rättigheter på grundlagsnivå. Genom reformen strävade man efter att förbättra individens rättskydd såväl när det gäller traditionella grundläggande friheter som i fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter samt att skapa förutsättningar för människor att i allt större utsträckning påverka ärenden som gäller dem själva och deras livsmiljö. Ett mål med revideringen var också att öka möjligheten att direkt tillämpa de grundläggande fri- och rättigheterna i domstolarna och hos andra myndigheter.

Med grundläggande fri- och rättigheter avses fri- och rättigheter som regleras i grundlagen och tillkommer individen. Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden. Med tanke på de ändringar som nu föreslås i lagstiftningen bör i synnerhet följande grundläggande fri- och rättigheter beaktas: jämlikhet (6 §), rätt till liv, personlig frihet och integritet (7 §), rörelsefrihet (9 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningsoffentlighet (12

§), rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 §), egendomsskydd (15 §), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet och oundgänglig omsorg (19 §), rättsskydd (21 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Andra centrala bestämmelser är bestämmelserna om statsskick (1 §), demokrati samt rättsstatsprincipen (2 §), utfärdande av förordningar och delegering av lagstiftningsbehörighet (80 §), justitiekanslerns och justitieombudsmannens uppgifter (108 och 109 §), ansvar för ämbetsåtgärder (118 §) och överföring av förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter (124 §).

I 1 § i grundlagen anges att Finlands konstitution är fastslagen i grundlagen. Konstitutionen ska trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan betraktas som utgångspunkt för bedömning av innehållet i det allmännas skyldigheter. Den påverkar även bedömningen av vilka begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna som kan betraktas som tillåtna. Enligt motiveringen till bestämmelsen omfattar tryggheten av individens frihet och rättigheter även individens självbestämmanderätt, som utgör grunden för utövningen av många andra friheter och rättigheter.

Enligt 2 § 3 mom. ska all utövning av offentlig makt bygga på lag. I all offentlig verksamhet ska lag noggrant iakttas.

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller funktionsnedsättning eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. I principen om likabehandling ingår ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall. Principen utsträcker sig även till minderåriga, eftersom det i 3 mom. föreskrivs att barn ska bemötas som jämlika individer. Som omyndiga och som en grupp som är svagare än de vuxna behöver barnen dock särskilt skydd och särskild omsorg.

Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. I vissa situationer omfattar individens

rätt till liv också en särskild skyldighet att ge skydd. Det att en myndighet försummar att vidta de åtgärder för avvärjande av fara som det i ljuset av omständigheterna kan krävas av den kan innebära kränkning av denna rätt. Personlig frihet är en allmän grundläggande rättighet som skyddar inte bara människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt.

Rätten till personlig integritet ger skydd mot kroppsvisitationer och medicinska eller motsvarande åtgärder som vidtas med tvång. Enligt 7 § 2 mom. i grundlagen får ingen torteras eller utsättas för någon annan behandling som kränker människovärdet. I 3 mom. föreskrivs det att den personliga integriteten inte får kränkas och att ingen får berövas sin frihet godtyckligt eller utan laglig grund. Lagligheten av frihetsberövanden ska kunna underkastas domstolsprövning. Rättigheterna för den som har berövats sin frihet ska tryggas genom lag. Bestämmelsen skyddar de angivna rättsobjekten mot kränkningar av det allmänna självt, men förutsätter också att staten genom lagstiftningskydd tryggar rättigheterna mot yttre kränkningar. Den personliga tryggheten understryker i synnerhet det allmännas positiva förpliktelser att vidta åtgärder för att skydda samhällsmedlemmarna mot rättsstridiga gärningar.

Godtagbara grunder för frihetsberövande förtecknas inte i 7 § i grundlagen. Delvis därför har det i 3 mom. tagits in ett förbud mot att godtyckligt beröva någon hans eller hennes frihet. Med frihetsberövande avses enligt motiveringen till bestämmelsen ett arrangemang genom vilket en person förbjuds och förhindras att avlägsna sig från en för honom eller henne fastställd och noggrant avgränsad vistelseplats. Vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen (1116/1990) och isolering enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) är exempel på grunder som berättigar till frihetsberövande. I artikel 5.1 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 19/1990, *Europakonventionen*) avgränsas däremot de situationer där det är möjligt att inskränka friheten. Friheten får berövas bara i den ordning som lagen föreskriver när de villkor som nämns i artikel 5.1 är uppfyllda. Förutom vid i artikeln närmare defi-

nierad laglig och rättsenlig arrestering kan någon berövas sin frihet för att förhindra spridningen av smittosamma sjukdomar eller på grund av mentalsjukdom, alkoholism, drogmissbruk eller lösdriveri. Dessutom kan en minderårig berövas sin frihet för att undergå skyddsuffostrar. Det är meningen att förteckningen ska vara uttömmande. Även om det i 7 § i grundlagen inte anges några på motsvarande sätt specificerade förutsättningar för frihetsberövande, får godtagbara begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna inte kränka förpliktelseerna beträffande de mänskliga rättigheterna. Via den internationella juridiska förpliktelsen avgränsas bestämmelsen till de förutsättningar som ingår i artikel 5 i Europakonventionen och i artikel 14 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016), nedan *konventionen om funktionsnedsättning*.

Artikel 14.1 i konventionen om funktionsnedsättning säkerställer att personer med funktionsnedsättning åtnjuter rätt till personlig frihet och personlig trygghet på samma villkor som alla andra. Enligt artikeln ska konventionsstaterna säkerställa att personer med funktionsnedsättning inte berövas sin frihet olagligen eller godtyckligt. Varje frihetsberövande ska ske i enlighet med lagen. Förekomst av funktionsnedsättning ska inte i något fall rättfärdiga frihetsberövande.

Enligt regeringens proposition om reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna utgör individens självbestämmanderätt, dvs. rätten att bestämma över sig själv och sitt handlande, grunden för utövningen av många andra friheter och rättigheter. Självbestämmanderätten kan anses utgöra en del av vårt system för de grundläggande fri- och rättigheterna trots att den inte nämns explicit i grundlagen. Självbestämmanderätten kan ses som en del av den rätt till personlig frihet, integritet och trygghet som garanterats som en allmän grundläggande fri- och rättighet. Den hör också nära samman med bestämmelserna om skydd för privatlivet i 10 § i grundlagen. Enligt förarbetena till reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna är den personliga friheten till sin karaktär en allmän grundläggande rättighet som skyddar inte bara människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt.

Närmare bestämmelser om patienters och socialvårdsklienters självbestämmanderätt finns i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan *patientlagen*, och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), nedan *klientlagen*. Enligt 3 § i patientlagen har varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks. Patientens övertygelse och integritet ska respekteras. Bestämmelserna om klientens rättigheter i 2 kap. i klientlagen motsvarar i hög grad patientlagens bestämmelser om patientens rättigheter. Enligt klientlagen har en klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering. Klienten ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras.

Enligt 9 § 1 mom. i grundlagen har finska medborgare samt utlänningar som lagligen vistas i landet rätt att röra sig fritt inom landet och att där välja bostadsort. När det gäller individens självbestämmanderätt blir det tidvis aktuellt att bedöma rörelsefriheten jämsides med den personliga friheten. Gränsen mellan rörelsefrihet och personlig frihet kan inte fastställas på ett entydigt sätt. Med tanke på individens handlingsmöjligheter rör det sig ofta bara om en gradskillnad. Den innersta kärnan för personlig frihet som en grundläggande rättighet hänför sig till frihetsberövande och vissa andra hinder för självbestämmanderätt. I enskilda fall kan en konkret begränsning av rörelsefriheten innebära ett lika starkt ingripande i individens grundläggande fri- och rättigheter och självbestämmanderätt som ett direkt frihetsberövande.

Enligt 10 § 1 mom. i grundlagen är vars och ens privatliv, heder och hemfrid tryggade. Utgångspunkten för skyddet för privatlivet är att individen har rätt att leva sitt eget liv utan godtycklig eller ogrundad inblandning av myndigheter eller andra utomstående. Till privatlivet hör också individens rätt att bestämma över sig själv och sin kropp. Privatlivet är ett samlande begrepp för en persons privata krets. Bestämmelsen om skydd för privatlivet överlappar till en del med de bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter som gäller skydd för personlig frihet och integritet samt heder och hemfrid.

Kärnområdet för hemfridsskyddet enligt grundlagen är enligt grundlagsutskottets tolkning bostaden, även om skyddet i sig också sträcker sig till vissa andra situationer. Hemfridsskyddet bör således uppmärksammas också t.ex. när en patient eller klient är intagen på institution en längre tid. När det gäller långvarigare bosättning har hemfriden ansetts omfatta även t.ex. hotellrum och husvagnar, som dock befinner sig på randområdet för skyddet. Det väsentliga vid definitionen av vad som omfattas av hemfriden är att lokalen används för långvarigare boende.

Högsta förvaltningsdomstolen har i sitt årsboksavgörande HFD 2002:75 behandlat tillhandahållandet av boendeservice ur perspektivet för skydd för privatlivet. Enligt avgörandet ska vid bedömningen av vårdplatserna de allmänna boendekraven och de boendes grundläggande fri- och rättigheter, såsom integritetsskyddet, beaktas. För att de boende ska kunna bo på ett hemlikt sätt förutsätts det enligt avgörandet att de har tillgång till ett eget rum. Oavsett boendeform är skydd för privatlivet en tryggad grundläggande rättighet för var och en.

Enligt 10 § 2 mom. i grundlagen är brev- och telefonhemligheten samt hemligheten i fråga om andra förtroliga meddelanden okränkbar. Bestämmelsen innebär ett skydd mot att brev eller andra slutna försändelser öppnas eller förstörs och mot att samtal avlyssnas eller bandas. Alla meddelanden är förtroliga oavsett vilken metod som används för att förmedla dem.

Enligt 10 § 3 mom. i grundlagen kan det genom lag bestämmas om åtgärder som ingriper i hemfriden och som är nödvändiga för att de grundläggande fri- och rättigheterna ska kunna tryggas eller för att brott ska kunna utredas. Genom lag kan det också bestämmas om sådana begränsningar i meddelandehemligheten som är nödvändiga bl.a. under frihetsberövande. Som frihetsberövande har till skillnad från den generella uppläggnings betraktats såväl vård oberoende av personens vilja på psykiatriskt sjukhus och motsvarande institutioner som omhändertagande genom barnskyddsåtgärder. Begränsningar i meddelandehemligheten kan ta sig uttryck i form av avlyssning, bandning eller upptagning av ett talat meddelande, öppnande och läsning av en postförsändelse eller någon annat skriftligt med-

delande, överlåtelse av identifieringsuppgifterna om meddelandet och i form av skyldighet för en person att lägga fram ett förtroligt meddelande som han eller hon förfogar över.

Enligt 15 § 1 mom. i grundlagen är vars och ens egendom tryggad. Egendomsskyddet kan betraktas både som en grundläggande fri- och rättighet med ett eget värde och som en viktig förutsättning för att de övriga grundläggande fri- och rättigheterna ska kunna tillgodoses. Det centrala syftet med bestämmelsen är att skydda människorna och deras förmögenhetsintressen. Utgångspunkten är att egendomsskyddet omfattar allt som kan karaktäriseras som individens egendom. Det har ansetts av förutom fysiska personer kan även privata juridiska personer bli åtminstone indirekt delaktiga av grundlagsskyddet för egendom. Rent offentlighetsrättsliga juridiska personer faller utanför tillämpningsområdet för 15 § i grundlagen, men deras egendom står ändå inte helt utan skydd enligt lag.

Egendomsskyddets relativitet understryks av att det i praktiska tillämpningssituationer kan bli aktuellt att väga denna grundläggande fri- och rättighet mot flera olika slags offentliga och privata intressen som inte kan definieras på förhand. Bestämmelsen om egendomsskydd kan inte tillämpas på samma sätt i alla slags juridiska prövningssituationer, utan det måste finnas tillräckligt med utrymme för situationsbaserad anpassning.

Lagstiftningen är viktig med tanke på den horisontella dimensionen av egendomsskyddet. Lagstiftaren ska se till att individernas egendom skyddas tillräckligt effektivt inte bara mot ingripanden från det allmänna utan också mot olika hotfaktorer till följd av privat verksamhet. Lagstiftaren kan fullgöra denna skyldighet t.ex. genom att kriminalisera stöld av eller obehörig skadegörelse på egendom som tillhör någon annan.

I 19 § i grundlagen föreskrivs det om rätt till social trygghet och oundgänglig omsorg. Paragrafens 1 mom. har, till skillnad från bestämmelserna om de övriga grundläggande fri- och rättigheterna, utformats som en subjektiv rätt. Med subjektiv rätt avses vanligen en förmån som var och en som uppfyller föreskrivna villkor har rätt att få. En myndighet kan följaktligen inte självständigt besluta om uppfyllandet av förpliktelsen, om dess innehåll eller om dess

räckvidd. En subjektiv rätt är i princip skyddad mot tolkningssvängningar till följd av ekonomiska konjunkturer. Enligt bestämmelsen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Rätten till oundgänglig försörjning och omsorg är ett sådant minimiskydd i sista hand som samhället ska garantera under alla förhållanden. Bestämmelsen förutsätter också att det ordnas sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Det handlar om det allmännas ansvar för individen.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga betraktas som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. I den mening som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen kan tillräckliga tjänster dock inte likställas med det skydd i sista hand som avses i 1 mom. i den paragrafen. Det är viktigt att notera att om klienten eller patienten får sådan socialvård eller hälso- och sjukvård som svarar mot hans eller hennes individuella behov, kan begränsningsåtgärder undvikas. Det gäller att fästa vikt vid betydelsen av kommunikation, planlösningar, enhetens utrustning och personalens specialkompetens. Bestämmelserna i 19 § 2 och 4 mom. i grundlagen gäller dels tryggande av en grundläggande försörjning, dels boende.

Grundläggande bestämmelser om garantier för en rättvis rättegång och god förvaltning finns i 21 § i grundlagen. Enligt 1 mom. har var och en rätt att på behörigt sätt och utan ogrundat dröjsmål få sin sak behandlad av en domstol eller någon annan myndighet som är behörig enligt lag. Var och en har också rätt att få ett beslut som gäller hans eller hennes rättigheter och skyldigheter behandlat vid domstol eller något annat oavhängigt lagskipningsorgan. Enligt 2 mom. ska offentligheten vid handläggningen, rätten att bli hörd, rätten att få motiverade beslut och rätten att söka ändring

samt andra garantier för en rättvis rättegång och god förvaltning tryggas genom lag. Enligt förarbetena till grundlagen avses med begreppet ”annat oavhängigt lagskipningsorgan” ett organ och en behandlingsprocess som uppfyller rättsskyddskraven i artikel 6.1 i Europakonventionen och i artikel 14.1 i den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (FördrS 8/1976). Rätten att vända sig till domstol ska garanteras exempelvis när det är fråga om frihetsberövande som avses i Europakonventionen.

I motiveringen konstateras vidare att de närmaste motsvarigheterna till paragrafen är bestämmelserna om rätten till rättegång i artikel 6.1 i Europakonventionen och i artikel 14.1 i den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter. Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna, *nedan Europadomstolen*, har i flera fall tolkat att denna bestämmelse i Europakonventionen också gäller förvaltningsmyndigheternas beslut.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Denna skyldighet för det allmänna understryker betydelsen av det faktiska tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna. Bestämmelsen skyddar individen också i förhållande till tredje man. Det bör noteras att begränsning av de grundläggande och mänskliga rättigheterna inte nödvändigtvis kräver aktiva åtgärder från myndigheterna eller en avsikt att ingripa i rättigheterna. Enligt Europadomstolen var det förödmjukande och förnedrande för den berörda personen att myndigheterna inte ingrep när personen tvingades leva under oacceptabla omständigheter, vilket innebar att myndigheterna bröt mot artikel 3 i Europakonventionen. Enligt den artikeln får ingen utsättas för omänsklig eller förnedrande behandling. För brott mot artikeln krävdes det inte till denna del att myndigheterna skulle ha haft för avsikt att förödmjuka eller degradera klaganden (*Peers mot Grekland* 19.4.2001, punkterna 74 och 75).

På grundval av 108 och 109 § i grundlagen ska justitiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman övervaka att lagen iakttas i offentliga uppdrag oavsett inom vilken organisation de sköts. I bestämmelserna har som ju-

stietiekanslerns och justitieombudsmannens särskilda skyldighet föreskrivits att de ska övervaka att de grundläggande fri- och rättigheterna samt de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Bestämmelser om de metoder för att reagera som står till förfogande för laglighetsövervakarna finns i de lagar som gäller justietiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman.

Bestämmelser om tjänsteansvar finns i 118 § i grundlagen. Bestämmelserna kompletterar 2 § 3 mom. i grundlagen, där det föreskrivs att lag ska noggrant iaktas i all offentlig verksamhet. Enligt 118 § 1 mom. svarar en tjänsteman för att hans eller hennes ämbetsåtgärder är lagliga, och i 2 mom. finns en bestämmelse om företrädesansvar. Enligt motiveringen i regeringens proposition som gäller grundlagen för verkliga tjänstemännens och företrädesansvar via bestämmelser i annan lagstiftning. Det kan bl.a. bli fråga om att tillämpa tjänstebrottsbestämmelserna i 40 kap. i strafflagen (39/1889). I 118 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs det om straffrättsligt och skadeståndsrättsligt ansvar vid skötseln av offentliga uppdrag. Enligt bestämmelsen har var och en som har lidit rättskränkning eller skada till följd av en lagstridig åtgärd eller försummelse av en tjänsteman eller någon som sköter ett offentligt uppdrag, enligt vad som bestäms genom lag, rätt att yrka att denne döms till straff samt kräva skadestånd av det offentliga samfundet eller av tjänstemannen eller den som sköter det offentliga uppdraget. Den rätt som tillkommer individen är inte beroende av om uppdraget har skötts av en tjänsteman eller av någon som står utanför myndighetsmaskineriet. På straffrättsligt tjänsteansvar tillämpas 40 kap. i strafflagen. När det gäller skadeståndsansvar och dess fördelning mellan å ena sidan arbetsgivaren och det offentliga samfundet och å andra sidan arbetstagaren och tjänstemannen, tillämpas skadeståndslagen (412/1974).

Ålands självstyrelse fastställs i 120 § i grundlagen. Enligt paragrafen har landskapet Åland självstyrelse enligt vad som särskilt bestäms i självstyrelselagen för Åland. Exempelvis frågor som gäller fördelningen av lagstiftningsbehörigheten mellan riket och landskapet avgörs i enlighet med självstyrelselagen.

Enligt 121 § 1 mom. i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska

grundas på självstyrelse för kommunens invånare. Bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas enligt 2 mom. genom lag.

På det sätt som konstateras i 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock endast ges myndigheter.

2.1.2 Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar

Enligt 2 § 3 mom. i grundlagen ska all utövning av offentlig makt bygga på lag. I grundlagens 124 § anges de villkor som ska iaktas när offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter. Enligt bestämmelsen kan offentliga förvaltningsuppgifter endast genom lag eller med stöd av lag anförtros andra än myndigheter, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning.

Begreppet offentliga förvaltningsuppgifter är ett vidare begrepp än begreppet utövning av offentlig makt och avser ett förhållandevis brett spektrum av förvaltningsuppgifter som omfattar exempelvis uppgifter i anslutning till verkställighet av lagar samt beslut om enskilda personers och sammanslutningars rättigheter, skyldigheter och förmåner. Offentlig makt utövas inte i samband med sedvanlig vård av eller omsorg om patienter eller socialvårdsklienter. Högsta förvaltningsdomstolen har dock i sitt avgörande HFD 2012:63 ansett att åtgärden att skriva en observationsremiss enligt mentalvårdslagen innebär utövning av offentlig makt.

Utgångspunkten är att bara de som står i tjänsteförhållande har rätt att utöva offentlig makt. Detta kan dock frångås genom att föreskriva att uppgiften anförtros någon annan än en myndighet under de förutsättningar som

anges i 124 § i grundlagen. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får bara anförtros myndigheter. Som betydande utövning av offentlig makt betraktas t.ex. på självständig prövning baserad rätt att använda maktmedel eller att på något annat betydande sätt ingripa i individens grundläggande fri- och rättigheter.

Den lagstiftning som bereddes före den nuvarande grundlagens ikraftträdande uppfyller inte till alla delar kraven enligt 124 § i grundlagen. Dessutom har riktlinjerna för utövning av offentlig makt ändrats efter det att grundlagen trädde i kraft. Inom rätts- och myndighetspraxis har exempelvis mentalvårdslagen de senaste åren tillämpats med avvikelse från den tidigare, vedertagna tolkningen så att vissa läkaruppdrag enligt mentalvårdslagen som för närvarande tolkas som utövning av offentlig makt får utföras endast av läkare i tjänsteförhållande.

Kommunerna och samkommunerna har personal såväl i tjänsteförhållande som i arbetsavtalsförhållande. Enligt 87 § 2 mom. i kommunallagen (410/2015) ska uppgifter i vilka utövas offentlig makt skötas i tjänsteförhållande. I enlighet med 57 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska kommunen och samkommunen ha nödvändig personal för de uppgifter vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården där det ingår att utöva offentlig makt. En person vars uppgifter omfattar att utöva offentlig makt ska stå i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen.

Ovannämnda allmänna bestämmelser om användningsområdet för tjänsteförhållanden styr valet av anställningsslag i kommuner och samkommuner. Det är emellertid möjligt att avvika från bestämmelserna genom att särskilt föreskriva om undantag genom lag. Eftersom det samtidigt är fråga om att offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter, ska regleringen uppfylla kraven enligt 124 § i grundlagen.

I kommunallagen och i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) har det för kommunerna och samkommunerna uttryckligen angetts möjlighet att anlita även tjänster som tillhandahålls av privata tjänsteproducenter. Det som i 124 § i grundlagen föreskrivs om överföring av offent-

liga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter sätter emellertid gränser för utläggningen av kommunalt anordnad social- och hälsovård. Personalen hos privata tjänsteproducenter står alltid i arbetsavtalsförhållande. Anställda hos dessa kan följaktligen inte utöva offentlig makt och handlar inte under tjänsteansvar, om inte något annat föreskrivs i lag. Detsamma gäller självständiga yrkesutövare.

Bestämmelser om ansvar för ämbetsåtgärder finns i 118 § i grundlagen. I tjänsteansvaret ingår både skadeståndsrättsligt och straffrättsligt ansvar. Bestämmelser om straffrättsligt tjänsteansvar finns i 40 kap. i strafflagen. I 40 kap. 11 § i den lagen definieras vem som ska betraktas som tjänsteman och vilka andra grupper av personer som omfattas av tillämpningsområdet för bestämmelserna om tjänstebrott. Enligt 12 § 1 mom. i det kapitlet ska bestämmelserna om tjänstemän även tillämpas på personer som utövar offentlig makt. Enligt 2 mom. i samma paragraf ska bestämmelserna i 1–3, 5 och 14 § i kapitlet tillämpas på offentligt anställda arbetstagare, dock inte avsättningspåföljden. Med offentligt anställd arbetstagare avses enligt 40 kap. 11 § 3 punkten i strafflagen den som står i arbetsavtalsförhållande till staten, till en kommun eller till en samkommun eller till något annat offentligt samfund eller en inrättning som nämns i den paragrafen. Om en offentligt anställd arbetstagare utövar offentlig makt i sina uppgifter, betraktas han eller hon som en person som utövar offentlig makt och bestämmelserna om personer som utövar offentlig makt ska tillämpas på honom eller henne.

Begreppet offentlig makt används i flera olika lagar, och begreppets betydelseinnehåll kan variera något beroende på lagens syfte. Med person som utövar offentlig makt avses enligt 40 kap. 11 § 5 punkten i strafflagen den till vars uppgifter enligt lag eller förordning hör att meddela för andra bindande förordnanden eller att besluta om andras intressen, rättigheter eller skyldigheter eller som med stöd av lag eller förordning i sin uppgift reellt ingriper i någon annans intressen eller rättigheter, samt den som enligt lag eller förordning eller enligt ett uppdrag som han eller hon med stöd av lag eller förordning fått av en myndighet ska delta i beredningen av sådana beslut så som beskrivs i den punkten. Definitionen omfattar också fak-

tisk utövning av offentligt makt på så vis att någon med rättigheter enligt lag eller förordning i sina uppgifter konkret ingriper i någon annans intressen eller rättigheter. Eftersom bestämmelserna om tjänstemän ska tillämpas på personer som utövar offentlig makt kan dessa åtalas för bl.a. brott mot tjänstehemlighet, missbruk av tjänsteställning, brott mot tjänsteplikt och brott mot tjänsteplikt av oaktsamhet.

Det som i 3 kap. 2 § i skadeståndslagen föreskrivs om vållande av den som utövar offentlig makt tillämpas förutom på offentliga samfund också på andra samfund som på grund av lag, förordning eller bemyndigande i lag har hand om offentliga uppgifter och i samband med de uppgifterna utövar offentlig makt. Enligt den paragrafen är offentliga samfund skyldiga att ersätta skada som förorsakats genom fel eller försummelse vid utövning av offentlig makt. Ersättningsskyldighet inträder dock bara om de krav blivit åsidosatta som med hänsyn till verksamhetens art och ändamål skäligen kan ställas på fullgörandet av åtgärden eller uppgiften.

2.1.3 Anordnande och tillhandahållande av social- och hälsovård

Kommunen ansvarar för att det ordnas socialvård. Enligt 5 § i socialvårdslagen ska kommunen ha hand om planeringen och verkställandet av socialvården i enlighet med vad som föreskrivs i socialvårdslagen eller i övrigt.

Enligt 6 § i socialvårdslagen ska de uppgifter som ansluter sig till verkställigheten av socialvården samt de uppgifter som enligt någon annan lag åligger socialnämnden eller något annat motsvarande organ skötas av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen. Om två eller flera kommuners socialvård i dess helhet sköts av en samkommun, ska denna tillsätta motsvarande organ gemensamt för medlemskommunerna.

Ett i 6 § i socialvårdslagen avsett organs lagstadgade beslutanderätt och rätt att föra talan kan under de förutsättningar som anges närmare i lag i en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, frånsett beslut om vård oberoende av egen vilja. En socialarbetare som organet har förordnat att sköta uppgiften har med stöd av 12 § i lagen

rätt att enligt de grunder som organet har fastställt och dess allmänna anvisningar på organets vägnar även i brådskande fall besluta om vård oberoende av egen vilja och därtill anslutna andra åtgärder och att i dessa fall själv eller genom ombud föra organets talan.

I socialvårdslagen föreskrivs det om verksamhetsbetingelserna för personalen och lokalerna med avseende på socialvården i kommunen. För uppgifter i samband med verkställigheten av socialvården ska kommunen ha yrkesutbildad personal inom socialvården i enlighet med 10 § i socialvårdslagen. Dessutom ska varje kommun till sitt förfogande ha socialarbetare som deltar i klientarbetet. Bestämmelser om behörighetsvillkoren för personal inom socialvården finns i lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005). För socialvårdens funktioner ska kommunen enligt 11 § i socialvårdslagen ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaliteter och hjälpmedel.

Enligt 11 § i barnskyddslagen ska kommunen se till att förebyggande barnskydd samt barn- och familjeinriktat barnskydd till sin innebörd och omfattning ordnas såsom behovet i kommunen förutsätter. I kommunen sköts uppgifter i anslutning till verkställigheten av barnskyddet av det organ som avses i 6 § i socialvårdslagen.

I lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977), nedan *specialomsorgslagen*, föreskrivs det särskilt om förvaltningsstrukturerna för specialomsorgerna om utvecklingsstörda. För ordnandet av dessa specialomsorger har landet indelats i specialomsorgsdistrikt utifrån specialomsorgslagen. De samkommuner för specialomsorgsdistrikten som avses i 6 § är skyldiga att ordna specialomsorger, men även enskilda kommuner kan ordna dem.

När en kommun ordnar specialomsorgerna är det organ som ansvarar för socialvården specialomsorgsmyndighet. Bestämmelser om kommunernas tillhörighet till specialomsorgsdistrikt finns i statsrådets förordning 1045/2008. Enligt förordningen finns det 16 specialomsorgsdistrikt. Alla specialomsorgsdistrikt förutom Helsingfors specialomsorgsdistrikt är samkommuner. Oberoende av distriktsindelningen ansvarar Kårkulla samkommun för att

det ordnas specialomsorger för den svenskspråkiga befolkningen.

Inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan man åtskilja de lagar som gäller skyldigheten att ordna service och produktionen av service, verksamheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt patientens ställning och rättigheter.

Bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdsservice finns i folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och mentalvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas på tillhandahållandet av den hälso- och sjukvård som kommunerna enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård är skyldiga att ordna och på innehållet i denna hälso- och sjukvård, om inte annat bestäms i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Den privata hälso- och sjukvården kompletterar det offentliga, i huvudsak kommunala, servicesystemet. Bestämmelser om privata aktörers rätt att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster finns i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Bestämmelser om rättigheterna och skyldigheterna i fråga om samt tillsynen över yrkesutövningen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finns i lagen (559/1994) och förordningen (564/1994) om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Patientens rättigheter bestäms utifrån patientlagen och patientskadlagen (585/1986).

I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård har ordnandet av hälso- och sjukvård angetts som en uppgift för kommunerna. De bär således ansvar för att den skyldighet som det allmänna har enligt 22 § i grundlagen fullgörs i praktiken. Inom kommunalförvaltningen används generellt begreppet organiseringsansvar när det gäller skötseln av uppgifterna. Genom begreppet organiseringsansvar strävar man efter att särskilja innehållet i ansvaret från produktionen eller skötseln av tjänsterna. I organiseringsansvaret ingår att befolkningen ska ha tillgång till tjänster enligt behov. Organiseringsansvaret är delvis ett alltför generellt begrepp för att beskriva de olika ansvarsområden samt rättigheter och skyldigheter som utformas mellan kommuninvånaren, kommunen och

samkommunen när det gäller hälso- och sjukvård. Organiseringsansvaret inbegriper kommunens ansvar för att kommuninvånarna ska ha tillgång till lagfästa och övriga tjänster och att kommuninvånarna får dessa tjänster på det sätt som tryggats i lag. Organiseringsansvaret omfattar dessutom ansvar för på vilket sätt tjänsterna ordnas, eftersom de kan tillhandahållas genom egen produktion, i samarbete eller som köpta tjänster. I ansvaret ingår dessutom ansvar för finansieringen av tjänsterna och för att det reserveras tillräckliga resurser för ordnandet.

Kommunens uppgifter kan med stöd av lag och avtal också skötas av en samkommun. I praktiken är tjänsterna enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård uppdelade i primärvård och specialiserad sjukvård. För tjänster enligt folkhälsolagen eller för uppgifter som ingår i folkhälsoarbetet och som kommunen särskilt har bestämt ska kommunen eller samkommunen ha en hälsovårdscentral. Med primärvård avses de tjänster som kommunerna ordnar främst vid hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralerna kan omfatta flera olika verksamhetsenheter, dvs. hälsostationer eller sjukhus.

Det åligger också kommunerna att se till att invånarna får nödvändig specialiserad sjukvård. För ordnande av specialiserad sjukvård är landet indelat i sjukvårdsdistrikt. Kommunen ska höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för att fullgöra sitt ansvar för att ordna specialiserad sjukvård. Det finns 20 sjukvårdsdistrikt. Kommunen kan själv besluta till vilket sjukvårdsdistrikt den önskar höra. Inom den specialiserade sjukvården är kommunen förpliktad att delta i sjukvårdsdistriktets förvaltning och via den fullgöra de lagstadgade uppgifter som rör specialiserad sjukvård. På Åland har landskapet lagstiftningsbehörighet när det gäller att ordna socialvård och hälso- och sjukvård. På grundval av det ansvar myndigheten Ålands hälso- och sjukvård, som lyder under Ålands landskapsregering, för att det ordnas såväl primärvård som specialiserad sjukvård.

Med stöd av 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården kan en kommun ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner samt

genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten. Kommunerna kan anskaffa den service som behövs vid skötseln av uppgifterna från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent. Dessutom kan serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat tjänsteproducent som kommunen godkännt.

2.1.4 Privata tjänsteproducenters ställning

Enligt lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården och enligt kommunallagen kan kommunen också anskaffa privata social- och hälsovårdstjänster för skötseln av de uppgifter som organiseringsansvaret omfattar. Användningen av privata tjänster begränsas dock av den reglering som gäller utövning av offentlig makt.

Utgångspunkten är att bara de som står i tjänsteförhållande har rätt att utöva offentlig makt. För att uppgifter som innebär utövning av offentlig makt ska kunna anförtros andra än en myndighet förutsätts det att detta har möjliggjorts på lagnivå. Samtidigt gäller det att föreskriva om det tjänsteansvar som uppgifterna är förenade med.

I 4 § 3 mom. i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården åläggs kommunerna eller samkommunerna att försäkra sig om att den service som anskaffas motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. När kommunen ordnar den social- och hälsovård som hör till dess ansvarsområde genom att skaffa tjänster från en privat serviceproducent har den privata sammanslutningen skadeståndsansvar, inte kommunen. När köpta tjänster innebär utövning av offentlig makt kan man också tillämpa 3 kap. 2 § i skadeståndslagen på det skadeståndsansvar som gäller i fråga om en tredje part. Personskador som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård ska med stöd av patientskadelagen ersättas ur en patientförsäkring.

Antalet verksamhetsenheter som tillhandahåller privata socialtjänster har ökat i jämn takt under hela 2000-talet. År 2000 fanns det

knappa 2 700 verksamhetsenheter, år 2004 nästan 3 300 och år 2009 redan nästan 4 300.

De privata socialtjänster som organisationer och företag tillhandahåller utgör en viktig del av den samlade service som kommunen ansvarar för att ordna. Privata tjänsteproducenter står för ungefär en tredjedel av socialtjänsterna. År 2009 uppgick kostnaderna för den privata socialserviceproduktionen till 2,6 miljarder euro. Av den bestod 70 procent av service på institution och 30 procent av öppenvårdstjänster. Kommunerna köper i synnerhet institutionsvård för barn och unga, missbrukarvård och äldreomsorg. År 2010 utgjorde de privata tjänsteproducenternas andel av kostnaderna 44 procent av kostnaderna för service i fråga om barnskyddets anstalts- och familjevård samt annan service för barn och familjer, 41 procent av kostnaderna för missbrukarvård och 34 procent av kostnaderna för service för äldre och personer med funktionsnedsättning exklusive institutionsvård.

Kommunerna är den viktigaste kundgruppen för privata socialserviceproducenter. Kommunerna köper merparten av både de socialtjänster som tillhandahålls av företag och de socialtjänster som tillhandahålls av organisationer. Hushållen och arbetsgivarna köper förhållandevis lite privata socialtjänster. Det handlar främst om dagvård och hemservice.

Också inom hälso- och sjukvården har servicestrukturen förändrats kraftigt under de senaste årtiondena, och andelen privata tjänster har ökat. Under 2014 utgjorde avkastningen av den privata verksamheten, alltså värdet av de tjänster som producerats under året, en fjärdedel av den totala avkastningen inom hälso- och sjukvården. Kommunerna och samkommunerna köper tjänster av privata producenter och hyr in personal. I vissa regioner har överföringen av ansvaret för ordnande av prehospitalkakutsjukvård på sjukvårdsdistriktet inneburit att sjukvårdsdistriktet har åtagit sig att själv sköta servicen i situationer där åtminstone en del av sjukvårdsdistriktets medlemskommuner tidigare har anlitat privata producenters tjänster. Ökningen av serviceproduktionen inom den privata hälso- och sjukvården har till övervägande del skett inom företagsverksamheten. Också inom socialservicen passerade företagets produktionsandel organisationernas serviceproduktion 2014.

2.1.5 Ordnande och tillhandahållande av prehospital akutsjukvård

Bestämmelser om ordnande av prehospital akutsjukvård finns i 39 § i hälso- och sjukvårdslagen och bestämmelser om dess innehåll finns i 40 § i den lagen. Enligt 41 § i hälso- och sjukvårdslagen utfärdas bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården och om första insatsen genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet (585/2017).

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Vården ska planeras och genomföras i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour så att de tillsammans bildar en regionalt sett funktionell helhet. Ett sjukvårdsdistrikt kan organisera den prehospitala akutsjukvården inom hela sitt område eller en del av det genom att sköta verksamheten själv, genom att ordna vården i samarbete med räddningsväsendet i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent.

Sjukvårdsdistriktet fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i vården ska ha, målen för den tid inom vilken vård ska fås och andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Vårdinnehållet ska i beslutet om servicenivån definieras så att vården är effektiv och ändamålsenlig och att man beaktar situationer där verksamheten är utsatt för hög belastning.

Den prehospitala akutsjukvården omfattar enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen bl.a.

brådskande vård av patienter som insjuknat eller skadats plötsligt, primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för vissa uppdrag, och vid behov transport av patienten till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten, upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård samt handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Sjukvårdsdistriktet kan i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitala akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården.

Ledningssystemet för den prehospitala akutsjukvården baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017). Enligt förordningen ska det i varje sjukvårdsdistrikt finnas en läkare som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och som leder distriktets prehospitala akutsjukvård. Sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde kommer överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska organiseras. Uppgifterna omfattar bl.a. ordnande av akutläkarjour dygnet runt inom specialupptagningsområdet.

Den jourhavande akutläkaren leder den operativa medicinska verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården inom sitt verksamhetsområde och ansvarar för att vårdanvisningar ges till områdets fältchefer och annan personal inom prehospital akutsjukvård. Varje sjukvårdsdistrikt ska dessutom ha fältchefer för den prehospitala akutsjukvården i tjänst dygnet runt. Fältcheferna är oberoende av på vilket sätt den prehospitala akutsjukvården ordnas situationschefer för den prehospitala akutsjukvården för sitt sjukvårdsdistrikt under den läkare som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och den jourhavande akutläkaren. Fältcheferna kan arbeta som förstavårdare på vårdnivå och dessutom ska de i situationer som inbegriper flera enheter och myndigheter bestämma om

användningen av enheterna inom den prehospitla akutsjukvården inom sitt verksamhetsområde samt andra ambulanser som finns inom området när det är fråga om uppdrag inom prehospitla akutsjukvård. I situationer där man är tvungen att avvika från de anvisningar för den dagliga verksamheten som sjukvårdsdistriktet och Nödcentralverket tidigare kommit överens om ska fältcheferna stödja nödcentralen exempelvis när det gäller att se till att brådskande uppgifter åtgärdas först.

I personalen inom den prehospitla akutsjukvården ingår anställda såväl vid sjukvårdsdistriktet och räddningsverken som hos privata tjänstproducenter.

2.1.6 Ordnan­de av jour

Det har skett stora förändringar inom jourverksamheten under 2000-talet. Jourverksamheten har koncentrerats till större enheter, modeller för samjour har utvecklats och man har strävat efter att åstadkomma en planmässig styrning av patienterna regionalt. Man har försökt utveckla bedömningen av hur brådskande vårdbehovet är genom olika slags metoder och anvisningar. När de jourhavande enheterna blir färre och juren koncentreras till regionala samjourer får vikten av den prehospitla akutsjukvårdens struktur och placering i syfte att säkerställa invånarnas bastrygghet och regionala jämlikhet en framträdande roll.

Bestämmelser om brådskande vård finns i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

För brådskande vård ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordna jour dygnet runt. Joure­heterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Behövliga noteringar om jourmottagningarna och deras arbetsfördelning ska tas in i planen för ordnande av hälso- och sjukvård,

och i fråga om specialiserad sjukvård ska man komma överens om dessa frågor i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. I samband med beslut om jourmottagningarna ska hänsyn tas till områdets prehospitla akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna och befolkningens servicebehov.

En patient som har tagits in för brådskande vård får flyttas till fortsatt vård vid en enhet som bestäms på grundval av hemkommunen, förutsatt att patientsäkerheten och den mottagande enhetens möjligheter att ordna nödvändig fortsatt vård har säkerställts.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det vid behov utfärdas närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017), nedan *jourförordningen*, har utfärdats med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 2 § 1 mom. i jourförordningen ska kommunen eller samkommunen se till att det finns tillgång till brådskande vård under alla tider på dygnet, antingen i samband med den icke-brådskande vården eller vid en särskild joure­het. Jour dygnet runt ska ordnas som samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, om inte något annat följer av tillgänglighets- och patientsäkerhetssynpunkter. Samjouren omfattar jourtjänster inom både primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt 7 § i jourförordningen ska joure­heten ha en multidisciplinär personal som har tillräcklig utbildning och arbetserfarenhet samt kunskap om förhållandena i området. För att sådana beslut som förutsätter handlande under tjänsteansvar ska kunna fattas ska dessutom en legitimerad läkare som står i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen finnas tillgänglig vid joure­heten. Enligt 8 § 2 mom. ska det vid joure­heten under alla tider på dygnet finnas en legitimerad läkare som leder verksamheten vid joure­heten.

Ordnan­de av socialjour grundar sig på grundlagens bestämmelse om oundgänglig försörjning och omsorg och på 29 § i socialvårdslagen, vilket förutsätter att det i kommunerna

finns beredskap att svara på behovet av brådskande hjälp. I socialvårdslagen föreskrivs det att i brådskande fall ska behovet av socialservice bedömas utan dröjsmål.

2.1.7 Planeringskyldighet inom social- och hälsovården

I social- och hälsovårdslagstiftningen har det angetts olika slags planeringskyldigheter för tjänsteanordnarna och delvis även för tjänsteproducenterna. Skyldigheterna gäller bl.a. planering av allmänna åtgärder för att främja hälsa och välfärd, bedömning av servicebehov och service samt fördelning av disponibla resurser. I lagstiftningen finns dessutom bestämmelser om planering som gäller klient- och patientsäkerhet, personalens arbetsmiljö och arbets säkerhet samt främjande av social- och hälsovårdens kvalitet. Vid beredningen av reformerna inom social- och hälsovårdslagstiftningen har strävan varit att åtminstone en del av de talrika planeringskyldigheterna ska kunna förenhetligas och sammanföras på ett mera övergripande sätt.

I 8 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om kvalitet och patientsäkerhet. Enligt 1 mom. i den paragrafen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. I 3 mom. föreskrivs det om planeringskyldighet med avseende på verksamheten. Enligt momentet ska en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten.

Patientsäkerhet innebär att patienten får nödvändig och rätt vård, som orsakar så små skador som möjligt. I vidare bemärkelse avses med patientsäkerhet de principer och rutiner som den yrkesutbildade personalen, verksamhetsenheterna och organisationerna inom hälso- och sjukvården ska följa och som garanterar säkra hälso- och sjukvårdstjänster för patienterna. Enligt förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen kan patientsäkerheten förbättras genom riskanalys, förbättrade vårdproces-

ser och strukturer för verksamheten samt genom att man tar lärdom av avvikelser. I motiveringen till hälso- och sjukvårdslagen konstateras det att de flesta av de olägenheter som uppstår för patienten bör kunna förhindras. För att patientsäkerheten ska kunna beaktas som ett led i planeringen av verksamheten måste organisationen kunna bedöma patientsäkerhetsrisker som ett led i beslutsfattandet i övrigt. Ledningen och personalen vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården bör engagera sig i förbättrandet av patientsäkerheten genom att utveckla säkerheten i verksamheten och säkerställa personalens kunnande. Patientsäkerheten bör ingå i systemen för kvalitetsledning och uppföljning.

Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen kompletteras genom social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011), nedan *patientsäkerhetsförordningen*. I patientsäkerhetsförordningen specificeras vilka delområden planen ska omfatta och hur den ska införas. Patientsäkerhetsplanen är ett dokument där en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården fastställer hur patientsäkerheten ska tillgodoses vid enheten. Planen ska innehålla detaljerade beskrivningar av enhetliga förfaranden för att säkerställa och främja patientsäkerheten. I patientsäkerhetsplanen ska man bl.a. ange de ansvariga personerna i fråga om patientsäkerheten vid enheten, fastställa ledningens och personalens roll samt patientens och hans eller hennes närståendes medverkan till att främja och utveckla patientsäkerheten samt förfaranden som stöder detta och beskriva hur avvikelser ska dokumenteras. Dessutom ska planen behandla nödvändig tillgång på service, vårdkedjor, verksamhetsenhetens fysiska miljö, infektioner som anknyter till hälso- och sjukvården, läkemedelsbehandling och tillhandahållande av läkemedelsförsörjning, produkter och utrustning för hälso- och sjukvården, personalen, personalens arbetsfördelning och kompetens, informationssystemen och anteckningar i journalhandlingar samt informationsutbytet inom verksamhetsenheterna och mellan dem.

Bestämmelser om kvalitetsledning då kommunen själv ordnar socialtjänster saknas generellt sett helt och hållet. Den arbetsgrupp som dryftat en reform av socialvården har föreslagit

att bestämmelser om kvalitet och egenkontroll tas in i den nya socialvårdslagen. Enligt arbetsgruppens rapport utgörs kvaliteten av klientens uppfattning av hur lyckad service han eller hon har fått, men även av en definition av yrkesmässig och vetenskaplig kvalitet av den yrkesutbildade personalen inom socialvården. Ordnan­det av en ändamålsenlig socialvård av hög kvalitet handlar om dels tillräckliga verksamhetsförutsättningar, dels kultur och förhållningssätt som styr verksamheten. Centrala faktorer som med tanke på ordnan­det av socialvård inverkar på socialvårdens kvalitet är en sakkunnig och tillräcklig socialvårdspersonal, ledarskap samt disponibla lokaler och verktyg. Ändamålsenlighet innebär att verksamheten uppfyller sina syften, att den är tillräcklig och icke diskriminerande och har godtagbara rutiner i de aktuella fallen. Säkerheten anknuter både till den objektivt bedömbara organiseringen av socialvården och till de metoder som används inom socialvården, exempelvis till de disponibla lokalernas säkerhet och de begränsningsåtgärder som används inom socialvården, liksom i synnerhet till den trygghet och otrygghet som klienten subjektivt erfar.

Centrala kvalitetspåverkande faktorer är enligt rapporten även bemötande av klienten, en grundlig utredning av situationen, möjligheter till deltagande, respekt för åsikter och ett klientorienterat verksamhets­ sätt. Rutinerna inom socialvården bör beakta klientens övergripande livssituation och hans eller hennes resurser. Socialvården bör stödja klientens vardag och initiativtagande och göra det möjligt för klienten att delta i ett sedvanligt liv. Socialvården bör säkerställa att servicen är ändamålsenlig och relevant och att god omsorg ges vid behov.

Eftersom arbetet med att revidera den lagstiftning som styr ordnan­det av social- och hälsovård fortfarande pågår tog man i 23 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan *äldreomsorgslagen*, in en bestämmelse som gäller egenkontroll. Enligt den ska föreståndaren för en verksamhetsenhet se till att det vid verksamhetsenheten ordnas egenkontroll i syfte att säkerställa att servicen är högkvalitativ, säker och tillbörlig. För egenkontrollen ska det utarbetas en plan för egenkontroll, som ska hållas offentligt framlagd. Genomförandet av

planen ska följas och servicen utvecklas utifrån de synpunkter som regelbundet inhämtas från de äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten, från deras anhöriga och närstående och från de anställda vid verksamhetsenheten.

När det gäller privata producenter av social- och hälsovårdstjänster har det egna ansvaret för tjänsternas kvalitet under de senaste åren be­fästs genom bestämmelser som gäller producenterna, senast genom lagen om privat socialservice (922/2011). Enligt 6 § 1 mom. i den lagen ska varje serviceproducent, för säkerställande av att verksamheten är tillbörlig, utarbeta en plan för egenkontroll som ska hållas offentligt framlagd och vars förverkligande ska följas. Enligt 6 § i lagen om privat hälso- och sjukvård ska den ansvariga föreståndaren för en verksamhetsenhet svara för att verksamheten i samband med tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster uppfyller kraven. Den ansvariga föreståndaren ska, för säkerställande av verksamhetens kvalitet, utarbeta en plan för egenkontroll, om serviceproducenten bedriver verksamhet vid flera än ett verksamhetsställe.

Med stöd av bemyndigandet i 6 § i lagen om privat socialservice meddelade Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) i februari 2013 föreskrifter om innehåll, uppgörande och uppföljning av planen för egenkontroll för producenter av privat socialserviceservice. Utöver dem har Valvira i juli 2012 med stöd av 6 § i lagen om privat hälso- och sjukvård utfärdat föreskrifter om egenkontroll för serviceproducenter inom den privata hälso- och sjukvården. Planen för egenkontroll ska fogas till den skriftliga anmälan om att verksamheten inleds som ska ges in till tillståndsmyndigheten. I april 2014 meddelade Valvira också föreskrifter om innehåll, uppgörande och uppföljning av planen för egenkontroll för offentlig äldreomsorg.

I enlighet med Valviras föreskrifter har de privata producenterna av socialservice i planen för egenkontroll skrivit in principerna för användningen av nödvändiga åtgärder som begränsar de grundläggande fri- och rättigheterna samt utarbetat en plan för enheterna om hur man försöker minska behovet av begränsningsåtgärder vid en enhet. Genomförandet av planen följs genom egenkontroll vid enheten och verksamheten ändras, om det konstateras att

servicen eller vården inte motsvarar kraven enligt lagen och kvalitetsrekommendationerna. För närvarande förutsätts det inte att en plan för minskad användning av begränsningsåtgärder ska ingå i planen för egenkontroll inom den privata hälso- och sjukvården eller i den plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses inom den offentliga hälso- och sjukvården som avses i 8 § i hälso- och sjukvårdslagen och om vars innehåll det utfärdats en förordning av SHM (341/2011).

Med egenkontroll avses tjänsteproducentens kvalitetssäkring på eget initiativ så att verksamheten uppfyller de i lagstiftningen, i tillsynsprogrammen och av tjänsteproducenten på sin egen verksamhet uppställda kvalitetskraven, som beaktar de rekommendationer som getts om servicens kvalitet. Egenkontrollen är ett led i den kvalitetsledning som genomförs vid verksamhetsenheten eller inom verksamheten. Med plan för egenkontroll avses en beskrivning av processer och rutiner och dokumentering för att säkerställa och förbättra servicekvaliteten och klientsäkerheten.

Även arbetarskyddet omfattar planerings- skyldigheter som ska beaktas inom social- och hälsovården. Syftet med arbetarskyddslagen (738/2002) är att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållandena för att trygga och upprätthålla arbetstagarnas arbetsförmåga samt förebygga och förhindra olycksfall i arbetet, yrkesjukdomar och andra sådana olägenheter för arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa som beror på arbetet och arbetsmiljön. Enligt förarbetena till arbetarskyddslagen bygger lagen på idén om säkerhetsledning och hantering av säkerheten. I lagen har verksamhetsprogram för arbetarskyddet angetts som en form av säkerhetsledning. Enligt 9 § ska arbetsgivaren, för den verksamhet som behövs för främjande av säkerhet och hälsa samt bevarande av arbetstagarnas arbetsförmåga, ha ett program som omfattar behoven av att utveckla arbetsförhållandena på arbetsplatsen och verkningarna av faktorerna i anslutning till arbetsmiljön. De mål för främjande av säkerhet och hälsa samt bevarande av arbetsförmågan som kan härledas ur verksamhetsprogrammet ska beaktas vid utvecklandet av arbetsplatsen och i planeringen.

I arbetarskyddslagen finns dessutom bestämmelser som gäller utredning och bedömning av riskerna i arbetet, arbete som medför särskild

fara, planering av arbetsmiljön, planering av arbetet samt undervisning och handledning för arbetstagarna.

Verksamhetsprogrammet för arbetarskyddet är ett sätt att självant utveckla arbetarskyddet. Avsikten är att man med hjälp av programmet ska konkretisera de generella arbetarskyddsmålen på normnivå så att de lämpar sig för arbetsplatsen. Det finns inte några exakta i lag angivna krav på verksamhetsprogrammets innehåll eller form. Lagstiftningen erbjuder arbetsplatserna ett verktyg och tillvägagångssätt för utveckling på eget initiativ. Verksamhetsprogrammet för arbetarskyddet betraktas som målinriktad reglering, som syftar till att utveckla och främja säkerheten och arbetsförhållandena på arbetsplatsen. Verksamhetsprogrammet hänför sig till föregripande arbetarskydd och till att systematiskt och planmässigt på arbetsplatsen beakta säkerheten i arbetet. Samtidigt är verksamhetsprogrammet ett led i de samlade åtgärderna för att på arbetsplatsen genomföra idén om säkerhetsledning och även i att beakta arbetarskyddsfrågor på ett övergripande plan. Målet är att man på arbetsplatsen med hjälp av verksamhetsprogrammet ska kunna klarlägga och genomföra lösningar som främjar arbetarskyddet i den aktuella arbetsmiljön.

I förarbetena till arbetarskyddslagen beskrivs säkerhetsledning och hantering av säkerheten så att det är fråga om att säkerhetstänkandet görs till en del av arbetsgivarens hela verksamhet och lednings- och styrsystem. Målet är att säkerhetsledningen ska ha ett systematiskt sätt att betrakta de saker som påverkar arbetssäkerheten och hälsan på arbetsplatsen, vilket innebär att arbetarskyddet inte är ett separat delområde av arbetsgivarens verksamhet utan utgör en del av hela verksamheten.

Arbetsgivaren är skyldig att utarbeta ett verksamhetsprogram för arbetarskyddet och hålla programmet aktuellt. Innehållet i verksamhetsprogrammet bestäms av arbetsplatsens egna premisser och behov, såsom företagets storlek, bransch, produktionssätt och utvecklingsfas och arbetarskyddssituationen i företaget. På grund av detta kan innehållet i programmet variera från en arbetsplats till en annan så att man i programmet betonar exempelvis konkreta arbetarskyddsfrågor, olika slags tillvägagångssätt eller organisatoriska faktorer. I vilket fall

som helst bör man i verksamhetsprogrammet för arbetarskyddet på ett omfattande sätt beakta faktorer relaterade till säkerheten på arbetsplatsen och hälsan i arbetet, varvid man bör fästa uppmärksamhet vid bl.a. organiseringen av arbetet, teknologin, arbetsförhållandena, arbetsmiljön och de sociala relationerna på arbetsplatsen.

2.1.8 Social- och hälsovårdens verksamhetsförutsättningar och personalens ställning

Bestämmelser om den offentliga social- och hälsovårdens verksamhetsförutsättningar finns i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt socialvårdslagen ska kommunen ha yrkesutbildad personal inom socialvården för uppgifter i samband med verkställigheten av socialvården. Kommunen ska till sitt förfogande ha tjänster vilka tillhandahålls av en tjänsteinnehavare som deltar i klientarbetet och har yrkesmässig behörighet som socialarbetare.

I analogi med socialvårdslagen föreskrivs det i hälso- och sjukvårdslagen att kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för att kunna fullgöra uppgifterna inom hälso- och sjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen förutsätts det också att ledningen för en verksamhetsenhet har sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård och samarbetet mellan olika yrkesgrupper samt utvecklar vård- och verksamhetsmetoderna. Vidare ska hälso- och sjukvårdspersonalen i en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt sammansättningsmässigt och numerärt svara mot behovet av verksamhet som främjar hälsa och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området.

Lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), nedan *handikappservice-lagen*, innehåller detaljerade bestämmelser om resurser som riktas till service för personer med funktionsnedsättning och om planeringen av denna service.

Enligt 3 § i handikappservice-lagen ska kommunerna sörja för att tjänster och stöd för handikappade ordnas så att de till innehållet och omfattningen är sådan som behovet i kommunen påkallar. Vid anordnande av service och stöd enligt den lagen ska klientens individuella hjälpbehov beaktas.

Enligt 6 § i handikappservice-lagen ska socialnämnden och kommunens övriga myndigheter främja och följa de handikappades levnadsförhållanden samt genom sin verksamhet sträva efter att förebygga uppkomsten av missförhållanden och undanröja de olägenheter som begränsar de handikappades möjligheter till verksamhet och engagemang.

Enligt 7 § i handikappservice-lagen ska kommunen när den utvecklar servicen sörja för att dess offentliga service lämpar sig även för handikappade. När kommunen utvecklar sin service och sitt stöd för handikappade ska den beakta de behov och synpunkter som dessa åberopar. En handikappad ska ges service och servicen ordnas med beaktande av hans modersmål.

Enligt 11 § i barnskyddslagen (417/2007) ska barnskyddet till sin innebörd och omfattning ordnas såsom behovet i kommunen förutsätter. Barn- och familjeinriktat barnskydd ska ordnas i tillräcklig utsträckning vid de tider på dygnet det behövs.

Barnskyddslagens 12 § förpliktar kommunen att göra upp en välfärdsplan för barn och unga. Planen godkänns i respektive kommuns kommunfullmäktige och ses över minst vart fjärde år. Planen ska innehålla uppgifter om bl.a. resurser som ska reserveras för barnskyddet och anordnande av samarbete mellan olika myndigheter samt sammanslutningar och anstalter som producerar tjänster för barn och unga.

Enligt 59 § i barnskyddslagen får högst sju barn eller unga vårdas tillsammans i en bostadsenhet för vård utom hemmet. I samma byggnad får högst 24 barn eller unga vara placerade samtidigt. I en bostadsenhet ska minst sju anställda vara sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter. Om det finns flera bostadsenheter i samma byggnad, ska det per bostadsenhet finnas minst sex anställda som är sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter. Enligt 60 § i barnskyddslagen ska en barnskyddsanstalt ha ett tillräckligt stort antal sådana yrkesutbildade personer inom socialvården som avses i 3 § i

lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) och tillräcklig annan personal för den vård och fostran som barn och unga personer behöver. Den föreståndare som ansvarar för vård- och fostringsuppgifter vid anstalten ska uppfylla villkoren i 46 a § 3 mom. i socialvårdslagen. I personalstrukturen för personal i vård- och fostringsuppgifter ska hänsyn tas till specialbehoven bland verksamhetsenhetens klienter och verksamhetens art.

I äldreomsorgslagen, föreskrivs det i detalj om resurser som riktas till service för den äldre befolkning och de äldre personer som avses i lagen (inklusive personal) och planeringen av denna service.

Enligt 6 § i äldreomsorgslagen ska det organ som ansvarar för socialvården i kommunen varje år inom sitt område utvärdera om den socialservice som äldre personer behöver är tillräcklig och hurdan kvalitet den håller. Enligt 7 § ska kommunen ordna socialservicen för sin äldre befolkning så att servicen till innehåll, kvalitet och omfattning uppfyller de krav som denna befolknings välbefinnande, sociala trygghet och funktionsförmåga ställer. Servicen ska ordnas på ett sådant sätt att den är tillgänglig på lika villkor för den äldre befolkningen i kommunen. Kommunen ska ordna socialservicen nära klienterna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen med tanke på dess kvalitet och säkerhet.

Hälso- och sjukvårdslagens allmänna bestämmelser om kvalitet och patientsäkerhet, tjänsternas tillgänglighet och lika tillgång till tjänster samt främjande av hälsa och välfärd i kommunerna lämpar sig även när det gäller vård av den äldre befolkningen och äldre personer, om det inte i äldreomsorgslagen föreskrivs något annat till någon del. Detsamma gäller även i fråga om patientlagens bestämmelser om rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande. I äldreomsorgslagen föreskrivs det i praktiken närmare än i de allmänna lagarna om servicen för denna del av befolkningen.

Utöver det som i 4 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att anvisa resurser för främjandet av hälsa och välfärd och för hälso- och sjukvårdstjänsterna ska kommunen för genomförandet av den plan som avses i 5 § i äldreomsorgslagen anvisa tillräckliga resurser

för att stödja den äldre befolkningens funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att för äldre personer ordna socialservice, som utgör en grund för statsandelen för den kommunala basservicen. Dessutom ska kommunen stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand genom att anvisa resurser även för andra funktioner.

Enligt 10 § i äldreomsorgslagen ska kommunen ha tillgång till tillräcklig och mångsidig expertis för stödandet av den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för ordnandet av högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver.

Enligt 19 § i äldreomsorgslagen ska de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls en äldre person vara högkvalitativa och garantera honom eller henne god vård och omsorg.

Enligt 20 § i äldreomsorgslagen ska en verksamhetsenhet ha en personal som till antal, utbildning och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten och det servicebehov deras funktionsförmåga medför, och som garanterar dem en högkvalitativ service. Om funktionsförmågan hos en äldre person som vårdas i verksamhetsenhetens lokaler har försämrats så mycket att han eller hon behöver omsorg oavsett tid på dygnet, ska det finnas tillräcklig personal på verksamhetsenheten alla tider på dygnet.

Bestämmelser om behörighetsvillkoren för personal inom socialvården finns i lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården. Bestämmelser om rätt att arbeta med uppgifter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Lagarna gäller både den offentliga och den privata social- och hälsovården.

För socialvårdens funktioner ska kommunen ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaliteter och hjälpmedel. För funktioner inom hälso- och sjukvården ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt på motsvarande sätt förfoga över ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning.

I lagen om privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård ingår krav i fråga om

verksamhetsbetingelserna för den privata social- och hälsovården. Enligt 4 § i lagen om privat socialservice ska varje verksamhetsenhet ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaler och tillräcklig och ändamålsenlig utrustning samt den personal som verksamheten förutsätter. Lokalerna ska till sina sanitära och övriga förhållanden vara lämpliga för den vård, fostran och övriga omsorg som tillhandahålls där. Antalet anställda ska vara tillräckligt med avseende på servicebehovet och antalet klienter. Enligt 5 § ska varje verksamhetsenhet ha en ansvarig person som svarar för att de tjänster som genomförs vid verksamhetsenheten uppfyller de krav som ställs på dem.

Enligt 3 § i lagen om privat hälso- och sjukvård ska den som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster ha ändamålsenliga lokaler och anordningar. Dessutom ska tjänsteproducenten ha sådan ändamålsenligt utbildad personal som verksamheten förutsätter. Verksamheten ska i medicinskt avseende bedrivas på behörigt sätt och ta hänsyn till patientsäkerheten. Enligt 5 § ska en tjänsteproducent ha en av tillståndsmyndigheten godkänd föreståndare som ansvarar för hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Enligt 2 § i arbetarskyddslagen tillämpas den lagen på arbete som utförs på grundval av arbetsavtal samt på arbete som utförs i tjänsteförhållande eller därmed jämförbar offentliganställning. I 8 § i den lagen föreskrivs det om arbetsgivarens allmänna omsorgsplikt, och enligt paragrafen är arbetsgivaren skyldig att genom nödvändiga åtgärder sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. I detta syfte ska arbetsgivaren beakta omständigheter som hänför sig till arbetet, arbetsförhållandena och arbetsmiljön i övrigt samt till arbetstagarens personliga förutsättningar.

I 27 § i arbetarskyddslagen åläggs arbetsgivaren att vidta särskilda åtgärder för att förebygga risken för våld. I arbete som är förknippat med en uppenbar risk för våld ska arbetet och arbetsförhållandena ordnas så att risken för våld och våldssituationer i mån av möjlighet förebyggs. På arbetsplatsen ska då finnas sådana ändamålsenliga säkerhetsarrangemang eller säkerhetsanordningar som behövs för att förhindra eller begränsa våldet samt möjlighet att larma hjälp. Arbetsgivaren ska utarbeta anvisningar om rutiner där det på förhand fästs

vikt vid hantering av hotfulla situationer och vid tillvägagångssätt med vars hjälp våldssituationers inverkan på arbetstagarens säkerhet kan förhindras eller begränsas. Säkerhetsarrangemangens och säkerhetsanordningarnas funktion ska vid behov kontrolleras.

Bestämmelser om arbetsgivarens skyldighet att ordna företagshälsovård och om innehållet i och genomförandet av företagshälsovården finns i lagen om företagshälsovård (1383/2001). Enligt 12 § i den lagen hör det till den företagshälsovård som arbetsgivaren ska ordna i enlighet med god företagshälsovårdspraxis bl.a. att utreda och utvärdera hälsan och säkerheten i arbetet och arbetsförhållandena genom upprepade arbetsplatsbesök och andra metoder inom företagshälsovården med beaktande av arbetets belastning, arbetsarrangemangen samt risken för olycksfall och våld liksom även beaktande av dessa faktorer då arbetet, arbetsmetoderna och arbetslokalerna planeras samt vid förändringar i arbetsförhållandena.

När det gäller olycksfall och yrkessjukdomar har arbetsmiljön inom social- och hälsovården förbättrats under perioden 1996–2004. Risken att utsättas för våld i arbetet har däremot inte minskat. En granskning enligt yrkeskategori visar att största delen, 44 procent, av de olycksfall i arbetet 2003 som innefattade våld ägde rum i arbeten inom social- och hälsovårdsbranschen. År 2006 utsattes var sjätte arbetstgare inom social- och hälsovårdstjänsterna för våld eller hot om våld. Åtgärder för att förbättra säkerheten vid hälso- och sjukvårdsinrättningarna har utretts av flera arbetsgrupper tillsatta av social- och hälsovårdsministeriet och i samband med andra hälso- och sjukvårdsaktörers projekt. Som ett resultat av detta har bl.a. det ökade antalet våldssituationer bedömts utgöra det viktigaste arbetarskyddsproblemet inom hälso- och sjukvårdsarbetet. Också i flera undersökningar om säkerheten i arbetet inom det sociala området har det konstaterats att det sociala området fortfarande är en bransch där det finns risk för våld i arbetet.

Patienternas och socialvårdsklienternas våld mot personalen består av våld och hotelser av såväl verbal som fysisk karaktär. Våldssituationerna, och i synnerhet de allvarligare, har blivit fler under de senaste åren. Våldet är särskilt

förknippat med påverkade klienter, deras anhöriga eller påverkade följeslagare. Vanligen är det fråga om situationer där man ger första hjälpen eller prehospital akutsjukvård. Våld förekommer också t.ex. på patientmottagningar, vid sjuktransporter, på missbrukarvårdsenheter, vid kundbetjäningssituationer inom socialvården, på kronikeravdelningar orsakat av demenspatienter och inom verksamhetsenheter som tillhandahåller tjänster för utvecklingsstörda. Likaså har det blivit vanligare med hot om våld och med hotfulla situationer i och med att hemvården har ökat i omfattning.

Den delegation för beredning av arbetarskyddsbestämmelser som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 7 maj 2013 en sektion för bedömningen av hotet om våld. Sektionen ska bedöma förekomsten av våld och hotet om våld inom olika branscher och i olika arbetsuppgifter samt utifrån bedömningen utreda möjligheterna till en bättre reglering. Sektionen ska bl.a. klarlägga beröringspunkterna mellan arbetarskyddslagen och projektet för patientens självbestämmanderätt samt göra en motiverad bedömning av eventuella behov av att ändra lagstiftningen.

2.1.9 Tillsynen över social- och hälsovården

Tillsynsmyndigheter för social- och hälsovården är riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet som de högsta laglighetsövervakarna samt social- och hälsovårdsministeriet, Valvira, regionförvaltningsverken och kommunerna. Sakkunniginrättningar för social- och hälsovården är Institutet för hälsa och välfärd, Arbetshälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen. Också patient- och socialombudsmannasystemen ska trygga rättigheterna för klienter och patienter inom social- och hälsovården.

Social- och hälsovården övervakas på olika sätt. I anmälnings- och tillståndsförfarandena är det fråga om förhandskontroll från myndighetens sida. Andra metoder för förhandskontroll och styrning är exempelvis kommunikation, resursstyrning (statsunderstöd), informationsstyrning, handlednings- och inspektionsbesök, rådgivning, utbildning och konsultation. Efterhandskontrollen utgörs främst av klagomål och andra anmälningar om missförhållanden som lämnats in till tillsynsmyndigheterna.

Utöver den tillsyn som föranleds av initiativ utifrån utövar tillsynsmyndigheterna också tillsyn på eget initiativ i form av kontroller, inspektioner och olika utredningar.

Enligt 108 och 109 § i grundlagen ska justitiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman övervaka att domstolarna och andra myndigheter samt tjänstemännen, offentligt anställda arbetstagare och också andra, när de sköter offentliga uppdrag, följer lag och fullgör sina skyldigheter. Tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna är ett viktigt objekt för tillsynen. Närmare bestämmelser om de högsta laglighetsövervakarnas behörighet och tillsynsansvar finns i lagen om riksdagens justitieombudsman (197/2002) och i lagen om justitiekanslern i statsrådet (193/2000). Såväl justitiekanslern som justitieombudsmannen utövar tillsyn genom att behandla skriftliga klagomål som riktats till dem och genom att på eget initiativ ta upp ärenden till behandling. Båda har rätt att på eget initiativ verkställa inspektioner hos myndigheter, inrättningar och andra verksamhetsenheter som omfattas av deras tillsynsbehörighet. Riksdagens justitieombudsman ska i synnerhet inspektera fängelser och andra slutna inrättningar för att övervaka hur de intagna behandlas

Justitieombudsmannen och justitiekanslern har behörighet att vidta olika åtgärder när de misstänker eller upptäcker missförhållanden. Justitieombudsmannen kan besluta att förordna om polis- eller förundersökning, utföra åtal eller besluta att väcka åtal i ett ärende som omfattas av justitieombudsmannens laglighetsövervakning, ge den övervakade en anmärkning, delge en övervakad sin uppfattning om det förfarande som lagen kräver eller uppmärksamma den övervakade på de krav som god förvaltningssed ställer eller på synpunkter som främjar tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna. Justitieombudsmannen kan också rikta en framställning till en behörig myndighet om att ett fel ska rättas eller ett missförhållande avhjälpas och uppmärksamma brister som han eller hon observerat i bestämmelser eller föreskrifter samt göra framställningar om hur dessa ska utvecklas och bristerna avhjälpas. Om det har skett en

rättskränkning och om inget rättsligt förfarande längre står till buds, kan justitieombudsmannen efter prövning föreslå gottgörelse. Justitieombudsmannen ger årligen till riksdagen en berättelse och dessutom kan justitieombudsmannen i ett ärende som han eller hon anser vara viktigt också ge en särskild berättelse till riksdagen eller annars delge de berörda riksdagsorganen sina iakttagelser. Justitiekanslern kan på motsvarande sätt utföra åtal eller besluta att väcka åtal i ett ärende som omfattas av hans eller hennes laglighetsövervakning, ge personen i fråga en anmärkning för framtiden, fästa personens uppmärksamhet vid det förfarande som lag och god förvaltningssed kräver eller vidta åtgärder för rättande av lagstridiga eller felaktiga beslut eller förfaranden. Justitiekanslern har också rätt att lägga fram förslag till utveckling och ändring av lagstiftning och andra bestämmelser.

Bestämmelser om behörigheten för andra myndigheter som övervakar social- och hälsovården finns i flera olika lagar. Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av den offentliga och den privata hälso- och sjukvården hör till social- och hälsovårdsministeriets uppgifter. Till ministeriets styrningsverksamhet hör i praktiken förutom beredning av ny lagstiftning också bl.a. information och utbildning om lagstiftningen samt i vissa fall utarbetande av rekommendationer och handböcker för tjänsteordnarna och tjänsteprocenterna. Ministeriet styr också genom resultatavtal de ämbetsverk och inrättningar som lyder under det.

Valvira, som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, styr i egenskap av centralt ämbetsverk regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och avgörandepraxis vid styrningen av och tillsynen över den offentliga och privata social- och hälsovården. Dessutom styr och övervakar Valvira den offentliga och privata social- och hälsovården i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, eller ärenden i vilka regionförvaltningsverket är jävigt. Valvira's behörighet omfattar också i synnerhet ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Valvira och som gäller

hälso- och sjukvård eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Valvira har dessutom många andra särskilt föreskrivna uppgifter som gäller tillstånd och tillsyn i anslutning till social- och hälsovård.

Regionförvaltningsverket ska inom sitt verksamhetsområde sköta styrningen av och tillsynen över den offentliga och den privata social- och hälsovården. Bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter och behörighet när det gäller styrningen av och tillsynen över social- och hälsovården finns förutom i lagarna om social- och hälsovård också i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) och i kommunallagen. Tillsynen består i första hand av laglighetsövervakning som är inriktad på bl.a. övervakning av servicens tillgänglighet och av att kommunen fullgör sin skyldighet att ordna service samt på övervakning av att förfarandebestämmelserna i lag iakttas. Vid sidan av laglighetsövervakningen utvärderas verksamhetens ändamålsenlighet och kvalitet.

Valvira och regionförvaltningsverken styr och övervakar social- och hälsovården genom informationsstyrning och annan förhandskontroll samt i form av efterhandskontroll. Tillsynen över social- och hälsovården genomförs också systematiskt i enlighet med de tillsynsmål som är inskrivna i resultatavtalen mellan social- och hälsovårdsministeriet och tillsynsmyndigheterna. För den systematiska tillsynen utarbetas vanligen ett tillsynsprogram i vilket definieras kriterierna för tillsynen, förfaringsätten och arbetsfördelningen.

Valvira och regionsförvaltningsverken övervakar i enlighet med specialomsorgslagen också klientsäkerheten på en verksamhetsenhet för specialomsorger och lagligheten i verksamheten överlag i enlighet med 76 § i den lagen. De kan bl.a. av grundad anledning inspektera verksamhetsenheterna i fråga i enlighet med 75 § i den lagen. Regionförvaltningsverken ska också i enlighet med 75 a § i den lagen övervaka hur begränsningsåtgärder enligt lagen används. Om det konstateras att en kommun eller samkommun har förfarit felaktigt eller underlåtit att fullgöra sin skyldighet vid ordnandet eller genomförandet av specialomsorger eller annan verksamhet enligt den lagen, kan Valvira och regionförvaltningsverket ge kommunen eller samkommunen eller den tjänsteman som ansvarar för den felaktiga verksamheten

en anmärkning, vidta andra åtgärder eller uppmärksamgöra den övervakade på att verksamheten ska ordnas på behörigt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas.

Kommunen har det primära ansvaret för lagligheten, kvaliteten och ändamålsenligheten i fråga om de social- och hälsovårdstjänster som kommunen ansvarar för att ordna. De kollegiala organ som avses i 6 § 1 mom. i socialvårdslagen och i 6 § 1 mom. i folkhälsolagen och som utses av kommunfullmäktige övervakar tjänsteinnehavarna under sig och den övriga kommunala personalen. Kommunens och samkommunens egna verksamhetsenheter svarar i första hand själva för att de tjänster de tillhandahåller är ändamålsenliga. Vid anskaffning av tjänster från en privat tjänsteproducent ska kommunen eller samkommunen försäkra sig om att tjänsterna motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. Dessutom har privata tjänsteproducenter ansvar för kvaliteten på de tjänster de tillhandahåller. Enligt 6 § i lagen om privat socialservice och 6 § i lagen om privat hälso- och sjukvård ska tjänsteproducenterna se till att egenkontroll ordnas. För att säkerställa att verksamheten är tillbörlig ska varje producent av privat socialservice utarbeta en plan för egenkontroll. På motsvarande sätt ska den ansvariga föreståndaren, för säkerställande av verksamhetens kvalitet, utarbeta en plan för egenkontroll då en producent av privat service inom hälso- och sjukvården bedriver verksamhet vid flera än ett verksamhetsställe.

I 5 kap. i socialvårdslagen föreskrivs det om att säkerställa kvaliteten på tjänsterna. Enligt 47 § i den lagen ska en verksamhetsenhet inom socialvården eller en annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet. Planen ska vara offentligt framlagd, förverkligandet av den ska följas upp regelbundet och verksamheten utvecklas utifrån respons som regelbundet samlas in från klienterna och verksamhetsenhetens personal. Närmare bestämmelser om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av planen för egenkontroll kan utfärdas genom social- och hälsovårdsministeriets förordning. På motsvarande sätt föreskrivs det i 8 § i hälso- och sjukvårdslagen om kvalitet och patientsäkerhet. Verksamheten

inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Den kommunala primärvården ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalas. En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskrivs det om de frågor som det ska överenskommas om i planen.

Till regionförvaltningsverkets uppgifter hör att utvärdera den regionala tillgången till kommunal basservice. Regionförvaltningsverket kan med anledning av klagomål undersöka om kommunen har iakttagit gällande lagar. Om en kommun eller samkommun vid ordnandet av statsandelsåligganden har underlåtit att uppfylla en förpliktelse om vilken det föreskrivs eller bestäms i lag eller med stöd av lag, kan regionförvaltningsverket, efter att ha hört det behöriga ministeriet, ålägga kommunen eller hemkommunsersättningsstagaren att vid vite uppfylla förpliktelsen.

Bestämmelser om tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Regionförvaltningsverket styr och övervakar den verksamhet som utövas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården inom verkets verksamhetsområde. Valvira, som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, styr regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringsätt och avgörandepraxis vid styrningen och övervakningen av de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården. Valvira behandlar ärenden som gäller styrningen och övervakningen av de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, misstanke om felbehandling som lett till döden eller grav bestående invaliditet, ärenden som har samband med utredning av dödsorsak och som utförts av rättsläkare, ärenden som kan förut-

sätta säkerhetsåtgärder eller disciplinära åtgärder, eller ärenden i vilka regionförvaltningsverket är jävigt.

Inom den faktiska tillsynen över social- och hälsovården då klienten eller patienten inte förfogar över något förvaltningsbeslut med möjlighet att söka ändring spelar inte bara de myndigheter som övervakar social- och hälsovården utan också patient- och socialombudsmanssystemen och anmärkningsförfarandet en viktig roll. Enligt 24 § i klientlagen ska varje kommun utse en socialombudsman. Enligt 11 § i patientlagen ska en patientombudsman utses vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård. Patientombudsmannen och socialombudsmannen ska arbeta för att främja patientens och klientens rättigheter bl.a. genom att ge råd och informera samt genom att bistå patienter eller klienter i att framställa anmärkning. Socialombudsmannen ska dessutom följa hur klienternas rättigheter och ställning utvecklas i kommunen och årligen ge en redogörelse för detta till kommunstyrelsen.

En anmärkning kan gälla både offentlig och privat social- och hälsovårdsverksamhet. En patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon har fått eller med bemötandet i samband med den har enligt 10 § i patientlagen rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten i fråga. En klient inom socialvården har i sin tur enligt 23 § i klientlagen rätt att framställa en anmärkning med anledning av hur han eller hon bemötts till den som ansvarar för verksamhetsenheten inom socialvården eller till en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården.

Anmärkningen ska besvaras inom skälig tid från det att den framställdes. Vad som avses med skälig tid preciseras inte i lagstiftningen. Enligt riksdagens justitieombudsman är en skälig tid i regel ungefär en månad eller en till två månader om ärendet är mycket problematiskt och utredning krävs. Valvira har meddelat anvisningar som gäller anmärkningsförfarandet och enligt anvisningarna ses en period på 1–4 veckor som en skälig tid. Ett svar med anledning av en anmärkning får inte överklagas genom besvär.

Förutom att framställa anmärkning kan en klient eller patient anföra förvaltningsklagan hos de myndigheter som övervakar social- och

hälsovården. Med förvaltningsklagan avses en till en högre myndighet gjord anmälan eller angivelse om en felaktig tjänsteåtgärd eller om en försummelse som gäller en myndighets verksamhet. Förvaltningsklagan gäller all myndighetsverksamhet, i princip även faktisk förvaltningsverksamhet. Inom social- och hälsovården har rätten att anföra klagan utsträckt till att gälla även verksamhet som utövas av privata aktörer inom social- och hälsovården.

Vem som helst får anföra en förvaltningsklagan, och ärendet behöver inte gälla den klagandes eget ärende. Förvaltningsklagan ger inte den som anfört klagan partsställning och har inte någon bunden form. I ett ärende som gäller förvaltningsklagan fattas inget beslut om någons rätt eller fördel. Ett beslut som gäller förvaltningsklagan är tillsynsmyndighetens ställningstagande till riktigheten hos den verksamhet som är föremål för klagan. Beslutet kan innehålla administrativ styrning, såsom att underrätta sin uppfattning, uppmärksamgöra och ge en anmärkning. Ett avgörande som gäller en förvaltningsklagan är inte förenat med besvärsmått. Afsaknaden av besvärsmått baserar sig på 5 § i förvaltningsprocesslagen (586/1996). Enligt den paragrafen får besvär anföras hos förvaltningsdomstolen endast över ett beslut varigenom ett ärende har avgjorts eller lämnats utan prövning. Faktisk förvaltningsverksamhet faller utanför rätten till administrativt överklagande.

Behandlingen av förvaltningsklagan kan utöver själva avgörandet av klagomålsärendet också leda till att myndigheten ingriper när det gäller rätt, fördel eller skyldighet för den som är föremål för klagan, t.ex. genom att begränsa yrkesrättigheterna för den sjukskötare eller läkare som är föremål för klagan. Behandlingen av förvaltningsklagan har då gett upphov till behandling av ett egentligt klagomålsärende och ett separat överklagbart avgörande.

2.1.10 Handräckning

Begäran om handräckning är en uppgift som hänförs till förhållandet mellan två myndigheter. I lagbestämmelserna om handräckning anges antingen myndighetens rätt att få eller skyldighet att ge handräckning. I det följande

behandlas särskilt polisens handräckning till social- och hälsovårdsmyndigheterna.

Bestämmelser om handräckning av polisen finns i 9 kap. 1 § i polislagen (872/2011). Polisen ska på begäran ge andra myndigheter handräckning, om så föreskrivs särskilt. Polisen ska ge andra myndigheter handräckning också för fullgörande av en lagstadgad tillsynsskyldighet, om den myndighet som begär handräckning hindras i sin tjänsteutövning. Polisen kan också ge privatpersoner handräckning när det är nödvändigt för att de ska kunna utöva sina lagliga rättigheter och när det är fråga om en uppenbar rättskränkning. En förutsättning för handräckning är dessutom att en privatperson hindras att utöva sina rättigheter och att det krävs att polisen utövar sina befogenheter för att rättigheterna ska kunna utövas. Om inte något annat föreskrivs i lag ska en polisman som hör till befälet fatta beslut om givande av handräckning. När det gäller social- och hälsovård finns bestämmelser om handräckning av polisen för närvarande i exempelvis socialvårdslagen och mentalvårdslagen.

Om någon är i uppenbart behov av socialvård och om hans eller hennes intresse på grund av allvarlig risk för hans eller hennes hälsa, utveckling eller trygghet ovillkorligen kräver det och om behovet av socialvård annars inte kan utredas, har en socialarbetare enligt 41 § 1 mom. i socialvårdslagen på förordnande av socialdirektören eller socialsekreteraren, för utredning av vårdbehovet rätt att få tillträde till personens bostad eller någon annan plats där han eller hon vistas. Då tillträde förhindras till den bostad eller den plats där personen i fråga vistas, ska de sociala myndigheterna enligt 2 mom. begära handräckning av en polismyndighet.

Om en läkare vid en hälsovårdscentral eller ett sjukvårdsdistrikt anser att det när en person som behöver vård oberoende av sin vilja ska föras till hälsovårdscentralen, ett sjukhus eller någon annan sjukvårdsenhet sannolikt behövs en ledsagare utöver en ledsagare med hälsovårdsutbildning, på grund av att den som ska föras är våldsam eller av någon annan sådan orsak, är polisen enligt 31 § 1 mom. i mentalvårdslagen skyldig att bistå vid transporten. Om den person som har tagits in för observation eller meddelats vårdbeslut lämnar sjukhuset utan

tillstånd, är polisen enligt 2 mom. skyldig att ge handräckning för att återföra personen till sjukhuset. Om en person som kan tas in på sjukhus för sinnesundersökning inte på utsatt dag infinner sig för undersökning, är polisen enligt 3 mom. skyldig att ge handräckning för att föra personen till sjukhuset.

Enligt 75 § i specialomsorgslagen ska polisen vid behov ge Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket handräckning för utförandet av en inspektion av en verksamhetsenhet eller lokal för specialomsorgerna eller någon annan verksamhetsenhet eller lokal enligt den lagen.

När ett sjukhus begär handräckning för att nå en person tolkar polisen att begäran om handräckning är i kraft tills den åtgärd som begärts har utförts eller begäran återkallas. Polislagen innehåller bestämmelser om bl.a. utförande av uppgifter och viktighetsordning (1 kap. 6 §), åtgärdseftergift (1 kap. 9 §) och handräckning av polisen (9 kap. 1 §).

2.2 Privata säkerhetstjänster

Lagen om privata säkerhetstjänster (282/2002), nedan *säkerhetstjänstlagen*, är den grundläggande författningen om bevakningsrörelse, men bestämmelser om relaterade frågor finns för närvarande också i flera andra författningar. Med bevakningsrörelse avses i den lagen utförande av bevakningsuppgifter i förvärvssyfte enligt uppdragsavtal. Med bevakningsuppgift avses i sin tur att bevaka egendom, skydda en persons integritet, avslöja brott som riktat sig mot bevakningsobjektet eller uppdragsgivaren samt att utöva tillsyn över sådana uppgifter. Det att verksamheten grundar sig på uppdragsavtal innebär att lagens tillämpningsområde inte omfattar så kallad egen bevakning, där den konkreta bevakningsuppgiften utförs av en person som står i direkt anställningsförhållande till ägaren eller innehavaren av bevakningsobjektet. Också bland de anställda hos staten och kommunerna finns det gott om personer som utför sådant arbete som om det utfördes av ett bevakningsföretag skulle kräva auktorisation av bevakningsföretaget i enlighet med lagen. Exempelvis många av expeditionsvakternas uppgifter inrymmer sådana drag.

Väktares befogenheter bestäms i enlighet med 28 § i säkerhetstjänstlagen. Väktare har rätt att använda maktmedel så som föreskrivs i paragrafen. Inom social- och hälsovårdsservicen tvingas väktarna dock i regel tillgripa vissa åtgärder som är tillåtna på legitima grunder, eftersom de befogenheter som avses i 28 § i säkerhetstjänstlagen inte har någon praktisk betydelse i situationer som förekommer inom social- och hälsovården. De mest använda av de legitima grunderna är nödvärn enligt strafflagen och laglig självtäkt enligt tvångsmedelslagen (806/2011). En väktare måste i och för sig anses ha samma rätt som andra att stödja sig på användningen av sådana legitima grunder.

Bestämmelser om ordningsvaktsverksamhet finns i flera olika lagar och förordningar. Den grundläggande författningen om verksamheten är lagen om ordningsvakter (533/1999). Med stöd av ordningslagen (612/2003) kan ordningsvakter utses också för ett verksamhetsställe inom social- och hälsovården. Under vissa förutsättningar kan en ordningsvakts tjänstgöringsområde omfatta även områdets omedelbara närhet. Tidigare har uppgifterna för de ordningsvakter som utsetts för dessa områden i praktiken skötts av väktare anställda hos bevakningsföretag.

Den rättsliga ställningen för ordningsvakter som avses i ordningslagen avviker från den rättsliga ställningen för andra ordningsvakter på så vis att ordningsvakterna enligt ordningslagen inte har vissa sådana befogenheter som andra ordningsvakter har. De har för det första inte rätt att vägra en person tillträde till sitt tjänstgöringsområde. Till skillnad från andra ordningsvakter har de inte heller rätt att från sitt tjänstgöringsområde avlägsna en person som trots tillsägelse underlåter att följa en befallning som behövs för upprätthållande av ordning eller säkerhet. En ordningsvakt som avses i ordningslagen saknar även rätt att hålla en gripen person i förvar. Rätten till säkerhetsvisitation är också snävare än den rätt till säkerhetsvisitation som andra ordningsvakter har beviljats. Rätten till säkerhetsvisitation för en ordningsvakt som avses i ordningslagen hänför sig alltid till den åtgärd som riktar sig mot den gripna personen.

2.3 Patientens och socialvårdsklientens ställning och självbestämmanderätt

Utöver grundlagens bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna i anslutning till självbestämmanderätten är också patientlagen och klientlagen viktiga med tanke på individens ställning och bemötandet av individen. Lagarna gäller både offentlig och privat verksamhet.

Kommunens skyldighet att ordna socialvårdstjänster och klientens subjektiva rätt att få tjänster i vissa fall bestäms med stöd av socialvårdslagen och annan speciallagstiftning om socialvården. Kommunens skyldighet att ordna hälso- och sjukvård grundar sig på folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Bestämmelser om hälso- och sjukvårdens funktioner och uppgifter, om hälso- och sjukvårdstjänsternas innehåll och om att få vård finns i hälso- och sjukvårdslagen.

Klientlagen tillämpas på alla tjänster och klientkategorier inom socialvården, såväl på offentliga som på privata tjänster. Enligt klientlagen har varje klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Lagen innehåller också bestämmelser om klientens självbestämmanderätt. Klienten ska ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Detsamma gäller andra åtgärder som ansluter sig till den socialvård som ges klienten. Klientens sak ska behandlas och avgöras med hänsyn i första hand till klientens intresse.

I klientlagen finns också bestämmelser om utlämnande av uppgifter till klienten. Enligt lagen ska socialvårdspersonalen för klienten utreda hans eller hennes rättigheter och skyldigheter samt olika alternativ och deras verkningar liksom också andra omständigheter som är av betydelse för klientens sak. Utredningen ska ges så att klienten i tillräcklig utsträckning förstår dess innehåll och betydelse. Om socialvårdspersonalen inte behärskar det språk som klienten använder eller om klienten på grund av en sinnesdefekt eller ett talfel eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska i den mån det är möjligt tolkning ordnas och en tolk skaffas. Är det fråga om ett ärende som kan väckas av en myndighet, ska tolkning och översättning ombesörjas.

Om en klient på grund av sjukdom eller ned-satt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan motsvarande orsak inte kan delta i planeringen av de tjänster som tillhandahålls klienten eller inte kan förstå föreslagna alternativa lösningar, ska klientens vilja enligt bestämmelserna utredas i samråd med klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. En minderårig klients önskemål och åsikt ska utredas och beaktas på det sätt som klientens ålder och utvecklingsnivå förutsätter. Enligt rättslitteraturen gäller att ju mognare barnet är, desto större betydelse bör tillgodoseendet av barnets självbestämmanderätt tillskrivas, i synnerhet när det är fråga om beslut som hänför sig till barnets självbestämmanderätt och integritet. I alla åtgärder som vidtas inom offentlig eller privat socialvård och som gäller minderåriga ska i första hand den minderåriges intresse beaktas. Inom rättslitteraturen har det påpekats att innehållet i barnets intresse inte kan definieras generellt och uttömmande. Det handlar alltid om prövning från fall till fall, som påverkas av bl.a. barnets ålder och utvecklingsnivå och omständigheterna samt föräldrarnas förmåga att svara för vården och omsorgen om barnet.

Ordnanande av socialvård ska basera sig på ett myndighetsbeslut eller, när privat socialvård ordnas, på ett skriftligt avtal mellan tillhandahållaren av socialvård och klienten. Lagen förpliktar till att utarbeta en service-, vård- eller rehabiliteringsplan eller någon annan motsvarande plan för socialvårdsklienten, om det inte är uppenbart onödigt att utarbeta en plan. De som ordnar service ansvarar i sista hand för att det utarbetas en sådan plan som anges i lagen. Detta innebär emellertid inte att den som ordnar service ska göra upp planen som sitt eget arbete, utan i praktiken kan exempelvis tjänsteproducenten göra upp den. Planen ska göras upp i samförstånd med klienten, om det inte finns något uppenbart hinder för det. Om en person inte själv kan delta i utarbetandet av planen, ska den göras upp tillsammans med klienten och dennes lagliga företrädare eller med klienten och en anhörig till klienten eller någon annan klienten närstående.

I patientlagen föreskrivs om bemötandet av patienten och patientens självbestämmanderätt inom hälso- och sjukvården. Enligt patientlagen har var och en som varaktigt bor i Finland

utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Patientlagens bestämmelser om självbestämmanderätt ger uttryck för principen om samtycke baserat på vetskap. Vården och behandlingen ska ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom eller henne ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

I patientlagen föreskrivs det om patientens rätt till information. En patient har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten ska vårdas. Yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ska ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller tal-skada inte kan göra sig förstådd, ska tolk anlitas i mån av möjlighet.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av en mental störning, utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, ska hans eller hennes lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, ska patienten vårdas på ett sätt som är förenligt med hans eller hennes bästa. I dessa fall förutsätts det att patientens lagliga företrädare eller en nära anhörig eller någon annan närstående person samtycker till vården. När denna person ger sitt samtycke ska han eller hon beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljeyttring inte förekommit, patientens bästa.

Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, ska vården eller behandlingen så vitt möjligt i

samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åsikter om vården eller behandlingen går i sår, ska patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans eller hennes bästa.

En minderårig patients åsikter om en vård- eller behandlingsåtgärd ska utredas, om det med beaktande av patientens ålder och utveckling är möjligt. Vården av en minderårig patient ska ske i samförstånd med patienten, om han med beaktande av ålder och utveckling kan fatta beslut om vården. Enligt rättslitteraturen är en minderårig kapabel att besluta om sin vård, när han eller hon har tillräcklig mognad med hänsyn till ärendets art, har fått tillräcklig information om olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar, har övervägt saken omsorgsfullt med hänsyn till dess art och har uttryckt sin vilja utan tvång eller påtryckning. Om en minderårig patient inte kan fatta beslut om vården, ska han eller hon vårdas i samförstånd med sin vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. Även då ska barnet höras och barnets åsikt ska beaktas enligt vad hans eller hennes utvecklingsnivå och ärendets art förutsätter. Enligt 9 § 4 mom. i patientlagen har en minderårigs vårdnadshavare eller en annan laglig företrädare inte rätt att förbjuda sådan vård som behövs för avvärijande av fara som hotar patientens liv eller hälsa. I rättslitteraturen har det ansetts att momentet innebär att vård som behövs för avvärijande av fara som hotar den minderåriges liv eller hälsa får ges mot vårdnadshavarens samtycke enligt beslut av läkare endast när barnet redan befinner sig vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvården. I annat fall får vården inledas på grundval av beslut av en annan myndighetsperson.

En klients eller patients lagliga företrädare kan vara någon som fått fullmakt för detta av personen själv, eller en intressebevakare som förordnats för klienten eller patienten. En minderårigs lagliga företrädare är hans eller hennes föräldrar, någon annan vårdnadshavare eller en intressebevakare som har förordnats för honom eller henne.

De bestämmelser om förordnande av en intressebevakare och om intressebevakningsfullmakt som ingår i gällande lagstiftning reglerar situationer där klienten eller patienten företräds av någon annan än klienten eller patienten själv. För närvarande finns det inte några sådana särskilda lagbestämmelser om stöd för beslutsfattande som skulle göra det möjligt för klienterna eller patienterna att bestämma om sin vård eller omsorg i vissa sådana fall där de inte själva klarar av detta helt utan hjälp.

Om en myndig klient i en sak som gäller klientens person eller förmögenhet är i behov av intressebevakning, ska ett sådant kollegialt organ som avses i 6 § 1 mom. i socialvårdslagen (i praktiken oftast den nämnd som ansvarar för socialvårdsärenden eller en sektion vid nämnden) göra en anmälan till förmyndarmyndigheten för att en intressebevakare ska förordnas för klienten. Någon motsvarande bestämmelse finns inte i patientlagen.

Även förvaltningslagen (434/2003) är i många fall tillämplig på verksamheten inom social- och hälsovården. Förvaltningslagen är en allmän lag som reglerar verksamheten inom förvaltningen, och i den finns bestämmelser om grunderna för god förvaltning och om förandet i förvaltningsärenden. Utgångspunkten är att lagen omfattar alla verksamhetsformer inom förvaltningen, dvs. förutom egentligt förvaltningsförfarande även produktion av offentlig service. Förvaltningslagen ska också tillämpas på privata aktörer när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter. Enligt förarbetena till lagen ska lagen alltid tillämpas när en fråga som hör till dess tillämpningsområde inte regleras i någon annan lag. Bestämmelserna i förvaltningslagen kan tillämpas på verksamheten inom social- och hälsovården vid sidan av bestämmelserna i speciallagstiftning.

Enligt förarbetena till förvaltningslagen tillämpas grunderna för god förvaltning på myndigheternas verksamhet i allmänhet, inte endast vid beslutsfattande i förvaltningen utan också vid så kallad faktisk förvaltningsverksamhet, såsom skötsel av olika vårduppgifter. Det andra frågekomplexet som är av central betydelse med tanke på tillämpningen av lagen utgörs av bestämmelserna om det förfarande som ska iakttas i ett förvaltningsärende. Förvaltningsärenden är enligt förarbetet alla såd-

ana ärenden som faller inom en myndighets behörighet och som anknyter till ett administrativt avgörande, exempelvis ett förvaltningsbeslut, ett förslag, ett utlåtande eller godkännande av en plan.

Vid riksdagsbehandlingen av förvaltningslagen påpekade förvaltningsutskottet att begreppet förvaltningsärende inte har definierats i lagen och att det är svårt att göra det. Utskottet menade att det faktum att förvaltningslagen också tillämpas på faktisk förvaltningsverksamhet minskar behovet av en definition av begreppet förvaltningsärende. Förvaltningens kunder uppfattar den verksamhet som förvaltningsmyndigheter och enskilda parter med offentliga förvaltningsuppgifter står för som myndighetsverksamhet där det centrala med tanke på deras rättigheter och rättsskydd inte är att kunna identifiera vad som är ett förvaltningsärende utan att kunna förvissa sig om att den myndighet eller part som har hand om ett ärende eller en förvaltningsåtgärd uppfyller sin förpliktelse på behörigt sätt.

Med faktisk förvaltningsverksamhet avses sådan administrativ verksamhet som inte har några egentliga rättsliga verkningar. Det finns många former av faktisk förvaltningsverksamhet, och den kan också innebära utövning av offentlig makt. Rättigheterna och skyldigheterna för den som är föremål för förvaltningsverksamheten påverkas då direkt av myndighetens praktiska åtgärder.

Faktisk förvaltningsverksamhet faller utanför administrativt överklagande men omfattas av de förvaltningsrättsliga principer och övriga krav på god förvaltning som nämns i 2 kap. i förvaltningslagen. Bestämmelser om grunderna för god förvaltning finns i 2 kap. i förvaltningslagen. Kapitlet innehåller bestämmelser om rättsprinciperna inom förvaltningen, serviceprincipen och adekvat service, rådgivning, krav på gott språkbruk och samarbete mellan myndigheterna.

Bestämmelsen i 26 § i förvaltningslagen om tolkning och översättning i ett förvaltningsärende kompletterar 5 § i klientlagen och 5 § i patientlagen. Enligt 26 § ska en myndighet ordna tolkning och översättning i ett ärende som kan inledas av en myndighet, om 1) en part som använder romani eller teckenspråk eller något annat språk inte behärskar det språk, finska eller svenska, som ska användas vid

myndigheten, eller 2) en part på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom inte kan göra sig förstådd. Myndighetsinitierade ärenden är t.ex. beslut om omhändertagande av barn och beslut om psykiatrisk sjukhusvård oberoende av patientens vilja.

Enligt propositionen med förslag till förvaltningslag täcker bestämmelsens ordalydelse också sådana ärenden som utöver att de kan bli anhängiga på en myndighets initiativ också kan anhängiggöras av en part. Det kan t.ex. handla om att lämna socialvård till någon som är i uppenbart behov av sådan.

I 34 § i förvaltningslagen föreskrivs det om det förfarande som ska iaktas när en part hörs. Enligt 1 mom. ska en part innan ett ärende avgörs ges tillfälle att framföra sin åsikt om ärendet och avge sin förklaring med anledning av sådana yrkanden och sådan utredning som kan inverka på hur ärendet kommer att avgöras. I 2 mom. anges de undantagsfall då man kan låta bli att höra en part. Bestämmelser om förvaltningsbeslutets form och om motivering av beslut finns i 43 och 45 § i förvaltningslagen.

I lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010) föreskrivs det om den rätt som i Finland bosatta personer med funktionsnedsättning har till tolkningstjänst ordnad av Folkpensionsanstalten i sådana fall när en person med funktionsnedsättning inte med stöd av någon annan lag får tillräcklig och för sig lämplig tolkning. Tolkningstjänst kan ändå ordnas, om den tjänst som tillhandahålls med stöd av en annan lag dröjer eller om det finns någon annan grundad anledning att erbjuda tjänsten. Rätt till tolkningstjänst har synhörselskadade, hörselskadade eller talskadade som på grund av sin funktionsnedsättning behöver tolkning för att kunna arbeta, studera, utträta ärenden eller vara samhälleligt delaktiga eller för hobbyn eller rekreation. En ytterligare förutsättning för rätt till tolkningstjänst är att personen med funktionsnedsättning kan uttrycka sin egen vilja med hjälp av tolkning och använda sig av någon fungerande kommunikationsmetod. Tolkningens maximala omfattning anges särskilt i lagen.

2.3.1 *Intressebevakning, omyndigas ställning och intressebevakningsfullmakter*

Syftet med lagen om förmyndarverksamhet (442/1999) är att bevaka de personers intressen och rätt som på grund av omyndighet, sjukdom eller frånvaro eller av någon annan orsak inte själva kan sköta sina ekonomiska angelägenheter eller vars intressen annars ska bevakas. Lagen gäller huvudsakligen ekonomiska relationer men kan, närmast i fråga om myndiga personer, även begränsat gälla ärenden som hänför sig till person. I 1 § 2 mom. sägs att om någons intressen ska bevakas i andra än ekonomiska angelägenheter ska förmyndarverksamheten handha detta till den del som anges längre fram i lagen.

Omyndig är enligt lagen den som inte har fyllt 18 år och den som har fyllt 18 år men förklarats omyndig. En omyndig persons ekonomiska och andra angelägenheter som avses i lagen om förmyndarverksamhet sköts av en intressebevakare. För en myndig som behöver stöd i skötseln av sina angelägenheter kan det förordnas en intressebevakare. Om förordnande av intressebevakare inte är en tillräcklig åtgärd för att trygga en myndig persons intressen, kan den myndiges handlingsbehörighet begränsas. Intressebevakare för en minderårig är i allmänhet vårdnadshavarna. Intressebevakare för en myndig är den som av domstolen eller förmyndarmyndigheten har förordnats till uppdraget.

Om en myndig person på grund av sjukdom, störningar i de psykiska funktionerna eller försvagat hälsotillstånd eller av någon annan motsvarande orsak saknar förmåga att bevaka sina intressen eller sköta personliga eller ekonomiska angelägenheter som kräver åtgärder och som inte på annat sätt blir skötta på lämpligt sätt, får en intressebevakare förordnas av domstol för honom eller henne. Förmyndarmyndigheten ska vid behov ansöka hos tingsrätten om att intressebevakare förordnas. Ett intressebevakaruppdrag kan begränsas till att gälla en viss rättshandling, ett visst ärende eller viss egendom. Även för en minderårig som har fyllt 17 år kan en intressebevakare förordnas av domstol på samma grunder. Uppdraget som intressebevakare börjar i sådana fall när den minderåriga fyller 18 år. Förutom domstolen kan också förmyndarmyndigheten förordna en intressebevakare i dessa fall, om den vars intresse ska bevakas förmår förstå sakens betydelse och

begär att en viss person ska förordnas till intressebevakare.

Om oförmåga hos en myndig att sköta sina ekonomiska angelägenheter leder till att hans eller hennes viktiga intressen äventyras och om ett förordnande av en intressebevakare inte ensamt räcker till för att trygga den myndiges intressen, kan domstolen på det sätt som närmare föreskrivs i lagen begränsa den myndiges handlingsbehörighet. På motsvarande sätt kan handlingsbehörigheten för en minderårig som fyllt 17 år begränsas så att begränsningen börjar när den minderåriga fyller 18 år.

En omyndig har inte rätt att själv förfoga över sin egendom, ingå avtal eller företa andra rättshandlingar, om inte något annat bestäms i lag. Om inte något annat bestäms i lag får den som har förklarats omyndig och kan förstå sakens betydelse dock själv besluta om ärenden som gäller hans eller hennes person. Enligt motiveringen till lagen avses med detta bl.a. samtycke till medicinska åtgärder. Exempelvis när en intressebevakare har gett sitt samtycke till sjukhusvård oberoende av patientens vilja kan det inte anses att patienten faktiskt frivilligt tar emot denna vård.

En intressebevakare är behörig att företräda sin huvudman vid rättshandlingar som gäller huvudmannens egendom och ekonomiska angelägenheter, om domstolen inte har beslutat något annat när uppdraget gavs eller om något annat inte föreskrivs. Enligt 42 § i lagen om förmyndarverksamhet ska en intressebevakare som har förordnats för en person som har uppnått myndighetsåldern se till att huvudmannen får sådan vård, omvårdnad och rehabilitering som med tanke på huvudmannens behov och förhållanden samt med beaktande av huvudmannens önskemål ska anses lämplig. Enligt propositionen följer det av sakens natur att intressebevakaren inte kan anses ha en sådan omvårdnadsplikt, om han eller hon har förordnats att sköta endast ett bestämt, klart avgränsat ärende.

Systemet med intressebevakning har bedömts vara alltför tungrott för att det ska kunna utnyttjas i större utsträckning inom social- och hälsovården. Allmänna intressebevakare kan ha flera hundra huvudmän på sitt ansvar varvid det inte finns tillräckligt med tid att sätta sig in i skötseln av ärenden som gäller t.ex. en enskild

huvudman som är klient inom hälso- och sjukvården, även om intressebevakarens fullmakt omfattar ärenden av detta slag.

Om domstolen så förordnar, har intressebevakaren rätt att företräda huvudmannen också i ärenden som gäller huvudmannens person, om huvudmannen inte kan förstå sakens betydelse. Intressebevakaren är dock inte behörig att på huvudmannens vägnar samtycka till äktenskap eller adoption, erkänna faderskap, godkänna ett erkännande av faderskap, upprätta eller återkalla ett testamente eller företräda huvudmannen i andra sådana ärenden som på ett jämförbart sätt är personliga. I regeringspropositionen nämns samtycke till psykiatrisk sjukhusvård som ett exempel på andra personliga ärenden. Om huvudmannen inte ger eller inte förmår ge sitt samtycke i ett sådant fall kan han eller hon förordnas att undergå psykiatrisk sjukhusvård bara om det enligt mentalvårdslagen finns förutsättningar för vård oberoende av patientens vilja.

Var och en får trots tystnadsplikt göra en anmälan till förmyndarmyndigheten om att någon uppenbarligen är i behov av intressebevakning. Efter att förmyndarmyndigheten mottagit anmälan ska den vidta åtgärder för att utreda behovet av intressebevakning samt vid behov göra en ansökan till tingsrätten om förordnande av en intressebevakare.

Bestämmelser om förordnande av intressebevakare för rättegång finns i 19 a § i förvaltningsprocesslagen. Om en part på grund av sjukdom, störningar i de psykiska funktionerna, försvagat hälsotillstånd eller av någon annan motsvarande orsak saknar förmåga att bevaka sina intressen i en rättegång eller om partens intressebevakare på grund av jäv eller av någon annan orsak är förhindrad att utöva tale rätt vid rättegången, kan den domstol där rättegången är anhängig på tjänstens vägnar för rättegången förordna en intressebevakare för parten. På intressebevakarens tillämpas då lagen om förmyndarverksamhet.

Enligt lagen om intressebevakningsfullmakt (648/2007) kan en person med hjälp av en intressebevakningsfullmakt i förväg ordna skötseln av sina angelägenheter för den händelse att han eller hon senare på grund av t.ex. sjukdom eller försvagat hälsotillstånd förlorar förmågan att sköta sina angelägenheter. Genom att utfärda en intressebevakningsfullmakt kan man

försäkra sig om att ens angelägenheter sköts av en god man som man själv har valt, om man förlorar sin egen funktionsförmåga.

En intressebevakningsfullmakt ska upprättas skriftligen på samma sätt som ett testamente. I fullmakten ska fullmaktsgivaren namnge fullmäktigen, som har gett sitt samtycke till uppdraget, och de ärenden som bemyndigandet omfattar. Fullmaktsgivaren kan ge den som han eller hon bemyndigar behörighet att sköta sin egendom och andra ekonomiska angelägenheter och, om fullmaktsgivaren så vill, ärenden som gäller honom eller henne själv, såsom hälso- och sjukvård. Två ojäviga vittnen ska samtidigt vara närvarande när fullmaktsgivaren undertecknar fullmakten eller intygar att han eller hon undertecknat den. Den undertecknade intressebevakningsfullmakten ska överlämnas i fullmäktigens besittning eller så ska fullmäktigen underrättas om fullmakten på något annat sätt. Fullmakten kan givetvis också återkallas eller ändras.

Om fullmaktsgivaren inte längre klarar av att sköta sina angelägenheter t.ex. på grund av sjukdom, kan fullmäktigen begära att magistraten ska fastställa fullmakten. Fullmäktigen ska visa upp fullmakten i original för magistraten samt ett läkarutlåtande eller något annat motsvarande bevis på att den som utfärdade fullmakten har förlorat förmågan att sköta de ärenden som fullmakten gäller. Fullmakten träder i kraft när den har fastställts av magistraten. Magistraten ska övervaka fullmäktigens verksamhet särskilt i ekonomiska frågor.

2.3.2 Stöd för beslutsfattande

I många länder har man under senaste åren tagit fram system för stöd för beslutsfattande. Största delen av systemen i andra länder baserar sig på praktiska modeller och rutiner. Oavsett hurdant system som används i de olika länderna är syftet att garantera ett tillräckligt stöd som grund för att den som kontaktar social- och hälsovården ska kunna fatta egna beslut. En stödjande person kan hjälpa till med att söka information och alternativ samt med att väga för- och nackdelarna med avgörandet. Han eller hon kan också förklara svåra frågor i klartext. Vid behov kan stöd ordnas även i det skede när beslut ska verkställas. Den som har

svårt att välja, formulera ett beslut eller kommunicera kan med hjälp av systemet med stöd för beslutsfattande självständigt fatta beslut om sin social- och hälsovård eller mera generellt om sitt liv.

De rådgivnings- och ombudsmannasystem som används i Finland motsvarar inte helt de praktiska behoven, eftersom stöd för beslutsfattande behövs redan innan den berörda personen förmår fatta beslut om att uppsöka rådgivning eller anlita en företrädare för att få service. Han eller hon måste också förstå vilken myndighet som sköter vilket ärende.

En arbetsgrupp vid Institutet för hälsa och välfärd föreslog i sin slutrapport (THL:s rapporter 48/2011) att det vid sidan om intressebevakningssystemet inrättas ett lättare system för att stödja självbestämmanderätten och klientens eget beslutsfattande när personens förmåga att fatta självständiga beslut är nedsatt. Enligt arbetsgruppens förslag kunde de stödjande personerna utgöras av personer i den berörda personens närmaste krets eller av frivilliga medarbetare.

2.3.3 *Service för personer med utvecklingsstörning*

Utvecklingsstörning är ett mångfasetterat begrepp som ofta kan definieras på olika sätt. Finland har man sedan 1990-talet på bred front använt sig av amerikanska AAMR:s (The American Association on Mental Retardation) definition av utvecklingsstörning, som reviderades 2002. Enligt den karakteriseras utvecklingsstörning av sådan avsevärd nedsättning både i den intellektuella verksamheten och i det adaptiva beteendet som kommer till uttryck i de abstrakta, sociala och praktiska adaptiva färdigheterna. Enligt definitionen måste funktionsnedsättningen ha upptäckts innan personen i fråga fyllt 18 år. Enligt beräkningar gjorda utifrån olika register finns det i Finland sammanlagt cirka 40 000 personer med utvecklingsstörning, av vilka cirka 27 000 omfattas av olika former av socialvårdsservice.

En person med utvecklingsstörning har rätt till kommunens allmänna service. Den allmänna servicen kan vid behov kompletteras med särskild service. För personer med utvecklingsstörning ordnas särskild service med

stöd av handikappservicelagen och specialomsorgslagen. Lagarna är av subsidiär natur i förhållande till den allmänna lagstiftning som gäller socialvård, hälso- och sjukvård, undervisning och annan service.

Handikappservicelagen gäller sådan särskild service och sådana funktioner som alla personer med funktionsnedsättning behöver, oavsett funktionsnedsättningens art eller diagnosen. Service och stöd som avses i handikappservicelagen och förordningen om service och stöd på grund av handikapp (759/1987) är rehabiliteringshandledning, anpassningsträning samt annan service som behövs för att syftet med lagen ska nås, färdtjänst jämte följeslagarservice, dagverksamhet, personlig assistans, serviceboende, ändringsarbeten i bostaden, redskap och anordningar i bostaden, redskap, maskiner och anordningar som den berörda personen behöver för att klara de dagliga funktionerna, extra klädkostnader och extra kostnader för specialkost.

I enlighet med 1 § i specialomsorgslagen ges specialomsorger till dem som på grund av medfödd eller i utvecklingsåldern erhållen sjukdom eller skada hämmats eller störts i sin utveckling eller sina psykiska funktioner och som inte med stöd av någon annan lag kan få den service de behöver. Enligt 2 § i specialomsorgslagen omfattar tjänsterna inom specialomsorgerna bl.a. undersökning som förutsätts för en individuell planering och realisering av specialomsorgerna, hälso- och sjukvård, behövlig handledning, rehabilitering och funktionell träning, ordnande av arbetsterapi och bostäder samt annan motsvarande verksamhet som främjar anpassning inom samhället, ordnande av hjälpmaterial för personligt bruk samt individuell vård och annan omvårdnad.

Ordnandet av specialomsorger för personer med utvecklingsstörning skiljer sig från ordnandet av annan socialvård som kommunen ska ordna. Enligt 6 § i specialomsorgslagen indelas landet för ordnandet av specialomsorger i specialomsorgsdistrikt, vilkas områden bestäms av statsrådet. Specialomsorgsdistriktets kommuner är medlemmar i samkommunen för specialomsorgsdistriktet, vilken ska ordna de specialomsorger som föreskrivits för kommunerna, om inte något annat följer av bestämmelserna i specialomsorgslagen. Om en kom-

muns befolkningsunderlag eller andra särskilda skäl kräver det, kan kommunen ensam bilda ett specialomsorgsdistrikt. Angående kommunen gäller härvid i tillämpliga delar vad som föreskrivs om samkommuner för specialomsorgsdistrikt.

När en kommun ordnar specialomsorgerna är det organ som ansvarar för socialvården specialomsorgsmyndighet. Inom de specialomsorger som en kommun ordnar, i samband med besluten om dem och vid utarbetandet av specialomsorgsprogram, ska medicinsk och pedagogisk expertis samt sakkunskap i socialvård säkerställas på det sätt som anges i 23 § 2 mom. i specialomsorgslagen. Enligt ett beslut av riksdagens justitieombudsman 2015 (dnr 2807/4/14) ska en kommun som ordnar specialomsorger planera sin verksamhet i enlighet med specialomsorgslagen så att de behöriga strukturerna i kommunen gör det möjligt att upprätta och godkänna specialomsorgsprogram för dem som är i behov av specialomsorger.

Kommunerna är indelade i specialomsorgsdistrikt genom statsrådets förordning om specialomsorgsdistrikt (1045/2008). Alla kommuner i specialomsorgsdistrikten är medlemmar i samkommuner för specialomsorgsdistrikt med undantag för Helsingfors stad, som enligt förordningen ensam bildar Helsingfors specialomsorgsdistrikt. Tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är dessutom medlemmar i en samkommun för specialomsorger som har till uppgift att oberoende av distriktsindelningen bereda specialomsorger för den svenskspråkiga befolkningen i sina medlemskommuner. De svenskspråkiga specialomsorgerna sköts av Kårkulla samkommun, vars medlemmar således utgörs av alla tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner.

Enligt 6 § 4 mom. i specialomsorgslagen kan statsrådet, oberoende av distriktsindelningen, förordna att specialomsorgerna helt eller delvis ska ordnas av en eller flera samkommuner, om det på grund av specialomsorgernas krävande natur, särskilda för dem erforderliga förutsättningar eller andra motsvarande orsaker är ändamålsenligt att ordna specialomsorgerna för en större folkmängd än den som finns i ett enda specialomsorgsdistrikt. Statsrådet har inte beslutat om att koncentrera ordnandet av specialomsorger till vissa specialomsorgsdistrikt,

men mellan specialomsorgsdistrikten har det skett en specialisering i fråga om olika delområden inom specialomsorgerna, såsom när det gäller specialomsorger för personer i behov av psykiatrisk vård, autistiska personer och minderåriga med utvecklingsstörning som begått brott eller har ett problematiskt beteende.

Bestämmelserna i 68 och 69 § i specialomsorgslagen möjliggör också fusionering av specialomsorgsdistrikt och sjukvårdsdistrikt. För närvarande har nio specialomsorgsdistrikt (Södra Karelen, Kajanalands, Mellersta Österbottens, Mellersta Finlands, Kymmenedalens, Birkalands, Norra Karelen, Norra Österbottens och Satakunta specialomsorgsdistrikt) fusionerats med sjukvårdsdistriktet.

Kommunerna är, så som det beskrivs ovan, medlemmar i samkommuner för specialomsorger, vilka har till uppgift att ordna de specialomsorger som föreskrivits för kommunerna. Enligt 14 § i specialomsorgslagen kan kommunerna också ordna specialomsorgerna själva. Oavsett om en kommun ordnar specialomsorgerna helt eller delvis själv, ska den vara medlem i en samkommun för specialomsorger. Kommunal specialomsorgsmyndighet är det kollegiala organ som avses i 6 § 1 mom. i socialvårdslagen (710/1982) och som motsvarar den tidigare socialnämnden. Samkommunen för specialomsorgsdistriktet ska samarbeta med det kollegiala organet också då ordnandet av lokala specialomsorger ankommer på samkommunen.

Ålands lagting har genom en landskapslag fattat beslut om att grunda ett eget specialomsorgsdistrikt. Efter det att lagen stiftades ansvarade Ålands Vårdförbund för specialomsorgerna för personer med utvecklingsstörning. I samband med en organisationsreform av sjukvården på Åland inrättades Ålands Omsorgsförbund år 1994. Det tillhandahåller för närvarande service för personer med utvecklingsstörning på Åland och motsvarar specialomsorgsdistrikten på fastlandet och har alla åländska kommuner som medlemmar.

För det individuella beredandet av specialomsorger har samkommunen för specialomsorgsdistriktet en ledargrupp för specialomsorger. Medlemmar i ledargruppen för specialomsorger är enligt 23 § i specialomsorgslagen minst tre ledande tjänsteinnehavare inom

samkommunen så att medicinsk och pedagogisk expertis samt sakkunskap i socialvård är företrädda i ledargruppen. Beslut om meddelande av specialomsorger samt om dessas upphörande fattas av specialomsorgernas ledargrupp så som fastställs i 31 § i specialomsorgslagen, om inte något annat föreskrivs i instruktionen för specialomsorgsdistriktet. Om en kommun ordnar specialomsorger, ska det organ som ansvarar för socialvården fatta beslutet.

Initiativ som gäller erhållande av specialomsorger ska i enlighet med 31 § i specialomsorgslagen göras hos samkommunen för specialomsorgsdistriktet eller hos det organ som ansvarar för verkställigheten av socialvården i personens hemkommun (det kollegiala organ som avses i 6 § 1 mom. i socialvårdslagen). I praktiken söker sig klienterna till kommunens eller specialomsorgsdistriktets specialomsorgstjänster på en anhörigs initiativ eller styrs dit av kommunala social- eller hälsovårdsmyndigheter.

För ett individuellt förverkligande av specialomsorgerna ska ledargruppen för specialomsorger, eller inom gränser som den bestämt, den ansvariga föreståndaren för verksamheten, för varje person som är i behov av specialomsorger godkänna ett specialomsorgsprogram som avses i 34 § i specialomsorgslagen. Programmet, som ska ses över efter behov, ska såvitt möjligt göras upp i samarbete med personen själv och hans eller hennes lagliga företrädare samt med det organ som ansvarar för socialvården. Specialomsorgsprogrammet innehåller en plan för hur specialomsorger enligt specialomsorgslagen ska genomföras. Enligt propositionen med förslag till specialomsorgslag var syftet med skyldigheten att göra upp ett specialomsorgsprogram att betona specialomsorgernas individuella inriktning. Enligt propositionen var det ett medvetet val att låta innehållet i specialomsorgerna förbli öppet.

Specialomsorgsprogrammet grundar sig på ett överklagbart förvaltningsbeslut, och för klienten utarbetas det dessutom ofta en serviceplan enligt 7 § i klientlagen. Skyldigheten att göra upp ett specialomsorgsprogram har i rättslitteraturen tolkats så att en person med utvecklingsstörning har subjektiv rätt att få specialomsorger men inte subjektiv rätt till en specifik serviceform. Annan socialservice söks

hos de sociala myndigheterna i boendekommunen, och dessa serviceformer inkluderas inte i specialomsorgsprogrammet. Enligt riksdagens biträdande justitieombudsman ska all den service som behövs för specialomsorgerna skrivas in i programmet, som i mån av möjlighet utarbetas tillsammans med personen i fråga, hans eller hennes förmyndare eller någon annan vårdnadshavare. En serviceplan som eventuellt gjorts upp separat och innehållet i den ska också beaktas när specialomsorgsprogrammet utarbetas.

I Finland finns det över 10 000 barn med en utvecklingsstörning av något slag. Av personer under 18 år med utvecklingsstörning bor minst 93 procent hos sina föräldrar eller med ena föräldern.

Det finns ingen statistik över hur stor andel av de barn som placerats med stöd av barnskyddslagen som är barn med utvecklingsstörning. År 2016 bodde cirka 130 barn långvarigt på inrättningar för utvecklingsstörda. Specialomsorgslagen har ansetts vara en speciallag i förhållande till barnskyddslagen, och socialnämnden eller något annat motsvarande organ får inte direkt med stöd av barnskyddslagen besluta om lämnande av specialomsorger som avses i specialomsorgslagen. Om de kriterier för omhändertagande som anges i barnskyddslagen uppfylls när det gäller ett barn med utvecklingsstörning, ska barnskyddslagen tillämpas i första hand. Om det däremot är fråga om behov av specialomsorger enbart med anledning av utvecklingsstörning hos ett barn eller av skäl som hänför sig till specialomsorger mot personens vilja, ska specialomsorgslagen tillämpas. Om ett barn med utvecklingsstörning har omhändertagits, får vården utom hemmet sitt innehåll utifrån det specialomsorgsprogram som ska göras upp för barnet. Om en mental störning hos ett barn är den huvudsakliga orsaken till vård utom hemmet, ska mentalvårdslagen tillämpas i första hand. Omhändertagande som avses i barnskyddslagen är också den primära åtgärden för förordnande till vård enligt lagen om missbrukarvård (41/1986).

2.3.4 Personer med autismspektrumstörning

Autismspektrumet ingår i det neuropsykiatriska symtomkomplexet. Autismspektrumet

inrymmer omfattande störningar i utvecklingen, såsom autistiskt syndrom, Aspergers syndrom och Retts syndrom samt desintegrativ och genomgripande störning i utvecklingen. I Finland finns det uppskattningsvis cirka 54 000 personer som har en sådan störning i utvecklingen som ingår i autismspektrumet. Ungefär 10 000 av dem är autistiska. Av de autistiska personerna har 65–85 procent en intellektuell funktionsnedsättning. Begreppet autismspektrum används, eftersom autism handlar om ett individuellt och mångfasetterat beteendemönster med vissa särdrag beroende på bl.a. den autistiska personens ålder, utvecklingsnivå, kognitiva förmåga och eventuella andra sjukdomar samt hur mycket rehabilitering han eller hon har fått.

Avvikande kommunikationsförmåga och social interaktion i kombination med ett stereotypt beteende är exempel på drag som ingår i autismspektrumet. Bristerna i fråga om kommunikation och interaktion kan vara allvarliga och genomgripande. Autistiska personer kan också ha svårt att förstå och tolka andra människors känslor och tankar utifrån deras gester och miner. Hos personer med en autismspektrumstörning förekommer dessutom bl.a. över- och underkänslighet i fråga om sinnesförmågor, ovanliga reaktioner på sinnesintryck, exempelvis känslighet för ljus, ljud och beröring, sömn- och ätstörningar samt självdestruktivt beteende. Dessutom kan de bete sig på ett i förhållande till generella normer eller ålders- och utvecklingsstadiet speciellt eller avvikande, hyperaktivt eller impulsivt sätt som är en utmaning för omgivningen, eller uppvisa beteendestörningar. Symptomkomplexet omfattar ett brett spektrum, och personernas behov av hjälp varierar från kontinuerligt behov av stöd i alla dagliga grundläggande rutiner till mindre behov av stöd för exempelvis studier, sysselsättning och social interaktion.

För klienter med autismspektrumtillstånd ordnas servicen med stöd handikappservice-lagen, specialomsorgslagen, lagen om stöd för närståendevård (937/2005) och socialvårdslagen.

2.3.5 *Mentalvårdsarbete och mentalvårdstjänster*

Bestämmelser om mentalvårdsarbete finns i mentalvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. I praktiken ges mentalvårdstjänsterna bl.a. i form av öppen vård vid hälsovårdscentralerna, som specialiserad sjukvård i form av öppen vård och sjukhusvård och rehabilitering. Inom socialvården omfattar mentalvårdstjänsterna bl.a. familjerådgivning, boendeservice för rehabiliteringsklienter inom mentalvården och social rehabilitering samt dagcenter- och arbetsverksamhet för rehabiliteringsklienter inom mentalvården. Mentalvårdsarbete utförs dessutom inom det sociala arbetet och den sociala handledningen, barnskyddet och missbrukarvården. Socialvården har även fortfarande administrativt ansvar för en betydande del av den psykiatriska vården och mentalvårdstjänsterna för personer med utvecklingsstörning. Hälso- och sjukvården ansvarar emellertid alltid för den medicinska vården. Psykiatrisk specialiserad sjukvård oberoende av patientens vilja ges som specialiserad sjukvård som kan ordnas av kommunen, samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt eller staten.

Rehabiliteringsklienter inom mentalvården kan ha flera former av funktionsbegränsningar. De behöver ofta övning med avseende på självständighet och boende. Hjälp behövs ofta med dagliga rutiner, såsom personlig hygien, måltidsarrangemang, städning, tvättning och läkemedelsbehandling enligt läkarens anvisningar. Som en del av social rehabilitering övar man sig i att fungera i grupp, sköta sin ekonomi, ha meningsfull sysselsättning på fritiden och sköta människorelationer.

Mentalvårdslagen reviderades samtidigt som lagen om specialiserad sjukvård och de trädde i kraft 1991. Revideringen innebar att sjukvårdsdistrikten fick i uppgift att sköta den psykiatriska specialiserade sjukvården. Syftet med mentalvårdslagen var att skapa förutsättningar för att förnya mentalvårdsarbetet inom såväl den specialiserade sjukvården som primärvården och socialvården. Det viktigaste syftet med lagen var att flytta tyngdpunkten för vården till öppen vård.

Mentalvårdsarbete definieras i 1 § i mentalvårdslagen och av definitionen framgår samtidigt de centrala målen med mentalvårdsarbetet. Med mentalvårdsarbete avses främjande av individens psykiska välbefinnande och hans handlingsförmåga och personlighetsutveckling

samt förebyggande botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Mentalvårdsarbetet omfattar dels mentalvårdstjänster, dels åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden. Mentalvårdstjänsterna omfattar social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar. Till mentalvårdsarbetet hör också åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla tjänster.

I 3 § i mentalvårdslagen föreskrivs det om tillhandahållande av mentalvårdstjänster. Kommunen ska inom sitt område sköta om att de mentalvårdstjänster som avses i mentalvårdslagen tillhandahålls som en del av folkhälsoarbetet så som bestäms i hälso- och sjukvårdslagen och som en del av socialvården så som bestäms i socialvårdslagen. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och hälsovårdscentralerna inom distriktet ska tillsammans med den kommunala socialvården och de samkommuner som tillhandahåller specialomsorger organisera mentalvårdstjänsterna så att de bildar en funktionell helhet.

Bestämmelser om principerna för mentalvårdstjänster finns i 4 § i mentalvårdslagen. Enligt paragrafen ska kommunerna och samkommunerna se till att det tillhandahålls mentalvårdstjänster som till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen eller inom samkommunens område. Mentalvårdstjänsterna ska i första hand ordnas i form av öppen vård och så att människor uppmuntras att själva söka vård och att klara sig på egen hand.

Bestämmelser om samordning av mentalvårdstjänster finns i 5 § i mentalvårdslagen. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och hälsovårdscentralerna inom distriktet ska tillsammans med den kommunala socialvården och de samkommuner som tillhandahåller specialomsorger organisera mentalvårdstjänsterna så att de bildar en funktionell helhet. För personer med mentalsjukdomar eller andra mentala störningar ska det, utöver tillräcklig vård och service, i samarbete med socialvården i kommunen ordnas möjlighet till service- och stödboende i samband med behövlig medicinsk

eller social rehabilitering, så som särskilt föreskrivs. Avsikten med bestämmelsen om service- och stödboende har varit att stärka möjligheterna för rehabiliteringsklienter inom mentalvården att få boendeservice, men betydelsen av bestämmelsen i relation till de bestämmelser i socialvårdslagen som gäller ordnande av boendeservice har lämnat rum för tolkning.

Enligt 27 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun ordna sådant mentalvårdsarbete som behövs för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och som syftar till att stärka de faktorer som skyddar den individuella och kollektiva psykiska hälsan och till att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan. Mentalvårdsarbete enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattar handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen, verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer samt mentalvårdstjänster, med vilka avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar. Psykosocialt stöd som ges omedelbart eller på längre sikt i samband med exceptionella krissituationer är en multiprofessionell verksamhet. Det psykosociala stödet är också en del av kommunens beredskapsplan. Enligt socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen ska mentalvårdsarbetet planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den övriga kommunala social- och hälsovården.

Mentalvårdsarbetet omfattar också mentalvårdstjänsterna, som tillhandahålls dem som lider av mentala störningar med avsikten att undersöka och bota dem, lindra symptomen eller upprätthålla eller återställa handlingsförmågan. Den vård och rehabilitering som ges i form av mentalvårdstjänster inom hälso- och sjukvården ska grunda sig på en medicinsk bedömning och följa god vård- och rehabiliteringspraxis. Mentalvårdstjänsterna ska vara klientorienterade och ändamålsenliga. Möjligheterna för personer med mentala störningar att söka sig till tjänsterna ska stödas särskilt, och hänsyn ska tas till den stigmatisering som hör samman med mentala störningar och till att

dessa personer eventuellt har försämrade för-
måga att se till sina egna intressen.

Det ska finnas ett tillräckligt utbud av
mentalvårdstjänster. Mentalvårdstjänsterna
inom hälso- och sjukvården ska samordnas
med andra tjänster som behövs inom socialvår-
den och i synnerhet inom missbrukarvården.
Till de mentalvårdstjänster som ges i form av
basservice bör fogas det psykiatriska sakkun-
nigstöd som behövs.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kom-
munen planera och genomföra mentalvårdsar-
betet så att det bildar en fungerande helhet till-
sammans med den kommunala social- och häl-
sovården. Den hälsorådgivning och de hälso-
undersökningar som hör till rådgivningsbyrå-
ernas och skol- och studerandehälsovårdens
tjänster ska främja psykisk hälsa och livskom-
petens. Hälsoundersökningar och hälsorådgiv-
ning ska också ordnas för unga personer som
faller utanför studerande- eller företagshälso-
vården. Statsrådet utfärdade 2009 en förord-
ning om rådgivningsverksamhet, skol- och stu-
derandehälsovård samt förebyggande mun-
och tandvård för barn och unga (380/2009).
Förordningens bestämmelser om återkom-
mande hälsoundersökningar trädde i kraft
2011. Med hjälp av förordningen effektiviserar-
des den tidiga identifieringen, tillhandahållan-
det av stöd och hänvisningen till vård vid men-
tala störningar och missbruksproblem. Förord-
ningen förpliktar till att fästa vikt vid barns och
unga vuxnas mentala hälsa och användning av
alkohol och andra berusningsmedel.

Skol- och studerandehälsovården är en del av
de studerandehälsovårdstjänster som avses i la-
gen om elev- och studerandevård (1287/2013).
I lagen läggs tyngdpunkten i verksamheten på
generellt inriktad och förebyggande samt sek-
torsövergripande verksamhet.

Hälsoundersökningarna utgör en god grund
för att identifiera behovet av vård och stöd.
Inom basservicen har det dock konstaterats
brister när det gäller att tillgodose behovet av
vård och hjälp.

Det mentalvårdsarbete som ordnas med stöd
av 25 § i den nya socialvårdslag som trädde i
kraft den 1 april 2015 syftar till att stärka de
faktorer som skyddar individens och gemen-
skapens psykiska hälsa samt till att avlägsna
och minska faktorer som äventyrar den psy-
kiska hälsan. I socialvårdslagen föreskrivs det

om mentalvårdsarbetet inom ramen för social-
vården på motsvarande sätt som det i hälso-
och sjukvårdslagen föreskrivs om mental-
vårdsarbetet inom ramen för hälso- och sjuk-
vården. Det är inte fråga om någon ny eller ut-
vidgad uppgift för kommunerna.

Mentalvårdsarbetet enligt socialvårdslagen
omfattar

1) handledning och rådgivning inom social-
servicen i fråga om de faktorer som skyddar
och äventyrar den psykiska hälsan och, vid be-
hov, psykosocialt stöd till individen och famil-
jen,

2) samordning av det psykosociala stödet till
individen och samhället i akuta och trauma-
tiska situationer, samt

3) socialvårdens mentalvårdstjänster, med
vilka avses socialservice enligt 14 § som stöd-
jer individens psykiska hälsa.

Paragrafens sakinnehåll överensstämmer
med motsvarande bestämmelser i mentalvård-
slagen och hälso- och sjukvårdslagen och främ-
jar genomförandet av mentalvårdsarbetet inom
socialvården så att det bildar en fungerande
helhet tillsammans med den övriga socialvår-
den och hälso- och sjukvården.

I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs
det om arbetsfördelning och centralisering av
vissa uppgifter inom den specialiserade sjuk-
vården. Närmare bestämmelser om arbetsför-
delning och centralisering av uppgifter inom
den specialiserade sjukvården har utfärdats ge-
nom statsrådets förordning om arbetsfördel-
ning och centralisering av vissa uppgifter inom
den specialiserade sjukvården (582/2017). En-
ligt 4 § i den förordningen ska de fem sjuk-
vårdsdistrikt där det finns universitetssjukhus
ha hand om planeringen och samordningen på
regional nivå av vissa uppgifter inom den spe-
cialiserade sjukvården. Sådan uppgifter är bl.a.
utvärdering av psykoterapeutiska och psykosoc-
iala metoder och upprätthållande av kompe-
tensen i fråga om dem. I 6 § i den förordningen
föreskrivs det om de uppgifter som centrali-
seras till de fem universitetssjukhusen eller av
särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande
nivå. Till de fem universitetssjukhusen centra-
liseras enligt förordningen barnpsykiatrisk
bäddavdelningsvård dygnet runt alla veckoda-
gar samt rättspsykiatriska undersökningar av
barn samt undersökning och behandling av

svåra psykiatriska störningar som kräver samarbete mellan olika specialiteter samt rättspsykiatriska specialundersökningar, sinnesundersökningar medräknade.

Den nya socialvårdslagen definierar stödboende som en av de stödformer som hör till boendeservicen enligt socialvårdslagen (21 §). Inom boendeservicen är klienten i öppen vård och hans eller hennes boende, vård och rehabilitering baserar sig på frivillighet. De myndigheter som svarar för kommunernas social- och hälsovård ska se till att den boende får övriga tjänster som han eller hon behöver för vården och rehabiliteringen utöver boendet. Vid boendeserviceenheterna kan man erbjuda stödboende, serviceboende och serviceboende med heldygnsvård beroende på rehabiliteringsklientens stödbehov. Stödboendet sker i en stödbostad eller i den egna privata bostaden. Serviceboende och serviceboende med heldygnsvård ordnas i en för ändamålet avsedd boendeserviceenhet.

Med service på en institution avses enligt 22 § i socialvårdslagen ordnande av vård och rehabiliterande verksamhet vid en verksamhetsenhet som ger fortlöpande vård inom socialvården. Service på en institution kan ordnas kortvarigt eller fortlöpande, dagtid, nattetid eller dygnet runt. Långvarig vård och omsorg får tillhandahållas på institution bara om det med hänsyn till personens hälsa eller säkerhet är motiverat, eller om det finns en annan i lag särskilt föreskriven grund för det. När service på en institution tillhandahålls ska det ordnas sådan rehabilitering, vård och omsorg som behövs med tanke på klientens individuella behov. Klientens livsmiljö ska dessutom om möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt möjliggör ett privatliv och främjar rehabilitering, initiativkraft och funktionsförmåga.

Genom socialvårdslagen stärks ställningen för personer eller klienter som behöver särskilt stöd och integreringen av tjänsterna till en helhet. Behovet av särskilt stöd bedöms i samband med att behovet av socialvårdstjänster utreds. Man strävar också efter att göra upp vårdplanen inom hälso- och sjukvården för dessa personer så att den kan beaktas i samband med att beslutet om socialservicen fattas.

Klienten har rätt att få ett skriftligt beslut om ordnandet av socialservicen. Ett ärende som

gäller brådskande åtgärder ska handläggas och beslutet ska fattas utan dröjsmål utifrån tillgängliga uppgifter, så att klientens rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I fall som inte är brådskande ska beslut fattas utan grundat dröjsmål efter det att ärendet inlett. I brådskande fall ska beslutet verkställas utan dröjsmål och i fall som inte är brådskande utan grundat dröjsmål. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inlett. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Bestämmelser om handläggning av ärenden och beslutsfattande finns förutom i socialvårdslagen dessutom i förvaltningslagen.

Om en mentalvårdsklient även uppfyller definitionen av handikappad (person med funktionsnedsättning) enligt handikappservicelagen, kan han eller hon också vara berättigad till service och stöd enligt den lagen.

När det gäller service och stödåtgärder som omfattas av den särskilda skyldigheten att ordna service definieras svår funktionsnedsättning särskilt för varje tjänst eller stödåtgärd. Om kriterierna för svår funktionsnedsättning uppfylls, har personen subjektiv rätt till färdtjänst jämte följeslagarservice, tolktjänst, dagverksamhet, personlig assistans och serviceboende. Likaså har endast personer med svår funktionsnedsättning rätt att som en ekonomisk stödåtgärd få ersättning för skäligena kostnader för ändringsarbeten i bostaden samt för anskaffning av redskap och anordningar i bostaden. Ett villkor för att ovannämnda service och stödåtgärder, vilka är avsedda för personer med svår funktionsnedsättning, är att servicen och stödåtgärderna är nödvändiga för att den berörda personen med hänsyn till funktionsnedsättningen eller sjukdomen ska klara de funktioner som hör till normal livsföring. Nödvändigheten bedöms utifrån hur lagens syfte kan uppnås och annan lagstiftning som ska beaktas, i synnerhet de grundläggande fri- och rättigheterna, kan verkställas och tillgodoses med hjälp av den aktuella servicen eller stödåtgärden. I praktiken har mentalvårdsklienter inte i någon betydande omfattning fått ta del av tjänster enligt handikappservicelagen.

För mentalvårdstjänsterna finns det en kvalitetsrekommendation (SHM:s handböcker 2001:12), som har sammanställts genom samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund. I den betonas bl.a. respekten för människovärdet och de mänskliga rättigheterna samt att vården i första hand ska ges som öppen vård.

I social- och hälsovårdsministeriets utvecklingsrekommendation om boendetjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården från 2007 (SHM:s publikationer 2007:13, på finska) betonas tillräckligt stöd och tillräckliga tjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården för att de ska kunna bo i en vanlig bostad.

I miljöministeriets rapport från 2012 behandlas frågan om att utveckla boendet för klienter inom psykiatrisk rehabilitering (Miljöministeriets rapporter 10/2012). Som åtgärdsförslag på nationell nivå presenteras bl.a. att ett projekt för att utveckla boendet för dessa klienter genomförs åren 2012–2015 som ett led i genomförandet av den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete, att utvecklingsrekommendationen om boendeservice för rehabiliteringsklienter inom mentalvården revideras och att det anvisas finansiering för boendet för dessa klienter. Rapporten innehåller förslag som gäller kommunernas och samkommunernas verksamhet, mångsidigare utbud när det gäller boendelösningar och bättre kvalitet, trygghet av boendet och tillgång på tjänster som stöder boendet samt tillsyn över och uppföljning av boendetjänster för klienterna.

Beredningen av den första gemensamma nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete inleddes efter det att sammanlagt 106 riksdagsledamöter år 2004 hade väckt en åtgärdsmotion för utarbetande av en nationell plan för mental hälsa. Planen publicerades den 10 februari 2009 (SHM:s rapporter 2009:3). Utgångspunkten var att psykiska problem och missbruk har en stor betydelse för folkhälsan, och planen omfattade samhällets olika sektorer.

Målet för planen var att de psykiska problemen och missbruket samt den utslagning som hör samman med dem ska minska, att tjänsterna grundar sig på medborgarnas verkliga behov och är enkelt och flexibelt tillgängliga och att verksamheten grundar sig på god praxis

som bedömts vara effektiv. I planen betonades främjande av den mentala hälsan, alkohol- och drogfrihet och förebyggande av problem, stärkande av ställningen för klienter med psykiska problem och missbruksproblem samt utvecklande av servicesystemet så att det i ett tidigare skede och på ett mer helhetsbetonat sätt motsvarar behovet av vård av och stöd till personer med psykiska problem eller missbruksproblem. I planen presenterades dessutom styrmedel som omfattar olika samhällssektorer och genom vilka utvecklandet av mentalvårds- och missbruksarbetet kan främjas.

Vid utgången av planperioden 2015 hade de flesta rekommendationerna i den framskridit åtminstone i viss mån. Utvecklandet av servicesystemet och av samordningen av tjänsterna visade sig variera regionalt. Av rekommendationerna verkade de har framskridit sämst som hänförde sig till samordningen av åtgärderna inom social- och hälsovården och andra sektorer och till anvisningen av resurser för mentalvårds- och missbruksarbetet. Den utvärderingsgrupp som utförde den externa utvärderingen av planen sammanfattade att planen hade en positiv inverkan i synnerhet genom att öka medvetenheten om behoven av att stärka klientens ställning, utföra främjande och förebyggande arbete och utveckla servicesystemet.

Under våren 2018 har beredningen av en ny mentalvårdsstrategi inletts. Den mentalvårdsstrategi som ska beredas är avsedd att fungera som ett redskap för långsiktig strategisk ledning och utifrån den i enlighet med respektive prioritering lyfter man fram åtgärder som genomförs. Avsikten är att strategin ska omfatta motsvarande delområden som planen för mentalvårds- och missbruksarbete. Mentalvårdsstrategin ska basera sig på det principbeslut av statsrådet för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet som är under beredning samt stödja verkställigheten av lagstiftningen om mentalvård och missbruk.

2.3.6 Missbrukarvård

Bestämmelser om service för personer med alkohol- och drogberoende utfärdades 1987 genom lagen om missbrukarvård. Enligt den la-

gen har missbrukarvården som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel ävensom därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom närstående personers funktionsförmåga och säkerhet. Bestämmelser om alkohol- och drogarbete finns också i hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen.

Enligt lagen om missbrukarvård ska kommunerna ordna vården av missbrukare enligt behovet i kommunen såväl genom den allmänna servicen inom social- och hälsovården som genom särskild service för missbrukarvården. Bedömningen grundar sig på behovet av hjälp, stöd och vård. Man strävar efter att uppnå målen genom förebyggande arbete samt genom att utveckla den allmänna servicen inom social- och hälsovården och den särskilda servicen för missbrukarvården. Service inom missbrukarvården ska tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Service ska ges med hänsyn till missbrukarens, hans familjs och andra honom närstående personers behov av hjälp, stöd och vård. Servicen inom missbrukarvården ska ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. När service tillhandahålls ska missbrukaren vid behov även ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete.

Inom missbrukarvården verksamma myndigheter och samfund ska samarbeta med varandra. Särskild uppmärksamhet ska ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

Lagen om missbrukarvård ersatte lagen om vården av dem, som missbruka berusningsmedel (96/1961). Genom reformen ville man komma bort från den tidigare betoningen, där missbruksproblem sågs som en fråga om ordning och säkerhet och kontrollobjekt. Syftet med lagen om missbrukarvård var att främja serviceprincipen och klientens delaktighet enligt det nya tänkesättet inom socialvården. Missbruksproblem sågs i allt högre grad som individens sjukdom, som inverkar på hans eller

hennes närståendes liv och som samhället ska erbjuda hjälp för. Inga betydande ändringar har gjorts i lagen om missbrukarvård. Reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna 1995 ledde till att vård oberoende av missbrukarens vilja i enlighet med lagen om missbrukarvård i praktiken inte just alls numera ges. De fler metoderna inom missbrukarvården och en större samtidig förekomst av mentala störningar och missbruk har väsentligt ökat hälso- och sjukvårdens betydelse inom alkohol- och drogarbetet.

Flera förordningar har utfärdats med stöd av lagen om missbrukarvård. I förordningen om missbrukarvård (653/1986) finns bl.a. bestämmelser om anordnande av service och om rehabiliteringsplanen. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel (33/2008) finns bestämmelser om förutsättningarna för och genomförandet av avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer. Förordningen tillämpas när läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon används för avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer. Förordningen tillämpas inte när dessa läkemedelspreparat används som stödbehandling vid somatiska sjukdomar hos opioidberoende personer i ett läge där abstinenssymtom försämrar patientens kliniska tillstånd eller försvårar behandlingen.

I social- och hälsovårdsministeriets förordning om godkänd vård vid narkotikabrott (290/2002) finns bestämmelser om de villkor enligt vilka vården betraktas såsom i strafflagen avsedd vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom har det utfärdats en förordning (993/2006) som gäller de blanketter som hänför sig till vård oberoende av vilja.

Enligt 28 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun ordna sådan service inom alkohol- och drogarbetet som behövs för att främja kommuninvånarnas hälsa och välbefinnande och som syftar till att stärka de faktorer som främjar alkohol- och drogfrihet hos individen och i samhället och till att minska eller avlägsna sådana faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattar alkohol- och drogarbete handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten, och undersökning, vård och rehabilitering i samband med alkohol- och drogrelaterade sjukdomar.

Alkohol- och drogarbetet omfattar också missbrukartjänster. Med missbrukartjänster inom hälso- och sjukvården avses undersökningar, vård eller rehabilitering som ges på medicinska grunder till personer med riskabla alkohol- och drogvanor, missbrukare och deras anhöriga. Syftet med missbrukartjänsterna inom hälso- och

sjukvården är att bota och lindra sjukdomar som förorsakats av alkohol- och drogbruk, att förhindra att sjukdomarna förvärras samt att upprätthålla eller återställa patientens funktionsförmåga. Den som tillhandahåller missbrukartjänster inom hälso- och sjukvården ska alltid också bedöma behovet av åtgärder inom socialvården. Exempelvis i fråga om minderåriga personer ska alltid i synnerhet behovet av barnskydd bedömas. Att anlita de av missbrukartjänsterna är frivilligt och

att tjänsterna är lätta att nå och få tillgång till

är faktorer som ökar nyttan av tjänsterna. Också den missbrukarvård som tillhandahålls inom ramen för socialvården hör till missbrukartjänsterna.

Målen för att alkohol- och drogarbetet inom hälso- och sjukvården ska nås förutsätter ofta ett multidisciplinärt samarbete, där förutom yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården också yrkesutbildade personer inom det sociala arbetet och inom mentalvårdsarbetet samt andra aktörer medverkar. För att alkohol- och drogarbetet ska bilda en funktionell helhet som stöder individen, familjen och gemenskapen

behöver verksamheten samordnas på ett planmässigt sätt mellan de olika aktörerna. I detta syfte ska en samordningsansvarig utses.

I den nya socialvårdslagen grundar sig ordnandet av missbrukarvård som en del av socialvården på 24 § i den lagen. Syftet med alkohol- och drogarbetet enligt socialvårdslagen är att minska och avlägsna alkohol- och drogrelaterade faktorer som äventyrar välfärd och säkerhet samt stödja alkohol- och drogfrihet. Alkohol- och drogarbete enligt socialvårdslagen omfattar handledning och rådgivning, den särskilda service för missbrukarvården som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel, deras anhöriga och andra närstående, övrig socialservice enligt 14 § i den lagen som stöder alkohol- och drogfrihet eller som behövs på grund av missbruk av berusningsmedel.

Syftet med arbetet för att främja alkohol- och drogfrihet och förebygga problem är att stärka de resurser och övriga faktorer som skyddar mot problem samt minska riskfaktorerna. Genom att stärka gemenskapen och delaktigheten kan man både skydda mot problem och ge stöd i ett tidigt skede. Gemenskapen kan förbättras t.ex. genom projekt som stöder invånarnas aktiva deltagande eller genom fler sociala dispositioner. För att förebygga att alkohol- och drogproblem överförs från generation till generation strävar man efter att stödja barn och unga personer i riskgruppen och deras familjer. De anställda bör alltid bedöma barnets eventuella behov av vård och stöd när de vårdar en vuxen med psykiska problem och alkohol- och drogproblem.

I 24 § 2 mom. i socialvårdslagen föreskrivs om socialvårdens alkohol-

och drogarbete. I momentets 1 punkt föreskrivs om handledning och rådgivning inom alkohol- och drogarbete, vilken gäller faktorer som stöder och äventyrar alkohol- och drogfrihet samt en kartläggning av servicesystemets alternativ för klienten. I momentets 2 punkt föreskrivs om socialvårdens särskilda service inom alkohol- och drogarbetet. Med särskild service avses socialvårdstjänster för missbrukare. Fokus bör ligga på öppenvårdstjänster, inom vilka jourartade, ambulerande och konsultativa arbetsformer utvecklas. Det är också viktigt att ordna en rehabiliterande tjänst som varar tillräckligt länge. Utöver den särskilda servicen erbjuds missbrukare de vanliga socialvårdstjänster som nämns i 14 §, bl.a. för att stödja boendet. Socialservice ordnas för personer som

har problem med den sociala funktionsförmågan och livshandlingen till följd av missbruk av alkohol eller andra droger. Genom servicen stöds nykterhet samtidigt som man ser till att den oundgängliga omsorg som avses i grundlagen tillgodoses också för dem för vilka missbruket av berusningsmedel fortgår.

I 3 mom. föreskrivs om gravida personers rätt till de missbrukartjänster inom socialvården som de behöver. Enligt bestämmelsen har en gravid person subjektiv rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som främjar alkohol- och drogfrihet. Även i hälso- och sjukvårdslagen ingår en motsvarande bestämmelse som tryggar service vid missbruk. Bestämmelsen utgår från att personen själv söker sig till servicen. Genom lagen stöds också hänvisning av personer till service. Enligt 35 § i socialvårdslagen ska en sådan yrkesutbildad person som definieras i lagen med klientens samtycke kontakta socialvården, så att personens servicebehov kan bedömas. Om personen inte själv vill ta kontakt och det är uppenbart att barnet som ska födas kommer att behöva barnskyddets stödåtgärder genast efter födseln, ska en föregripande barnskyddsanmälan i enlighet med 25 c § i barnskyddslagen göras. År 2002 utarbetades en kvalitetsrekommendation för missbrukarvården (SHM:s handböcker 2002:4). Syftet var att den skulle vara ett stöd för planeringen, beslutsfattandet, ordnandet, produktionen och utvecklandet i fråga om tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen för servicesystemet var avsedd att styra och stödja allt alkohol- och drogärende som utförs inom ramen för social- och hälsovårdstjänsterna.

2.3.7 Vård och service för äldre

Äldreomsorgslagen trädde i kraft den 1 juli 2013. Före det ordnades social- och hälsovårdstjänster för äldre som en del av den allmänna social- och hälsovårdsservicen, med stöd av t.ex. socialvårdslagen, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och hälso- och sjukvårdslagen.

I den lagstiftning som gäller social- och hälsovårdstjänster finns det inga åldersgränser, med undantag för vissa bestämmelser som gäller barn och unga. En äldre person kan således

få service också med stöd av lagen om missbrukarvård, specialomsorgslagen, handikappserviceagen och mentalvårdslagen. Exempelvis ändringsarbeten i bostäder har genomförts med stöd av handikappserviceagen. Även om äldre personers servicebehov inte på lagstiftningsnivå tidigare har åtskilts från den övriga befolkningens behov, har de äldre uppfattats som en separat grupp och vissa serviceformer har i praktiken riktats uttryckligen till dem.

Till den allmänna socialservice som de äldre utnyttjar mest hör hemservice, hemvård, boendeservice, vård på institution och stöd för närstående vård. Till de viktigaste hälso- och sjukvårdstjänsterna hör exempelvis hemsjukvård, medicinsk rehabilitering, besök på hälsovårdcentralen, vård som ges vid hälsocentralssjukhus samt besök inom specialiserad sjukvård och sjukhusvård.

För äldre ordnas det också privata social- och hälsovårdstjänster. De kan ordnas av kommunen i form av köpta tjänster eller som tjänster som tjänsteproducenten erbjuder klienterna och patienterna direkt. Även församlingar och organisationer kan ordna tjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har utfärdat en kvalitetsrekommendation om utveckling av tjänster för äldre åren 2001 och 2008. Kvalitetsrekommendationen uppdaterades i samband med att äldreomsorgslagen trädde i kraft (SHM:s publikationer 2013:11) och en gång till 2017 (SHM:s publikationer 2017:6). Rekommendationen har utarbetats av en brett sammansatt arbetsgrupp, och syftet med den är att fortsätta stödja verkställigheten av äldreomsorgslagen. I likhet med sina föregångare är rekommendationen främst avsedd som ett stöd för kommunernas och samarbetsområdenas beslutsfattare och ledare när det gäller att utveckla och utvärdera servicen för äldre.

Syftet med äldreomsorgslagen är enligt dess 1 § att

1) stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand,

2) förbättra den äldre befolkningens möjligheter att i kommunen delta i beredningen av beslut som påverkar denna befolknings levnadsförhållanden och i utvecklandet av den service den behöver,

3) förbättra möjligheterna för en äldre person att få högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster och handledning i användningen av andra till buds stående tjänster i enlighet med det individuella behovet och i tillräckligt god tid, när personens nedsatta funktionsförmåga kräver det, och

4) förbättra möjligheterna för en äldre person att påverka innehållet i de social- och hälsovårdstjänster som ordnas för honom eller henne och det sätt de utförs på samt besluta om val som gäller dem.

I äldreomsorgslagen föreskrivs det om kommunernas skyldighet att se till att den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand stöds och att tillgången till social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver tryggas i kommunerna. I lagen finns också bestämmelser om utredning av äldre personers servicebehov och tillgodoseende av det och om säkerställande av kvaliteten på tjänster som ordnas för äldre personer.

I 3 § i äldreomsorgslagen definieras begreppen äldre befolkning, äldre person och verksamhetsenhet. I lagen avses med äldre befolkning den del av befolkningen som är i en ålder som berättigar till ålderspension. Med äldre person avses en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder. Med verksamhetsenhet avses en funktionell helhet som har en offentlig eller privat tjänsteleverantör som huvudman och inom vilken huvudsakligen äldre personer tillhandahålls social- eller hälsovårdstjänster som utförs i tjänsteleverantörens lokaler eller i de äldre personernas egna hem.

I synnerhet de bestämmelser i äldreomsorgslagen som gäller äldre personer har betydelse också med tanke på den föreslagna nya lagen om självbestämmanderätt. Om en äldre person, med eller utan stöd, förmår göra egna val om sin socialvård och vård och om han eller hon förstår följderna av sitt agerande, ska socialvården eller hälso- och sjukvården enligt klientlagen och patientlagen ordnas i samförstånd med honom eller henne. Bland annat äldreomsorgslagens bestämmelser om rådgivning och handledning syftar till att detta mål ska nås. Nedsatt

funktionsförmåga exempelvis på grund av en demenssjukdom kan dock leda till att social- och hälsovård för en äldre person inte i alla situationer kan ordnas i samförstånd med den berörda personen.

Så som det i 12 § i äldreomsorgslagen konstateras i samband med tjänster som främjar välbefinnandet ska kommunen ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Dessutom ska kommunen, särskilt för dem bland den äldre befolkningen vars levnadsförhållanden eller livssituation utifrån forskningsrön eller allmän livserfarenhet bedöms innebära riskfaktorer som ökar behovet av service, tillhandahålla hälsokontroller, mottagning och hembesök som stöder välbefinnandet, hälsan, funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand. I de tjänster som främjar välbefinnandet ska det ingå bl.a. att ge handledning som syftar till att främja välbefinnandet, funktionsförmågan och sunda levnadsvanor samt förebygga sjukdomar, olycksfall och olyckor liksom att identifiera sociala problem och hälsoproblem som beror på försvagad hälsa och nedsatt funktionsförmåga hos den äldre befolkningen och att ge tidigt stöd i samband med sådana problem.

I 13 § i äldreomsorgslagen finns det bestämmelser om allmänna principer för att tillgodose servicebehovet, och i 14 § föreskrivs det om principer för långvarig vård och omsorg. Principerna enligt 13 § hänför sig till innehållet i och kvaliteten på vård och service för äldre, medan 14 § gäller den inbördes prioriteringsordningen för olika service- och vårdalternativ.

Enligt 13 § i äldreomsorgslagen ska kommunen ordna högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster för äldre personer i rätt tid och i tillräcklig omfattning med tanke på dessa personers servicebehov. Tjänsterna ska utföras så att de stöder äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, förmåga att klara sig på egen hand och delaktighet. I syfte att förebygga behovet av annan service ska särskild vikt läggas vid tjänster som främjar äldre personers rehabilitering och vid tjänster i hemmet.

I enlighet med 14 § i äldreomsorgslagen ska kommunen i första hand ge äldre personer långvarig vård och omsorg med hjälp av social- och hälsovårdstjänster som ordnas i deras eget

hem eller på något annat hemligt ställe där de bor. Dessa tjänster ska till innehåll och omfattning anpassas efter den äldre personens servicebehov vid respektive tillfälle. Långvarig vård och omsorg får ges som vård på institution bara om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller om det annars är motiverat för att en äldre person ska ha ett värdigt liv och få säker vård.

Äldre personer ska ges social- och hälsovårdstjänster som garanterar långvarig vård och omsorg på ett sådant sätt att de kan uppleva att deras liv är tryggt, betydelsefullt och värdigt och att de kan upprätthålla sociala kontakter och delta i meningsfull verksamhet som främjar och upprätthåller deras välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga. Äldre makar och sambor ska ges möjlighet att bo tillsammans.

Kommunen ska säkerställa att arrangemangen för långvarig vård av äldre personer är bestående, om det inte är befogat att ändra på dem för att personen själv önskar det eller hans eller hennes servicebehov har förändrats eller av någon annan särskilt vägande och grundad anledning.

I 15 § i äldreomsorgslagen föreskrivs det om individuell utredning av servicebehovet och i 16 § om planering av tjänsterna. Möjligheten att få behövliga tjänster främjas också av att vissa myndigheter och andra har lagstadgad skyldighet enligt 25 § att göra en anmälan om en äldre persons uppdagade servicebehov till den kommunala myndighet som ansvarar för socialvården. Anmälan innebär att myndigheten blir skyldig att utreda den äldre personens servicebehov.

I slutet av 2016 vårdades 7154 klienter som fyllt 75 år på ålderdomshem, och antalet klienter minskade med 15 procent jämfört med året innan. Även långtidsvården på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar minskade med 39 procent. Däremot ökade klientantalet inom serviceboendet dygnet runt, dvs. serviceboendet med heldygnsomsorg, med 6 procent. Inom serviceboende med heldygnsomsorg fanns det allt som allt 36 451 klienter i slutet av 2015. Det totala antalet klienter inom den service på institution och boendeservice med dygnet-runt-vård som är avsedd för äldre har stigit under 2000-talet. Servicen utnyttjas också av en mindre andel av de äldre. Sammantaget fick ca 21 procent av dem som fyllt 75 år hemvård,

service på institution eller boendeservice i slutet av 2016.

På motsvarande sätt fick 31 procent av dem som fyllt 80 år service för äldre i slutet av 2016. Det totala klientantalet var större i slutet av 2016 än i början av 2000-talet, men tjänsterna utnyttjades av en mindre andel av de äldre.

När det gäller dygnet-runt-service för äldre (det finns personal på plats dygnet runt) har det skett en förändring under 2000-talet. Användningen av serviceboende med heldygnsomsorg har ökat hela tiden och institutionsvården på ålderdomshem och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar har minskat. I slutet av 2016 var av dem som fyllt 75 år 7,3 procent på serviceboende med heldygnsomsorg, 1,4 procent på ålderdomshem och 0,3 procent i långtidsvård på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar. Dygnet-runt-vårdens (vård på institution och serviceboende med heldygnsomsorg) täckningsgrad i slutet av 2006 för dem som fyllt 75 var 9 procent.

Antalet regelbundna klienter inom den hemvård som avses i 19 § i socialvårdslagen och 25 § i hälso- och sjukvårdslagen var allt som allt 73 500 i november 2016. Klientantalet steg från det föregående året med 0,3 procent. Antalet klienter som inte hade fyllt 65 år var 6 370. Klientstrukturen inom hemvården har förändrats under 2000-talet. I november 2016 gjordes minst 60 hos nästan en tredje del av klienterna inom den regelbundna hemvården (31,2 procent). Andelen sådana klienter ökade med ca en procentenhet jämfört med året innan och har ökat med 8 procentenheter sedan 2010. Till klienterna inom den regelbundna hemvården räknas de hos vilka besök inom hemsjukvården eller hemservicen gjorts under beräkningsperioden med stöd av den gällande service- och vårdplanen eller annars regelbundet minst en gång i veckan.

2.3.8 Minderåriga och barnskyddet

Skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna är inte beroende av personens ålder, om inte något annat föreskrivs särskilt. Det att skyddet utsträcks till minderåriga framgår även av 6 § 3 mom. i grundlagen. Enligt momentet ska barn bemötas som jämlika individer och ha

rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva. Barn ska behandlas lika som den vuxna befolkningen, i princip som individer med grundläggande fri- och rättigheter på lika villkor, och som inbördes likvärdiga. EU:s dataskyddsförordning anger ramvillkor också för behandlingen av personuppgifter som rör minderåriga. Den registrerades rättigheter gäller i regel varje fysisk person. I bestämmelserna om barns samtycke avseende informationssamhällets tjänster i artikel 8 i EU:s dataskyddsförordning anges det i punkt 1 att när behandling av personuppgifter grundar sig på samtycke och det är fråga om erbjudande av informationssamhällets tjänster direkt till ett barn ska behandling av personuppgifter som rör ett barn vara tillåten om barnet är minst 16 år. Medlemsstaterna får föreskriva en lägre ålder i detta syfte, under förutsättning att denna lägre ålder inte är under 13 år.

Minderåriga barns självbestämmanderätt i fråga om de egna personuppgifterna bestäms enligt de allmänna och särskilda bestämmelser som fastställer minderåriga barns självbestämmanderätt. Sådana bestämmelser finns förutom i grundlagen och personuppgiftslagen (523/1999) även i FN:s konvention om barnets rättigheter.

Enligt artikel 12.1 i konventionen ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätt som att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Enligt artikel 13 i konventionen ska barnet ha rätt till yttrandefrihet. Denna rätt innefattar frihet att oberoende av territoriella gränser söka, motta och sprida information och tankar av alla slag, i tal, skrift eller tryck, i konstnärlig form eller genom annat uttrycksmedel som barnet väljer. Utövandet av denna rätt får underkastas vissa inskränkningar. Inskränkningarna ska dock vara föreskrivna i lag och nödvändiga för att respektera andra personers rättigheter eller anseende eller för att skydda den nationella säkerheten, den allmänna ordningen eller den allmänna hälsan eller sedligheten.

Som omyndiga och som en grupp som är svagare än de vuxna behöver barnen dock särskilt skydd och särskild omsorg. I ett ärende som gäller en minderårigs grundläggande fri- och

rättigheter kan dock hans eller hennes talan föras av hans eller hennes vårdnadshavare eller av någon annan laglig företrädare. Enligt 4 § i lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983) ska barnets vårdnadshavare bestämma om barnets vård och uppfostran samt i övriga personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska också företräda barnet i dess personliga angelägenheter, om inte något annat föreskrivs. I 11 och 15 § i den lagen föreskrivs det om utredande av barnets önskemål och åsikt. Enligt 14 § i förvaltningslagen ska en omyndigs talan i regel föras av den omyndiges intressebevakare, vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. En omyndig som har fyllt 15 år har rätt att föra talan jämsides med förmyndaren i ett ärende som gäller den omyndiges person eller personliga fördel eller rätt. Med stöd av 5 § i barnskyddslagen ska ett barn enligt sin ålder och utvecklingsnivå tillförsäkras rätten att få information i ett barnskyddsärende som rör barnet och att framföra sina åsikter i ärendet. Dessutom har ett barn som fyllt 12 år enligt 21 § i barnskyddslagen rätt att vid sidan av vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare föra sin talan i ett ärende som gäller barnet självt. I regeringens proposition till riksdagen med förslag till ändring av grundlagarnas stadganden om de grundläggande fri- och rättigheterna nämndes ingenting om att barn ska ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva. När riksdagens grundlagsutskott behandlade propositionen påpekade utskottet att det i systematisk hänseende inte finns någon direkt lämplig plats för ett stadgande om detta i det föreslagna regelverket om grundläggande fri- och rättigheter. Utskottet nöjde sig därför med att foga en bestämmelse om saken till 6 § 3 mom., där det enligt lagförslaget fanns en allmän bestämmelse om barnens ställning.

Specialomsorgslagen har ansetts vara en speciallag i förhållande till barnskyddslagen, och socialnämnden eller något annat motsvarande organ får inte direkt med stöd av barnskyddslagen besluta om lämnande av specialomsorger som avses i specialomsorgslagen. Om de kriterier för omhändertagande som anges i barnskyddslagen uppfylls när det gäller ett barn med utvecklingsstörning, ska barnskyddslagen tillämpas i första hand. Om det däremot är fråga om behov av specialomsorger enbart med

anledning av utvecklingsstörning hos ett barn eller av skäl som hänför sig till specialomsorger mot personens vilja, ska specialomsorgslagen tillämpas. Om ett barn med utvecklingsstörning har omhändertagits, får vården utom hemmet sitt innehåll utifrån det specialomsorgsprogram som ska göras upp för barnet. Om en mental störning hos ett barn är den huvudsakliga orsaken till vård utom hemmet, ska mentalvårdslagen tillämpas i första hand.

Omhändertagande enligt barnskyddslagen är alltid en åtgärd som vidtas i sista hand såväl som åtgärd inom barnskyddet som i förhållande till andra tjänster. Barnet eller den unga ska i första hand få de allmänna social- och hälsovårdstjänster som han eller hon behöver och vid behov hälsovård oberoende av personens vilja.

Bestämmelser om inledande av klientrelationer inom barnskyddet finns i 5 kap. i barnskyddslagen. Med stöd av 26 § i den lagen inleds ett barnskyddsärende på ansökan eller när en socialarbetare eller någon annan anställd inom barnskyddet har tagit emot en sådan begäran om bedömning av barnskyddsbehovet som avses i 25 a § eller en barnskyddsanmälan som avses i 25 § eller på något annat sätt fått kännedom om ett barn som eventuellt är i behov av barnskydd. Ett barnskyddsärende inleds också i och med en föregripande barnskyddsanmälan som avses i 25 c §, och en klientrelation inom barnskyddet inleds efter barnets födelse i enlighet med det som föreskrivs i 26 §.

Efter att ett barnskyddsärende har inletts ska socialarbetaren eller någon annan anställd inom barnskyddet omedelbart bedöma barnets eventuella brådskande behov av barnskydd. Dessutom ska socialarbetaren senast den sjunde vardagen efter att ha mottagit anmälan eller motsvarande information avgöra om en utredning av barnskyddsbehovet enligt 27 § ska inledas med anledning av ärendet eller om ärendet uppenbart är av sådan art att det inte föranleder några åtgärder.

En klientrelation inom barnskyddet inleds när barnskyddsåtgärder vidtas skyndsamt eller ett beslut om utredning av barnskyddsbehovet enligt 27 § fattas till följd av att ett barnskyddsärende har inletts.

Enligt 27 § i barnskyddslagen ska den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter göra en utredning om barnets situation. I

utredningen bedöms barnets uppväxtförhållanden, vilka möjligheter vårdnadshavarna eller andra personer som svarar för barnets vård och fostran har att sörja för barnets vård och fostran, samt behovet av barnskyddsåtgärder. Utredningen görs i den omfattning som omständigheterna i det aktuella fallet förutsätter. För att göra utredningen kan socialarbetaren vid behov, under vissa närmare angivna förutsättningar, stå i kontakt med barnet närstående personer samt med olika samarbetspartner och experter. Utredningen ska göras utan obefogat dröjsmål så att den färdigställs senast inom tre månader från att barnskyddsärendet inleddes. Klientrelationen upphör om utredningen inte föranleder barnskyddsåtgärder.

Bestämmelser om brådskande placering av barn finns i 8 kap. i barnskyddslagen, och bestämmelser om omhändertagande finns i 9 kap. I 40 § i barnskyddslagen specificeras de kriterier som, när de uppfylls, innebär att ett barn ska omhändertas och vård utom hemmet ska ordnas för barnet. Av motsvarande skäl kan ett barn också i brådskande ordning placeras så som anges i 38 § i barnskyddslagen. Ett skäl till att åtgärderna vidtas kan vara att brister i omsorgen om barnet eller andra uppväxtförhållanden hotar att allvarligt äventyra barnets hälsa eller utveckling. Ett annat skäl kan vara att barnet allvarligt äventyrar sin hälsa eller utveckling genom att använda rusmedel, genom en brottslig gärning som inte kan anses obetydlig eller genom annat liknande beteende. Av kravet på att åtgärderna ska vara proportionerliga följer emellertid att omhändertagande och vård utom hemmet kan tillgripas endast om åtgärderna inom öppenvården har visat sig vara otillräckliga eller inte är lämpliga eller möjliga för en omsorg i enlighet med barnets bästa, och vården utom hemmet bedöms motsvara barnets bästa.

2.3.9 *Specialomsorger oberoende av en persons vilja och begränsningsåtgärder enligt specialomsorgslagen*

Specialomsorgslagens bestämmelser om specialomsorger oberoende av en persons vilja, användningen av begränsningsåtgärder samt om stärkande av förutsättningarna att klara sig på egen hand och av självbestämmanderätten

har nyligen reviderats på grund av ratificeringen av Förenta Nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Ändringarna trädde i kraft den 10 juni 2016. Enligt 32 § 1 mom. i specialomsorgslagen kan en person oberoende av sin vilja förordnas att intas på en verksamhetsenhet för specialomsorger, om han eller hon

- 1) inte kan träffa avgöranden om sin vård och omsorg eller förstå konsekvenserna av sitt handlande,
- 2) sannolikt allvarligt äventyrar sin egen eller andras hälsa eller säkerhet, och
- 3) inte kan få vård och omsorg på något annat sätt.

En person kan förordnas specialomsorger mot sin vilja med stöd av en undersökning som görs med anledning av en skriftlig ansökan. Enligt 32 § 3 mom. i den lagen ska en skriftlig ansökan om att en person ska förordnas att intas på en verksamhetsenhet för specialomsorger lämnas till ledargruppen för specialomsorger. Ansökan får göras av personens lagliga företrädare eller en anhörig eller en annan närstående. Om det inte finns någon sådan i 3 mom. avsedd person som har rätt att göra ansökan eller om de inte samtycker till att göra ansökan, kan ansökan göras också av den socialnämnd eller något annat organ som svarar för socialvården och inom vars område personen vistas, eller av en tjänsteinnehavare som socialnämnden eller något annat organ som svarar för socialvården förordnat. I fråga om personer som är intagna på straffanstalt kan ansökan under motsvarande förutsättningar göras av anstaltens föreståndare.

I 33 § i specialomsorgslagen föreskrivs det om förordnande av undersökning. Om ledargruppen för specialomsorger på grund av en ansökan enligt 32 § och andra behövliga undersökningar och utredningar inom social- och hälsovården anser det uppenbart att det finns förutsättningar att en person förordnas specialomsorger mot sin vilja, kan ledargruppen förordna att personen ska tas in för undersökning. I brådskande fall ska ett skriftligt beslut om förordnande fattas genast och i övrigt senast sju dagar efter det att en ansökan som avses i 32 § har inkommit.

En person får vara intagen för undersökning i högst fjorton dagar från det att beslutet om

förordnande fattades. Undersökningen ska göras av en legitimerad läkare, en legitimerad psykolog och en legitimerad socialarbetare som är anställda i tjänsteförhållande och förtrogna med omsorgen om utvecklingsstörda. Vid behov kan även andra yrkesutbildade personer inom socialvården eller hälso- och sjukvården delta i undersökningen. Ett utlåtande undertecknat av läkaren, psykologen och socialarbetaren ska upprättas om undersökningen. Utlåtandet ska innehålla ett motiverat ställningstagande till om det finns förutsättningar för att förordna personen att bli intagen på en verksamhetsenhet för specialomsorger oberoende av sin vilja.

Efter undersökningen beslutar ledargruppen för specialomsorger om personen ska förordnas specialomsorger. Beslutet ska omedelbart och senast inom två veckor efter det att beslutet fattats underställas förvaltningsdomstolen. Förvaltningsdomstolen ska handlägga ärendet skyndsamt.

I 37 § i specialomsorgslagen föreskrivs det om avslutande av specialomsorger mot personens vilja. Om det vid undersökning av en person som oberoende av sin vilja förordnats att tas in på en verksamhetsenhet för specialomsorger eller vid ordnande av vård och omsorg för honom eller henne framgår att förutsättningar saknas för att förordna personen att oberoende av sin vilja tas in på en verksamhetsenhet för specialomsorger, ska ledargruppen för specialomsorger eller, i de situationer som avses i 19 § 2 mom. i mentalvårdslagen Institutet för hälsa och välfärd, på ledargruppens förslag genast besluta att de av viljan oberoende specialomsorgerna ska avslutas.

Enligt 38 § i specialomsorgslagen får en person hållas kvar på en verksamhetsenhet för specialomsorger högst ett halvt år på grundval av ett beslut om förordnande till specialomsorger oberoende av personens vilja. Om det innan fristen går ut förefaller uppenbart att det fortfarande finns förutsättningar för att förordna personen att bli intagen på en verksamhetsenhet för specialomsorger oberoende av sin vilja, ska personen utan ett särskilt beslut om förordnande till undersökning, enligt vad som föreskrivs i 33 § 2 mom. undersökas på nytt och ett nytt utlåtande om undersökningen lämnas. Ett beslut om fortsatta specialomsorger oberoende av personens vilja på en verksamhetsenhet för

specialomsorger i högst ett halvt år ska i överensstämmelse med 33 § 3 mom. fattas skriftligt innan det har gått ett halvt år efter förordnandet om intagning för specialomsorger oberoende av personens vilja. Beslutet ska underställas förvaltningsdomstolen på det sätt som föreskrivs i 33 § 3 mom. Därefter ska förutsättningarna för fortsatta specialomsorger oberoende av personens vilja utredas på samma sätt minst en gång i halvåret.

Enligt 38 § 2 mom. i specialomsorgslagen har en person som har blivit intagen på en verksamhetsenhet för specialomsorger oberoende av sin vilja och hans eller hennes lagliga företrädare rätt att få förutsättningarna för fortsatta specialomsorger oberoende av personens vilja bedömda av ledargruppen för specialomsorger medan specialomsorgerna pågår också innan halvårsfristen löpt ut. Om en person som är myndig saknar laglig företrädare har utöver honom eller henne själv också anhöriga eller andra närstående som deltar i planeringen och genomförandet av servicen samma rätt i situationer som avses i 9 § 1 mom. i klientlagen. Ingen ny bedömning behöver göras om det har gått mindre än en månad sedan den förra bedömningen och det är uppenbart att det inte har skett någon förändring i personens tillstånd. Orsaken till att ingen bedömning görs ska skrivas in i journalerna.

Bestämmelser om ändringssökande finns i 81, 81 a, 81 b, 81 c ja 81 d § i specialomsorgslagen. Ett beslut om förordnande till undersökning, om förordnande av specialomsorger mot personens vilja och om förordnande om fortsatta specialomsorger mot personens vilja får överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen. Likaså får ett skriftligt beslut om omhändertagande av ämnen och föremål, om återkommande användning av en begränsande anordning eller ett begränsande klädesplagg, om rörelsefrihet under övervakning och om kvarhållande överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen.

Institutet för hälsa och välfärd beslutar i enlighet med 19 § i mentalvårdslagen om specialomsorger om åtalade utvecklingsstörda mot deras vilja när den berörda personen enligt ett domstolsbeslut har genomgått sinnesundersökning enligt 16 § i mentalvårdslagen. Om det inte finns grunder för psykiatrisk vård oberoende av personens vilja, men förutsättningarna

i 32 § 1 mom. i specialomsorgslagen för specialomsorger mot en persons egen vilja finns, ska institutet besluta om specialomsorger mot personens egen vilja. Institutets beslut motsvarar då ett sådant beslut av ledargruppen för specialomsorger som avses i 33 § 3 mom. i specialomsorgslagen. Beslutet ska inte underställas förvaltningsdomstolen. Om Institutet för hälsa och välfärd på framställning av ledargruppen för specialomsorger anser att det inte längre finns förutsättningar för specialomsorger mot vederbörandes egen vilja enligt 32 § 1 mom. i specialomsorgslagen, ska specialomsorgerna genast avslutas och patienten på eget önskemål skrivas ut från den verksamhetsenhet som står för specialomsorgerna.

I praktiken är beslut om specialomsorger mot en persons vilja sällsynta. Grunderna för förordnande till specialomsorger mot en persons egen vilja kan vara dels att personen har begått ett allvarligt brott, är självdestruktiv, använder berusningsmedel, har en asocial livsstil, lider av psykisk sjukdom eller är våldsbenägen, dels att personen löper risk för att behandlas illa eller utnyttjas. Specialomsorger mot en persons vilja genomförs som institutionsvård eller bodeservice dygnet runt som ordnas av specialomsorgsdistrikten. Specialomsorger mot en persons vilja ordnas också i form av institutionsvård som köps in från privata serviceproducenter.

I 3 a kap. i specialomsorgslagen finns det bestämmelser om stärkande av självbestämmanderätten och användning av begränsningsåtgärder inom specialomsorger. Enligt 42 § i specialomsorgslagen ska specialomsorger ordnas och personer som ges specialomsorger bemötas så att deras människovärde inte kränks samt så att deras övertygelse och integritet respekteras. När specialomsorger ges ska man beakta personernas önskemål, åsikter, intressen och individuella behov. Den som ges specialomsorger ska tryggas möjligheten att delta och medverka i sina egna ärenden. Välbefinnandet, hälsan och tryggheten hos personer som ges specialomsorger ska upprätthållas och främjas.

I 42 a § i specialomsorgslagen föreskrivs det om åtgärder som stöder förutsättningarna att klara sig på egen hand och stöder självbestämmanderätten. Enligt 1 mom. ska de åtgärder som stöder och främjar en persons förutsättningar att klara sig på egen hand och personens

självbestämmanderätt skrivs in i service- och vårdplanen för den som ges specialomsorger. Service- och vårdplanen ska utöver det som föreskrivs i 3 kap. i lagen om klienthandlingar inom socialvården (254/2015) innehålla uppgifter om åtgärder som stöder och främjar en personens förutsättningar att klara sig på egen hand och stärker självbestämmanderätten, om skäliga anpassningar som tryggar att personen fullt ut kan delta och vara delaktig, om de kommunikationsmetoder personen använder, om de sätt på vilka personens specialomsorger ges primärt utan begränsningsåtgärder och om de begränsningsåtgärder som enligt en bedömning krävs när personen ges specialomsorger.

Enligt 42 a § 3 mom. i specialomsorgslagen ska service- och vårdplanen utarbetas i samarbete med den som ges specialomsorger samt hans eller hennes lagliga företrädare eller personens lagliga företrädare eller anhöriga eller andra närstående personer som deltagit i planeringen och genomförandet av servicen, om det inte finns ett uppenbart hinder för det. En verksamhetsenhet för specialomsorger ska ha ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården samt övrig personal med tanke på verksamheten och de särskilda behoven hos dem som ges specialomsorger. Den som ger specialomsorger ska se till att personalen i den verksamhetsenhet som ger specialomsorger introduceras i och får anvisningar om de arbetsmetoder och sätt genom vilka man i fråga om en person som ges specialomsorger stöder och främjar förutsättningarna att klara sig på egen hand och hans eller hennes självbestämmanderätt. Personalen i den verksamhetsenhet som ger specialomsorger ska utbildas i att förebygga situationer som kräver användning av begränsningsåtgärder och att använda begränsningsåtgärderna korrekt. I en verksamhetsenhet som ger specialomsorger ska man främja ibruktagande av arbetsformer som är alternativa och rehabiliterande i förhållande till begränsningsåtgärder. Dessutom ska den som ger specialomsorger se till att stödja och främja förutsättningarna för en person som ges specialomsorger att klara sig på egen hand och hans eller hennes självbestämmanderätt genom ändamålsenliga möbler, redskap och planlösningar.

I 42 b § i specialomsorgslagen föreskrivs det om tillämpningsområdet för bestämmelserna

om användningen av begränsningsåtgärder. Begränsningsåtgärder enligt 42 f–42 n § i specialomsorgslagen får, under de förutsättningar som anges i lagen, användas inom specialomsorgerna i serviceboenden med heldygnsomsorg enligt 21 § 4 mom. i socialvårdslagen eller vid service på en institution enligt 22 § i den lagen eller inom motsvarande privat service. Sådant annat kvarhållande än kortvarigt kvarhållande som avses i 42 § 3 mom. i specialomsorgslagen får bara användas i specialomsorger oberoende av en persons vilja. En förutsättning för användning av begränsningsåtgärder är dessutom att serviceboenden med heldygnsomsorg och institutioner har tillräcklig sakkunskap inom medicin, psykologi och socialt arbete för att genomföra och följa krävande vård och omsorg. Begränsningsåtgärder enligt 42 f–42 h och 42 k § i specialomsorgslagen får utöver det som föreskrivs i 1 mom. också användas i arbetsverksamhet enligt 27 e § i socialvårdslagen (710/1982) eller 35 § 2 mom. i specialomsorgslagen om det finns tillräckligt många yrkesutbildade personer inom socialvården eller hälso- och sjukvården eller i dagverksamhet enligt 8 b § i handikappservice-lagen eller motsvarande verksamhet enligt 35 § 2 mom. i specialomsorgslagen, när den ordnas på en verksamhetsenhet inom socialvården som har tillräckligt många yrkesutbildade personer inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Dessutom får en begränsningsåtgärd enligt 42 k och 42 m § samt 42 n § 3 mom. genomföras på verksamhetsenheter som avses i 42 b § 3 mom. i specialomsorgslagen, om det har fattats ett skriftligt beslut om åtgärden på det sätt som de bestämmelserna föreskriver. Om en verksamhetsenhet som avses i 42 b § 3 mom. i specialomsorgslagen använder begränsningsåtgärder enligt 42 k eller 42 m § eller 42 n § 3 mom. ska den ha i 42 b § 2 mom. avsedd tillräcklig sakkunskap inom medicin, psykologi och socialt arbete.

I 42 d § i specialomsorgslagen föreskrivs det om allmänna förutsättningar för användning av begränsningsåtgärder. Begränsningsåtgärder får användas endast när den som ges specialomsorger inte kan träffa avgöranden om sin vård och omsorg eller förstå konsekvenserna av sitt handlande, det är nödvändigt att använda begränsningsåtgärder för att skydda personens eller andras hälsa eller säkerhet eller förhindra

betydande egendomsskador och andra, lindrigare metoder inte lämpar sig för eller är tillräckliga i situationen. En begränsningsåtgärd ska vara motiverad med tanke på personens vård och omsorg samt lämpa sig för och stå i rätt förhållande till ändamålet.

Om en person blir föremål för flera begränsningsåtgärder samtidigt eller efter varandra ska särskild uppmärksamhet fästas vid deras samfälliga konsekvenser. En begränsningsåtgärd ska genomföras med respekt för människovärdet hos den som ges specialomsorger, så tryggt som möjligt och så att personens grundläggande behov tillgodoses. Begränsningsåtgärden ska avslutas genast när den inte längre är nödvändig eller om den äventyrar hälsan eller säkerheten hos den som ges specialomsorger. Om den som är föremål för en begränsningsåtgärd är minderårig ska den minderårigas intresse samt ålder och utvecklingsnivå beaktas när begränsningsåtgärden används.

I 42 e § i specialomsorgslagen föreskrivs det om bedömning av användningen av begränsningsåtgärder och minskad användning av begränsningsåtgärder. Om en begränsningsåtgärd enligt 42 f–42 n § i specialomsorgslagen har använts när specialomsorger ges ska orsakerna till att åtgärden har använts och de sätt med vilkas hjälp man i fortsättningen kan minska bruket av begränsningsåtgärder i enheten utan dröjsmål bedömas inom verksamhetsenheten. Om det i specialomsorgerna, när en person har fått andra specialomsorger än specialomsorger oberoende av sin vilja, upprepade gånger eller långvarigt har använts en begränsningsåtgärd enligt 42 j, 42 l eller 42 m § eller 42 n § 2 mom., ska verksamhetsenheten bedöma om förutsättningarna i 32 § 1 mom. för att förordna personen till specialomsorger oberoende av sin vilja är uppfyllda och vid behov förelägga frågan för bedömning i det organ med ansvar för socialvården som avses i 32 § 4 mom.

2.3.10 Vård oberoende av patientens vilja och begränsningsåtgärder enligt mentalvårdslagen

Med stöd av 8 § i mentalvårdslagen kan en person tas in för psykiatrisk sjukhusvård oberoende av sin vilja endast om

- 1) personen konstateras vara mentalsjuk,

- 2) personens vårdbehov på grund av mentalsjukdomen är sådant att hans sjukdom väsentligt skulle förvärras eller det allvarligt skulle äventyra hans eller andras hälsa eller säkerhet om han inte får vård och

- 3) andra mentalvårdstjänster inte är lämpliga eller de är otillräckliga.

Med en mentalsjukdom avses i mentalvårdslagen psykos till vilken hänför sig en uppenbart störd verklighetsuppfattning. Till skillnad från en myndig kan en minderårig enligt mentalvårdslagen meddelas beslut om psykiatrisk sjukhusvård oberoende av sin vilja också på grund av andra allvarliga mentala störningar än på grund av mentalsjukdom.

För beslut om intagning för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja krävs det ett motiverat ställningstagande av läkare om att de lagstadgade kriterierna är uppfyllda. De fyra steg som enligt lagen krävs för beslut om vård oberoende av patientens vilja omfattar

- 1) att skriva en observationsremiss,
- 2) att ta in patienten för observation,
- 3) att ge ett observationsutlåtande, och
- 4) att fatta beslut om intagning för vård.

En läkare skriver observationsremissen, dvs. ett skriftligt läkarutlåtande om behovet av vård oberoende av patientens vilja. En läkare i tjänsteförhållande som arbetar vid en hälsovårdscentral ska skriva en observationsremiss och förpassa patienten till sjukhus för undersökning, om läkaren på basis av sin undersökning konstaterar att förutsättningarna för beslut om vård oberoende av patientens vilja sannolikt finns. När sjukvårdsdistriktet sköter jourserVICEN för en hälsovårdscentral har en läkare i tjänsteförhållande hos sjukvårdsdistriktet som arbetar i jouren samma skyldighet att ingripa. Dessutom kan en annan legitimerad läkare som är verksam inom den offentliga eller privata hälso- och sjukvården skriva en observationsremiss.

En förutsättning för remissen är att läkaren personligen har undersökt patienten och utifrån undersökningen anser det nödvändigt att beslut om vård fattas.

Enligt vad som föreskrivs i 31 § 1 mom. i mentalvårdslagen kan en läkare i tjänsteförhållande begära handräckning av polisen när en patient ska föras till hälsovårdscentralen, ett sjukhus eller någon annan sjukvårdsenhet. Andra läkare än läkare i tjänsteförhållande får

enligt 9 b § i mentalvårdslagen underrätta hälsovårdscentralen eller någon annan jourhavande kommunal enhet inom hälso- och sjukvården om den som sannolikt är i behov av vård oberoende av sin vilja för att personen ska hämtas för undersökning eller för att handräddning ska begäras.

För utredning av om det finns förutsättningar för beslut om vård kan personen tas in på sjukhus för observation. Den för observationen ansvarige läkaren ska ge ett skriftligt observationsutlåtande om den som har tagits in för observation. Innan beslut om vård fattas ska det klarläggas vad den som har tagits in för observation själv anser. Om den som har tagits in för observation är minderårig, ska föräldrarna och vårdnadshavarna samt den som omedelbart före intagningen för observation haft hand om den minderåriges vård och uppfostran om möjligt ges tillfälle att bli hörda antingen muntligen eller skriftligen. Beslut om att den som har varit intagen för observation ska tas in för vård fattas i allmänhet av den överläkare som ansvarar för den psykiatriska vården vid sjukhuset. Beslut ska fattas senast den fjärde dagen efter intagningen för observation. Beslutet ska utan dröjsmål delges patienten. Om vårdbeslutet gäller en minderårig, ska beslutet genast underställas förvaltningsdomstolen. Med stöd av ett eventuellt vårdbeslut som fattas efter observationen får patienten hållas kvar för vård i högst tre månader, och efter det kan vården fortsätta i högst sex månader.

Med stöd av ett beslut om fortsatt vård får patienten hållas intagen för vård i högst sex månader. Därefter ska det på nytt undersökas om det finns förutsättningar för vård oberoende av patientens vilja. En patient som tagits in för vård har rätt att få förutsättningarna för fortsatt vård bedömda under den tid vården pågår, även innan maximitiden gått ut. En bedömning behöver inte göras om det har gått en kort tid från patientens senaste begäran och det är uppenbart att det inte har skett någon förändring i patientens tillstånd. Skälet till att ingen bedömning görs ska skrivas in i journalhandlingarna.

I 12 a, 12 b och 12 c § i mentalvårdslagen föreskrivs det om utomstående bedömning när beslut om fortsatt vård fattas. För en patient som tagits in för vård oberoende av sin vilja ska sjukhuset på patientens begäran ordna möjlighet att av en utomstående och i förhållande till

det behandlande sjukhuset oberoende läkare få en bedömning och ett utlåtande om behovet av vård innan beslut om fortsatt vård fattas. Patienten ska även ges möjlighet att på egen kostnad begära en bedömning av en läkare som patienten själv valt. Den utomstående läkarens bedömning är inte bindande för den läkare som ger observationsutlåtandet och inte heller för den läkare som fattar beslutet, men de synpunkter som framförs i bedömningen ska beaktas när beslutet fattas. Om den utomstående läkarens bedömning avviker från slutsatserna i observationsutlåtandet, ska det i observationsutlåtandet och beslutet om fortsatt vård motiveras varför avgörandet avviker från den utomstående läkarens bedömning. Patienten har rätt att vägra delta i en utomstående bedömning.

I 13 § i mentalvårdslagen föreskrivs det om beslut om vård oberoende av patientens vilja av den som tagits in av egen vilja. Om den som av egen vilja har tagits in för vård på ett sjukhus vill bli utskriven, men den läkare som ska besluta om avslutandet av vården anser att det finns förutsättningar för att bestämma att patienten ska vårdas oberoende av sin vilja, kan denne ställas under observation. Beslut om vård oberoende av patientens vilja ska på basis av observationsutlåtandet fattas av den läkare som avses i 11 § senast den fjärde dagen efter att patienten meddelat att han vill bli utskriven. Om den som vårdbeslutet gäller är minderårig, ska beslutet genast underställas förvaltningsdomstolen.

Ett beslut av en läkare om att någon ska tas in för vård eller hållas kvar för fortsatt vård får enligt 24 § i mentalvårdslagen överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen. Förvaltningsdomstolens beslut får i sin tur överklagas hos högsta förvaltningsdomstolen.

I mentalvårdslagen föreskrivs det till vissa delar särskilt om vård och undersökning oberoende av egen vilja när det gäller åtalade eller personer som på grund av sitt sinness tillstånd inte dömts till straff. På dessa så kallade kriminalpatienter tillämpas dock samma bestämmelser om begränsningsåtgärder som på andra som får vård eller genomgår undersökningar oberoende av sin vilja.

Genom en lag (1423/2001) som trädde i kraft i början av juni 2002 fogades ett nytt 4 a kap. till mentalvårdslagen. Genom det nya kapitlet preciserades de bestämmelser med stöd av

vilka begränsningsåtgärder kan riktas mot någon som tagits in för observation eller meddelats beslut om undersökning eller vård med stöd av mentalvårdslagen. På en rättspsykiatrisk patient som förordnats till vård och en person som i enlighet med 3 eller 4 kap. i mentalvårdslagen har förordnats till undersökning tillämpas i regel samma bestämmelser om begränsningsåtgärder som på andra som får vård oberoende av sin vilja. Vård enligt 22 b och 22 c § i mentalvårdslagen får dock oberoende av patientens vilja ges den som tagits in för undersökning enligt 3 eller 4 kap. enbart om det är nödvändigt för avvärjande av fara som hotar patientens liv eller hälsa. Bestämmelser om allmänna förutsättningar för att begränsa de grundläggande fri- och rättigheterna finns i 22 a § i mentalvårdslagen. Enligt paragrafen får patientens självbestämmanderätt och andra grundläggande fri- och rättigheter begränsas med stöd av bestämmelserna i 4 a kap. i mentalvårdslagen endast i den mån behandlingen av sjukdomen, patientens egen eller någon annans säkerhet eller tryggheten av något annat intresse enligt det kapitlet oundgängligen kräver det. Åtgärderna ska vidtas så säkert som möjligt och med respekt för patientens mänskovärde. När begränsningar av självbestämmanderätten väljs och dimensioneras ska särskild vikt fästas vid grunden för patientens sjukhusvistelse.

Utöver dessa allmänna villkor föreskrivs det särskilt om villkoren för varje begränsningsåtgärd som nämns i lagen. Ett beslut om vård oberoende av patientens vilja berättigar inte som sådant till att använda begränsningsåtgärder, utan de allmänna och särskilda förutsättningarna ska finnas i den konkreta situationen för att användningen av åtgärderna ska vara förenlig med lagen.

I 22 a-22 j § i mentalvårdslagen föreskrivs det om följande begränsningar av patientens självbestämmanderätt och andra grundläggande fri- och rättigheter: behandling av psykiska sjukdomar oberoende av patientens vilja, behandling av somatiska sjukdomar när patienten inte förmår besluta om vården av sig själv men motsätter sig behandlingen av sin sjukdom, begränsning av rörelsefriheten, särskilda begränsningar (isolering, användning av maktmedel för fasthållande, fastspännande), om-

händertagande av egendom, granskning av patientens egendom och försändelser, kroppsvisitation och kroppsbesiktning samt begränsning av kontakter.

Vid behandlingen av en psykisk sjukdom ska vården i mån av möjlighet ske i samförstånd med patienten. När vården ges ska en vårdplan göras upp. Vid behandling av en psykisk sjukdom får enligt 22 b § i mentalvårdslagen bara sådana undersökningar och behandlingar utföras oberoende av patientens vilja som är förenliga med vårdrutiner som är godtagbara från medicinsk synpunkt och där patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet allvarligt äventyras om de inte utförs. Psykokirurgisk eller oåterkalleligt påverkar patientens integritet får bara göras med skriftligt samtycke av en myndig patient, om inte ingreppet är nödvändigt för att avvärja en fara som hotar patientens liv. Beslut om undersökningar och behandlingar som ska utföras oberoende av patientens vilja och om kortvariga, begränsande åtgärder som är nödvändiga för vården fattas av den läkare som vårdar som patienten.

En patient har rätt till behandling av somatisk sjukdom så som det föreskrivs i 3 § i patientlagen. Sjukdomen ska behandlas i samförstånd med patienten i enlighet med 6–9 § i nämnda lag. Om en patient som inte förmår besluta om vården av sig själv motsätter sig behandlingen av sin somatiska sjukdom, får vård ges enligt 22 c § i mentalvårdslagen bara om det är nödvändigt för avvärjande av fara som hotar patientens liv eller hälsa. Beslut om vården fattas av den läkare som behandlar patienten. Den behandlande läkaren får också besluta om andra kortvariga begränsande åtgärder som är nödvändiga för vården.

Enligt bestämmelserna om begränsning av rörelsefriheten enligt 22 d § i mentalvårdslagen får en patient förbjudas att lämna sjukhusområdet eller en viss vårdenhets lokaler. Om patienten lämnar sjukhuset utan tillstånd eller inte återvänder efter att ha fått tillstånd, får han eller hon hämtas till sjukhuset. För att förhindra att patienten avlägsnar sig eller för att flytta patienten får personer som tillhör vårdenhetens personal använda maktmedel i den mån det behövs och kan anses försvarligt. Den behandlande läkaren beslutar om begränsning av patientens frihet att röra sig i vårdenheten.

I 22 e § i mentalvårdslagen finns bestämmelser om särskilda begränsningar. Enligt 1 mom. i paragrafen får en patient mot sin vilja isoleras från andra patienter, om 1) han eller hon på basis av sitt uppförande eller sina hotelser sannolikt skadar sig själv eller andra, 2) han eller hon genom sitt uppförande allvarligt försvårar vården av andra patienter eller allvarligt äventyrar sin egen säkerhet eller sannolikt skadar egendom i betydande grad, eller om 3) isoleringen av patienten är nödvändig av andra synnerligen välgående skäl som har samband med vården.

I ovan beskrivna situationer som avses i 22 e § 1 mom. i mentalvårdslagen får vårdpersonalen använda de maktmedel för att hålla fast patienten som är nödvändiga för att isolera denne. Den läkare som behandlar patienten ska omedelbart underrättas om detta. Patienten får hållas fast också i andra situationer än de som nämns i 22 e § 1 mom. 1 och 2 punkten, om det är nödvändigt av skäl som har samband med vården. I de situationer som avses i 22 e § 1 mom. 1 punkten får patienten också spännas fast med bälte eller på något annat motsvarande sätt, om övriga åtgärder inte räcker till. På basis av en undersökning av patienten fattar den läkare som behandlar patienten beslut om att patienten ska isoleras eller hållas fastspänd. I brådskande fall får vårdpersonalen tillfälligt isolera eller späna fast en patient. Därefter ska läkaren omedelbart underrättas. I 22 f § i mentalvårdslagen finns bestämmelser om de särskilda begränsningarnas varaktighet och övervakningen av verkställigheten av dem.

Under de förutsättningar som anges i 22 g § i mentalvårdslagen får följande egendom omhändertas av verksamhetsenheten: 1) rusmedel som patienten innehar, redskap som särskilt lämpar sig för narkotikabruk eller ämnen eller föremål som äventyrar patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet, 2) patientens pengar eller andra betalningsmedel, om det är sannolikt att en patient på grund av sitt sjukdomstillstånd gör sig av med dem, 3) andra ämnen och föremål som allvarligt stör vården eller den allmänna ordningen vid verksamhetsenheten. Personer som tillhör personalen får ta de ovan beskrivna ämnena och föremålen i verksamhetsenhetens besittning. Överläkaren eller någon annan ansvarig läkare ska omedelbart underrättas om omhändertagandet, och denne

ska avgöra om patienten ska få tillbaka egendomen redan innan vården har avslutats. När vården har avslutats ska patienten få tillbaka den omhändertagna egendomen, om inte något annat bestäms om återlämnande eller förstörande av egendom i någon annan lag.

I 22 h § i mentalvårdslagen finns bestämmelser om granskning av patientens egendom och försändelser. Om det finns motiverad anledning att misstänka att en patient innehar ämnen eller föremål som avses i 22 g §, får de utrymmen patienten förfogar över eller den egendom han eller hon innehar granskas. Om det finns grundad anledning att misstänka att ett brev eller någon annan försändelse till patienten innehåller ämnen eller föremål som avses i 22 g §, får innehållet i försändelsen granskas, dock utan att brevet eller andra förtroliga meddelanden läses. Beslut om granskning av egendom och försändelser fattas av den läkare som behandlar patienten.

I 22 i § i mentalvårdslagen finns bestämmelser om kroppsvisitation och kroppsbesiktning av patient. Om det finns motiverad anledning att misstänka att en patient i sina kläder har eller annars bär på sig ämnen eller föremål som avses i 22 g §, får kroppsvisitation företas för att utreda saken. Om det finns sannolika grunder att misstänka att en patient är påverkad av rusmedel eller har sådana medel eller ämnen eller föremål som avses i 22 g § i sin kropp, får patienten underkastas kroppsbesiktning, som omfattar undersökning av kroppen, utandnings-, blod-, urin- eller salivprov. Beslut om kroppsvisitation eller kroppsbesiktning fattas av den läkare som ansvarar för vården av patienten.

En patient har rätt att hålla kontakt med omvärlden genom att använda telefon, sända och ta emot brev eller andra förtroliga meddelanden och andra försändelser samt genom att ta emot besök. Patientens kontakter med omvärlden får enligt 22 j § i mentalvårdslagen begränsas, om kontakterna vållar allvarliga olägenheter för vården och rehabiliteringen av patienten eller för patientens säkerhet eller om en begränsning behövs för att skydda någon annans privatliv. Brevväxlingen och övriga kontakter mellan patienten och de myndigheter som övervakar sjukhusets verksamhet, rättsskipningsmyndigheterna och internationella organ för övervakning av de mänskliga rättigheterna

får inte begränsas, liksom inte heller patientens kontakter med sitt rättsbiträde eller patientombudsmannen på sjukhuset. Den överläkare som ansvarar för den psykiatriska vården på sjukhuset eller någon annan ansvarig läkare ska meddela ett skriftligt beslut om en begränsning av kontakter. Ett sådant beslut får gälla högst 30 dagar åt gången.

Den läkare som beslutar om begränsningsåtgärder som avses i 4 a kap. i mentalvårdslagen ska stå i tjänsteförhållande till staten, en kommun eller en samkommun. Regionförvaltningsverket ska särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som avses i 4 a kap. i mentalvårdslagen. Vid den enhet på ett sjukhus som ger psykiatrisk vård ska det finnas skriftliga, tillräckligt detaljerade anvisningar om hur begränsningarna av självbestämmanderätten ska genomföras. För säkerställande av uppföljningen och övervakningen ska en särskild förteckning över begränsningarna föras vid vård-enheten. Med två veckors intervall ska en anmälan om patienter som hållits isolerade eller fastspända lämnas till regionförvaltningsverket. Beslut om att begränsa kontakterna och omhändertaga egendom får överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen. Ett beslut som gäller begränsning ska verkställas omedelbart, även om det har överklagats. Förvaltningsdomstolens beslut om omhändertagande av patientens egendom får inte överklagas genom besvär. I ett beslut av förvaltningsdomstolen om begränsning av kontakter får ändring däremot sökas genom besvär hos högsta förvaltningsdomstolen på det sätt som anges i förvaltningsprocesslagen.

I mentalvårdslagen föreskrivs det särskilt om förfarandet när en minderårig patient meddelas beslut om vård oberoende av sin vilja. Till skillnad från myndiga kan minderåriga meddelas beslut om vård också när de på grund av andra allvarliga mentala störningar än egentlig mentalsjukdom har ett sådant behov. Innan beslut om vård fattas ska det dock klargöras vad den minderåriga som har tagits in för observation själv anser. Vidare ska föräldrar och vårdnadshavare samt den som omedelbart före intagningen för observation haft hand om personens vård och uppfostran om möjligt ges tillfälle att bli hörda. I rättslitteraturen har man

med hänvisning till bestämmelserna om sökande av ändring ansett att huvudregeln är att en person som har fyllt 12 år kan meddelas beslut om vård oberoende av patientens vilja endast när de villkor för beslutet som anges i mentalvårdslagen är uppfyllda, medan det för yngre personer räcker med att barnets vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare samtycker så som förutsätts i patientlagen.

Om barnets föräldrar eller övriga vårdnadshavare negligerar beslutet om psykiatrisk vård, kan det handla om en sådan grund för omhändertagande som avses i 40 § i barnskyddslagen, nämligen att brister i omsorgen om barnet eller andra uppväxtförhållanden hotar att äventyra barnets hälsa eller utveckling. Omhändertagande som avses i barnskyddslagen är också den primära åtgärden för förordnande till vård enligt lagen om missbrukarvård.

I mentalvårdslagen finns det vissa specialbestämmelser om användningen av åtgärder och begränsningsåtgärder mot minderåriga. Med stöd av 8 § 3 mom. i mentalvårdslagen ska vården av en minderårig som får psykiatrisk vård oberoende av sin vilja ordnas vid en enhet som har förutsättningar och beredskap att vårda honom eller henne. En minderårig ska vårdas åtskild från vuxna, om det inte anses vara förenligt med den minderåriges bästa att gå till väga på något annat sätt. I 22 f § i mentalvårdslagen föreskrivs det om särskilda begränsningar, och med stöd av 2 mom. i den paragrafen ska en isolerad eller en fastspänd minderårig patients tillstånd följas oavbrutet så att vårdpersonalen ser och hör patienten.

2.3.11 Vård oberoende av personens vilja av en åtalad som förordnats till sinnesundersökning och av en person som på grund av sitt sinnestillstånd inte dömts till straff

I 3 kap. i mentalvårdslagen föreskrivs det om vård oberoende av personens vilja av en åtalad som förordnats till sinnesundersökning och i 4 kap. om vård oberoende av personens vilja av en person som på grund av sitt sinnestillstånd inte dömts till straff. Förutsättningarna för beslut om vård oberoende av patientens vilja enligt 8 § i mentalvårdslagen är desamma både

för rättspsykiatriska patienter och för andra psykiatriska patienter. De förfaranden som i 3 och 4 kap. i mentalvårdslagen föreskrivits för beslut om vård, fortsatt vård och avslutande av vård avviker emellertid till vissa delar från de förfaranden som i 2 kap. i mentalvårdslagen föreskrivits i fråga om andra psykiatriska patienter.

Beslut om vård oberoende av personens vilja av en åtalad som förordnats till sinnesundersökning och av en person som på grund av sitt sinnestillstånd inte dömts till straff fattas av Institutet för hälsa och välfärd, och beslut om avslutande av vården av dessa rättspsykiatriska patienter ska likaså underställas Institutet för hälsa och välfärd. Med stöd av bestämmelserna i 3 kap. i mentalvårdslagen kan det bestämmas att en åtalad som förordnats till sinnesundersökning ska tas in för vård oberoende av personens vilja genast efter avslutad sinnesundersökning, medan rättegångsprocessen i brottmålet fortfarande pågår.

Förutom åtalade gäller bestämmelserna i 3 kap. även misstänkta. Om domstolen efter ett beslut om vård som fattats av Institutet för hälsa och välfärd konstaterar att den som förordnats till sinnesundersökning är oskyldig till den misstänkta gärningen, förfaller det beslut om vård som Institutet för hälsa och välfärd har fattat. Beslutet om vård ska då fattas i enlighet med 2 kap. i mentalvårdslagen, dvs. enligt det förfarande som gäller för andra psykiatriska patienter.

En domstol kan också låta bli att döma ut straff på grund av den åtalades sinnestillstånd trots att den åtalade inte har genomgått någon sinnesundersökning eller trots att Institutet för hälsa och välfärd på basis av sinnesundersökningen ansåg att personen var tillräknelig när personen begick den gärning som han eller hon står åtalad för. Om det i samband med brottmålsprocessen inte har utförts någon sinnesundersökning av den som på grund av sitt sinnestillstånd inte dömts till något straff, kan domstolen med stöd av bestämmelserna i 4 kap. i mentalvårdslagen hänskjuta frågan om personens behov av psykiatrisk sjukhusvård till Institutet för hälsa och välfärd.

Vid Institutet för hälsa och välfärd finns det en nämnd för rättspsykiatriska ärenden som behandlar och avgör utlåtandeärenden som avses i 17 kap. 45 § i rättegångsbalken och som gäller

en persons sinnestillstånd eller farlighet, ärenden som gäller bestämmande om vård på psykiatriskt sjukhus eller på anstalt för specialomsorger för en åtalad eller misstänkt eller en person som på grund av sitt sinnestillstånd inte har dömts till straff samt ärenden som gäller avslutande av denna vård. Nämndens ordförande ska vara tjänsteman vid Institutet för hälsa och välfärd och ha den sakkunskap som behövs vid skötseln av uppgiften. De övriga medlemmarna ska företräda juridisk och psykiatrisk sakkunskap och sakkunskap inom vården av utvecklingsstörda (3 a § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008)).

Domstolen kan med stöd av 17 kap. 45 § i rättegångsbalken bestämma att sinnestillståndet hos en person som står åtalad för ett brott ska undersökas. Om en domstol bestämmer om undersökning av sinnestillståndet hos en åtalad, får den åtalade oberoende av sin vilja tas in på sjukhus och hållas där för sinnesundersökning (15 § i mentalvårdslagen). I praktiken utförs sinnesundersökningar oftast på personer som gjort sig skyldiga till de allra allvarligaste brotten, såsom brott mot liv, andra våldsbrott, sabotage och sexualbrott, samt i någon mån också på personer som gjort sig skyldiga till lindrigare vålds- och egendomsbrott.

Enligt 16 § i mentalvårdslagen bestämmer Institutet för hälsa och välfärd var sinnesundersökningen ska utföras. Den som utför sinnesundersökningen ska lämna ett utlåtande om den åtalades sinnestillstånd till Institutet för hälsa och välfärd, som i sin tur på basis av utlåtandet ger sitt eget utlåtande till domstolen om den åtalades sinnestillstånd.

I 17 § i mentalvårdslagen föreskrivs om förfarandet för beslut om vård av åtalade som förordnats till sinnesundersökning. Om det när sinnesundersökningen har utförts finns förutläggningar för att bestämma att den åtalade ska tas in för vård oberoende av sin vilja, ska Institutet för hälsa och välfärd bestämma att den åtalade tas in för vård. Ett beslut om vård får med stöd av 24 § i mentalvårdslagen överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen.

Med stöd av ett beslut av Institutet för hälsa och välfärd får en patient som efter avslutad sinnesundersökning tagits in för vård hållas kvar för vård i högst sex månader oberoende av sin vilja. Före utgången av denna tid ska det ges ett observationsutlåtande om patienten för

klarläggande av om det fortfarande finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja. Innan vården har varat i sex månader ska frågan om huruvida den ska fortsätta eller avslutas avgöras genom ett skriftligt beslut av den läkare som avses i 11 § i mentalvårdslagen (17 § 2 mom. i mentalvårdslagen).

Sjukhuset ordna patienten möjlighet att få en bedömning av vårdbehovet av en utomstående läkare i enlighet med 12 a och 12 c § innan beslut om fortsatt vård fattas (17 § 3 mom. i mentalvårdslagen).

Ett beslut om fortsatt vård av en patient ska genast underställas förvaltningsdomstolen, varvid domstolen ska undersöka om det fortfarande finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja. Ett beslut om att vården avslutas ska genast underställas Institutet för hälsa och välfärd. Institutet ska antingen fastställa beslutet om att vården ska avslutas eller, om det finns förutsättningar för att fortsätta vården oberoende av patientens vilja, fatta beslut om fortsatt vård (17 § 4 mom. i mentalvårdslagen). Ett beslut av en sjukhusläkare om fortsatt vård och ett beslut av Institutet för hälsa och välfärd om fortsatt vård får med stöd av 24 § i mentalvårdslagen överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen. Vården av en rättspsykiatrisk patient kan alltså även avslutas genom att förvaltningsdomstolen låter bli att fastställa eller upphäver beslutet om fortsatt vård av patienten.

Med stöd av ett beslut om fortsatt vård får patienten oberoende av sin vilja hållas intagen för vård i högst sex månader. Efter det ska förfarandet i 17 § 2–4 mom. i mentalvårdslagen tillämpas på det sätt som beskrivs ovan i fråga om fortsatt vård och avslutande av vård (17 § 5 och 6 mom. i mentalvårdslagen).

Med stöd av 17 a § i mentalvårdslagen ska Institutet för hälsa och välfärd bestämma om att vård oberoende av den åtalades vilja ska inledas på ett sjukhus som har den beredskap och särskilda sakkunskap som vården förutsätter. Vanligtvis inleds vården på statens sinnessjukhus (Niuvanniemi sjukhus eller Gamla Vasa sjukhus). Behovet av vård på statens sinnessjukhus ska emellertid senast sex månader efter att vården inleddes bedömas i samarbete med det sjukvårdsdistrikt till vars område patientens hemkommun hör.

I 18 a § i mentalvårdslagen föreskrivs om en s.k. övervakningstid, som innebär att vården av en rättspsykiatrisk patient som får vård oberoende av sin vilja ordnas inom öppenvården innan ett beslut om att vården ska avslutas fattas. En rättspsykiatrisk patient kan före den slutliga utskrivningen på villkor som Institutet för hälsa och välfärd bestämmer och som grundar sig på en bedömning av patientens hälsotillstånd eller på läkemedelsbehandling eller annan hälsovård få lämna sjukhuset för högst sex månader i sänder. Under denna tid får patienten fortfarande psykiatrisk vård oberoende av sin vilja och övervakas av en psykiatrisk verksamhetsenhet inom sjukvårdsdistriktet. Under övervakningstiden kan det bedömas hur den rättspsykiatriska patienten som får vård oberoende av sin vilja klarar sig inom öppenvården, utanför sjukhusmiljön, och vid behov kan patienten tas in för sjukhusvård på nytt, om hans eller hennes tillstånd förutsätter det.

Förfarandet för beslut om vård av en person som på grund av sitt sinness tillstånd inte dömts till straff skiljer sig i viss mån från förfarandet för beslut om vård av en åtalad som förordnats till sinnesundersökning. Om en domstol på grund av en åtalads sinness tillstånd inte dömer ut straff, kan den med stöd av 21 § i mentalvårdslagen hänskjuta frågan om den åtalades behov av psykiatrisk sjukvård till Institutet för hälsa och välfärd. Domstolen kan samtidigt bestämma att den åtalade ska hållas i fängelse tills Institutet för hälsa och välfärd har meddelat sitt beslut. Är det nödvändigt för att klarlägga behovet av psykiatrisk sjukvård för en person som inte dömts till straff, kan Institutet för hälsa och välfärd bestämma att denna person ska tas in på sjukhus för undersökning för högst 30 dagar.

Om Institutet för hälsa och välfärd konstaterar att det finns förutsättningar för att bestämma att en person som på grund av sitt sinness tillstånd inte dömts till straff ska tas in för vård oberoende av sin vilja, ska institutet med stöd av 22 § i mentalvårdslagen bestämma att personen tas in för sådan vård. I fråga om bestämmande av platsen för inledande av vård, kvarhållande i vård och fortsatt vård gäller det som i 17 och 17 a § i mentalvårdslagen föreskrivs i fråga om en åtalad som efter avslutad sinnesundersökning förordnats till vård.

Om en rättspsykiatrisk patient lämnat sjukhuset utan tillstånd, tillämpas på återförandet av patienten till sjukhuset 31 § 2 mom. i mentalvårdslagen som gäller handräckning av polisen. I 31 § 3 mom. i mentalvårdslagen föreskrivs dessutom om polisens skyldighet att ge handräckning för att föra en person till sjukhuset som inte på utsatt dag har infunnit sig för sinnesundersökning.

Den i mentalvårdslagen föreskrivna tidsfristen på sex månader för beslut om fortsatt vård eller avslutande av vården av en rättspsykiatrisk patient är ovillkorlig och ska iakttas. Om tidsfristen av någon exceptionell orsak har överskridits, t.ex. på grund av att patienten utan tillstånd har varit frånvarande från sjukhuset, att sjukhuset har begått ett misstag eller att förvaltningsdomstolen på grund av ett form- eller procedurfel har upphävt beslutet om fortsatt vård, tillämpas 17 b–d § i mentalvårdslagen. Om tidsfristen har överskridits på grund av en sjukhusläkares försummelse eller fel, blir bestämmelserna om tjänsteansvar tillämpliga. Därtill kan tillsynsmyndigheterna vidta tillsynsåtgärder efter att försummelsen eller felet har framkommit.

Om det på sjukhuset upptäcks att den för fortsatt vård eller avslutande av vården föreskrivna tidsfristen har överskridits, ska sjukhuset omedelbart utreda förutsättningarna för att fortsätta vården av patienten och göra en framställning om fortsatt vård eller avslutande av vården av patienten till Institutet för hälsa och välfärd. Då ska sjukhuset även fatta ett interimistiskt beslut om fortsatt vård av patienten i högst 14 dagar. Om patienten har lämnat sjukhuset och inte har återvänt dit, ska sjukhuset bestämma att patienten ska tas in på sjukhuset för undersökning i högst 14 dagar. Handräckning av polisen kan begäras för återförande av patienten till sjukhuset. Om det har gått mer än sex månader från det att den för fortsatt vård eller avslutande av vården föreskrivna tidsfristen på sex månader löpte ut, ska beslutet om vård av patienten fattas enligt 2 kap. i mentalvårdslagen, dvs. det kan endast beslutas att patienten ska tas in för vård som annan patient än rättspsykiatrisk patient.

Institutet för hälsa och välfärd ska fatta beslut om fortsatt vård eller avslutande av vården av patienten senast 14 dagar från det interimistiska beslut som sjukhuset fattat om fortsatt

vård eller från det att patienten återfördes till sjukhuset för undersökning i enlighet med vad sjukhuset bestämt. Om utredningen av ärendet oundgängligen kräver det, ska Institutet för hälsa och välfärd fatta ett nytt interimistiskt beslut om fortsatt vård av patienten i högst 14 dagar, under vilka Institutet för hälsa och välfärd ska fatta beslut om fortsatt vård eller avslutande av vården av patienten.

Om förvaltningsdomstolen låter bli att fastställa eller upphäver ett beslut om fortsatt vård av en rättspsykiatrisk patient på grund av ett form- eller procedurfel, dvs. av någon annan orsak än avsaknad av de för vård oberoende av patientens vilja föreskrivna förutsättningarna, ska den omedelbart överföra ärendet för behandling till det sjukhus som ansvarar för vården av patienten.

2.3.12 Missbrukarvård oberoende av missbrukarens vilja samt begränsningsåtgärder

I förarbetena till lagen om missbrukarvård betonades att de verksamhetsprinciper som är allmänt godtagna inom socialvården ska följas inom missbrukarvården och att tjänster bör tillhandahållas på frivillig grund i samband med allmänna social- och hälsovårdstjänster.

Bestämmelserna i 2 kap. i lagen om missbrukarvård gäller vård oberoende av missbrukarens vilja. I 10 § ingår en förteckning över förutsättningarna för vårdförordnande. En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig, förutsatt att han, 1) om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (*hälsorisk*), eller 2) till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (*våldsamhet*). Missbrukarvård på grund av våldsamhet ges inte oberoende av missbrukarens vilja till någon som är

under 18 år, om det inte finns särskild anledning till det. Enligt 11 § i förordningen om missbrukarvård kan en särskild anledning anses föreligga i situationer, där det i fråga om en person som ej fyllt 18 år är med hänsyn till honom själv uppenbart motiverat och överensstämmande med hans fördel att ordna vård samt, då det är fråga om särskilt våldsamt beteende hos en person som fyllt 15, men ej 18 år.

Bestämmelser om vård på grund av hälsorisk finns i 11 § i lagen om missbrukarvård och bestämmelser om vård på grund av våldsamhet finns i 12 § och 13 § i den lagen. Enligt 11 § i lagen om missbrukarvård kan ansvarig läkare vid hälsovårdscentral eller behörig överläkare vid sjukhus med stöd av utlåtande av annan läkare förordna att någon oberoende av sin vilja på grund av hälsorisk ska intas för vård under högst fem dygn. Berättigad att avge läkarutlåtande är läkare vid hälsovårdscentral eller mentalvårdsbyrå eller annan läkare. Enligt 12 § i lagen om missbrukarvård har den tjänsteinnehavare som har yrkesmässig behörighet som socialarbetare och som av det organ som ansvarar för kommunens socialvård förordnats att sköta uppgiften rätt att enligt de grunder som fastställts av organet och enligt dess allmänna anvisningar förordna att en missbrukare oberoende av sin vilja på grund av våldsamhet ska tas in för vård under högst fem dygn för avbrytande av bruket av rusmedel och att besluta om därtill anslutna andra åtgärder samt att i dessa fall själv eller genom ombud föra organets talan. Ett beslut genom vilket någon oberoende av sin vilja har förordnats till vård ska omedelbart underställas förvaltningsdomstolen för fastställelse. Enligt 13 § i lagen om missbrukarvård kan förvaltningsdomstolen på framställning av socialnämnden besluta att en person på grund av våldsamhet ska förordnas till vård oberoende av sin vilja under högst 30 dygn, då den i 12 § angivna vårdtiden har visat sig vara otillräcklig.

I ett beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja i enlighet med 11 eller 12 § får med stöd av 20 § i lagen om missbrukarvård ändring sökas genom besvär hos förvaltningsdomstolen. Vård som lämnas oberoende av missbrukarens vilja ska med stöd av 17 § i lagen om missbrukarvård avslutas så snart i 10–13 § angivet vårdbehov ej längre fö-

religger. Den som förordnats till missbrukarvård oberoende av sin vilja kan med stöd av 26 § i lagen om missbrukarvård isoleras om han är till fara för sig själv eller andra eller om isolering annars är synnerligen motiverad med hänsyn till vården av honom. Paragrafen preciseras genom 14 § i förordningen om missbrukarvård (653/1986). Enligt 27 § i lagen kan rusmedel eller tillbehör som är förknippade med bruket av sådana eller medel eller föremål som äventyrar säkerheten och som en person har i sin besittning omhändertas av verksamhetsenheten. Om det finns grundad anledning att misstänka att personen har ovan nämnda ämnen, medel eller föremål i sin besittning, kan han även underkastas kroppsvisitation. Finns det grundad anledning att misstänka att till någon adresserad post eller annan försändelse innehåller dylika ämnen, medel eller föremål eller annat som äventyrar säkerheten, kan innehållet i posten eller försändelsen granskas i hans närvaro och utan att brev läses. Beslut om begränsningsåtgärder enligt 26 och 27 § i lagen om missbrukarvård fattas i en verksamhetsenhet inom socialvården av dess föreståndare. I en verksamhetsenhet inom hälsovården fattas beslut om åtgärder på det sätt som därom stadgas eller bestäms särskilt.

Begränsningsåtgärder är tillåtna bara inom missbrukarvård som sker oberoende av missbrukarens vilja. Det är ovanligt att någon tas in för missbrukarvård oberoende av sin vilja med stöd av lagen om missbrukarvård. Social- och hälsovårdsministeriet lät sommaren 2015 utföra en enkät i regionförvaltningsverken och en grupp kommuner. Syftet med enkäten var att utreda behovet av missbrukarvård oberoende av missbrukarens vilja på grund av våldsamhet. Enligt de svar som kom in har det i allmänhet inte förekommit behov av vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av våldsamhet enligt lagen om missbrukarvård. Det har framförts enstaka önskemål framför allt av anhöriga, men lagen om missbrukarvård upplevs vara oändamålsenlig för detta.

Regionförvaltningsverken får varje år några frågor och förfrågningar om vårdplatser framför allt av anhöriga till våldsamma personer med missbruksproblem. De anhöriga har också framfört önskemål om att familjerna och de närstående mera aktivt skulle involveras i vården och planeringen av vården, och därtill har

det ställts frågor om vilka påverkningsmöjligheter de anhöriga har, när en person med missbruksproblem beter sig självdestruktivt eller misshandlar sina föräldrar eller sin familj. Det har även framförts önskemål om att kriterierna för vård oberoende av personens vilja skulle sänkas i barnskyddsfall. Dessa önskemål har framförts av både anhöriga och myndigheter, såsom barnskyddsmyndigheterna och företrädare för mödrarådgivningsbyrån och socialvården, vilka har uttryckt sin oro över vården av gravida med missbruksproblem. Dessutom har det framförts önskemål om vård oberoende av missbrukarens vilja av hälsoskäl i synnerhet för unga narkotikamissbrukare och blandmissbrukare som även uppvisar våldsamt beteende.

Regionförvaltningsverken har inte fått några anvisningar angående riktlinjerna för vård oberoende av missbrukarens vilja, och i praktiken har verksamhetsenheter inom missbrukarvården inte regionförvaltningsverkets godkännande att tillhandahålla sådan vård. Det finns inte just några lämpliga vårdplatser. Det har förutsatts att de enheter som ger vård upprätthålls av en kommun eller en samkommun, men problemet är att en allt mindre del av kommunerna hör till samkommuner för missbrukarvård. Förfarandet enligt lagen om missbrukarvård har upplevts vara för besvärligt och komplicerat även i det fall att det i området finns en anstalt som tillhandahåller vård oberoende av missbrukarens vilja. Regionförvaltningsverken påpekar också att vård- och rehabiliteringsenheter som tillhandahåller tillräckligt lättillgänglig frivillig vård skulle hjälpa personer med svårbehandlade missbruksproblem att förbinda sig till vården samt förebygga aggressionsproblem.

Förutom till regionförvaltningsverken sändes samma frågor till den direktör som ansvarar för socialvården i 12 kommuner. Det kom in svar från sammanlagt nio kommuner av olika storlek, belägna på olika håll i landet. Svaren var mycket samstämmiga både sinsemellan och med regionförvaltningsverkens svar.

Enligt kommunerna har bestämmelsen i fråga sannolikt inte ansetts vara fungerande för att förebygga akut våld. Bestämmelsen lämpar sig också dåligt för socialvårdens uppgiftsfält, eftersom antalet fall är så litet att det inte uppstår någon kompetens.

2.3.13 Begränsande åtgärder i samband med barnskyddets vård utom hemmet

I 10 kap. i barnskyddslagen föreskrivs om ordnande av vård utom hemmet och i 11 kap. om begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna i fråga om vård utom hemmet. Med vård av barn utom hemmet avses att vården och fostran av ett omhändertaget barn, ett i brådskande ordning placerat barn eller ett barn som placerats med stöd av ett interimistiskt förordnande ordnas utanför hemmet. Enligt 49 § i barnskyddslagen kan vård utom hemmet ordnas som familje- eller anstaltsvård eller på något annat sätt som motsvarar barnets behov. De begränsande åtgärderna omfattar begränsning av kontakterna, omhändertagande av ämnen och föremål, kroppsvisitation och kroppsbesiktning, granskning av egendom och försändelser, kvarhållande av försändelser, fasthållande, begränsning av rörelsefriheten, isolering och särskild omsorg.

Begränsningar av de grundläggande rättigheterna får i regel tillämpas endast inom sådan vård utom hemmet som ordnas som anstaltsvård. Enligt riksdagens biträdande justitieombudsmans beslut (dnr 1516/4/12) fick en barnskyddsanstalt inte rikta begränsningsåtgärder mot ett barn i öppen vård eller mot barnets föräldrar. Ärendet handlade om bland annat kontroll av frihet från berusningsmedel genom utandningsprov. Till skillnad från barnskyddslagens bestämmelser om övriga begränsningsåtgärder tillämpas dock de bestämmelser i 61 § som gäller kontakterna mellan ett barn och barnet närstående personer och om begränsning av kontakterna vid vård utom hemmet, vare sig den ordnas i form av familjevård eller institutionsvård.

Bestämmelserna om begränsningsbefogenheter för föreståndaren eller den övriga personalen vid en barnskyddsanstalt tillämpas vid alla offentliga och privata barnskyddsanstalter, oberoende av om personalen i fråga står i tjänsteförhållande eller inte, om inte något annat särskilt föreskrivs genom lag. Barnskyddslagen är ett bra exempel på en sådan lag som stiftats under den gällande grundlagens tid genom vilken någon annan än en myndighet, under de förutsättningar som anges i 124 § i grundlagen,

har anförtrotts uppgifter som innebär utövning av offentlig makt.

Enligt grundlagsutskottet är de föreskrivna målen för barnskyddet när det gäller barnskyddslagens bestämmelser om begränsande åtgärder godtagbara med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt utskottet handlar det i sista hand om barnets rätt till liv och personlig säkerhet (GrUU 5/2006 rd).

I barnskyddslagen finns för varje enskild begränsande åtgärd bestämmelser om när föreståndaren för en barnskyddsanstalt är skyldig eller har rätt att fatta ett beslut om begränsning. Dessutom föreskrivs det om möjligheten att överklaga och om besvärsvägen. Beslut som gäller begränsning av kontakter, omhändertagande av ämnen och föremål, kvarhållande av en försändelse, begränsning av rörelsefriheten, isolering och särskild omsorg får överklagas direkt hos förvaltningsdomstolen.

Enligt barnskyddslagen får beslut som gäller kroppsvisitation och kroppsbesiktning, granskning av egendom och försändelser eller fasthållande inte överklagas genom besvär. I rättslitteraturen har det emellertid ansetts att det trots allt ska meddelas ett skriftligt beslut om kroppsbesiktning.

Av begränsningsåtgärderna har särskild omsorg och kvarhållande av försändelser adresserade till barnet bedömts ha karaktär av betydande utövning av offentlig makt. Tjänsteinnehavare som avses i 13 § 2 och 3 mom. i barnskyddslagen har tilldelats beslutanderätt när det gäller inledande och förlängning av särskild omsorg. Beslutet fattas efter beredning av den i 13 b § avsedda socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter. Med avvikelse från förfarandet vid övriga begränsande åtgärder har föreståndaren för en barnskyddsanstalt således inte några befogenheter när beslut om dessa åtgärder fattas. När det gäller inledande eller förlängning av särskild omsorg kan organets beslutanderätt inte heller delegeras till en tjänsteinnehavare. Däremot får även en tjänsteinnehavare besluta om att avsluta åtgärden.

Enligt 74 § i barnskyddslagen förutsätts det för tryggande av uppföljningen och övervakningen av bruket av begränsande åtgärder att det görs anteckningar om de åtgärder som vidtagits. Anteckningarna ska omfatta en beskrivning av den begränsande åtgärden, grunden för

åtgärden och hur länge den varat, namnet på den som har fattat beslut om åtgärden, genomförd den i praktiken och närvarat vid genomförandet, samt i vissa fall de särskilda skäl som avses i lagen. Vidare ska åtgärdens eventuella inverkan på planen för vård och fostran nämnas. Anteckningarna ska också innefatta ett omnämnande av på vilket sätt barnet har hörts före beslutet om den begränsande åtgärden fattats eller åtgärden genomförts, samt av barnets åsikt om saken. Innehållet i anteckningarna ska månatligen för kännedom sändas till den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter. Närmare bestämmelser om anteckningarnas innehåll kan vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

I 64 § anges de allmänna förutsättningarna för bruk av begränsande åtgärder. Enligt paragrafen gäller att under sådan vård utom hemmet som ordnas i form av anstaltsvård får begränsande åtgärder enligt barnskyddslagen riktas mot barnet endast i den utsträckning som nödvändigtvis krävs för att syftet med beslutet om vård utom hemmet ska uppnås eller för att barnets egen eller någon annans hälsa eller säkerhet ska tryggas eller för att något annat intresse som anges i de bestämmelser som nämns i paragrafen ska tillgodoses. Åtgärderna ska genomföras så tryggt som möjligt och med respekt för barnets människovärde.

Med stöd av 62 och 63 § i barnskyddslagen får rätten för ett barn som vårdas utom hemmet att hålla kontakt med sina föräldrar eller andra barnet närstående personer begränsas genom ett beslut som av grundad anledning fattats för viss tid. Begränsningen kan gälla barnets rätt att träffa sina närstående och hålla kontakt med dem per telefon eller någon annan kontaktanordning. Med stöd av bestämmelserna får anordningar som används för kontakt också omhänderas av verksamhetsenheten. Dessutom är det tillåtet att begränsa användningen av anordningarna och att granska, kvarhålla och läsa förtroliga meddelanden och andra försändelser till eller från barnet. Begränsningsåtgärden får gälla högst ett år i taget. Ett beslut om begränsning av kontakterna fattas av den tjänsteinnehavare som anges i 13 § 2 och 3 mom. i barnskyddslagen, efter att den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter har berett

ärendet. I ärenden som gäller brådskande placering av ett barn och vid behov i andra brådskande situationer fattas beslutet av den socialarbetare som avses i 13 § 1 mom. Ett beslut om sådan kortvarig begränsning av kontakterna som gäller en kortare tid än 30 dygn kan fattas av föreståndaren för en barnskyddsanstalt.

En grundad anledning att begränsa kontakterna kan vara att kontakten äventyrar uppnåendet av syftet med vården av barnet utom hemmet och att en begränsning är nödvändig med tanke på barnets vård och fostran. En annan anledning kan vara att kontakten är till fara för barnets liv, hälsa, utveckling eller säkerhet eller att en begränsning är nödvändig för andra personers säkerhet. Användningen av den begränsande åtgärden ska upphöra omedelbart när åtgärden inte längre behövs. Under samma förutsättningar behöver barnets vistelseort inte heller röjas för barnets föräldrar eller vårdnadshavare.

Bestämmelserna i 65 § i barnskyddslagen möjliggör omhändertagande av ämnen och föremål. Utifrån paragrafen kan de ämnen och föremål som en barnskyddsanstalt får omhändertaga indelas i tre kategorier. Om ett barn innehar berusningsmedel eller redskap som är avsedda för bruket av sådana eller om ett barn innehar ämnen som är avsedda att skada barnet eller någon annan ska de alltid omhändertas av anstalten. För det andra får anstalten omhänderta sådana ämnen och föremål vars egenskaper gör att de lämpar sig för att äventyra barnets eller någon annans liv, hälsa eller säkerhet eller för att skada egendom och om det är sannolikt att barnet använder ämnena eller föremålen på det sätt som avses i bestämmelsen. För det tredje får anstalten omhänderta också sådana ämnen och föremål som sannolikt är till allvarligt förfång för ordnandet av vården av barnet eller ett annat barn eller andra personer utom hemmet eller för den allmänna ordningen i anstalten.

Med stöd av 66 § i barnskyddslagen får kroppsvisitation företas för att utreda om ett barn i sina kläder eller annars bär på sig sådana ämnen eller föremål som nämns i det föregående. För att kontrollera användning av rusmedel får ett barn också underkastas kroppsbesiktning. För att utreda om det finns sådana ämnen eller föremål som avses i det föregående eller

om barnets vistelseort skyndsamt måste utredas för att syftet med vården utom hemmet ska uppnås är det med stöd av 67 § tillåtet att granska de utrymmen som barnet förfogar över och den egendom som barnet innehar samt ett brev eller ett därmed jämförbart annat förtroligt meddelande eller någon annan försändelse till barnet. Ett villkor för att dessa begränsningsåtgärder ska få genomföras är enligt bestämmelserna att det finns grundad anledning att misstänka att ämnena eller föremålen finns eller används.

Riksdagens biträdande justitieombudsman har i ett klagomålsärende (dnr 3116/4/13) konstaterat att bestämmelserna om kroppsvisitation och kroppsbesiktning i barnskyddslagen inte berättigar att klä av barnet eller undersöka håligheter på barnets kropp. Biträdande justitieombudsmannen konstaterade emellertid i samband med en inspektion av en barnskyddsanstalt (inspektionsprotokoll dnr 5234/3/13; som gällde en vårdanstalt avsedd för barn med missbruksproblem) att i vissa fall kunde det med tanke på målen för vården utom hemmet vara nödvändigt och godtagbart att klä av barnet. Biträdande justitieombudsmannen begärde utredning av social- och hälsovårdsministeriet om vilka åtgärder de framförda iakttagelserna ger anledning till, och om huruvida barnskyddslagens bestämmelser om begränsande åtgärder borde ändras.

Enligt barnskyddslagen är det också tillåtet att begränsa ett barns rörelsefrihet. Med stöd av 68 § i barnskyddslagen får ett barn hållas fast eller förflyttas i nedlugnande syfte, om barnet på basis av sitt förvirrade eller hotfulla beteende sannolikt skulle skada sig själv eller andra. Fasthållandet ska vara nödvändigt på grund av en överhängande fara för barnets eller någon annans liv, hälsa eller säkerhet, eller för förhindrande av betydande skador på egendom. Med stöd av 69 § får ett barn förbjudas att avlägsna sig från anstaltens område, anstalten eller en viss bostadsenhets lokaler, om det är nödvändigt för barnets omsorg och motsvarar barnets bästa. Begränsningen får gälla i högst 30 dygn. För att ett förbud att avlägsna sig ska kunna utfärdas förutsätts det att omhändertagandet av barnet har föranletts av användning av rusmedel, en brottslig gärning som inte kan anses vara ringa eller något annat därmed jäm-

förbart beteende eller att barnet under sin vistelse i anstalten beter sig på ett motsvarande sätt. Ett förbud att avlägsna sig får utfärdas också om det i övrigt behövs med avseende på vården eller omsorgen om barnet för att skydda barnet mot ett beteende som allvarligt skadar honom eller henne.

Med stöd av 70 § får ett barn isoleras från de andra barnen i anstalten, om barnet på basis av sitt beteende är till fara för sig självt eller andra eller om isoleringen är särskilt motiverad med hänsyn till barnets liv, hälsa eller säkerhet. Det får inte bestämmas att isoleringen ska gälla i större omfattning eller längre än vården och omsorgen om barnet nödvändigt förutsätter och isoleringen får inte utan ett nytt beslut fortgå längre än 24 timmar åt gången. Den sammanlagda isoleringstiden får inte överstiga 48 timmar åt gången.

Med stöd av 71–73 § kan det ordnas särskild omsorg för ett barn, om barnets synnerligen viktiga enskilda intresse kräver det. Med särskild omsorg avses enligt 71 § i barnskyddslagen sådan särskild, multiprofessionell vård och omsorg som ordnas vid en barnskyddsanstalt för ett barn som fyllt 12 år i vård utom hemmet och under vilken barnets rörelsefrihet kan inskränkas på det sätt som anges i 72 och 73 § i barnskyddslagen i den utsträckning som vården och omsorgen om barnet förutsätter. En ytterligare förutsättning är att det med beaktande av barnets behov av vård och omsorg inte är möjligt att ordna vården utom hemmet på något annat sätt och att hälso- och sjukvårdstjänster inte lämpar sig för syftet i stället för särskild omsorg. För att särskild omsorg ska kunna ordnas krävs det att barnskyddsanstalten till sitt förfogande har sådan tillräcklig expertis som verksamheten förutsätter och lokaler som lämpar sig för ändamålet. Särskild omsorg kan ordnas för att bryta ett svårt rusmedelsmissbruk eller gravt brottsligt beteende, eller när barnets eget beteende allvarligt äventyrar barnets liv, hälsa eller utveckling på något annat sätt. Syftet med den särskilda omsorgen är att bryta ett beteende som skadar barnet självt och att möjliggöra helhetsinriktad omsorg som kommer barnet till del. Medan den särskilda omsorgen pågår kan barnet hindras från att utan tillstånd eller övervakning avlägsna sig från de lokaler vid anstalten som är avsedda för särskild omsorg.

2.3.14 Bekämpning av smittsamma sjukdomar

I den nya lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) föreskrivs det om bekämpningen av smittsamma sjukdomar. I lagen om smittsamma sjukdomar föreskrivs det om ordnande av obligatoriska vaccinerings- och hälsoundersökningar, förordnande om isolering av bostäder och vårdinrättningar, förordnande om stängning av läroanstalter och daghem, förbud mot folksamlingar och utfärdande av bestämmelser som begränsar sådana, förordnande om rengöring och desinfektion och om förstöring av föremål som är av ringa värde med tanke på en desinfektion, förordnande om karantän för personer och varor, förordnande att utebli från förvärvsarbete, dagvårdsplats eller läroanstalt samt om isolering av en person på en sjukvårdsinrättning.

Om det finns en uppenbar risk för att en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en sjukdom som med fog misstänks vara en allmänfarlig smittsam sjukdom ska spridas och sjukdomsspridningen inte kan förhindras på något annat sätt, kan det enligt lagen om smittsamma sjukdomar bestämmas att personen ska hållas i karantän i högst en månad oberoende av hans eller hennes vilja. Personen i fråga ska hållas i karantän i sin bostad eller på någon annan plats som den som meddelat beslutet har godkänt och vid behov ska kommunen ordna en lämplig karantänsplats.

En person kan också oberoende av sin vilja hållas isolerad i högst två månader. Under isoleringstiden ska vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. Patienten kan dock på isoleringsplatsen oberoende av sin vilja ges sådan vård och behandling som är nödvändig för att förebygga sjukdomsspridning. Patienten får dessutom ges förskrivna läkemedel trots att patienten motsätter sig det, om det är nödvändigt för att förhindra spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en sjukdom som med fog misstänks vara en allmänfarlig smittsam sjukdom. Dörren till karantän- eller isoleringsrummet kan låsas från utsidan om det är nödvändigt för att förhindra att sjukdomen sprids. Patienten ska hållas under uppsikt så att man kan få omedelbar kontakt med patienten.

Också patienten ska kunna få omedelbar kontakt med personalen. I lagen finns det också bestämmelser om omständigheterna under tiden i karantän och isolering samt om begränsning av kontakter under tiden i karantän och isolering. Karantän och isolering ska genomföras så att rättigheterna för personen i fråga inte inskränks i onödan. Patientens rätt att träffa personer utanför hälso- och sjukvårdsenheten kan begränsas, om det är nödvändigt för att förhindra spridningen.

2.3.15 Laglighetsövervakarnas praxis

År 2016 ändrades specialomsorgslagen så att det nu föreskrivs exakt om begränsningsåtgärderna. I riksdagens justitieombudsmans verksamhetsberättelse för 2016 konstaterar riksdagens justitieombudsman att de ändringar som gjorts i specialomsorgslagen delvis förbättrar situationen, men att det ännu krävs att tillvägagångssätten preciseras och omvärderas på institutioner. Under 2000-talet har en viktig aspekt vid riksdagens justitieombudsmans inspektioner av inrättningarna inom specialomsorger för personer med utvecklingsstörning varit att kontrollera att klienternas grundläggande fri- och rättigheter tillgodoses, såsom personlig frihet och integritet, rörelsefrihet och skydd för privatlivet. Vid många inrättningar har man vid inspektionerna berättat att andelen klienter med ett problematiskt beteende ökat, liksom mängden olika autistiska drag. Dessutom har de så kallade krisvårdsperioderna ökat. Trots detta används inte begränsningsåtgärder inom specialomsorgerna för alla klienter.

Justitieombudsmannen har under sina inspektioner fäst uppmärksamhet bland annat vid att servicecentralernas anvisningar är alltför allmänna eller inexakta (1243/06 och 474/04) samt vid att det finns brister i dokumenteringen av användningen av begränsningsåtgärder (1047/07 och 3813/07).

Efter inspektionen av en av inrättningarna inledde justitieombudsmannen en särskild undersökning av användningen av tvång vid inrättningen (1047/07). Justitieombudsmannen kunde inte på basis av det material som stod till förfogande fastställa att inrättningens användning av begränsningsåtgärder hade stridit mot specialomsorgslagen. Justitieombudsmannen

framhöll dock att en klients grundläggande fri- och rättigheter får inskränkas bara när användningen av begränsningen uppfyller kraven på åtgärdens nödvändighet, proportionalitet och ändamålsenlighet. Enligt justitieombudsmannen får åtgärder som begränsar självbestämmanderätten, viljan och friheten för en person med utvecklingsstörning som bor på en inrättning vidtas bara som skydds- och säkerhetsåtgärder. Åtgärderna ska vara ändamålsenliga och rätt avvägda. På inget sätt kan det anses vara godtagbart att de används grundade på så kallad institutionsmakt eller i fostringssyfte.

Justitieombudsmannen framhöll också att det är viktigt att beakta klienternas individualitet. Att använda tvång kan enligt justitieombudsmannen inte basera sig på exempelvis bara det att dörren till ett rum där det bor flera personer låses till natten på grund av den ena invånaren. Ett sådant förfarande kan kränka de grundläggande fri- och rättigheterna för den person vars förfarande inte har medfört behov av att låsa dörren. Justitieombudsmannen konstaterade vidare att då begränsningsåtgärder vidtas är det viktigt att notera att de har en begränsad användningstid. Åtgärderna bör således genomföras bara så länge det är nödvändigt för att omedelbart skydda eller trygga säkerheten för klienten eller andra personer. Dessutom får begränsningsåtgärder användas bara om andra åtgärder inte är tillräckliga eller inte kan tillämpas och det således är nödvändigt att tillgripa begränsningsåtgärder.

Justitieombudsmannen har i ett av sina beslut (dnr 2756/06) tagit ställning till användningen av säkerhetsväst och konstaterat att åtgärden var motiverad. Justitieombudsmannen betonade dock att säkerhetsväst får användas för att hantera klientens aggressivitet endast när det är nödvändigt och lindrigare medel inte finns att tillgå. Säkerhetsväst får inte användas i disciplinärt syfte eller som bestraffning. I samma klagomålsärende påpekade justitieombudsmannen att det i enlighet med rehabiliteringscentralens instruktioner borde ha gjorts anteckningar om att klienten låstes in i sitt rum som en säkerhetsåtgärd.

Vid en inspektion fäste justitieombudsmannen uppmärksamhet vid att begränsningsåtgärder hade använts i stor omfattning vid en servicecentral (dnr 474/04). Vid inspektionen

framhöll justitieombudsmannen att det har påvisats att man med en lämplig personaldimensionering, rymligare bostäder och stimulerande aktiviteter kan minska på ett utmanande beteende hos personer med utvecklingsstörning. Då minskar också behovet av begränsningsåtgärder. Under en annan av justitieombudsmannens inspektioner diskuterade man på vilket sätt man skulle kunna förändra det våldsamma beteendet hos en klient som var under 18 år (dnr 3142/05). Justitieombudsmannen ansåg att man primärt borde gå in för att styra klientens beteende med positiva saker och så att man så litet som möjligt ingriper i klienternas integritet.

Justitieombudsmannen har vid sina inspektioner också noterat att det vid många inrättningar finns särskilda säkerhetsrum eller isoleringsrum dit en boende som uppträder våldsamt kan föras i nedlugnande syfte. Säkerhetsrummet är i regel ett kallt rum, med fönstret bakom plexiglas. Rummet kan ha en asketisk madrass, som är lätt att rengöra och svår att ha sönder. Vid en del inrättningar har man avstått från att ha ett särskilt säkerhetsrum och gått in för isolering i det egna rummet. Under inspektionerna har personalen konstaterat att ett säkerhetsrum trots allt är ett bra alternativ för att förebygga våldsamt beteende, eftersom redan det att klienten placeras i säkerhetsrummet innebär att situationen på avdelningen avbryts innan det våldsamma beteendet bryter ut (dnr 3142/05). Vid en av justitieombudsmannens inspektioner uppmärksammades det att säkerhetsrummet fanns i anslutning till avdelningens allmänna sällskapsrum och att det i säkerhetsrummets dörr fanns ett fönster till sällskapsrummet (dnr 117/08). Justitieombudsmannen konstaterade att det med tanke på skyddet för privatlivet var olämpligt att det inte fanns en gardin för dörrfönstret. Dessutom kan också säkerhetsrummets placering i anslutning till det gemensamma utrymmet vara störande för de andra klienterna, om den person som placerats i säkerhetsrummet är högljudd.

Justitieombudsmannen har i ett av sina beslut (dnr 2756/06) betonat att det förutsätts samarbete och växelverkan mellan klienten och den instans som ordnar socialvården för att en klients självbestämmanderätt ska kunna tillgodose. Också klientlagen förpliktar till att klienten engageras i planeringen och genomförandet av

tjänsterna. Justitieombudsmannen ansåg att också de till socialvården anknutna faktiska åtgärderna, såsom begränsningsåtgärderna, ingår i planeringen av tjänsterna. I ett annat beslut uppmärksamgjorde justitieombudsmannen ledningen på vikten av samarbete mellan inrättningen och de anhöriga i fortsättningen (dnr 117/08).

Vid justitieombudsmannens inspektioner har det kommit fram att de inrättningar som tillhandahåller tjänster inom specialomsorger för utvecklingsstörda klienter har haft också personer som har drabbats av intellektuell funktionsnedsättning först i vuxen ålder. I specialomsorgslagen har utvecklingsstörning emellertid definierats så att en persons utveckling eller psykiska funktioner ska ha hämmats eller störts före vuxen ålder.

Biträdande justitieombudsmannen har i ett av sina avgöranden (dnr 3096/4/09) tagit ställning till begränsningen av en myndig, utvecklingsstörd persons kontakter med en anhörig och ansett detta vara möjligt under vissa förutsättningar. Biträdande justitieombudsmannen konstaterade att det centrala innehållet i, omfattningen av och de exakta förutsättningarna för de begränsningar som används i omsorgerna om personer med utvecklingsstörning inte framgår av specialomsorgslagen på det sätt som förutsätts i grundlagen vid begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Även om det inte kunde anses vara helt förbjudet att begränsa kontakterna för att skydda de grundläggande fri- och rättigheterna för en person med utvecklingsstörning, var det viktigt att man för användningen av metoden ställde vissa specialvillkor som var noggrannare än de allmänna bestämmelserna i specialomsorgslagen. Enligt biträdande justitieombudsmannen borde man ha hört både personen med utvecklingsstörning och den anhöriga innan beslutet om att begränsa kontakterna fattades, och chefen för den privata boendeenheten borde ha fogat en besväransvisning till beslutet. I begränsningen av kontakterna borde också proportionalitetskravet ha beaktats så att personen med utvecklingsstörning på eget önskemål skulle ha fått träffa sin anhöriga till exempel under övervakning. Biträdande justitieombudsmannen konstaterade vidare att den serviceansvariga kom-

munen i sista hand svarar för förfarandets laglighet i en situation då en persons kontakter har begränsats.

Riksdagens justitieombudsman (JO) har lagt fram flera förslag i syfte att avhjälpa brister i mentalvårdslagen och övrig lagstiftning som tillämpas i samband med tillhandahållandet av vården. I sin verksamhetsberättelse 2013 lyfte justitieombudsmannen för första gången fram tio centrala problem i Finland som gäller de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. År 2016 är i stort sett samma tio problem fortfarande aktuella. Det upptäcktes brister särskilt i förhållandena för äldre personer och personer med funktionsnedsättning och i bemötandet av dem. Även självbestämmanderätten för andra personer i anstaltsvård, såsom psykiatriska patienter, begränsades till följd av osakliga restriktionsförfaranden.

Enligt justitieombudsmannens verksamhetsberättelse för 2016 händer det att självbestämmanderätten i anstalter inskränks genom åtgärder som är helt oberättigade, t.ex. genom "anstaltsmakt". Inskränkningarna kan vara orimligt omfattande eller inkonsekventa. Enligt justitieombudsmannen är tillsynen över de rådande tillvägagångssätten otillräcklig och åtgärderna själva är svåra att kontrollera särskilt i de fall, då lagstiftningen inte definierar vilka rättsskyddsgarantier som bör gälla.

I många avgöranden i klagomålsärenden har justitieombudsmannen konstaterat att begränsningsåtgärderna i sig varit motiverade och godtagbara. Däremot har det förekommit brister i förhållandena under tiden för begränsningarna. Begränsningsåtgärderna har inte alla gånger genomförts på ett sätt som uppfyller kravet på en människovärdig behandling.

I riksdagens justitieombudsmans avgörande av den 20 juni 2014 i ett klagomålsärende (dnr 1513/4/13) var det fråga om förhållandena under isoleringen i sjukhuset i Harjavalta. I det fallet hade det funnits sakliga grunder för isoleringen. Justitieombudsmannen påpekade emellertid att det förekom brister i förhållandena under isoleringen. En människovärdig behandling samt hälso- och sjukvård av god kvalitet förutsätter att en patient som placerats i isolering alltid måste ha tillgång till en toalett. Bland annat av den anledningen måste patienten kunna få kontakt med personalen utan

dröjsmål. Patienten ska erbjudas möjlighet att besöka toaletten även om han eller hon inte särskilt ber om det. En patient som isolerats ska dessutom förses med lämpliga kläder, utan att han eller hon särskilt ber om det.

I riksdagens justitieombudsmans avgörande av den 22 oktober 2015 i ett klagomålsärende (dnr 3721/4/14) var det fråga om isolering av en patient i en enhet inom den somatiska hälso- och sjukvården. Justitieombudsmannen ansåg att isoleringen hade skett i ett nödtillstånd. Justitieombudsmannen konstaterade emellertid att om en patient i ett nödtillstånd måste isoleras inom den somatiska vården, ska isoleringen genomföras på ett säkert sätt och med respekt för patientens människovärde. Respekten för människovärdet och patientens rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet ställer vissa krav på isoleringsrummet. Vid bedömningen av om ett isoleringsrum är adekvat kan man utgå från att minimikraven är desamma som enligt mentalvårdslagen gäller vid isolering av psykiatriska patienter. I justitieombudsmannens praxis har det ansetts att ett isoleringsrum i ett psykiatriskt sjukhus ska vara i gott skick, ha fönster, vara rent, fräscht, vädrat och tillräckligt varmt samt försett med ändamålsenliga säng- och skyddskläder. Patienten ska kunna kontakta vårdpersonalen. I det aktuella fallet försvårade de otillräckliga anteckningarna i patientjournalen bedömningen av ärendet. Eftersom patienten hade varit tvungen att utträta sina behov på golvet, ansåg justitieombudsmannen likväl att patienten varken hade fått människovärdig behandling eller vård av god kvalitet.

I riksdagens justitieombudsmans avgörande av den 25 maj 2016 i ett klagomålsärende (dnr 1768/4/15) var det bl.a. fråga om isolering av en patient i sjukhusets jourenhet. Justitieombudsmannen ansåg att läkaren hade handlat lagstridigt i fallet när läkaren inte i samband med begäran om handräckning såg till att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården deltog. I jourenheten isolerades patienten i säkerhetsrummet. Efterhandsbedömningen av om isoleringen var adekvat försvårades av att anteckningarna i patientjournalen var bristfälliga. Anteckningarna motsvarade uppenbarligen inte de krav som i social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar

(298/2009) ställs på dokumentering av begränsningsåtgärder som avser de grundläggande fri- och rättigheterna och inte heller verksamhetsenhetens egna anvisningar. Justitieombudsmannen ansåg att det hade påvisats att det inte fanns några grunder för att isolera patienten och att ingripandet i patientens personliga frihet hade stridit mot den förvaltningsrättsliga proportionalitetsprincipen och den socialrättsliga principen om lindrigaste tillräckliga ingripande.

Justitieombudsmannen har i flera avgöranden av klagomål tagit ställning till förbudet mot anstaltsmakt, som innebär att en patients grundläggande fri- och rättigheter inte kan begränsas bara för att patienten är intagen på en anstalt eller med stöd av avdelningsvisa regler, utan begränsningarna ska basera sig på lag och individuell prövning. I riksdagens justitieombudsmans avgörande av den 10 december 2013 (dnr 2598/4/12) var det fråga om en ung person (minderårig) som frivilligt sökt psykiatrisk vård. Verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården hade avdelningsvisa regler med stöd av vilka kontakter begränsades och besök övervakades. Dessutom förekom rutinmässiga kroppsvisitationer och kroppsbesiktningar. Justitieombudsmannen konstaterade att ett förbud mot anstaltsmakt innebär att en patients grundläggande fri- och rättigheter inte kan begränsas genom regler som gäller hela avdelningen. Eftersom det var fråga om frivillig vård, kunde de grundläggande fri- och rättigheterna inte begränsas på det sätt som anges i mentalvårdslagen. Granskning av patientens egendom (22 h §), kroppsvisitation och kroppsbesiktning (22 i §) och begränsning av kontakter (22 j §) förutsätter att de förutsättningar som anges i de nämnda bestämmelserna i mentalvårdslagen uppfylls. Med stöd av de nämnda bestämmelserna kan en patient inte förpliktas till rutinmässiga kroppsvisitationer, kroppsbesiktningar eller begränsningar av kontakterna.

I det ovannämnda avgörandet (dnr 2598/4/12) bedömde riksdagens justitieombudsman också huruvida de grundläggande fri- och rättigheterna kan begränsas med samtycke av den som är föremål för begränsningarna. Då måste det bedömas om åtgärden över huvud taget kan vidtas med samtycke samt vad som krävs för att ett samtycke i respektive fall ska vara giltigt. I justitieombudsmannens praxis

har det ansetts att de grundläggande fri- och rättigheterna med stöd av ett samtycke åtminstone inte kan begränsas mera långtgående än vad som föreskrivs i lag. Om det över huvud taget är fråga om en sådan begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna som kan vidtas utifrån samtycke, måste den som ger samtycke ha förmåga att ge sitt samtycke. Ett samtycke ska basera sig på tillräcklig information, vara frivilligt, ha getts på förhand och vara tillräckligt exakt till innehållet. Den som ger sitt samtycke ska förstå innebörden av och innehållet i samtycket. Samtycket ska dessutom kunna återtas när som helst.

Enligt justitieombudsmannen kan det i enstaka fall vara godtagbart att begränsa kontakterna och granska patientens egendom på basis av samtycke, men det är inte godtagbart att förutsätta att en patient allmänt ska samtycka till att de besök som han eller hon får övervakas genom att en vårdare är närvarande i samma rum där patienten tar emot besökare, eftersom detta är en begränsningsåtgärd som sträcker sig djupt in i sfären för privat- och familjelivet. Samtycke till kroppsvisitation kan begäras av en minderårig, men i samband med frivillig vård kan samtycke till kroppsvisitation, som är en djupgående begränsningsåtgärd, inte begäras. Inrullning i en matta påminner i viss grad om bindning och fasthållande i behandlingssyfte, men åtgärden har inget normativt stöd i mentalvårdslagen. Eftersom inrullande i en matta inte är tillåtet i fråga om en patient som intagits för observation eller behandling, kan åtgärden inte anses vara nödvändig med stöd av samtycke av en patient som frivilligt underkastar sig vård, inte motsvara proportionalitetsprincipen och alltså inte heller vara acceptabel.

Begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna på basis av samtycke har också bedömts i ett avgörande av den 4 december 2013 (dnr 2372/4/12). Riksdagens justitieombudsman ansåg att det inte inom frivillig psykiatrisk vård var tillåtet att på basis av samtycke låta patienter klä av sig i samband med kroppsvisitation, eftersom motsvarande åtgärd inte heller med stöd av mentalvårdslagen är tillåten i samband med vård oberoende av patientens vilja. Att låta patienten klä av sig är inte nödvändigt och inte heller förenligt med proportionalitetsprincipen.

Justitieombudsmannen ansåg i sitt avgörande av den 28 oktober 2015 (dnr 4215/4/14) att rörelsefriheten för en patient i frivillig psykiatrisk vård kunde begränsas med patientens samtycke, men den som ger sitt samtycke ska ha förmåga att ge samtycke, och också övriga förutsättningar för ett giltigt samtycke ska uppfyllas (har angivits ovan).

Riksdagens justitieombudsman konstaterade i sitt avgörande av den 19 december 2013 (dnr 4223/4/12 och 4319/4/12) att vård i eget rum av en minderårig patient innebär isolering. I mentalvårdslagen finns det inte någon allmän definition av när en åtgärd ingriper i patientens rättigheter på ett sådant sätt att det är fråga om begränsning av hans eller hennes självbestämmanderätt eller övriga grundläggande fri- och rättigheter. Frågan måste sålunda granskas i samband med respektive begränsningsåtgärd. Justitieombudsmannen ansåg att vård i eget rum, där en ung patient vårdas i det egna rummet en längre tid (t.ex. ett dygn) kan betraktas som isolering. Begränsning av rörelsefriheten enligt mentalvårdslagen innebär förhindrande av att patienten lämnar sjukhuset eller en viss vårdenhets lokaler. Om patienten inte får avlägsna sig från ett visst rum, är det fråga om en åtgärd som i betydligt högre grad begränsar hans eller hennes frihet än vad som avses med begränsning av rörelsefriheten i mentalvårdslagen. Enligt lagens förarbeten avses med isolering att ”patienten låses in antingen på sitt rum eller på något annat rum” (RP 113/2001 rd, s. 25). Att dörren låses ska enligt justitieombudsmannen emellertid inte ges avgörande betydelse om den unga patienten inte får lämna rummet utan tillstånd, utan det väsentliga är däremot begränsningen av rörelsefriheten och brytandet av de sociala kontakterna. En time out-metod där en ung patient i vissa situationer, enligt en vårdplan om vilken överenskommit på förhand, förs till sitt rum för en kortare tid, t.ex. 15 minuter, har däremot drag av isolering. Men metoden ska inte betraktas som isolering enligt mentalvårdslagen. Vid bedömningen av en begränsningsåtgärd ska det emellertid tas hänsyn till om patienten motsätter sig åtgärden. Om den unga patienten motsätter sig time out-åtgärden, ska åtgärden betraktas som isolering.

Riksdagens justitieombudsman föreslog i sitt avgörande av den 29 oktober 2015 (dnr

250/4/15) att mentalvårdslagen borde kompletteras med bestämmelser om utskrivning av en frihetsberövad patient. I det aktuella fallet ansåg justitieombudsmannen att patientens rätt till god vård inte hade uppfyllts, eftersom patienten inte under rådande omständigheter hade fått hjälp med att ordna hemresan i samband med utskrivningen. Patienten hade skrivits ut sent på kvällen under den kalla årstiden och det fanns inga anteckningar om patientens klädsel i handlingarna. Patientens hem låg inte nära jourenheten.

Riksdagens justitieombudsman sände sitt beslut av den 30 mars 2012 i klagomålsärendet (dnr 3365/4/10) för kännedom till social- och hälsovårdsministeriet för att beaktas när lagstiftningen utvecklas. Justitieombudsmannens ställningstagande var att när hälsocentralen har skyldighet att börja utreda en persons eventuella behov av vård enligt 29 § i mentalvårdslagen ska detta företrädesvis ske genom att patienten kallas till hälsovårdscentralen eller genom att läkaren gör ett hembesök hos patienten jämfört med att en ambulans skulle skickas.

Justitieombudsmannen sände sitt beslut av den 16 augusti 2012 i ett klagomålsärende (dnr 903/4/11) till social- och hälsovårdsministeriet. Beslutet innehåller ett förslag som riktar sig till ministeriet om ändring av mentalvårdslagen. I justitieombudsmannens beslut konstateras att det i mentalvårdslagen inte finns några bestämmelser om s.k. familjebesök eller andra oövervakade besök. I lagen föreskrivs det inte heller om ordnande av utrymmen för besök. Justitieombudsmannen anser att det i lagen borde föreskrivas om en eventuell skyldighet att ordna utrymmen som lämpar sig för oövervakade besök.

Justitieombudsmannen sände sitt svar av den 11 oktober 2012 på ett klagomål (dnr 3606/4/2011) för kännedom till social- och hälsovårdsministeriet. I svaret föreslås det att lagstiftningen ska kompletteras så att de anhöriga ska kunna underrättas om att en farlig patient har rymt från sjukhuset. Justitieombudsmannen föreslår att svaret ska beaktas i samband med översynen av lagstiftningen om rättspsykiatrisk vård.

Justitieombudsmannen sände sitt beslut av den 16 maj 2013 efter en inspektion på Niuvanniemi sjukhus (dnr 1223/2/11) till social- och hälsovårdsministeriet för kännedom och för att

beaktas vid beredningen av lagstiftning om rättspsykiatrisk vård. Beslutet gällde möjligheten för patienter som är intagna på mentalsjukhus att skaffa livsmedel och andra varor som lämpar sig för personligt bruk. Enligt fängelselagen ska fängelset ge fångarna möjlighet att skaffa sådana förnödenheter. Enligt Brottsförhållningsverkets anvisningar ska varorna i fängelsernas anstaltsbutiker säljas till fångarna till anskaffningspriset. Justitieombudsmannen anser att det är viktigt att patienter som är intagna för rättspsykiatrisk vård har möjlighet att skaffa livsmedel och andra varor som lämpar sig för personligt bruk till ett förmånligt pris på samma sätt som fångar.

Riksdagens justitieombudsman har i flera avgöranden upptäckt brister i åldringars förhållanden och i hur de bemöts och påpekat att åtgärder som begränsar åldringars självbestämmanderätt ska ha sin grund i lagen. I justitieombudsmannens utredning om vården av äldre som får vård dygnet runt samt tillsynen över vården (dnr 213/2/09) utreds rätten för äldre inom serviceboendet, i ålderdomshemmen och på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar till god vård och omsorg samt ett bemötande med respekt för människovärdet och de grundläggande fri- och rättigheterna. Ställningstagandena i utredningen baserar sig i stor utsträckning på länsstyrelsernas svar och iakttagelser i frågan. Av utredningen framgår att det inom både den privata och den kommunala äldre vården används olika åtgärder för att begränsa personens möjligheter att röra på sig; de vanligaste är geriatriska stolar, stängning av dörren från utsidan, låsning av avdelningens dörr, höjning av sängkanterna och användning av magnetbälte eller annat spännbälte.

Enligt länsstyrelsernas svar önskar personalen tydligare praxis och anvisningar i fråga om användningen av begränsningsåtgärder. Största delen av begränsningsåtgärderna motiveras med åldringens egen säkerhet och uppfattas inte ens som begränsningar, men enligt länsstyrelsen i Östra Finlands län har åldringarnas möjlighet att röra på sig också begränsats situationer med för liten personalstyrka. Åldringarnas möjligheter att röra på sig begränsas enligt länsstyrelserna även utan grund och alla gånger finns det inte tillbörliga anteckningar om saken.

Riksdagens justitieombudsman konstaterade i utredningen att när man till exempel beaktar bedömningen av den egna takten för en person som håller på att bli dement, och att det över huvud taget inte är möjligt att få ett samtycke av honom eller henne, kan ett samtycke inte inom äldreomsorgen allmänt betraktas som en tillräcklig grund för begränsning av självbestämmanderätten. Å andra sidan har det allmänna i grundlagen ålagt en skyldighet att garantera oundgänglig omsorg för alla som inte klarar av att ta hand om sig själva. Denna oundgängliga omsorg kan i vissa situationer kräva att man ingriper i någons personliga frihet eller integritet samt gå före självbestämmanderätten.

Justitiekanslern har meddelat ett avgörande som har samband med beslut om vård enligt 13 § i mentalvårdslagen. De klagande bad justitiekanslern att undersöka Östra Finlands förvaltningsdomstols förfarande och avgörandep Praxis då domstolen i situationer som avses i 13 § i mentalvårdslagen förutsätter att patienten reserveras en möjlighet att få en bedömning och ett utlåtande av en utomstående läkare, trots att mentalvårdslagen inte förutsätter det. I klagomålet hade som exempel på förvaltningsdomstolens avgörandep Praxis nämnts ett fall där förvaltningsdomstolen inte, på grund av avsaknad av denna möjlighet, hade fastställt ett beslut som underställts förvaltningsdomstolen, genom vilket en person efter att först ha tagits in för frivillig vård hade förordnats till vård oberoende av sin vilja.

Östra Finlands förvaltningsdomstol har upphävt beslut om vård oberoende av patientens vilja, när en patient som ursprungligen med stöd av 8 och 13 § i mentalvårdslagen tagits in av egen vilja inte hade möjlighet att få en bedömning av en utomstående läkare (beslut 13/06/7, diarienummer 01528/13/6202, 24.10.2013 och beslut 13/0699/7, 31.10.2014, diarienummer 01784/13/6202). Östra Finlands förvaltningsdomstols tolkning är att eftersom Europadomstolen har förutsatt att fortsatt psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja kräver bedömning av en utomstående läkare, ska mentalvårdslagen tolkas så att det även behövs en bedömning av en utomstående läkare i samband med intagandet för vård, om vården inleds i enlighet med 13 §.

Justitiekanslern konstaterade att den information som framgick av klagomålet och övrig information som inhämtats i ärendet gav anledning att börja utreda frågan med tanke på om det finns brister eller motstridigheter i de aktuella bestämmelserna i mentalvårdslagen eller om bestämmelserna leder till olika tolkningar vid rättskipningen.

När frågan utreddes framgick det att Östra Finlands förvaltningsdomstols avgörandepraxis baserar sig på Europakonventionens bestämmelser samt Europadomstolens rättspraxis. På basis av uppgifter från de övriga förvaltningsdomstolarna verkade rättspraxis när det gäller bedömning och utlåtande av en utomstående läkare i de situationer som avses i 13 § i mentalvårdslagen skilja sig mellan domkretsen för Östra Finlands förvaltningsdomstol och domkretsarna för de övriga förvaltningsdomstolarna.

Även om domstolarna vid avgörandet av rättskipningsärenden använder den prövningsrätt som tillkommer dem, var situationen enligt justitiekanslerns uppfattning inte oproblematisk. Justitiekanslern ansåg att skiftande rättspraxis medför att människor behandlas olika i de situationer som avses i 13 § i mentalvårdslagen beroende på inom vilken förvaltningsdomstols domkrets det beslutas om deras vård. Situationen kunde enligt justitiekanslern också medföra ovisshet om tillämpningen av lagen på sjukhus och hos förvaltningsmyndigheter.

2.3.16 Andra utredningar om användningen av begränsningsåtgärder

I två utredningar har det konstaterats att åtgärder som klassificeras som begränsningsåtgärder även används inom boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mentalvården och missbrukarvården, och att det råder okunskap om grunderna för begränsning av självbestämmanderätten inom socialvården och om hur grunderna ska tillämpas. I boendeserviceenheten finns det rutiner som är till för att främja de boendes rehabilitering och som samtidigt begränsar de boendes handlingsfrihet. Sådana rutiner är till exempel tystnad, regelbundna mattider, begränsning av ätande och drickande, begränsning av tobaksrökning och användning av alkohol, kontroll av användningen av

pengar, begränsning av användningen av telefon, övervakning av hur den boende kommer och går (den boende ska t.ex. meddela vart han eller hon ska gå och när), uppgifter som hör till veckoprogrammet, morgonmöten, viktkontroller, intag av läkemedel, hot om att bli intagen på sjukhus om personen vägrar ta sina läkemedel, intag av extra läkemedel och ingripande i aggressivt beteende.

Länsstyrelsen i Södra Finlands län utredde år 2008 användningen av tvång och begränsningar i länets enheter inom social- och hälsovården (Publikationer från social- och hälsovårdsavdelningen vid länsstyrelsen i Södra Finlands län 2/2009). Enligt utredningen användes tvång och begränsningar inom boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mentalvården i situationer där en klient eller patient orsakade sig själv eller någon annan fara eller där klienten inte förstod sitt eget intresse och hans eller hennes hälsotillstånd äventyrades t.ex. på grund av att rymning. Som egentliga begränsningsåtgärder betraktades begränsningar av rörelsefriheten, kroppsvisitation, isolering och generellt sett sådana åtgärder som man inte hade kommit överens om tillsammans i samförstånd och som personen alltså motsätter sig.

En del av verksamhetsenheterna uppgav i sina svar att de inte använder sig av åtgärder som definieras som tvång eller begränsningar. I dessa enheter lades vikt vid reglerna och efterlevnaden av dem. Inom boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mentalvården betraktades gemensamma regler, överenskommelser, planer, möten och vägledande diskussioner som en väsentlig del av vården (hygien, måltider, läkemedel, hemkomsttider, rökning, pengar, telefon, berusningsmedel), varvid handlingar som strider mot reglerna kunde ge anledning till tillämpning av ett förfarande som kan betraktas som begränsningsåtgärder. Syftet med reglerna var såväl den boendes som gemenskapens välbefinnande. För stort intag av mat, alkoholmissbruk och överdriven rökning kan medföra hälsoproblem för individen och kan också bero på en sjukdom. Oväsen och aggressivt beteende påverkar i sin tur välbefinnandet för övriga boende. Reglerna ansågs vara nödvändiga för att verksamheten ska fungera och vara trygg och för att klienterna ska rehabiliteras.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har klarlagt hur självbestämmanderätten tillgodoses inom dygnetruntservicen inom socialvården (Valviras utredningar 1/2013). Utredningen visade att det råder okunskap om grunderna för begränsning av självbestämmanderätten inom socialvården och om hur grunderna ska tillämpas. Tillvägagångssätt som inrotats i enheternas verksamhetskultur uppfattades inte som begränsning av klientens självbestämmanderätt eller som tvång. Även anvisningarna om begränsningsåtgärder var delvis föråldrade och otillräckliga.

Enligt utredningen används inom missbrukarvården allmänt s.k. vård- och boendeavtal med syftet att engagera klienten i vården och den praxis som överenskommit i enheterna. Syftet med reglerna och avtalen är att främja rehabiliteringen av klienten och på så sätt utgör de en del av vård- och rehabiliteringshelheten. Undertecknande av avtalet kunde också vara en förutsättning för att vården skulle inledas. I ett avtal har man även kunnat komma överens om möjligheten att begränsa personens grundläggande fri- och rättigheter, t.ex. på så sätt, att personen till följd av avtalsbrott skrivs ut från enheten.

I boendeheter för rehabiliteringsklienter inom mentalvården gällde begränsningsåtgärderna ofta sådant som hade samband med den dagliga handledningen och rehabiliteringen av klienterna. Det var fråga om iakttagande av gemensamma regler och beaktande av de övriga boende. I enheter inom mentalvården begränsades oftast tobaksrökning, intag av sötsaker och kaffe eller vatten av hälsoskäl. Även inom boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mentalvården användes muntliga och skriftliga avtal där det t.ex. hade avtalats om begränsning av tobaksrökning eller användning av telefon.

På grundval av sin utredning gav Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården den 15 mars 2013 en anvisning (dnr 1732/05.00.00.01/2013) till kommuner, samkommuner och kommunala samarbetsområden samt privat serviceproducenter om vård- och boendeavtal, enheternas regler och användning av begränsningsåtgärder samt klienternas medvetna samtycke. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården gav också en sär-

skild anvisning till enheter som dygnet runt erbjuder vård och fostran inom barnskyddet om genomförande av självbestämmanderätten för barn.

Regionsförvaltningsverket i Södra Finland och regionförvaltningsverkens och Valviras MIEPÅ-samarbetsgrupp som behandlar mentalvårds- och rusmedelsfrågor har på basis av sina iakttagelser (ESAVI/355/05.07.00/2011) föreslagit korrigeringar i och kompletteringar till mentalvårdslagens bestämmelser om vård oberoende av patientens vilja och begränsningar som används inom vården. Samarbetsgruppen tog också fasta på att den nuvarande tolkningen av begreppet mentalsjukdom i mentalvårdslagen lämnar vissa patientgrupper, som av psykiska orsaker är i livsfara, utanför vården oberoende av patientens vilja.

Den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE) har tagit ställning till etiska principer förknippade med äldre vården i sin rapport Vanhuus ja hoiton etiikka (ETENE:s publikationer 20, Helsingfors 2008). På riksnivå har riktlinjer utfärdats för inskränkandet av de äldres grundläggande rättigheter genom en anvisning av den 10 april 2008 från Rättsskyddscentralen för hälsovården (från och med den 1 januari 2009 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira) som gäller användandet av säkerhetsutrustning som begränsar rörelsefriheten för äldre patienter. Enligt Rättsskyddscentralen för hälsovården får man i syfte att avvärja en fara som allvarligt hotar en äldre patients egen säkerhet begränsa patientens rörelsefrihet oberoende av patientens vilja, men endast i den utsträckning som nödvändigt krävs. Avgörandet ska alltid göras för en enskild patient och före det ska det övervägas om andra ändamålsenliga metoder som ökar säkerheten kan användas. När ett vårdbeslut som begränsar rörelsefriheten fattas ska man beakta de för- och nackdelar begränsningen har för patienten och objektivet väga dem mot varandra.

Exempelvis riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet har i sina beslut tagit ställning till den praxis som tillämpas vid institutionerna när det gäller inskränkning av äldre personers grundläggande fri- och rättigheter. Biträdande justitieombudsmannen har i

ett viktigt beslut (dnr 815/4/98) bedömt skyddet för rörelsefriheten för en äldre person med demens på en sjukhusavdelning för långtids-sjukvård. Personen var förbjuden att lämna sjukhuset exempelvis för att ta en biltur med sin son, eftersom en utredning visade att personen i början av sin sjukhusvistelse hade varit i behov av ständig sjukhusvård till följd av sitt fysiska och psykiska tillstånd. Biträdande justitieombudsmannen betonade att de grundläggande fri- och rättigheterna inte är absoluta, utan att de kan begränsas av vägande skäl. Personens egen säkerhet är exempel på ett sådant skäl. Frågan ska dock övervägas i varje enskilt fall. Begränsningarna får i inget fall pågå längre än det är nödvändigt med tanke på patientens egen säkerhet. Biträdande justitieombudsmannen ansåg att läkarens beslut att hindra patienten från att röra sig utanför sjukhuset inte var så omotiverat att justitieombudsmannen skulle ha varit tvungen att ingripa. Biträdande justitieombudsmannen framhöll också att begränsningarna slopades när det inte längre ansågs nödvändigt att begränsa rörelsefriheten. Biträdande justitieombudsmannen kritiserade ändå att begränsandet av rörelsefriheten inte hade motiverats på något sätt.

I flera utredningar om social- och hälsovården har det konstaterats att det finns olika situationer där tvångsåtgärder riktas mot äldre personer. Ofta lider den äldre person mot vilken begränsningsåtgärderna vidtas inte bara av en demenssjukdom utan också av fysiska besvär. Vanligtvis riktas begränsningsåtgärder mot äldre personer som får vård på institution, exempelvis på ålderdomshem och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar, men också på serviceboende med service dygnet runt.

En utredning från 2009, som handlar om de fysiska begränsningsåtgärder som används i vård av äldre personer på institution, visar att fysiska begränsningsåtgärder tillgrips allmänt i vården av äldre personer på institution. Fysiska begränsningar användes mest på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar och minst vid de privata ålderdomshemmen. Vid vårdenheter med högst 20 klientplatser användes fysiska begränsningsåtgärder minst. De vanligaste direkta formerna av begränsning var enligt utredningen upplyfta sänggrindar, användning av geriatrisk stol så att bordsskivan hindrade rö-

relse, rullstol och vanlig stol med bälte, säkerhetsväst, magnetbälte, spännbälte och stängande eller låsande av dörren till rummet. Till de direkta formerna av begränsning hörde också att binda klienten eller patienten med lakan eller placera honom eller henne i sådant läge, till exempel genom att luta stolens ryggstöd, att det var omöjligt att komma upp utan hjälp. Enligt utredningen hörde dessutom vårdarens användning av egen fysisk styrka till de direkta formerna av begränsning. Till de indirekta formerna av begränsning hörde att klienten eller patienten fräntogs sina hjälpmedel för att röra sig, till exempel rollatorn eller gåstolen. Indirekt begränsades klientens eller patientens möjligheter att röra sig också i situationer där vårdaren hindrade möjligheterna att be om hjälp genom att avlägsna larmklockan och i situationer där klienten eller patienten inte fick behövlig hjälp för att kunna röra sig eftersom vårdaren inte reagerade på larmklockan. Klientens eller patientens möjligheter att röra sig begränsades indirekt också genom att han eller hon hölls halvklädd så att han eller hon inte kunde lämna sitt rum för att gå till de allmänna rummen.

Utredningen visade att den äldre personen och de anhöriga antingen informerades om användningen av begränsningar på förhand eller så var de anhöriga ovetande om dem och informerades först i efterhand. Vanligen dokumenteras användningen av fysiska begränsningsåtgärder i klientens eller patientens journalhandlingar, men i vissa fall görs inga anteckningar eller görs anteckningar bara ibland. Enligt utredningen hade en del av enheterna skriftliga anvisningar om användningen av fysiska begränsningsåtgärder. Det var ändå vanligare att enheterna saknade skriftliga anvisningar eller att personalen var ovetande om dem. Besluten att rikta fysiska begränsningsåtgärder mot en äldre person fattades ofta av en multiprofessionell arbetsgrupp. Beslut om användningen av begränsningar som fattats av en multiprofessionell arbetsgrupp hade samband med både enhetens diskussionsaktivitet om begränsningar och dokumenteringen av användningen av dem. Om besluten inte fattades av en arbetsgrupp, var det en enskild vårdare i vårdsituationen, en läkare, den äldres egenvårdare eller en avdelningsskötare som blev tvungen att be-

sluta om användningen av begränsningar. Utredningen visade att också den äldre själv eller en anhörig kunde vara den som tog initiativ till användningen av begränsningar. Vårdpersonalen diskuterade också med den äldre om användningen av begränsningar och fattade beslut tillsammans med honom eller henne. Det konstaterades att anhöriga har makt att ensamma besluta om användningen av begränsningar, och anhöriga diskuterade ofta användningen av begränsningar med läkare eller vårdpersonal. Enligt en utredning av Valvira om användning av fysiska begränsningsåtgärder i boendetjänster och institutionsvård inom omsorger om utvecklingsstörda som offentliggjordes 2017 har användning av begränsningsåtgärder delvis ökat. På basis av materialet kan man emellertid inte säga att begränsningsåtgärder skulle användas i större utsträckning än tidigare. Det är sannolikt att begränsningsåtgärder identifieras bättre än tidigare till följd av lagändringen och att dokumenteringen har preciserats. Centrala förändringar i användningen av begränsningsåtgärder skedde bland annat i fråga om bruket av begränsande anordningar och föremål, omhändertagande av ämnen och föremål samt fasthållande. Även kontakter begränsas i större utsträckning än tidigare. Enligt utredningen har användningen av begränsningsåtgärder ökat i privata verksamheter jämfört med året innan. Inom den offentliga servicen är förändringen liten.

2.3.17 Nödvärn och nödtillstånd

I praktiken kan det i enskilda fall bli aktuellt att begränsa de grundläggande fri- och rättigheterna som sådant nödvärn eller sådan tillåten nödtillståndshandling som anges i 4 kap. 4 och 5 § i strafflagen (39/1889), om det inte i social- och hälsovårdslagstiftningen finns några bestämmelser som styr användningen av begränsningsåtgärder och det inte är aktuellt att tillgripa lindrigare begränsningar. En handling som begåtts som nödvärn eller i ett nödtillstånd uppfyller ett brottsrekvisit, men trots överensstämmelsen med rekvisitet är handlingen inte rättsstridig (straffrättsligt straffbar), om den hålls inom vissa gränser enligt strafflagens bestämmelser. Om det anses att en handling begåtts som nödvärn eller i ett nödtillstånd, kan

detta i vissa fall undanröja handlingens straffbarhet. Det är dock inte meningen att nödvärn eller nödtillstånd ska vara egentliga eller godtagbara åtgärder som begränsar de grundläggande fri- och rättigheterna. Villkoren för dem är strikta och i samband med tillhandahållande av service avgränsas de till extrema fall. Riksdagens justitieombudsman har i ett avgörande som gällde väktarnas roll på mentalsjukhusen konstaterat bland annat att förutsättningarna för nödvärn ger upphov till svåra tolkningsproblem i en institutionsmiljö (dnr 1222/2/11).

Nödvärn innebär rätt att som en nödvändig försvarshandling med maktmedel försvara sig mot ett angrepp på ett juridiskt skyddat intresse. Enligt 4 kap. 4 § 1 mom. i strafflagen ska angreppet vara obehörigt och ha påbörjats eller vara överhängande. Nödvärnet får inte överskrida det som utifrån en helhetsbedömning ska anses försvarligt med hänsyn till angreppets art och styrka, försvararens och angriparens person samt övriga omständigheter. En handling som begåtts som nödvärn och dess godtagbarhet ska således bedömas i förhållande till situationen och omständigheterna.

Eftersom ett angrepp, det vill säga en handling, är ett villkor för nödvärn, har det enligt den tolkning som presenterats i rättslitteraturen ansetts att den verksamhet som föranleds av exempelvis en sjukdomsattack ska bedömas som en icke-handling på vilken nödvärn inte kan tillämpas. Enligt rekvisitet för ett otillbörligt angrepp förutsätts det dessutom att handlingen har begåtts uppsåtligt eller av oaktsamhet. Med angreppets art avses bland annat hur oförutsett det inträffade var och var det inträffade. Styrkan avser närmast hur pass farligt angreppet var. Med begreppet försvararens och angriparens person avses i första hand egenskaper som hör nära samman med personen, såsom kön, ålder och kroppskrafter, men det har ansetts att begreppet också inrymmer bland annat grad av berusning, psykisk sjukdom, utbildning och uppenbart misstag. Övriga omständigheter som ska beaktas är bland annat värdet av det intresse som skyddas genom försvarshandlingen, värdet av det offrade intresset samt försvarshandlingens art och styrka.

Nödvärnsrätten gäller alla juridiskt skyddade intressen, såväl enskilda som allmänna. De enskilda intressena kan indelas i dels intressen re-

laterade till individen, såsom liv, hälsa, personlig integritet, heder, frihet och hemfrid, dels intressen förknippade med egendom. Med allmänna intressen, det vill säga samfundsintressen, förstås i första hand i lag skyddade intressen som gäller för alla. Rättsordningen tillskriver var och rätt att försvara inte bara egna utan också andras intressen. I praktiken är nödvärn möjligt i situationer då en person oförutsett utsätter en annan för våld, hotar med våld eller annars uppträder aggressivt mot andra. Det kan då bli nödvändigt att förlita sig på nödvärn till exempel för att garantera andra klienters eller patienters eller personalens hälsa och säkerhet.

Vid nödvärn gäller det att kunna dimensionera insatserna korrekt. I 4 kap. 4 § 2 mom. i strafflagen finns bestämmelser om excess i nödvärn. Med excess i nödvärn avses situationer där försvararen har överskridit gränsen för nödvärn. Även om gränsen för nödvärn överskridits vid försvaret (excess i nödvärn), är gärningsmannen dock fri från straffansvar, om omständigheterna var sådana att det inte skäligen kunde ha krävts att gärningsmannen skulle ha reagerat på annat sätt med beaktande av hur farligt och oförutsett angreppet var samt situationen också i övrigt. Om dessa villkor inte är uppfyllda, är excess i nödvärn straffrättsligt straffbart.

I nödvärnssituationer vägs den skyddade rätten mot den orätt som riktas mot den. Försvar mot annan fara än en sådan som orsakas av ett oberättigat angrepp, en handling som är nödvändig för att avvärja en omedelbar och trängande fara som hotar ett rättsligt skyddat intresse, kan däremot bli bedömd som nödtillståndshandling enligt 4 kap. 5 § 1 mom. i strafflagen. Vid nödtillstånd hotar en trängande fara personens eget eller en annans intresse. För att nödtillstånd ska vara tillämpligt förutsätts det att handlingen utifrån en helhetsbedömning är försvarlig med beaktande av det räddade intressets samt den orsakade skadans och olägenhetens art och storlek, farans ursprung samt övriga omständigheter. Avvikande från nödvärn innebär nödtillstånd att rätt står mot rätt. Vid nödtillstånd skyddas det värdefullare intresset, vilket förutsätter att intressen vägs mot varandra. Det kan handla om att förhindra uppkomsten av en förutsebar betydande materiell skada eller att rädda en person

från en fara. Det krävs att handlingen är nödvändig och försvarlig. Vid ingripande i intressen för en i förhållande till faran utomstående utgår bedömningen av försvarbarheten från frågan om huruvida den skada som nödtillståndshandlingen orsakat är i väsentlig grad mindre än den skada som avvärjts genom handlingen.

Kan en handling som har begåtts för att rädda ett rättsligt skyddat intresse inte anses tillåten enligt strafflagens bestämmelse om nödtillstånd, är gärningsmannen dock fri från straffansvar, om det inte skäligen kunde ha krävts att han eller hon skulle ha reagerat på annat sätt med beaktande av hur viktigt det räddade intresset var, hur oförutsedd och tvingande situationen var samt övriga omständigheter.

Som exempel kan nämnas att riksdagens justitieombudsman ansåg att det handlade om ett nödtillstånd, och därmed en icke lagstridig handling, när en läkare hade gett en våldsam patient en injektion av neuroleptika mot patientens vilja då patienten skulle transporteras till sjukhus men inte kunde förflyttas till ambulansen ens med hjälp av två poliser och två ambulansmän (dnr 85/4/04).

Enligt justitieombudsmannen hade den jourhavande hälsovårdscentralläkare som beslutat att en redlös och förvirrad patient som i självmordssyfte intagit lugnande läkemedel och alkohol och som motsatte sig frivillig vård skulle hållas kvar på hälsovårdscentralens jourmottagning för observation över natten fattat beslutet i ett nödtillstånd, vilket innebär att beslutet därför var försvarbart. Enligt justitieombudsmannen var det trovärdigt att kvarhållandet av patienten hade grundat sig både på misstanken att patienten uppfyllde kriterierna för beslut om intagning för psykiatrisk sjukvård och på misstanken att patienten tagit en överdos av läkemedel, vilket skulle ha kunnat leda till antingen läkemedelsförgiftning eller kombinerad förgiftning av läkemedel och alkohol. Justitieombudsmannen hänvisade till den ståndpunkt som framförts av Rättsskyddscentralen för hälsovården enligt vilken det kan vara livsfarligt för en patient med läkemedelsförgiftning att bli förpassad till en psykiatrisk avdelning, eftersom man på en sådan avdelning har avsevärt sämre möjligheter än på en välutrustad hälso-

vårdscentrals jourmottagning att följa hur förgiftningstillståndet utvecklas och omedelbart ge första hjälpen. Riksdagens justitieombudsman uttryckte dock i samma avgörande att det är synnerligen problematiskt att patientens självbestämmanderätt kan begränsas på grundval av nödvärn och nödtillstånd. Begränsning utifrån dessa är en otillräcklig lösning med tanke på rättssäkerheten för såväl patienten som personalen (dnr 1073/2/07).

Riksdagens justitieombudsman ansåg i sitt avgörande av den 16 november 2016 (dnr 4318/4/15) att läkaren agerade i ett nödtillstånd när läkaren bestämde att patienten skulle spännas fast med spännbälten. Justitieombudsmannen ansåg att det är problematiskt att bestämmelserna om nödvärn och nödtillstånd i strafflagen måste tillämpas vid begränsning av en patients självbestämmanderätt. Justitieombudsmannen konstaterade att med anledning av 12 § i social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar ska i journalhandlingarna emellertid göras en anteckning även när man i ett nödtillstånd måste begränsa självbestämmanderätten för en patient inom den somatiska vården. I det aktuella fallet var journalhandlingarna bristfälliga och därför var det omöjligt att bedöma om den klagande hade varit fastspänd under en längre tid än vad nödläget varat. Justitieombudsmannen ansåg att försummelsen avseende journalhandlingarna var allvarlig.

I justitieombudsmannens praxis har det ansetts att vid bedömningen av försvarbarheten i fråga om en handling som i ett nödtillstånd begåtts av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska hänsyn dessutom tas till de etiska normer och rättsregler som styr verksamheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Dessa normer och rättsregler kan medföra ytterligare begränsningar när det gäller handlingens försvarbarhet. Handlingen ska t.ex. vara medicinskt motiverad och utförd med respekt för människovärdet, se t.ex. avgörandena dnr 4318/4/15 (16.11.2016), dnr 3721/4/14 (22.10.2015), dnr 1543/4/12 (5.12.2013), dnr 1319/2/11 (29.11.2012) och dnr 1073/2/07 (14.4.2009).

I justitieombudsmannens praxis har det dessutom ansetts att en begränsningsåtgärd som baserar sig på ett nödtillstånd inte kan vara föregripande, utan att en begränsningsåtgärd är en

åtgärd som man måste tillgripa för att avvärja en omedelbar och trängande fara (JO:s beslut 5.12.2013 dnr 1543/4/12).

2.4 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i vissa andra länder

2.4.1 Europakonventionen

Enligt artikel 2 i konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 18 och 19/1990, sådan som den lyder senare ändrad i FördrS 71 och 72/1994, FördrS 85 och 86/1998, FördrS 8 och 9/2005, FördrS 6 och 7/2005 samt FördrS 50 och 51/2010, nedan *Europakonventionen*) ska envars rätt till liv skyddas genom lag. Artikel 2 innehåller en negativ skyldighet för staten att inte beröva någons liv samt en positiv skyldighet för staten att skydda liv. Dessutom innehåller artikeln processuella skyldigheter att ordna en effektiv undersökning i de situationer som avses i artikeln. I sitt avgörande i målet *Dodov mot Bulgarien* (17.1.2008) ansåg Europadomstolen att staten hade brutit mot sina positiva skyldigheter enligt artikel 2 när en person med demens hade lämnats utan tillsyn på vårdhemmets gård, varifrån personen hade försvunnit. Även sådan försummelse av tillsynen över sjukhusens verksamhet som medför dödsfall eller andra motsvarande allvarliga brister i det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet kan innebära brott mot skyldigheterna enligt artikeln. I sitt avgörande i målet *Fernandes de Oliveira mot Portugal* (28.3.2017, inte slutligt) ansåg Europadomstolens fjärde avdelning att staten hade brutit mot sina positiva skyldigheter enligt artikel 2 när en person som på grund av ett självmordsförsök tre veckor tidigare hade tagits in för frivillig vård rymde från sjukhuset och begick självmord.

Enligt artikel 3 i Europakonventionen får ingen utsättas för omänsklig eller förnedrande behandling. Bestämmelsen tryggar generell tillbörliga förhållanden vid inrättningar samtidigt som den innebär ett skydd för intagna personers hälsa och integritet samt sätter gränser för fysiskt fasthållande, isolering och disciplinära straffåtgärder. I sitt avgörande i målet *Herczegfalvy mot Österrike* (24.9.1992) ansåg

Europadomstolen att det behöver fästas större uppmärksamhet vid ställningen för patienter som är intagna på slutna psykiatriska anstalter (position of inferiority and powerlessness) vid bedömningen av om Europakonventionen har iakttagits. Även om hälso- och sjukvårdspersonalen har befogenheter att i enlighet med de inom medicinen allmänt erkända principerna besluta om användningen av behandlingsmetoder, och vid behov tvångsmedel, för att skydda det fysiska och psykiska hälsotillståndet hos patienter som är fullständigt oförmögna att fatta beslut själva och som personalen således ansvarar för, omfattas dessa patienter emellertid av skyddet enligt artikel 3. Undantag från kraven i artikeln tillåts inte (punkt 82).

Enligt artikel 5 i Europakonventionen har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas sin frihet, utom i de fall som särskilt nämns i artikeln. Även då ska frihetsberövandet ske i den ordning som lagen föreskriver. Artikeln innehåller också detaljerade bestämmelser om godtagbara grunder för frihetsberövande. Enligt artikeln kan en person berövas friheten med stöd av lag till exempel för att förhindra spridning av en smittosam sjukdom eller därför att han eller hon är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

Enligt Europakonventionen ska var och en som arresteras underrättas om skälen för åtgärden utan dröjsmål och på ett språk som han eller hon förstår. Var och en som berövas friheten, genom arrestering eller på annat sätt, ska ha rätt att yrka på att en domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar att frige honom eller henne, om frihetsberövandet inte är lagligt. Artikel 5.5 i Europakonventionen förpliktar konventionsstaterna att betala skadestånd till en person som i strid med artikeln har arresterats eller på annat sätt berövats friheten.

Enligt Europadomstolens rättspraxis förutsätter lagligheten hos det berövande av friheten som avses i artikel 5.1 i Europakonventionen bland annat att friheten inte får berövas godtyckligt (exempelvis *Winterwerp mot Nederländerna*, 24.10.1979, punkt 45, och *Wassink mot Nederländerna*, 27.9.1990, punkt 24). Europadomstolen har inte i sin rättspraxis formulerat någon allmän definition för hurdana myndighetsförfaranden som ska betraktas som

godtyckliga när artikel 5.1 i Europakonventionen tillämpas. Enligt domstolen varierar innehållet i begreppet godtycke i någon mån beroende på hurdant frihetsberövande det är fråga om (exempelvis *Saadi mot Förenade kungariket*, (stora avdelningen) 29.1.2008, punkt 68).

Europadomstolen har ansett att förbudet mot godtyckligt berövande av friheten förutsätter bland annat att bestämmelsen om frihetsberövande och verkställigheten av den är förenliga med syftet med varje aktuellt frihetsberövande enligt artikel 5.1 i Europakonventionen (till exempel *Winterwerp*, punkt 39). Skälet för frihetsberövandet samt platsen och omständigheterna för frihetsberövandet ska dessutom stå i ett tillbörligt förhållande till varandra. Frihetsberövande har ansetts vara godtyckligt i situationer när myndighetens agerande, om än i sig förenligt med nationell lag, har varit förenat med ett vilseledande syfte eller i övrigt svikliga avsikter (till exempel *Saadi*, punkt 69 med hänvisningar till rättsfall).

Enligt Europadomstolens rättspraxis ska frihetsberövande inte betraktas som lagligt på det sätt som avses i artikel 5.1 enbart på den grunden att en nationell lag och förfaranden enligt den har följts. Också de nationella lagarna ska vara förenliga med kraven i Europakonventionen samt de allmänna principer, i synnerhet legalitetsprincipen, som konventionen uttrycker. De nationella lagarna ska garantera att tillräckliga rättsmedel står till förfogande och att beslutsförfarandet är sakligt och rättvist (till exempel *Winterwerp*, punkt 45).

Enligt Europadomstolen är frihetsberövande en så allvarlig åtgärd att det kan vara berättigat endast när lindrigare åtgärder har övervägts och konstaterats vara otillräckliga för att trygga de enskilda och allmänna intressen som kräver att personen berövas friheten (till exempel *Stanev mot Bulgarien*, 17.1.2012, punkt 143). Dessutom ska frihetsberövandet vara en nödvändig åtgärd i situationen. Vid bedömningen av om lindrigare åtgärder är tillräckliga och lämpliga samt om frihetsberövandet är nödvändigt ska avseende fästas vid det allmänna eller enskilda intresse utifrån från vilket den frihetsberövande åtgärden vidtas (till exempel *Sykora mot Tjeckien* 22.2.2013, punkt 62 och framåt).

När frihetsberövandet baserar sig på att personens egen hälsa eller säkerhet äventyras bör skälen tolkas speciellt restriktivt med hänsyn

till att det handlar om utsatta människogrupper (till exempel *Pleso mot Ungern* 2.1.2013, punkt 65). Om berövandet av friheten inrymmer möjlighet att använda begränsningsåtgärder, talar också det för en speciellt försiktig tolkning. En sjukdom får behandlas oberoende av personens vilja bara med stöd av en nationell lag som uppfyller villkoren enligt artikel 5. Europadomstolen har i sin avgörandepraxis särskilt uppmärksammat personens förmåga att bedöma sitt tillstånd och sin förmåga att fatta beslut om att uppsöka vård (*Pleso*, punkterna 67 och 68).

Artikel 5 i Europakonventionen har skrivits på ett uttömmande sätt. I fallet *Quinn mot Frankrike* (22.3.1995) upprepar Europadomstolen sin vedertagna ståndpunkt enligt vilken förteckningen i artikel 5 är uttömmande och att skälen i förteckningen därför ska ges en snäv tolkning. Enligt Europadomstolens avgörande i fallet *Winterwerp* (punkt 37) är begreppet "svag psykisk hälsa" föränderligt och beroende av hur psykiatrin och attityderna i samhället utvecklas.

Europadomstolen har i sin avgörandepraxis konstaterat att de stater som förbundit sig vid konventionen i princip har en vidsträckt nationell prövning marginal i svåra frågor i stil med bedömning av psykisk förmåga. Prövning marginalens räckvidd beror dock på beslutsförfarandets art (*B. mot Rumänien (nr 2)*, 19.2.2013, punkt 89 och *Sýkora*, punkt 102). När det handlar om personlig frihet begränsas den nationella prövning marginalen också av att det är fråga om en rätt som ingår i kärnan i Europakonventionen (*Pleso*, punkt 66).

Europadomstolen har i sin rättspraxis slagit fast tre minimivillkor som utifrån artikel 5.1 e i Europakonventionen ska uppfyllas när en person med svag psykisk hälsa berövas friheten. För det första ska den störning av den psykiska hälsan som ligger till grund för frihetsberövandet fastställas av en behörig myndighet på basis av objektiv medicinsk expertis. Undantag från detta krav kan göras endast i brådskande fall. För det andra ska störningen i den psykiska hälsan vara av sådan art att den rättfärdigar att personen får vård oberoende av sin vilja. För det tredje förutsätts det för fortsatt frihetsberövande att den störning av den psykiska hälsan som ligger till grund för åtgärden fortfarande finns (till exempel *Winterwerp*, punkt 39,

Johnson mot Förenade kungariket 24.10.1997, punkt 60, och *Stanev*, punkt 145). Det är myndigheternas sak att påvisa att villkoren är uppfyllda (*Hutchison Reid mot Förenade kungariket* 20.2.2003, punkt 71).

Enligt Europadomstolen har de nationella myndigheterna en viss prövning marginal när de bedömer den medicinska utredning som ligger till grund för ett beslut om huruvida personen ska berövas sin frihet på grundval av svag psykisk hälsa. Det är i första hand de nationella myndigheterna som ska bedöma det bevis som lagts fram i varje enskilt fall. Europadomstolen ska i sin tur bedöma de nationella myndigheternas beslut utifrån Europakonventionen (till exempel *Winterwerp*, punkt 40, *Luberti mot Italien*, 23.2.1984, punkt 27, och *Witek mot Polen*, 21.12.2010, punkt 39).

Genom medicinska expertutlåtanden ska det utredas hurdana åtgärder personen inte förmår förstå och hurdana angelägenheter han eller hon inte förmår besluta om liksom hurdana konsekvenser detta har för hans eller hennes sociala liv, hälsa och ekonomiska intressen (*Sýkora*, punkt 103, *Shtukaturov mot Ryssland* 27.6.2008, punkterna 93 och 94).

I brådskande fall kan man enligt Europadomstolens rättspraxis frånga kravet på en tillförlitlig medicinsk utredning till den del det är fråga om en reell akut situation där en utredning inte kan inhämtas eller när en utredning ännu inte blivit klar.

Av de skäl som nämns i artikel 5.1 i Europakonventionen kan i akuta situationer och jour-situationer en tillåten grund för berövande av friheten i de situationer som omfattas av tillämpningsområdet för den föreslagna lagen om självbestämmanderätt vara förutom psykisk sjukdom även alkoholism och drogmissbruk. Europadomstolen har i sin avgörandepraxis preciserat vad som avses med alkoholism enligt artikel 5. För att det ska vara tillåtet att en person berövas friheten på grund av alkoholism behöver personen inte nödvändigtvis ha fått sjukdomsdiagnosen alkoholism, utan termen avser även situationer där en berusad person berövas friheten.

Europadomstolen har i sin rättspraxis ansett att artikel 5.4 i Europakonventionen förutsätter att den som berövats friheten har tillgång till ett sådant rättsmedel som möjliggör prövning av

lagligheten hos grunderna för frihetsberövandet i ljuset av förutsättningarna enligt artikel 5.1. I bakgrunden till artikel 5.1 finns syftet att tillhandahålla garantier mot godtycke. Det faktum att den frihetsberövande åtgärden är föremål för självständig domstolstillsyn har enligt Europadomstolen en betydelse av grundläggande karaktär (till exempel *Stanev*, punkt 170).

Europadomstolen har i sin rättspraxis i fråga om artikel 5.4 fastställt vissa centrala principer som gäller personer som berövats friheten med anledning av sin psykiska hälsa. Europadomstolen har bland annat ansett att det är av väsentlig vikt att personen har tillträde till domstol och möjlighet att där bli hörd antingen själv eller via en representant (till exempel *Stanev*, punkt 171).

Europadomstolen har dessutom ansett att den som tagits in för vård oberoende av sin vilja för en odefinierad eller lång tid har rätt att med skäliga intervaller få lagligheten av frihetsberövandet prövad av domstol (till exempel *Musial mot Polen* 25.3.1999, punkt 43, och *Stanev*, punkt 171). I den sistnämnda domen i målet *Stanev mot Bulgarien* preciserade Europadomstolen kravet genom att konstatera att personen har denna rätt åtminstone när det inte finns något system där förutsättningarna för vård på ett automatiskt sätt regelbundet prövas av domstolen (punkt 171).

Enligt Europadomstolen bör även tiden mellan de nationella domstolarnas beslut vara skälig (till exempel *Herczegfalvy mot Österrike*, 24.9.1992, punkt 75). *Herczegfalvy mot Österrike* gällde en situation där den nationella domstolen hade fattat beslut om förlängning av vården med 15 månaders, två års och nio månaders intervaller. Enligt Europadomstolen kunde det inte anses att de två första besluten hade fattats med en skälig intervall (punkt 77). Däremot ansåg domstolen inte att den skäliga tiden överskridits i det sistnämnda beslutet. I avgörandet i målet *Liuzia mot Litauen*, 31.7.2012, ansåg Europadomstolen däremot (punkterna 59—61) att artikel 5 i Europakonventionen inte hade kränkts i en situation där den nationella domstolen hade beslutat om fortsatt vård med ungefär ett halvt års mellanrum.

Europadomstolens avgörande i målet *X mot Finland* (3.7.2012) gällde en person som åtalats för ett brott, men som på grund av sitt sinnessillstånd inte dömts till straff, som därefter tagits in för vård oberoende av sin vilja genom ett beslut av Institutet för hälsa och välfärd. Vården oberoende av personens vilja hade fortsatt efter den ursprungliga vårdperioden på sex månader. Europadomstolen konstaterade i sitt avgörande att förfarandet för fortsatt vård oberoende av patientens vilja enligt finsk lagstiftning inte innefattade en tillräcklig skyddsmekanism mot godtycke, eftersom patienten inte hade möjlighet att få en andra, oberoende åsikt eller bedömning av vårdbehovet innan beslutet om fortsatt vård oberoende av patientens vilja fattades. Enligt Europadomstolens uppfattning gav lagstiftningen inte heller patienten någon möjlighet att under vårdperioden föra förutsättningarna för vården oberoende av patientens vilja för bedömning av någon instans utanför sjukhuset. På dessa grunder konstaterade Europadomstolen att Finlands nationella lagstiftning till denna del inte uppfyllde kraven i artikel 5.1 e i Europakonventionen.

Mentalvårdslagen ändrades med anledning av Europadomstolens avgörande genom en lag om ändring av mentalvårdslagen (438/2014) som trädde i kraft den 1 augusti 2014. Till lagen fogades en ny 12 a § med en bestämmelse om att en patient som tagits in för vård oberoende av sin vilja ska ha rätt att på begäran få en bedömning och ett utlåtande om behovet av vård av en utomstående och oberoende läkare. Sjukhuset ska informera patienten om hans eller hennes möjlighet att få en bedömning av en utomstående läkare. Den utomstående läkaren ska stå i tjänsteförhållande och vara specialist i psykiatri eller legitimerad läkare som är insatt i psykiatri. Enligt den nya 12 b § har patienten emellertid rätt att vägra delta i den utomstående bedömningen. Enligt bestämmelsen ska vägran och de skäl som patienten eventuellt uppger antecknas i journalhandlingarna och en utredning över detta ska tillsammans med underställningshandlingarna sändas till förvaltningsdomstolen. Till lagen fogades även en ny 12 c §, enligt vilken patienten även ska ges möjlighet att begära en bedömning om behovet av vård oberoende av patientens vilja av en läkare som patienten själv valt innan beslut om fortsatt

vård fattas. Patienten svarar själv för kostnaderna för den bedömning som patienten själv ordnar. Enligt den nya 12 d § ska den som tagits in för vård ha möjlighet att få förutsättningarna för fortsatt vård bedömda under den tid vården pågår, även innan maximitiden gått ut. En bedömning behöver inte göras om det har gått en kort tid från patientens senaste begäran och det är uppenbart att det inte har skett någon förändring i patientens tillstånd. Skälet till att ingen bedömning görs ska skrivas in i journalhandlingarna.

Artikel 6.1 i Europakonventionen innehåller en bestämmelse om rätten till en rättvis rättegång. Enligt bestämmelsen ska var och en vara berättigad till en rättvis och offentlig rättegång inom skäligen tid och inför en oavhängig och opartisk domstol, som upprättats enligt lag, bland annat när det gäller att pröva hans eller hennes rättigheter och skyldigheter.

Enligt artikel 8 i Europakonventionen har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Offentlig myndighet får inte inskränka åtnjutande av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller till skydd för andra personers fri- och rättigheter. Enligt Europadomstolen är privatlivet ett vidsträckt uttryck som inte kan definieras på ett uttömmande sätt. Privatlivet omfattar personens fysiska och psykiska integritet samt omständigheter relaterade till personens fysiska och sociala identitet (bland annat Niemietz mot Tyskland, 16.11.1992, X och Y mot Nederländerna, 26.3.1985).

Även om artikeln skyddar individens frihet framför allt mot ingripande från myndigheterna har Europadomstolen ansett att artikeln förutsätter att staten vidtar aktiva åtgärder i syfte att skydda de i artikeln avsedda rättigheterna mot ingripande även från privat håll.

Artikel 13 i Europakonventionen innehåller en bestämmelse om rätten till ett effektivt rättsmedel. I artikeln fastställs att var och en, vars i denna konvention angivna fri- och rättigheter kränkts, ska ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet och detta även

om kränkningen förövats av en person som har handlat i egenskap av offentlig myndighet.

2.4.2 Europarådets konvention mot tortyr

Den europeiska konventionen om förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (FördrS 16 och 17/1991) trädde i kraft 1991 i Finland. Genom konventionen upprättades en europeisk kommitté till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment*, nedan CPT), vars syfte är att skydda personer som berövats sin frihet mot omänsklig eller förnedrande behandling. I detta syfte utför CPT inspektionsbesök i sådana inrättningar och på sådana platser i konventionsstaterna där personer som berövats sin frihet är placerade.

En delegation från CPT gjorde sitt femte inspektionsbesök i Finland i september 2014. Under sitt periodiska besök inspekterade CPT:s delegation sju polisnrättningar, en tillnyktringsstation för berusade, två förvarsenheter för utlänningar, gränsbevakningsväsendets förvarslokaler på Helsingfors-Vanda flygplats, fyra fängelser samt Niuvanniemi psykiatriska sjukhus. Därtill ordnades ett tjänstemannamöte med CPT.

På basis av sitt inspektionsbesök gav CPT en redogörelse till Finlands regering 2015. CPT var tillfreds med att användningen av begränsningsåtgärder/isolering hade minskat avsevärt i Finland de senaste åren. CPT uppmanade de finländska myndigheterna att fortsätta arbetet på denna front. Arbetet kunde underlättas genom lagstiftningsåtgärder, t.ex. genom att närmare föreskriva om omständigheterna under vilka begränsningsåtgärder av en viss typ kan tillgripas och genom att fastställa maximitider för dessa åtgärder. CPT rekommenderade att användningen av begränsande kläder ska upphöra på medellång sikt och att man aktivt ska sträva efter att så småningom ersätta dem med andra, mindre förnedrande metoder. I väntan på detta bör det utfärdas detaljerade bestämmelser och anvisningar om användningen av begränsande kläder i syfte att säkerställa att dessa används under en så kort tid som möjligt

i exceptionella situationer och på basis av en individuell riskbedömning, och inte som en rutinmässig metod i samband med isolering. På ett mera allmänt plan rekommenderade CPT att gällande lagstiftning ska ändras så att det föreskrivs om en maximitid för användningen av alla typer av mekaniska begränsningsåtgärder (bl.a. bälten och begränsande kläder) – t.ex. två timmar åt gången – och att det för varje förlängning av denna tid ska krävas ett nytt separat beslut av en läkare.

Även om CPT var tillfreds med de ändringar som gjorts i mentalvårdslagen med anledning av Europadomstolens dom i målet *X mot Finland*, rekommenderade CPT emellertid att mentalvårdslagen ännu bör ändras så att ett psykiatriskt expertutlåtande (oberoende i förhållande till det sjukhus där patienten är intagen) skulle vara obligatoriskt i samband med intagning av en patient för vård på sjukhus oberoende av patientens vilja och vid förnyad prövning av denna vård. Enligt CPT:s uppfattning behövs detta nya rättsmedel, eftersom personer som mot sin vilja tagits in på ett psykiatriskt sjukhus inte alltid är i stånd att bedöma om en andra åsikt behöver begäras eller inte. Detta är också ett lämpligare svar på de anledningar till oro som Europadomstolen uttryckte i fallet *X mot Finland*.

CPT uttryckte stor oro över den uppenbara, bestående ineffektivitet med vilken domstolarna har behandlat fall som gäller intagning på sjukhus oberoende av patientens vilja. Förvaltningsdomstolarnas beslut dröjde vanligtvis flera månader, muntliga hörande av patienterna utgjorde mycket sällsynta undantag och domarna besökte så gott som aldrig sjukhusen för att träffa patienterna. Dessutom berättades det för delegationen att domstolarna så gott som alltid understödde läkarnas förslag om fortsatt sjukhusvård oberoende av patientens vilja. Detta får domstolarna att te sig som ”nicke-dockor”, vilket ger ännu större anledning till oro av den anledningen att andelen vårdperioder på sjukhus oberoende av patientens vilja är relativt stor i Finland och att dessa vårdperioder i genomsnitt varar länge (3–4 månader). CPT vädjade till de finländska myndigheterna för att de ska vidta effektiva åtgärder i syfte att säkerställa att domstolsbehandlingen i samband med sjukhusvård oberoende av patientens

vilja alltid är ändamålsenlig och snabb. Dessutom bör det vidtas åtgärder i syfte att säkerställa att psykiatriska patienter har en faktisk rätt att personligen bli hörda av domaren när det är fråga om ett förfarande för beslut om sjukhusvård oberoende av patientens vilja.

CPT konstaterade att trots de rekommendationer som kommittén upprepade gånger framfört åtminstone sedan besöket 1998, uppfattas intagning av en psykiatrisk patient på sjukhus oberoende av patientens vilja fortfarande automatiskt ge tillstånd till den planerade vården utan patientens samtycke. I praktiken strävar läkarna efter att få patienternas muntliga samtycke till den planerade vården, men då finns det inget skriftligt bevis över att ett sådant informerat samtycke har lämnats. Om patienten inte samtyckte till vården eller senare återkallade sitt samtycke till den planerade vården, ledde detta inte till en bedömning av en utomstående, oberoende psykiater om huruvida den planerade vården kunde ges mot patientens vilja. Dessutom kunde patienterna fortfarande inte anföra besvär över dylika beslut hos en domstol. Enligt CPT är det beaktansvärt att Europadomstolen i sitt avgörande i ovan nämnda fall *X mot Finland* bland annat konstaterade att den klagandes situation förvärrades av det faktum att beslutet om intagande av den psykiatriska patienten på sjukhus oberoende av hans eller hennes vilja automatiskt innefattade ett tillstånd att vårda patienten även mot hans eller hennes vilja, utan någon omedelbar besvärsmöjlighet. Med hänsyn till detta uppmanade CPT de finländska myndigheterna att utan dröjsmål införa ett förfarande för att patienter eller, om patienterna är omyndiga, deras lagliga företrädare ska kunna lämna ett fritt och informerat samtycke till den planerade vården (innan vården inleds), till exempel genom att underteckna en särskild blankett med information om den föreslagna vården. När det gäller elektrokonvulsiv behandling (ECT) lade CPT märke till att det gjordes en anteckning om den elektrokonvulsiva behandlingen av hjärnan i patientens journalhandlingar, men att det inte hade skapats något särskilt register för ändamålet och att skriftligt samtycke av patienterna inte begärdes före behandlingen. CPT upprepade sin tidigare rekommendation om att ett sådant särskilt register borde inrättas vid alla psy-

kiatriska vårdinrättningar i Finland som använder sig av elektrokonvulsiv behandling av hjärnan, och att det av patienten ska inhämtas ett skriftligt informerat samtycke före behandlingen.

Enligt CPT bör lagstiftningen på området ändras så att en utomstående psykiaters åsikt krävs i alla fall där patienten inte är av samma åsikt om den planerade vård som vårdinrättningens läkare föreslår. Vidare behöver patienterna kunna anföra besvär över ett beslut om tvångsvård hos en utomstående, oberoende myndighet.

CPT upprepade också sin rekommendation om att åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att psykiatriska patienter som tagits in för vård oberoende av sin vilja har en fungerande rätt till rättslig hjälp (oberoende i förhållande till sjukhuset). Dessutom rekommenderade CPT att de finländska myndigheterna aktivt ska fortsätta sitt arbete med att minska institutionsvården.

2.4.3 Europeiska sociala stadgan

Den europeiska sociala stadgan (FördrS 43 och 44/1991) som ingicks 1961, reviderades genom den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78-80/2002) som ingicks 1996.

Den reviderade stadgan ska trygga och främja de sociala rättigheterna i Europa. Alla som omfattas av medlemsstatens jurisdiktion ska utan diskriminering garanteras dessa rättigheter. De rättigheter som tryggas i stadgan gäller bland annat boende, hälsa, utbildning, arbete, fri rörlighet för personer samt skydd av barn, åldringar, personer med funktionsnedsättning och familjer. Tilläggsprotokollet till den europeiska sociala stadgan angående ett kollektivt klagomålsförfarande (FördrS 75 och 76/1998) gör det möjligt att anföra klagomål om tillämpningen av bestämmelserna i den sociala stadgan. Denna rätt tillerkänns internationella arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer som uppfyller vissa villkor samt internationella icke-statliga organisationer. Finland har som enda land även erkänt rätten enligt artikel 2 i tilläggsprotokollet för nationella icke-statliga organisationer att anföra kollektiva klagomål mot landet.

2.4.4 Biomedicinkonventionen

Europarådets konvention angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin (FördrS 23 och 24/2010, *biomedicinkonventionen*) trädde i kraft i Finland den 1 mars 2010.

Syftet med biomedicinkonventionen är att skydda alla människors värde och utan diskriminering garantera respekt för allas integritet och andra rättigheter och grundläggande friheter med avseende på tillämpningen av biologi och medicin. I konventionen betonas individens självbestämmanderätt. Av den allmänna regeln i artikel 5 framgår principen om informerat samtycke som en förutsättning för alla medicinska ingrepp. Ett ingrepp inom hälso- och sjukvårdens område får företas endast efter det att den berörda personen har givit fritt och informerat samtycke därtill. Det är meningen att begreppet ingrepp inom hälso- och sjukvårdens område ska förstås i vid bemärkelse så att det inrymmer alla medicinska åtgärder. Sådana åtgärder är till exempel förebyggande åtgärder, diagnostisering av sjukdomar, vård och behandling, rehabilitering samt åtgärder i samband med undersökning. Enligt artikel 5.2 ska personen i förväg erhålla erforderlig information om syftet med ingreppet och dess karaktär samt om vilka konsekvenser och risker ingreppet innebär. Enligt artikel 5.3 står det personen fritt att när som helst återkalla sitt samtycke.

Bestämmelser om skydd för personer som inte kan ge sitt samtycke finns i artikel 6. Om en person saknar förmåga att lämna samtycke är huvudregeln den att ett ingrepp får företas endast om det är till stor nytta för honom eller henne. I de fall då en vuxen enligt lag saknar förmåga till samtycke till ingreppet på grund av psykiskt handikapp, sjukdom eller liknande orsak får ingreppet företas endast med bemyndigande av hans eller hennes företrädare eller av en myndighet eller en person eller en instans som lagen föreskriver. Den berörda personen ska så långt möjligt delta i samtyckesförfarandet. I de fall då en underårig enligt lag saknar förmåga att ge sitt samtycke till ingreppet, får detta endast företas med bemyndigande av hans eller hennes företrädare eller av en myn-

dighet eller en person eller en instans som lagen föreskriver. Den underåriges uppfattning ska ges större tyngd i takt med den underåriges stigande ålder och mognadsgrad. Enligt artikel 6.4 ska en företrädare, myndighet, person eller instans som nämns i artikeln på samma villkor erhålla den information som avses i artikel 5.2 och 5.3. Enligt artikel 6.5 ska det samtyckesförfarande som avses i punkterna 2 och 3 få återkallas när som helst för att tillvarata den ifrågavarande personens bästa.

I artikel 9 finns en bestämmelse om tidigare uttryckta önskemål. Enligt den ska hänsyn tas till tidigare uttryckta önskemål om medicinska ingrepp, om patienten vid tiden för ingreppet inte är i stånd att uttrycka sina önskemål. Enligt artikel 8, som gäller nödsituationer, får ett nödvändigt medicinskt motiverat ingrepp omedelbart företas när detta är till nytta för ifrågavarande persons hälsa, också när vederbörligt samtycke inte kan inhämtas på grund av nödsituation.

Syftet med dessa artiklar i biomedicinkonventionen är att skydda personer som inte kan ge sitt samtycke. Det bör noteras att avgörandet av om en person förmår ge sitt samtycke har överlåtit att bestämmas utifrån varje stats nationella lagstiftning.

För närvarande förs det förhandlingar i Europarådets bioetikkommitté om ett nytt tilläggsprotokoll till konventionen som gäller skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet i samband med tvångsplacering och tvångsvård av myndiga personer som lider av psykiska störningar.

2.4.5 *Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter*

Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter Nils Muižnieks besökte Finland 2012. Under besöket träffade han republikens president och företrädare för ministerier, laglighetsövervakare och det civila samhället. Han besökte också Länsi-Helsingin lähimmäispalvelu Leevi ry:s äldreboende. På basis av besöket lämnade Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter en rapport med rekommendationer till Finland om hur de mänskliga rättigheterna kan främjas. Enligt kommissionären är det viktigt att Finlands lagstiftning om

självbestämmanderätten, vården oberoende av patientens vilja och de begränsningsåtgärder som används inom vården revideras grundligt. Genom lagändringarna ska personer med utvecklingsstörning och personer som lider av psykosociala störningar ges en möjlighet att de facto använda sig av sin rättshandlingsförmåga. Utgångspunkten ska i enlighet med artikel 12 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning utgöras av användande av rättshandlingsförmågan och erbjudande av assisterat beslutsfattande till dem som behöver hjälp med att fatta beslut eller att berätta om besluten för andra. Kommissionären tog fasta på att man så långt det är möjligt även måste värna om äldre personers självbestämmanderätt och sociala delaktighet.

2.4.6 *Europeiska unionen*

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna ingår de medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter som unionsmedborgarna och alla som är bosatta inom EU har. Stadgan om de grundläggande rättigheterna skyddar bland annat människans värdighet (artikel 1), rätten till liv (artikel 2), rätten till fysisk och mental integritet (artikel 3) samt rätten till frihet och säkerhet (artikel 6) och förbjuder tortyr och omänsklig eller förnedrande bestraffning och behandling (artikel 4).

Bestämmelserna i stadgan är bindande för EU:s institutioner, organ och byråer samt för medlemsstaterna när dessa tillämpar unionsrätten.

2.4.7 *Förenta nationerna*

Av betydelse både i samband med lagberedningen och i myndigheter och domstolar är den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976) och det fakultativa protokollet som gör det möjligt att framföra individuella klagomål (FördrS 16 och 17/2014), samt den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och dess fakultativa protokoll om ett klagomålsförfarande (FördrS 7 och 8/1976), vilka upprättats inom FN. Artikel 12 i

den förstnämnda konventionen gäller rätten för envar att såväl i fysiskt som i psykiskt hänseende åtnjuta den bästa möjliga hälsa.

Enligt artikel 6 i den senare konventionen har varje människa en inneboende rätt till livet. Enligt artikel 7 får ingen utsättas för grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. I artikel 9 fastställs bland annat rätten till frihet och personlig säkerhet. Enligt artikel 10 ska alla personer, som är berövade sin frihet, behandlas humant och med aktning för människans inneboende värde. I artikel 12 betonas att var och en som lagligen befinner sig inom en stats territorium har rätt att röra sig fritt där och att fritt välja bosättningsort. Enligt artikel 17 får ingen utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens.

2.4.8 Konventionen mot tortyr

FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (FördrS 59 och 60/1989) trädde för Finlands del i kraft 1989. Med begreppet tortyr avses enligt artikel 1 i konventionen varje handling genom vilken stark smärta eller strakt lidande, fysiskt eller psykiskt, uppsätligt tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna. Enligt artikel 2 ska varje konventionsstat vidta effektiva legislativa, administrativa, rättsliga eller andra åtgärder för att förhindra tortyrhandlingar inom varje territorium under dess jurisdiktion. Konventionen förpliktar staten att med alla medel förhindra tortyr inom sitt territorium. Enligt artikel 4 ska varje konventionsstat säkerställa att alla tortyrhandlingar utgör brott enligt dess strafflag. Enligt artikel 12 ska varje konventionsstat säkerställa att dess behöriga myndigheter företar en omedelbar

och opartisk undersökning, då skäligen orsak finns att misstänka att en tortyrhandling begåtts inom något territorium under dess jurisdiktion. Enligt artikel 13 ska varje konventionsstat säkerställa att varje enskild person som påstår att han blivit utsatt för tortyr inom något territorium under dess jurisdiktion har rätt att klaga hos samt få sitt fall omedelbart och opartiskt utrett av statens behöriga myndigheter. Åtgärder ska vidtas för att säkerställa att den klagande och vittnen skyddas mot alla former av övergrepp eller hotelser som en följd av klagan eller avgivna vittnesmål. Enligt artikel 16 ska varje konventionsstat åta sig att inom varje territorium under dess jurisdiktion förhindra andra handlingar som innebar grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning men som inte kan betecknas som tortyr enligt definitionen i artikel 1, när dessa handlingar begås av eller sker på uppmaning eller med samtycke eller medgivande av en tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna. Bestämmelserna i konventionen har tolkats så att de även är tillämpliga på osakligt bemötande inom hälso- och sjukvården.

FN:s kommitté mot tortyr, som övervakar genomförandet av konventionen, gav 2011 sina slutsatser om Finlands femte och sjätte periodiska rapporter. Kommittén rekommenderade att konventionsstaten ska ändra mentalvårdslagen och stifta tydlig och exakt lagstiftning för att upphäva bestämmelserna om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och om intagande för sådan vård samt stifta tydliga och exakta bestämmelser om rättsliga grundgarantier, såsom förutsättande av utlåtande av en oberoende psykiater som en del av förfarandet för intagande för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och omprövning av beslutet om vården. Denna lagstiftning bör också trygga möjligheten att föra ett beslut om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja till en ändamålsenlig och snabb domstolsbehandling, samt en möjlighet att söka ändring. Konventionsstaten ska säkerställa att all mentalvård och alla mentalvårdstjänster för frihetsberövade, såsom fångar, patienter på psykiatriska vårdinrättningar och boende i socialvårdsinrättningar baserar sig på de berörda personernas fria och informerade samtycke. Konventionsstaten ska säkerställa att elektrokonvulsiv behandling av

frihetsberövade baserar sig på de berörda personernas fria och informerade samtycke.

Dessutom rekommenderade kommittén att konventionsstaten inrättar ett oberoende organ för att övervaka sjukhus och utrymmen där personer som berövats sin frihet är placerade, samt för att ta emot klagomål.

Finland lämnade sin sjunde periodiska rapport om verkställandet av konventionen till FN:s generalsekreterare i juni 2015. Kommittén mot tortyr behandlade Finlands rapport vid sitt 59:e möte i november 2016 och publicerade sina slutsatser om rapporten i december 2016.

I sina slutsatser noterade kommittén de ändringar som gjorts i mentalvårdslagen, men är samtidigt oroad över att personer med mentala och psykosociala funktionshinder inte alltid är medvetna om sin möjlighet att få tillgång till rättsmedel, inbegripet att i förvaltningsdomstol bestrida ofrivillig intagning på sjukhus och behandling, om inte ett rättsligt ombud, en familjemedlem eller annan närstående person är involverad i deras vård. Kommittén rekommenderar att Finland ändrar mentalvårdslagen och antar tydlig och specifik lagstiftning som tryggar effektiva rättssäkerhetsgarantier, bl.a. tillhandahållande av rättsliga ombud. Dessutom bör konventionsstaten stärka rättigheten till självbestämmande för personer med mentala och psykosociala funktionshinder, så att intagning på psykiatriska sjukhus och samhällsliga institutioner baseras på fritt och informerat samtycke och att de åtnjuter rätt till effektivt överklagande och genom rättslig prövning kan bestrida ofrivillig intagning på sjukhus och behandling.

Det fakultativa protokollet till konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (FördrS 92 och 93/2014) om nationella och internationella förebyggande mekanismer trädde i kraft 2014 i Finland. I det fakultativa protokollet betonas vikten av förebyggande åtgärder och åläggs konventionsstaterna skyldighet att både rapportera om åtgärderna och vidta förebyggande åtgärder. Genom det fakultativa protokollet skapades en ny förebyggande mekanism som består av FN:s underkommitté mot tortyr och ett nationellt förebyggande organ som utses eller inrättas i konventionsstaterna. I Finland är det riksdagens justitieombudsman

som har utsetts till ett i det fakultativa protokollet avsett förebyggande organ som ska förebygga tortyr. Både de nationella förebyggande mekanismerna och underkommittén mot tortyr har rätt att besöka alla platser inom konventionsstatens jurisdiktion där personer som berövats sin frihet är eller kan vara placerade.

2.4.9 Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och det fakultativa protokollet till konventionen (FördrS 26 och 27/2016) trädde för Finlands del i kraft den 10 juni 2016. Specialomsorgslagens bestämmelser om specialomsorger oberoende av personens vilja, användningen av begränsningsåtgärder samt om stärkande av förutsättningarna att klara sig på egen hand och av självbestämmanderätten reviderades på grund av ratificeringen av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Ändringarna trädde i kraft den 20 maj 2016.

Det införs inga nya mänskliga rättigheter genom konventionen, men avsikten är att specificera verkställighetsåtgärder för redan existerande rättigheter med beaktande av förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning. Den centrala tankegången i konventionen är att förbjuda diskriminering och garantera jämlikhet på alla livsområden. Konventionsstaterna förbinder sig att utveckla och genomföra förfaranden, lagstiftning och administrativa åtgärder för att förverkliga rättigheterna på ett jämlikt sätt samt avskaffa lagar, bestämmelser och sedvänjor som är diskriminerande. Konventionens fakultativa protokoll innebär att personer med funktionsnedsättning kan göra individuella framställningar om eventuella brott mot konventionen till kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning som övervakar konventionen efter det att de nationella rättsmedlen har uttömts. Kommittén tar också emot regelbundna rapporter från regeringarna om hur konventionen genomförs och ger rekommendationer om tillräckliga verkställighetsåtgärder.

Personer med funktionsnedsättning innefattar enligt artikel 1 bland annat personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller

sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Som allmänna principer betraktas bland annat respekt för inneboende värde, individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val, samt enskilda personers oberoende, ickediskriminering, fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället samt lika möjligheter. De övriga artiklarna i konventionen ska tolkas utifrån dessa allmänna principer och allmänna åtaganden.

I artikel 10 betonas varje människas inneboende rätt till livet. I artikel 12 fastställs att personer med funktionsnedsättning är lika inför lagen. Personer med funktionsnedsättning har enligt artikeln rätt att i alla sammanhang bli erkända som personer i lagens mening och åtnjuta rättskapacitet på lika villkor som andra i alla hänseenden. Konventionsstaterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att erbjuda personer med funktionsnedsättning tillgång till det stöd de kan behöva för att utöva sin rättskapacitet.

Enligt artikel 14 ska konventionsstaterna säkerställa att personer med funktionsnedsättning åtnjuter rätten till frihet och personlig säkerhet på lika villkor som andra och inte olagligen eller godtyckligt berövas sin frihet. Varje frihetsberövande ska ske i enlighet med lagen, och förekomsten av funktionsnedsättning rättfärdigar inte frihetsberövande i något fall. Personer med funktionsnedsättning åtnjuter rätt till frihet och personlig säkerhet på lika villkor som andra. Enligt artikel 15 får ingen utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Artikel 16 förutsätter att konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder, sociala åtgärder, utbildningsåtgärder och andra åtgärder för att skydda personer med funktionsnedsättning, såväl inom som utom hemmet, mot alla former av utnyttjande, våld och övergrepp, däribland hänsyn till om det är könsrelaterat. Enligt artikel 17 har alla personer med funktionsnedsättning rätt till respekt för sin fysiska och psykiska integritet på lika villkor som andra.

I artikel 18 framhävs rätten för personer med funktionsnedsättning till fri rörlighet, frihet att välja bostadsort och till ett medborgarskap

på lika villkor som andra. I artikel 19 fastställs rätten för personer med funktionsnedsättning att leva självständigt och att delta i samhället. Enligt artikeln har personer med funktionsnedsättning bland annat möjlighet att välja sin bostadsort och var och med vem de vill leva på lika villkor som andra och är inte tvungna att bo i särskilda boendeformer. Artikel 20 förutsätter att det säkerställs att personer med funktionsnedsättning har personlig rörlighet med största möjliga oberoende. I artikel 21 betonas att personer med funktionsnedsättning har yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt tillgång till information på lika villkor som andra.

Enligt artikel 22 får ingen person med funktionsnedsättning, utan avseende på bostadsort eller boendeförhållanden, utsättas för ett godtyckligt eller olagligt ingripande i sitt privatliv, familjeliv, hem eller sin korrespondens eller annan typ av kommunikation eller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Personer med funktionsnedsättning har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden eller angrepp. I artikel 23 betonas respekten för hem och familj för personer med funktionsnedsättning.

Enligt artikel 25 erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Artikeln förutsätter bland annat att konventionsstaterna kräver att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att bland annat höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice. Artikel 26 förutsätter att det ordnas habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram för personer med funktionsnedsättning.

2.4.10 Konventionen om barnets rättigheter

FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59 och 60/1991) bidrar till att säkerställa att barn bemöts på lika villkor. Konventionen

förutsätter nämligen att barn bemöts på lika villkor. Inget barn får diskrimineras på grund av barnets eller barnets föräldrars eller vårdnadshavares eller andra familjemedlemmars egenskaper, uttryckta åsikter eller ursprung. Utifrån konventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla de åtgärder som rör barn och som vidtas av det allmänna. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för barnets välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet.

Barnets båda föräldrar har huvudansvaret för barnets uppfostran och den omvårdnad som barnet behöver. Barnets bästa ska då komma i främsta rummet. I konventionen fastställs också barnets rätt att i första hand bo med sina föräldrar och möjligheten att skilja ett barn från dess föräldrar när det är nödvändigt för barnets bästa. Dessutom ska konventionsstaterna tillförsäkra barn möjlighet att i enlighet med sin ålder och mognad uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem själva. Barn har också rätt till ett privatliv.

Barn med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Konventionsstaterna ska också säkerställa varje barns rätt till livet, överlevnad och utveckling så fullödigt som möjligt.

För att granska fullgörandet av skyldigheterna enligt konventionen har det upprättats en kommitté för barnets rättigheter. Vart femte år avger konventionsstaterna en rapport till kommittén om de åtgärder de har vidtagit för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen och de framsteg som gjorts i fråga om åtnjutandet av dessa rättigheter. Kommittén behandlar konventionsstaternas rapporter och kan på grundval av dem ge förslag och allmänna rekommendationer som lämnas till konventionsstaterna.

I sin samlade bedömning (CRC/C/FIN/CO/4) med anledning av Finlands fjärde periodiska rapport uppmanade kommittén för barnets rättigheter Finland att effektivisera sina strävanden att säkerställa att principen om barnets bästa på tillbörligt sätt

beaktas i alla förfaranden som hänför sig till lagstiftning, förvaltning och rättegång och i alla riktlinjer, program och projekt som rör barn samt att principen tillämpas konsekvent i samband med dem. Vidare rekommenderade kommittén att Finland avskaffar åldersgränserna i sin nationella lagstiftning och säkerställer att alla barn som inte har fyllt 18 år hörs på vederbörligt sätt i enlighet med barnets mognad i domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör dem. Barn bör höras på ett barnvänligt sätt och med beaktande av principen om barnets bästa. Barnets åsikter, inbegripet barn med funktionsnedsättning, ska ges den tyngd de förtjänar i enlighet med barnets ålder och mognad.

I sin bedömning av att höra barn hänvisade kommittén till sin allmänna kommentar från 2009 (CRC/C/GC/12), som gäller artikel 12 i konventionen. I den allmänna kommentaren avrådde kommittén konventionsstaterna från att införa åldersgränser vare sig i lag eller i praxis, vilket skulle begränsa barnets rätt att bli hörd i alla frågor som rör honom eller henne. Enligt kommittén kräver artikel 12 erkännande av och respekt för icke-verbala former av kommunikation, som omfattar lek, kroppsspråk, ansiktsuttryck, teckning och målning genom vilka mycket unga barn visar förståelse, val och preferenser. Det är inte nödvändigt att barnet har en omfattande kännedom om alla aspekter i en fråga som gäller honom eller henne, utan att barnet förstår tillräckligt mycket för att på ett lämpligt sätt bilda egna åsikter om frågan. Konventionsstaterna är dessutom skyldiga att säkerställa att rätten att bli hörd förverkligas också för barn som har svårt att göra sina åsikter gällande. I detta sammanhang nämner kommittén särskilt barn med funktionsnedsättning och barn som inte talar majoritetens språk.

Enligt kommittén är det inte tillräckligt att enbart lyssna på barnet, utan barnets åsikter ska också tas under allvarligt övervägande så snart barnet har förmågan att uttrycka egna åsikter. Kommittén framhåller att åldern ensam inte kan avgöra betydelsen av ett barns åsikter, utan barnets åsikter ska bedömas från fall till fall. Med mognad avses ett barns förmåga att uttrycka sina åsikter om frågor på ett resonabelt och självständigt sätt. Frågans inverkan på barnet ska också tas i beaktande. Ju mera utgången av ett ärende påverkar barnets liv, desto större

betydelse har en korrekt bedömning av barnets mognad.

Trots dessa anmärkningar i fråga om åldersgränserna uttalar kommittén i avsnittet om hälsovård att den välkomnar införandet av en fastställd ålder i en del länder, då rätten till samtycke övergår till barnet. Kommittén uppmuntar konventionsstaterna att överväga att införa lagstiftning om detta. Enligt kommittén ska barn från och med denna ålder ha rätt att ge samtycke utan att det behövs någon individuell och professionell bedömning efter konsultation av en oavhängig och kompetent expert. Kommittén rekommenderar dock att konventionsstaterna säkerställer att betydelse ska tillmätas ett yngre barns förmåga att uttrycka en meddelad åsikt om sin behandling.

2.4.11 Lagstiftningen i vissa andra länder

I många länder finns det bestämmelser om åtgärder som tillämpas oberoende av en persons vilja inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning, mentalvårds- och missbrukartjänsterna och tjänsterna för personer med demenssjukdomar och äldre personer. Bestämmelserna kan finnas i en speciallag eller utgöra en del av en annan lag, såsom en lag som gäller socialservice. I bestämmelserna om tillämpningsområde definieras vilka tjänster och hurdana personer som omfattas. Bestämmelserna om syfte är viktiga och inverkar på innehållet i andra bestämmelser. Närmare definieras vanligen grunden för åtgärderna och de tillåtna åtgärderna samt vilka som är berättigade att fatta beslut eller avgöra frågor som gäller användningen av åtgärderna, eller berättigade att genomföra åtgärderna. Bestämmelser finns också om förfarande, tillsyn, sökande av ändring och uppföljning. Detaljerna i bestämmelserna avviker från varandra i olika länder. Det finns dock inte bestämmelser i alla länder.

2.4.12 Sverige

På samma sätt som i Finland diskuterar man också i Sverige användningen av begränsningsåtgärder med utgångspunkt i grundlagen. Också i Sverige har regleringen av använd-

ningen av begränsningsåtgärder varit bristfällig eller saknats helt för vissa klient- och patientkategorier, även om grundlagen kräver att åtgärderna har en rättslig grund i en lag.

Grundsatsen för Sveriges gällande hälso- och sjukvårdslag är människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Utgångspunkt för vården är patientens självbestämmanderätt och integritet. Syftet med hälso- och sjukvården är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Bestämmelser om hur hälso- och sjukvård ska organiseras och bedrivs finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), som trädde i kraft den 1 april 2017.

Bestämmelser om patientens samtycke finns i patientlagen (2014:821). Utgångspunkten är att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke. Innan samtycke inhämtas ska patienten få den information som avses i lagen. Patienten kan lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Patienten ska få akutvård, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. I patientlagen finns det inte några bestämmelser om tvångsvård eller andra frihetsbegränsande åtgärder.

Vård av personer med demenssjukdomar och person med utvecklingsstörning oberoende av personens vilja

Under 2000-talet har man i Sverige berett reglering som gäller begränsningsåtgärder i samband med vård av personer med demenssjukdomar. Till denna del har Sverige dock inte ännu några gällande bestämmelser på lagnivå. Åtgärder oberoende av personens vilja är således enligt gällande lagstiftning tillåtna bara i situationer med karaktär av nödvärn.

År 2011 tillsatte socialstyrelsen en kommitté som skulle begrunda ställningen för personer med nedsatt beslutsförmåga inom hälsovården, sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Kommittén lämnade ett lagförslag (lag om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till hälso- och sjukvård och omsorg), som till innehållet motsvarar förslaget från 2006 (SOU 2006:110). Genom förslaget SOU 2006:110 föreslogs två lagar: lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall samt lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall. Det föreslogs att lagen ska tillämpas på personer som har fyllt 18 år och som inte har förmåga att själva ta ställning i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård och omsorg. I den föreslagna lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall föreskrivs om bevakning av någons intresse och ikraftträdandet av intressebevakningen, eftersom principen är att åtgärder inte utförs utan samtycke. Lagen ska inte tillämpas på nödsituationer, häktning eller annat tvång enligt patientlagen, och inte heller psykiatrisk tvångsvård. I den föreslagna lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall (SOU 2006:110) finns bestämmelser om förutsättningarna för att medicinsk behandling ska få genomföras oberoende av patientens vilja. Den föreslagna lagen ska tillämpas på personer med demenssjukdom som beviljats boende eller dagverksamhet från kommunen. Lagen ska inte vara tillämplig i personens eget hem. Tillämpningen ska enligt förslaget begränsas till tjänster som kommunen är huvudman för.

Enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall är syftet med tvångs- och begränsningsåtgärderna att förhindra eller begränsa risken för att personer som omfattas av lagen utsätter sig själva eller någon annan för allvarlig skada. Syftet med lagen är också att förebygga och begränsa användningen av tvång till de situationer då det är nödvändigt. Det är meningen att den föreslagna lagen ska tillämpas på personer som till följd av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig vård. Lagen ska tillämpas inom boendeservice, dagverksamhet och hemtjänst med kommunen

som huvudman. I lagen ingår en förteckning över tillåtna begränsningsåtgärder, exempelvis låsning av ytterdörr. Användningen av varje åtgärd är förenad med villkor. I den föreslagna lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall (SOU 2006:110) finns bestämmelser om förutsättningarna för att medicinsk behandling ska få genomföras oberoende av patientens vilja.

Enligt förslaget ska kommunens socialnämnd i de flesta fall besluta om begränsningsåtgärder. Beslutet ska få överklagas genom besvär hos länsrätten. I fråga om vissa begränsningsåtgärder ska socialnämnden kunna lämna in en ansökan till länsrätten, som ska ha befogenhet att besluta om åtgärderna. Lagförslaget ledde emellertid inte till att det stiftades en ny lag.

Tvångsvård av missbrukare

I lagen om vård av missbrukare i vissa fall finns det bestämmelser om tvångsvård av missbrukare. Syftet med tvångsvården är att hjälpa missbrukaren genom den svåraste fasen av behandlingen och att motivera honom eller henne att frivilligt medverka till fortsatt behandling. I lagen ställs det också villkor för ett beslut om tvångsvård enligt vilka personen ska vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen och personens eller någon närståendes liv eller hälsa äventyras på grund av missbruket. Det är också möjligt att omhänderta missbrukaren för att behandla honom eller henne. För kontroll av om en patient inom missbrukarvården innehar olämpliga föremål eller ämnen, och för att beslagta sådana föremål och ämnen, får patienten kroppsvisiteras och det får göras medicinska undersökningar för kontroll av om patienten är påverkad av narkotika eller alkohol. Patienten får förvägras telefonsamtal och besök samt hindras att lämna vårdinrättningen om det behövs med tanke på vården. Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är påverkad av berusningsmedel får den intagne hållas i avskildhet så länge det är nödvändigt, men högst 24 timmar.

Psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja

I Sverige finns bestämmelser om användningen av begränsningsåtgärder i lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), som ingår i speciallagstiftningen om hälso- och sjukvården. Man håller på att se över den ovannämnda lagen och den nya lagen träder i kraft den 1 januari 2019. Syftet med revideringen är att förbättra ställningen särskilt för barn som får psykiatrisk vård. Bestämmelser om användningen av begränsningsåtgärder finns i den lag som gäller barnskyddet, nämligen lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), och i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870). Bägge lagarna är speciallagar inom socialvården. Dessutom finns socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18).

Rättspsykiatrisk vård

Bestämmelser om begränsningsåtgärder i samband med rättspsykiatrisk vård finns i lagen om rättspsykiatrisk vård. Det är rätten som bestämmer att en åtalad ska genomgå sinnesundersökning. Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten efter sinnesundersökningen överlämna honom till tvångsvård i stället för till fängelset, om det även i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård (31 kap. 3 § i brottsbalken).

I Sverige kan rätten besluta om en särskild utskrivningsprövning i fråga om patienter som riskerar att återfalla i brottslighet som är av allvarligt slag. Vården av sådana rättspsykiatriska patienter skiljer sig något från vården av övriga rättspsykiatriska patienter.

Tvångsvård kan ges i form av sluten psykiatrisk vård eller efter sådan vård i form av öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård på inrättning är sluten psykiatrisk tvångsvård och övrig vård är öppen tvångsvård. Syftet med tvångsvården är att återställa patientens hälsotillstånd så att han eller hon frivilligt kan ta emot den vård och det stöd som behövs för att behandla sjukdomen.

Behovet av tvångsvård kan undersökas endast om det finns ett motiverat skäl för det. Enligt lagen kan behovet av psykiatrisk tvångsvård undersökas även utan personens samtycke. Det ska utfärdas ett läkarintyg av vilket

det ska framgå att förutsättningarna för tvångsvården uppfylls. Beslutet om att patienten ska tas om hand för undersökningen får fattas endast av en läkare i allmän tjänst eller av en läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg. Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. En förutsättning för tvångsvården är att patienten motsätter sig vård, eller det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Vid bedömning av vårdbehovet ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Tvångsåtgärder vid vård får enligt lagen användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Enligt lagen får patienten hindras att lämna vårdinrättningen om andra åtgärder inte är tillräckliga. Därtill får en patient kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

Det är rätten som beslutar om överlämnande till rättspsykiatrisk vård (31 kap. 3 § i brottsbalken). Rättspsykiatrisk vård kan ges som vård på inrättning eller, efter sådan vård, som öppen vård. Vårdformen kan ändras under de förutsättningar som anges i lagen.

Om utskrivningsprövning inte används, får den rättspsykiatriska vården pågå under högst fyra månader. Tiden räknas från den dag då rätten meddelat beslutet om vården, eller om patienten skrivits in vid en senare tidpunkt, dagen för inskrivningen. Chefsöverläkaren ska ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård. På ansökan av chefsöverläkaren kan förvaltningsrätten besluta att den psykiatriska tvångsvården ska övergå i öppen eller sluten form. Genom beslut av förvaltningsrätten får vården fortsätta i högst sex månader åt gången. Har en ansökan om fortsatt vård kommit in till förvaltningsrätten, får vården fortsätta i avvaktan på förvaltningsrättens beslut. Avslår rätten ansökan, ska vården upphöra omedelbart. Den rättspsykiatriska vården ska upphöra, om inte en ansökan om medgivande

till fortsatt vård kommit in till förvaltningsrätten innan tiden för gällande beslut om vård har löpt ut (14 §).

Chefsöverläkaren ska, i fråga om patienter som inte omfattas av utskrivningsprövningen, besluta att vården ska upphöra om 1) patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning *eller* om 2) patientens psykiska tillstånd inte längre kräver a) psykiatrisk tvångsvård eller b) öppen psykiatrisk vård. Chefsöverläkaren ska fortlöpande överväga frågan om tvångsvårdens upphörande.

2.4.13 Norge

Enligt Norges patientlag (lov om pasient- og brukerrettigheter) kan hälso- och sjukvård ges endast med patientens samtycke, om det inte finns ett på lag grundat bemyndigande eller någon annan laglig grund till att vården ges utan samtycke. I patientlagen föreskrivs det varken om vård oberoende av patientens vilja eller om begränsningsåtgärder, utan bestämmelser om dessa frågor finns i speciallagstiftning.

Vård av personer med demenssjukdomar

Bestämmelser om beslutsförmåga finns i lagens 4 kap. Efter flerårig beredning fogades 2009 ett nytt 4 a kap. till lagen. Syftet med det nya kapitlet är att förtydliga vårdåtgärdernas juridiska grund, förbättra rättssäkerheten och minska användningen av begränsningsåtgärder.

I det nya kapitlet finns bestämmelser om vård av sådana patienter som saknar förmåga att uttrycka sin vilja och ge ett giltigt samtycke och som motsätter sig vård. För tillämpning av lagen förutsätts det att patienten saknar beslutsförmåga, patienten motsätter sig vård, åtgärden är nödvändig för att hindra väsentlig hälsoskada och att åtgärder som skapar tillit har provats. Om en patient som saknar beslutsförmåga inte motsätter sig en vårdåtgärd, kan han eller hon vårdas enligt de allmänna bestämmelserna i patientlagen. Det förutsätts då att patienten skulle ha samtyckt till åtgärden, om han eller hon hade kunnat besluta om sin hälsa. Kapitlet tillämpas inte på vård av psykiatriska patienter. I kapitlet finns det bestämmelser om syftet med

tillämpningen av lagen och om personalen. Kapitlet kan tillämpas i fråga om beslut som gäller en vårdåtgärd, om underlåtelse att ge patienten vård kan leda till väsentlig hälsoskada för patienten, vården anses nödvändig, och vårdåtgärderna står i rätt proportion till vårdbehovet. I kapitlet finns det också bestämmelser om vårdförfarande, beslutsfattande, delgivning av beslut och klagomålsförfarande.

Vård av person med utvecklingsstörning oberoende av personens vilja

I Norge finns bestämmelser om begränsningsåtgärder mot personer med utvecklingsstörning i en lag som trädde i kraft 1999 och som har reviderats efter det. Syftet med bestämmelserna i 9 kap. i lagen om socialservice (Lov om kommunale hels- og omsorgstjenester m.m.), som trädde i kraft 2004, är att hindra personer med utvecklingsstörning från att utsätta sig själva och andra för skada samt förebygga och reglera användningen av begränsningsåtgärder. Lagen tillämpas på personer med utvecklingsstörning som omfattas av vissa tjänster som nämns i lagen.

I lagen avses med utövning av tvång åtgärder som klienten motsätter sig eller åtgärder som är av så ingripande karaktär att de bör betraktas som tvångsåtgärder oavsett om klienten motsätter sig dem eller inte. Övervakning genom teknisk observation räknas alltid som utövning av tvång. Allmänna uppmaningar och mildt ledande med händerna eller annan motsvarande fysisk påverkan räknas inte som utövning av tvång. I lagen finns det också bestämmelser om rätten till medbestämmande och information, om åtgärder som förebygger utövning av tvång och om villkor för utövning av tvång och makt.

I lagen fastställs också de grunder på vilka åtgärder kan vidtas. Begränsningsåtgärder får tillämpas för att avvärja skada i nödsituationer, för att planerat avvärja skada i upprepade nödsituationer eller i samband med insatser för att täcka klientens oundgängliga grundläggande behov, såsom mat och dryck, påklädning, vila, sömn, hygien och personlig trygghet, inklusive fostrings- och rehabiliteringsåtgärder. Det föreskrivs närmare om mekaniska tvångsmedel och isolering.

I bestämmelserna om förfaranden fastställs bland annat vem som får fatta ett beslut och hur

tillsynsmyndigheten ska delges beslutet. I lagen finns mer detaljerade anvisningar för beslut som fattas i andra än nödsituationer. Beslutet ska underställas länsstyrelsen, och en lokal specialisttjänst kan avge utlåtande om det. Lagen innehåller också bestämmelser om sökande av ändring och statistikföring. Tillämpningen av lagen är förankrad i systematisk utbildning och handledning.

Tvångsvård av missbrukare

Bestämmelser om missbrukarvård oberoende av personens vilja finns i socialtjänstlagen (lov om sosiale tjenester m.v (1996)). Lagen tillämpas även på gravida kvinnor med missbruksproblem.

Enligt lagen kan en gravid kvinna med missbruksproblem tas in för tvångsvård som längst till slutet av graviditeten, om det är sannolikt att barnet till följd av missbruket föds med skador och den frivilliga vården inte är tillräcklig. Vården ges vid en inrättning som utsetts av statens hälso- och sjukvårdsföretag. Det har utretts hur vården har förverkligats; åren 2001–2009 togs 12–29 kvinnor per år in för vård. Inemot 80 procent av dem som togs in för vård var narkotikamissbrukare. Gravida kvinnor togs in för vård i genomsnitt i femte månaden av graviditeten. Vården nådde inte alkoholmissbrukare och inte heller första skedet av graviditeten när risken för fosterskador är som störst.

Psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja

Särskilda bestämmelser om psykisk hälso- och sjukvård finns i Norge i lagen Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Bestämmelser om mentalvårdspatienters rättigheter trädde i kraft i juli 2016. För att det ska kunna bestämmas att en person ska tas in för vård oberoende av hans eller hennes vilja ska personen lida av en allvarlig psykisk störning (alvorlig sinnslidelse) och vården ska vara nödvändig a) för att personen ska tillfriskna eller för att personens tillstånd utan vård försämrars avsevärt, eller b) för att personen annars allvarligt äventyrar sitt eget liv eller sin egen hälsa eller andra personers liv eller hälsa.

Psykiatrisk tvångsvård får inte ges innan en läkare har klarlagt att de i lagen angivna villkoren uppfylls. En patient kan tvingas till och avhämtas för en sådan undersökning. Villkor för psykiatrisk tvångsobservation är att frivillig vård först erbjudits eller att det uppenbart är onödigt att erbjuda sådan vård, att två läkare har undersökt patienten, att patienten högst sannolikt uppfyller förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård, att patienten har erbjudits en möjlighet att uttrycka sin åsikt och att tvångsobservation klart är den bästa lösningen med tanke på patientens liv och hälsa. Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård är att frivillig vård har testats utan resultat eller att den frivilliga vården uppenbart är onödig, att patienten har undersökts av två läkare, att patienten har erbjudits en möjlighet att uttrycka sin åsikt om vården samt att tvångsvården uppenbart är det bästa vårdalternativet.

I Norge används vid beslut om vård oberoende av patientens vilja en modell med två yrkesutbildade personer som motsvarar praxis i Sverige. En läkare eller en psykolog (klinisk psykolog) beslutar att patienten ska genomgå en undersökning. Av utlåtandet om förordnande till undersökning ska det framgå om det finns förutsättningar för vården oberoende av patientens vilja eller en undersökning oberoende av patientens vilja. Efter undersökningen ska en specialist undersöka patienten och fatta beslut om det finns förutsättningar för vård oberoende av patientens vilja. Läkaren ska dessutom ta ställning till om tvångsvården ska genomföras som slutet eller öppen vård.

För att en minderårig patient ska kunna tas in för vård oberoende av sin vilja behövs i regel patientens samtycke, eller om patienten är under 16 år, samtycke av patientens förälder eller vårdnadshavare. Om ett barn som fyllt 12 år motsätter sig vården, ska beslutet underställas Kontrollkommissjonen, som ska ta ställning till den ungas behov av vård.

Villkoren för tvångsvården ska utvärderas minst var tredje månad. Vården ska avslutas genast när det inte längre finns förutsättningar för vården. När vården har pågått i tre månader ska Kontrollkommissjonen på eget initiativ bedöma om det ännu finns ett behov av vård. Om Kontrollkommissjonen inte godkänner fortsatt vård, ska vården avslutas senast när vården pågått i tolv månader.

I lagen finns det bestämmelser om begränsning av kontakterna, omhändertagande av egendom, isolering, vård utan samtycke och tvångsmedel. Enligt lagen ska begränsningar och tvång användas i så liten utsträckning som möjligt. Åtgärderna ska göra mer nytta än skada och under vården ska patienten ges en möjlighet att påverka de egna vårdarrangemangen. Patienten ska tas med i vårdenhetens vardagsrutiner, erbjudas möjlighet att utöva någon hobby, delta i aktiviteter och vistas utomhus dagligen.

Det är möjligt att isolera en patient om patientens psykiska tillstånd eller aggressiva beteende utgör en fara för patienten själv eller andra patienter i vårdenheten. Ett beslut om isolering kan fattas för högst två veckor åt gången. Med vård utan samtycke avses medicinsk behandling som ges mot patientens vilja. Utan samtycke kan en patient ges läkemedelsbehandling eller nutritionsbehandling för behandlingen av en allvarlig ätstörning. Med tvångsmedel avses mekaniska begränsningsåtgärder som hindrar patienten från att röra på sig, t.ex. genom bälten, remmar eller särskilda "tvångskläder". Patientens rörelsefrihet kan hindras genom att stänga eller låsa dörren. Som tvångsmedel kan också användas korttidsverkande läkemedel med lugnande eller narkotisk effekt. Kortvarigt fasthållande hör också till de tvångsmedel som kan användas. Dessutom kan en patient som tagits in för psykiatrisk tvångsvård enligt prövning förbjudas att ta emot besök i högst två veckor och för att leta efter förbjudna föremål får patientens rum och de föremål som patienten innehar genomsökas och patienten underkastas kroppsvisitation.

Vid sidan av sluten vård oberoende av patientens vilja kan en patient tas in för öppen vård oberoende av sin vilja. En förutsättning för vården är att den läkare som ansvarar för vården gör en helhetsbedömning av patientens tillstånd och av om patienten kan behandlas medan han eller hon bor hemma, i en kommunal hälso- och sjukvårdsenhet eller i en enhet inom den specialiserade sjukvården. I bedömningen ska det tas hänsyn till patientens vårdbehov, personliga förhållanden samt patientens och de anhörigas önskemål. En förutsättning för den öppna vården oberoende av patientens vilja är dessutom att patientens sjukdomshistoria är

känd och att det inte finns något tvivel om vilken slags vård patienten behöver och att patienten har varit under observation i dygnetruntvård där det har varit möjligt att bekräfta patientens diagnos och vilken behandling som behövs. En patient som förordnats till öppen vård oberoende av sin vilja ska om vårdinstansen kräver det gå med på att bli observerad eller vårdad på en psykiatrisk klinik. Patienten kan hämtas till kliniken mot sin vilja och patienten kan också behandlas utan samtycke om hans eller hennes hälsotillstånd kräver det.

2.4.14 Danmark

Danmarks centrala lagstiftning på området består av bestämmelserna i 24 kap. i lagen om socialservice (lov om social service), där det bland annat föreskrivs om begränsning av självbestämmanderätten inom socialvården. I samma lag finns en bestämmelse om omsorgsplikt. Därtill gäller avsnitt III i hälso- och sjukvårdslagen (sundhedsloven) patienternas rättsliga ställning. Begreppet självbestämmanderätt bestäms via dessa bestämmelser.

Vård av personer med demenssjukdomar och person med utvecklingsstörning oberoende av personens vilja

I hälso- och sjukvårdslagen finns det bestämmelser som har samband med patientens självbestämmanderätt. Syftet med bestämmelserna är att ge yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården möjlighet att ingripa i patienternas självbestämmanderätt för att kunna erbjuda den bästa möjliga vården och skyddet och säkerställa att åtgärderna genomförs inom en särskild föreskriven rättslig ram. Åtgärderna ska vara så lindriga och kortvariga som möjligt och stå i rätt proportion till deras syfte. Ett ingripande ska vara så lindrigt och varsamt som möjligt, med undvikande av onödiga kränkningar och skador, och ingripandet får inte ersätta den personliga vården. Bestämmelserna tillämpas på patienter som fyllt 15 år som temporärt eller permanent inte förmår ge sitt informerade samtycke och som har lagts in på en somatisk avdelning på ett offentligt eller privat sjukhus, som regionsrådet har ingått överenskommelse eller driftsöverenskommelse med.

Yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården kan begränsa en patients självbestämmanderätt genom att fysiskt hålla fast patienten så att han eller hon inte kan lämna sjukhuset. Patienten kan isoleras om patienten kan förorsaka sig skada. Patienten får emellertid inte bindas fast eller låsas in. Alla begränsningar av självbestämmanderätten ska rapporteras till myndigheterna.

Enligt 82 §, som gäller omsorgsplikten, ska kommunen ordna service för personer vilkas funktionsförmåga är betydligt nedsatt. Tjänster kan ges oberoende av samtycke, men inte mot personens vilja. Här handlar det om personer som inte kan förstå betydelsen av ett samtycke. Tjänster kan med andra ord tillhandahållas utan samtycke, om klienten är passiv men inte när han eller hon aktivt motsätter sig dem. I den sistnämnda situationen iakttas bestämmelserna i 24 kap., där det föreskrivs om åtgärder som riktas mot vuxna. Lagen tillämpas även på personer som får personlig assistans på grund av nedsatt psykisk funktionsförmåga. I lagen finns det bestämmelser om syftet med åtgärderna och om beslutsfattandet, om tillåtna åtgärder, om förfarandet när åtgärderna vidtas samt om beslutsförfarande och sökande av ändring.

Begränsningsåtgärder får inte användas i stället för vård, frivilliga åtgärder är alltid primära och begränsningsåtgärderna ska stå i rätt proportion till det resultat man försöker uppnå. Åtgärderna kan tillämpas på personer som har en betydligt och permanent nedsatt psykisk funktionsförmåga, som får sådan hjälp som definieras närmare i lagen och som inte har gett sitt samtycke till åtgärder enligt lagen. Med att en person inte ger sitt samtycke avses antingen aktivt motstånd eller passiv inställning.

Åtgärden kan till exempel utgöras av ett larmsystem eller innebära fasthållande under vissa specificerade förutsättningar. Tvång kan användas när det finns omedelbar risk för att personen utsätter sig själv eller andra för allvarlig skada och åtgärden är absolut nödvändig för att avvärja denna risk. Även privata tjänsteproducenter kan använda sig av dessa begränsningsåtgärder. Tvång kan också vara tillåtet i vissa situationer som hänför sig till personlig hygien samtidigt som man genom en yrkesmässig handlingsplan bör sträva efter att und-

vika användning av tvång i framtiden. Ett kommunalt organ kan bestämma att personen ska hållas i sitt hem. Det kommunala organet kan dessutom besluta om vissa skyddsåtgärder. Under vissa specificerade förutsättningar kan det kommunala organet föreslå för besvärnämnden att personen utan att ha gett sitt samtycke ska placeras i en viss boendeform.

Det finns detaljerade bestämmelser om beslutsfattande och beslutsförfarande. Ändring i det kommunala organets beslut får sökas hos besvärnämnden, som också kan behandla klagomål som gäller aktörer inom den privata sektorn. Det kommunala organet ska se till att personen får kommunal rättshjälp i vissa situationer. Ändring får vidare sökas hos den nationella överklagandenämnden. I vissa ärenden kan dess beslut behandlas i domstol. Lagen ger det berörda ministeriet (ministeriet med ansvar för sociala frågor) behörighet att utfärda regler i vissa fall.

Missbrukarvård oberoende av patientens vilja

Bestämmelser om missbrukarvård mot personens vilja finns i lagen *lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling*. Bestämmelser om vård av narkotikamisbrukare finns i lagen om socialservice. När det gäller gravida kvinnor med missbruksproblem har kommunen en skyldighet att erbjuda frivillig vård. Förbindelse till frivillig vård innebär att den gravida kvinnan undertecknar ett avtal om att inrättningen får hålla kvar henne mot hennes vilja, om hon vill lämna vården. Den vård som baserar sig på ett sådant avtal kan fortsätta i högst 14 dygn. Därefter utvärderas situationen på nytt och eventuellt inleds en ny vårdperiod. Missbrukarvård som baserar sig på samtycke kan fortsätta i högst sex månader.

Psykiatrisk tvångsvård

I lagen om psykiatrisk tvångsvård (lov om anvendelse af tvang i psykiatrien) anges villkoren för tvångsvården. Utgångspunkten är att vården ska basera sig på ett samtycke. Tvångsvården ska vara ett sista alternativ när vård inte kan ges på något annat sätt eller när personen är till fara för sig själv eller andra. En läkare ska utvärdera behovet av tvångsvård. Närmare

förutsättningar för tvångsvården är att patienten lider av en allvarlig psykisk sjukdom (sinnessjukdom) eller motsvarande tillstånd, och det vore oansvarigt att inte beröva personen sin frihet för att kunna erbjuda honom eller henne sådan vård som behövs för att personens möjligheter att tillfriskna inte försämras eller om personen utan vård utsätter sig själv eller andra för betydande fara.

Även i Danmark kan det bestämmas att en patient ska få öppen vård oberoende av sin vilja. Med öppen vård oberoende av patientens vilja avses att överläkaren i samband med utskrivningen från den slutna vården oberoende av patientens vilja kan bestämma att patienten omfattas av tvingande uppföljning, som till exempel innefattar läkemedelsbehandling. För att överläkaren ska kunna bestämma om tvingande uppföljning, ska det finnas skäl att anta att patienten efter utskrivningen utan uppföljning avslutar den vård som behövs för att säkerställa patientens hälsa och välbefinnande. Ett beslut om tvingande uppföljning gäller i högst tre månader och kan förlängas i perioder på tre månader, dock så att den tvingande uppföljningen inte får fortsätta längre än ett år.

I lagen om psykiatrisk tvångsvård föreskrivs det också om begränsningsåtgärder under tiden för tvångsvården. I lagen föreskrivs det förutom om isolering och begränsning av kontakter även om andra begränsningsåtgärder, såsom vårdåtgärder mot patientens vilja, begränsning av rörelsefriheten med mekaniska hjälpmedel, skyddsåtgärder och låsning av avdelningens dörr. Tvångsbehandling får enligt lagen användas när patienten uppfyller villkoren för tvångsvården. Beslutet om vårdåtgärder mot patientens vilja fattas av överläkaren. Patienten ska alltid ges möjlighet och en skälig tid, dock inte mer än tre dagar, för att ge sitt samtycke till vårdåtgärden. Patienten får spännas fast med spännbälten eller förses med påtvingande handskar eller remmar på händer och fötter (tvångsfixering). Sådana åtgärder får användas endast kortvarigt och i den utsträckning som det behövs för att trygga patientens eller andra personers liv och hälsa eller om patienten utövar vandalism som inte är av liten betydelse.

En vårdare kan använda sig av sin fysiska styrka för att hållas fast och flytta en patient som får vård oberoende av sin vilja till en annan avdelning. För att sådan fysisk styrka ska

kunna användas, ska villkoren i 14 § 2 punkten uppfyllas. Sådana villkor är förföljning eller allvarlig kränkning av andra patienter. En patient kan också lugnas ned genom läkemedel, om patienten betar sig mycket oroligt och det anses vara nödvändigt att patienten lugnar ned sig för att hans eller hennes tillstånd ska förbättras.

Patienten kan isoleras på ett sådant sätt att en eller flera personer som hör till vårdpersonalen ständigt är i närheten av patienten. Om patienten inte samtycker till åtgärden, kan den vidtas mot hans eller hennes vilja om det finns en risk för självmord, om patienten utgör en betydande fara för sin egen eller andras hälsa eller om patienten förföljer eller allvarligt kränker andra patienter. Före åtgärden ska läkaren undersöka patienten.

Överläkaren kan fatta beslut om att avdelningens dörr ska låsas om patienten har berövats sin frihet eller oavsiktligt utsätter sig själv för avsevärd fara. En enskild patients dörr får inte låsas eller stängas på annat sätt. När beslutet om att avdelningens dörr ska stängas har fattats, ska alla patienterna omedelbart underrättas om beslutet. På begäran av de övriga patienterna ska dörrarna öppnas.

Patientens brev, rum och saker får granskas och patienten underkastas kroppsvisitation om det finns en misstanke om att patienten innehar läkemedel, narkotika eller farliga föremål. Om det är möjligt ska breven öppnas och patientens rum och saker granskas i patientens närvaro. Det är möjligt att isolera patienten, men förutsättningarna för isoleringen måste utvärderas på nytt med jämna mellanrum. Syftet med tvångsvården är att främja patientens tillfrisknande och begränsningsåtgärderna ska vidtas med respekt för patientens människovärde, och får inte ersätta normal vård.

Rättspsykiatrisk vård

I Danmarks strafflag (straffeloven) finns det bestämmelser om bedömning av tillräknelighet och om bestämmande av påföljder för personer som konstaterats vara otillräkneliga. Bedömningen av den åtalades sinness tillstånd är en medicinsk fråga. Enligt 809 § i Danmarks rättegångsbalk (lov om rettens pleje) ska den åtalade underkastas en sinnesundersökning när detta är av betydelse för fallets avgörande.

Huruvida den åtalades diagnos anses leda till otillräknelighet är i sin tur en juridisk fråga.

Enligt 20 § i strafflagen är en person som är otillräknelig på grund av sinnessjukdom eller någon annan motsvarande orsak inte straffrättsligt ansvarig för sina gärningar. I 12 § i strafflagen föreskrivs om påföljder för personer som gjort sig skyldiga till brott men som konstaterats vara otillräkneliga. I lagen föreskrivs det om påföljder både för personer som konstaterats vara otillräkneliga på grund av psykiska störningar och personer som konstaterats vara otillräkneliga på grund av utvecklingsstörning.

Enligt 62 § i strafflagen kan det bestämmas att en person som inte har dömts till straff för ett brott på grund av otillräknelighet som orsakas av en psykiatrisk sjukdom, under vissa villkor ska tas in för psykiatrisk vård. Om en otillräknelig person som lider av psykiska störningar har gjort sig skyldig till brott mot liv eller försök till brott mot liv eller något annat brott eller försök till brott som kränker andra människors rätt till liv, hälsa eller personlig frihet, kan det bestämmas att personen ska tas in för psykiatrisk vård. Det kan bestämmas att en person ska tas in för vård också om han eller hon upprepade gånger gör sig skyldig till socialt skadliga eller särskilt störande brott, under förutsättning att personen behöver tas in för vård i syfte att skydda samhället och medborgarna.

Förordningen om psykiatrisk tvångsvård (bekendtgørelse om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse) tillämpas med vissa undantag på patienter som tagits in för rättspsykiatrisk tvångsvård.

2.4.15 Nederländerna

Gällande lagstiftning om vård oberoende av patientens vilja

Det kan bestämmas att en person som är till fara för sig själv eller för andra ska tas in för psykiatrisk vård på inrättning oberoende av sin vilja. Lagen om intagning på psykiatriskt sjukhus gäller personer med psykiska störningar, utvecklingsstörningar eller demenssjukdomar. Var och en som tagits in för sådan vård har rätt till en tydlig plan för vården eller omsorgen.

Vård oberoende av patientens vilja kan ges endast av inrättningar som utsetts av hälso-, välfärds- och idrottsministeriet. Psykiatriska sjukhus och inrättningar för personer med utvecklingsstörning är sådana inrättningar.

Den nuvarande lagen kommer att ersättas av två nya lagar, varav den ena gäller psykiatrisk tvångsvård och den andra omsorg och tvångsåtgärder inom äldrepsykiatri och bland personer med utvecklingsstörning. De nya lagarna utfärdades vid ingången av 2018. Samtidigt utfärdades en ny rättspsykiatrilag.

Enligt motiveringen är det fråga om patientgrupper med olika problem och behov. Tack vare två separata lagar blir det möjligt att bättre än tidigare beakta de båda gruppernas behov och intressen.

Lagen om vård och begränsningar i fråga om personer med äldrepsykiatrisk störning eller utvecklingsstörning

Lagen Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten träder i kraft den 1 januari 2020. Lagen gäller personer med en äldrepsykiatrisk sjukdom (vanligtvis demenssjukdom), utvecklingsstörning eller annan sjukdom eller störning som föranleder motsvarande beteendestörningar eller förlorad kontroll. Syftet med lagen är att förenhetliga vården i situationer där en person eller hans eller hennes företrädare motsätter sig vården eller personen inte kan uttrycka sin vilja. Den tillämpas på vård inom boendeservicen, i vårdinrättningar och i hemmet.

För det första är det centralt att möjliggöra omsorg oberoende av personens vilja i situationer där personens beteende håller på att leda till allvarlig skada för personen själv eller för andra. För det andra är det centralt att fastställa när en person kan förflyttas till en registrerad enhet för boendeservice.

Vård oberoende av en persons vilja och placering av en person inom boendeservicen mot hans eller hennes vilja är två skilda åtgärder. Sådana enheter för boendeservice, där personer placeras oberoende av sin vilja, är registrerade för ändamålet. Om det inte är möjligt att få reda på personens åsikt om en placering, trots att han eller hon inte motsätter sig placeringen, fattas beslutet om placeringen på basis av en bedömning av Centrum indicatiestelling zorg

(CIZ). Beslutet om placering mot en persons vilja fattas av domstolen och i brådskande situationer av borgmästaren.

Användningen av tvång, dvs. den i lagen avsedda vården oberoende av personens vilja, innefattar givande av vätska, näring och läkemedel, undersökningar och vård som har samband med störningar fråga om dessa, sjukdomar eller utvecklingsstörningar samt somatisk vård. Andra begränsningar är bland annat begränsning av rörelsefriheten, låsning av dörrar, övervakning, kroppsvisitation, granskning av utrymmen eller rum, begränsningar som anknyter till ordnandet av det egna livet till följd av vilka personen måste göra eller låta bli att göra vissa saker samt begränsningar av kontakterna. I vissa situationer är det möjligt att vidta dessa åtgärder under tvång. Användningen av vissa åtgärder, såsom läkemedelsbehandling som påverkar beteendet och frihetsbegränsande åtgärder, har begränsats trots att personen eller hans eller hennes företrädare inte motsätter sig åtgärderna.

Klientens vård baserar sig på en vårdplan. Om klienten är av annan åsikt om sin vård, ska serviceproducenten genomföra en stegvis plan för bedömning av klientens situation och utredning av de frivilliga vårdalternativen och använda utomstående expert hjälp för detta. Om det är nödvändigt med vård oberoende av personens vilja, kan den tillhandahållas på basis av en ansökan.

Serviceenheten utser en oberoende, tillförlitlig rådgivare till företrädare för klienten. Lagen innehåller också bestämmelser om besvär, förfarandet för ändringssökande och tillsynen över serviceenheterna.

Ny lag om psykiatrisk tvångsvård

Lagen Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) träder i kraft den 1 januari 2020. Med psykiska störningar avses i den lagen alla psykiska störningar enligt den amerikanska DSM-IV-sjukdomsklassificeringen, och omfattar således även rusmedelsberoende och vård av beroendeproblemen oberoende av personens vilja.

Centrala element är att tvångsvården ska vara ett sistahandsalternativ, att patienter och familjer ska höras vid beslut om vården och deras

rättigheter i samband med beslutet samt att vården också kan genomföras i form av öppenvård och att eftervården utgör en del av vården.

I lagen definieras tvångsvård så brett att den omfattar både vård mot personens vilja och placering. Tvångsvården inbegriper en möjlighet till olika vårdinterventioner. Största delen av dessa kan genomföras även i patientens hem, förutsatt att de kan genomföras på ett tryggt sätt med tillräcklig övervakning. Att sådan vård i fortsättningen kan tillhandahållas inom öppenvården förväntas leda till att åtgärder sätts in vid en tidigare tidpunkt än tidigare, vilket i sin tur minskar behovet av krisvård.

Den allmänna principen är att behovet av tvångsvård ska minska genom att det tillhandahålls högklassig frivillig vård. Tvångsvården är det sista medlet som står till buds. Syftet med lagen är att främja beaktandet av personens egna åsikter och behov vid planeringen av vården.

Tvångsvård kan ges efter ett beslut av en domstol eller i brådskande situationer temporärt efter ett beslut av borgmästaren. Personens vårdbehov ska anmälas skriftligen till en multidisciplinär kommitté. Till kommittén hör en jurist, en psykiater, en vanlig medlem samt i särskilda fall en specialist på beroendesjukdomar, en läkare inom specialiteten utvecklingsstörningar, en geriatriker eller en specialpedagog. Kommittén lämnar en ansökan om vården till domstolen och ger rekommendationer om vården till domaren. I rekommendationerna beaktas personens, familjens och vårdinstansernas perspektiv samt det sociala perspektivet. Personen och personens företrädare ska höras. Kommittén ska också utvärdera andra tillbudsstående alternativ och kan till exempel fungera som medlare när man försöker hitta en lämplig frivillig vårdlösning. Kommittén ger också rekommendationer om när vården ska upphöra. Domstolens och borgmästarens beslut är överklagbara. Det finns också ett besvärsförfarande som gäller innehållet i den tillhandahållna vården.

I samband med tvångsvården ska vårdrekommendationerna följas. Lagen innefattar också en skyldighet att med hjälp av eftervård skapa förutsättningar för den person som tagits in för vård att återvända till samhället. Läkaren med vårdansvaret ansvarar för vårdplanen och tillhandahållandet av vården.

En person kan tas in för tvångsvård om personens beteende, som beror på en psykisk störning, kan innebära en betydande fara för att personen ska utsätta sig själv eller andra för allvarlig skada. Tvångsvården är ett sista alternativ om det inte är möjligt att ge frivillig vård, mindre ingripande åtgärder som skulle leda till samma eftersträvade resultat inte står till buds och vården står i rätt proportion till det eftersträvade resultatet, dvs. man kan på goda grunder förvänta sig att vården fungerar. När det är fråga om barn och unga avses med allvarlig fara även störningar i utvecklingen.

Tvångsvård kan ges i följande situationer: i brådskande situationer för att förhindra att det uppkommer en krissituation, i betydande farosituationer för att förhindra allvarliga skador, för att utarbeta en vårdplan, för att balansera den psykiska hälsan samt återställa den psykiska hälsan så att den så väl som möjligt stöder personens möjligheter till ett självständigt liv. Om personens beteende, som beror på en psykisk störning, leder till en betydande risk för en skada i den fysiska hälsan, kan vården också användas för att balansera eller återställa den fysiska hälsan.

Tvångsvården kan inkludera omsorg, vård, behandlingsåtgärder, handledning eller skydd. Den omfattar givande av läkemedel, vätska och näring, undersökande av hälsotillståndet samt andra medicinska förfaranden, fostringsåtgärder (barn och unga) eller vårdåtgärder, placering av personen på placeringsplatsen, begränsning av rörelsefriheten, isolering och hållande i avskildhet, begränsning av kontakterna, övervakning av personen, kroppsvisitation och kroppsbesiktning samt begränsningar som anknyter till ordnandet av det egna livet som innebär att personen måste göra eller låta bli att göra vissa saker. Tillsynsorganet för hälso- och sjukvården (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ) svarar för tillsynen över vården och övervakar tillhandahållandet av vården i enlighet med vårdrekommendationerna.

Rättspsykiatrilag

Hollands nya rättspsykiatrilag, Wet forensische zorg, träder i kraft den 1 januari 2019. Rättspsykiatrilagen gör det lättare för brottmålsdomstolen att bestämma att en fånge

med psykiska störningar ska tas in för tvångsvård både under domen och senare. Syftet med lagen är att sambandet mellan straffsystemet och den psykiatriska vården ska bli bättre än tidigare. Syftet är att förhindra att vården avbryts och att personen återfaller i brott.

2.5 Bedömning av nuläget

I samband med social- och hälsovård ställs man ibland inför situationer då skyddet av hälsan eller säkerheten hos en patient, en socialvårdsklient eller någon annan person eller något annat välgående samhällligt behov (skyddet för andra personers grundläggande fri- och rättigheter) kräver att patientens eller socialvårdsklientens självbestämmanderätt eller andra grundläggande fri- och rättigheter begränsas. Lagstiftningen om begränsning av patienters och socialvårdsklienters grundläggande fri- och rättigheter är dock i många avseende bristfällig och överensstämmer inte med kraven i grundlagen eller internationella överenskomelser. Bland annat i fråga om personer med demenssjukdomar saknas bestämmelser helt och hållet. I lagstiftningen finns det inte heller några bestämmelser om till exempel begränsningsåtgärder mot oroliga, förvirrade eller våldsamma patienter vid verksamhetsenheter för somatisk hälso- och sjukvård.

I synnerhet till den del bestämmelserna inte är fullständiga eller bestämmelser saknas helt har man vid verksamhetsenheterna för social- och hälsovården tvingats utarbeta egna anvisningar för begränsning av patienters eller socialvårdsklienters självbestämmanderätt eller andra grundläggande fri- och rättigheter i situationer där det ansetts nödvändigt att begränsa en viss grundläggande fri- eller rättighet i regel för att säkerställa någon annan grundläggande fri- eller rättighet. Läget kan inte anses vara godtagbart ur grundlagssynvinkel, eftersom en begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna ska grunda sig på lag. Den bristfälliga lagstiftningen har också lett till att vissa patienters eller socialvårdsklienters självbestämmanderätt eller andra grundläggande fri- och rättigheter begränsats utan godtagbar grund i systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Den begränsande åtgärden uppfattas inte heller alltid som en begränsning av

de grundläggande fri- och rättigheterna. Till den del lagstiftning saknas i dagsläget varierar praxis för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna för patienter och socialvårdsklienter från en verksamhetsenhet till en annan. Den rådande vårdkulturen inverkar i hög grad på hur självbestämmanderätten för patienter och socialvårdsklienter respekteras och vilken inställningen till användningen av begränsningsåtgärder är.

Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag. I samband med beslut om eller andra avgöranden som gäller begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna och när begränsningsåtgärder genomförs i praktiken handlar det om att utöva offentlig makt. Bestämmelser om att ge begränsningsbefogenheter till någon annan än ett offentligt organ eller anställda i tjänsteförhållande bör följaktligen utfärdas genom lag så att villkoren enligt 124 § i grundlagen uppfylls.

I praktiken har patienternas och socialvårdsklienternas grundläggande fri- och rättigheter begränsats även i anslutning till privata social- och hälsovårdstjänster. De rättsmedel som patienter och socialvårdsklienter kan tillgripa när begränsningsåtgärder används är för närvarande bristfälliga. Det finns inte heller några närmare bestämmelser om dokumentering av begränsningsåtgärder i journal- eller klienthandlingar, vilket leder till att det ofta inte finns några anteckningar i journal- och klienthandlingarna eller att anteckningarna är bristfälliga. Begränsningsåtgärderna eller deras antal följs inte genom statistik på nationell nivå, och till följd av att bestämmelserna och nedteckningarna är bristfälliga kan användningen av begränsningsåtgärder inte övervakas på behörigt sätt.

Bristen på noggrant avgränsade och exakta bestämmelser har lett till att tillsynsmyndigheterna har varit tvungna att i enskilda fall för bedömning av om det är berättigat att begränsa en patients eller socialvårdsklients grundläggande rättigheter väga bestämmelserna om olika grundläggande rättigheter mot varandra och se åtgärderna mot bakgrunden av strafflagens bestämmelser om nödvärn och nödtillstånd. Riksdagens justitieombudsman och justiekanslern i statsrådet har i flera av sina beslut

påpekat att den gällande lagstiftningen är bristfällig och föreslagit avhjälpande åtgärder. Justitieombudsmannen har som sin ståndpunkt konstaterat att det med tanke på både patientens och personalens rättssäkerhet är otillräckligt att man på begränsandet av patientens självbestämmanderätt i brist på ändamålsenlig lagstiftning måste tillämpa strafflagens bestämmelser om nödvärn och nödtillstånd.

I vården av och omsorgen om patienter och socialvårdsklienter måste deras rätt till nödvändig social- och hälsovård och säkerhet tryggas också när de inte själva kan förstå den allvarliga fara som utebliven vård kan medföra för dem eller inte kan förstå följderna av sina handlingar. Patienterna och socialvårdsklienterna måste också kunna hindras från att skada sig själva eller andra eller från att skada egendom i större omfattning. För att skydda dessa intressen bör patienternas eller socialvårdsklienternas självbestämmanderätt eller andra grundläggande fri- och rättigheter kunna begränsas i vissa noggrant avgränsade situationer, om inga andra medel står till buds eller sådana medel är otillräckliga. Det är också fråga om att garantera personalens säkerhet i arbetet samt andra patienters och socialvårdsklienters säkerhet.

Skydd mot godtycklig användning av begränsningsåtgärder, förutsebara beslut och att alla är lika inför lagen utgör centrala rättssäkerhetsmoment. Genom lagstiftning bör det säkerställas att begränsningsåtgärderna inte används godtyckligt. Därför förutsätter de grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheterna att lagstiftningen är exakt och att uppföljningen och övervakningen av efterlevnaden av lagstiftningen är effektiv. Med tanke på arbetstagarna innebär en tydligare reglering och en strävan efter att etablera och förenhetliga rutinerna också att yrkesverksamheten kan utvecklas och samtidigt att användningen av begränsningsåtgärder kan minska. Genom att avgränsa användningen av begränsningsåtgärder till vissa exakt fastställda situationer samt genom att utfärda bestämmelser om åtgärder som stärker patientens och socialvårdsklientens självbestämmanderätt försöker man stärka patientens och klientens självbestämmanderätt och minska användningen av begränsningsåtgärder från det nuvarande.

Under 2012 genomförde Valvira en enkätundersökning om hur självbestämmanderätten

tillgodoses vid enheter som tillhandahåller vård och service dygnet runt inom barnskyddet, mentalvårdsarbetet och missbrukarvården samt för personer med funktionsnedsättning. Utredningen visade att det råder okunskap om grunderna för begränsning av självbestämmanderätten inom socialvården och om hur grunderna ska tillämpas. Enligt Valvira beror detta delvis på att de tillvägagångssätt som inrotats i enheternas verksamhetskultur inte identifieras som begränsning av klientens självbestämmanderätt eller som tvång. Anvisningarna om begränsningsåtgärder är delvis föråldrade och otillräckliga. För att verksamhetskulturen ska förändras måste man vid enheterna bland annat analysera accepterad arbetspraxis med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.

I mars 2013 gav Valvira en anvisning (dnr 1732/05.00.00.01/2013) som avser att handleda aktörerna till att minska användningen av begränsningsåtgärder vid de enheter inom socialvården som nämnts ovan. Målet är att hjälpa till att identifiera gränsen mellan tillåtna och förbjudna rutiner och på så sätt främja tillgodoseendet av klienternas självbestämmanderätt.

Valvira har meddelat en särskild anvisning om genomförande av självbestämmanderätt för barn vid vård utom hemmet inom barnskyddet (Dnr 1731/05.00.00.01/2013). Anvisningen är ägnad för att ge personalerna vid barnskydds-enheterna handledning i hur man kan särskilja mellan normala uppfostringsmetoder och användningen av begränsningsåtgärder. Syftet är att handleda aktörerna så att de stöder barnens självbestämmanderätt.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Syftet med den föreslagna lagen och med de föreslagna ändringarna av andra lagar som har samband med den är en stärkt självbestämmanderätt för klienter och patienter. Ett explicit syfte med klient- och patientlagen är att förebygga och minska användningen av begränsningsåtgärder inom social- och hälsovården.

Tyngdpunkten i de föreslagna bestämmelserna ligger på metoder med framförhållning som avser att föregripa och förebygga krävande situationer samt minska användningen av begränsningsåtgärder. Strävan är att anpassa de föreslagna bestämmelserna till andra aktuella projekt så att exempelvis planeringen av vården och socialvården i fortsättningen bildar en allt ändamålsenligare helhet och att klientens och patientens vilja och behov utreds och beaktas så väl som möjligt.

Föregripande åtgärder, såsom planlösningar, introduktion och kompletterande utbildning för personalen, och arbetsmetoder som främjar självbestämmanderätten, bör alltid vara primära i förhållande till begränsningsåtgärder. Huvudregeln är att social- och hälsovård ska ordnas i samförstånd med klienten eller patienten så som det föreskrivs i den föreslagna klient- och patientlagen. Även om lagen i vissa fall berättigar till att frångå denna huvudregel är det meningen att begränsningsåtgärder ska användas som ett sista alternativ, och användningen av dem ska villkoras genom lag.

Avsikten är att stärkt självbestämmanderätt ska uppnås också genom att det noggrannare än tidigare föreskrivs om anteckningar om begränsningsåtgärder i handlingar, om rättsmedel, om tillsyn och om krav på förfarandet.

Syftet med lagen är att trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster även i de situationer där nödvändig social- och hälsovård inte kan tillhandahållas utan att klientens eller patientens grundläggande fri- och rättigheter begränsas. Även om användningen av begränsningsåtgärder är en sista utväg för att klara av krävande situationer ska de under de förutsättningar som anges i lagen kunna tillgripas när nödvändig social- och hälsovård inte annars kan ges.

Vid beredningen av lagen har strävan varit att användningen av begränsningsåtgärder ska kopplas samman med noggranna villkor på lagnivå så att begränsningsåtgärder ska få användas endast som ett sista alternativ i sådana situationer där inga andra effektiva medel för att skydda klientens eller patientens eller någon annans grundläggande fri- och rättigheter står till buds. På detta sätt vill man minimera användningen av tvång.

I praktiken har begränsningsåtgärder tillgripits också utan stöd av uttryckliga lagbestämmelser. Efter att ha påpekat att lagstiftningen är bristfällig har laglighetsövervakarna i enskilda fall godkänt ett sådant förfarande som en utväg i sista hand när det av en utredning i ärendet framgått att begränsningsåtgärden har uppfyllt vissa villkor som kan härledas ur normerna för de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna samt ur kraven på god förvaltning. Avsikten är att de nya bestämmelserna ska innebära att vårdpersonalen i fortsättningen har en lagfäst grund för verksamheten i situationer som för närvarande är bristfälligt eller inte alls reglerade. Samtidigt anges gränserna på ett tydligare sätt än tidigare. Strävan är dessutom att bestämmelserna om nödvård och nödtillstånd ska behöva tillämpas betydligt mer sällan i samband med socialvård och hälso- och sjukvård.

3.2 Alternativ

I samband med projektet för självbestämmanderätt har man diskuterat vilka klient- och patientkategorier och vilka serviceformer inom social- och hälsovården som ska omfattas av de nya bestämmelserna. Frågor som gäller utövning av offentlig makt har också diskuterats.

Bestämmelser om användningen av begränsningsåtgärder finns för närvarande i mentalvårdslagen, specialomsorgslagen, lagen om missbrukarvård, barnskyddslagen och lagen om smittsamma sjukdomar.

Till den del det i gällande lagstiftning inte finns några bestämmelser om användningen av begränsningsåtgärder bör det utstakas under vilka förutsättningar de nya bestämmelserna ska tillämpas på socialvårdsklienter och patienter. Som alternativ har man under projektets gång diskuterat olika avgränsningar med avseende på olika klient- eller patientkategorier samt avgränsningar utifrån det sätt på vilket de tjänster som klienten eller patienten omfattas av har ordnats och produceras. Under remissförfarandet för projektet för självbestämmanderätt 2012 presenterades i utkastet till lag två alternativa sätt att definiera nedsatt funktionsförmåga. Om en klients eller patients funktionsförmåga är nedsatt på det sätt som avses i

lagen, ska begränsningsåtgärder få riktas mot honom eller henne under de förutsättningar som anges närmare i lagen.

Det första alternativet utgick från att funktionsförmågan på grund av en störning i hjärnan som påverkar regleringen av beteendet är nedsatt permanent eller långvarigt på ett sådant sätt att klienten eller patienten inte kan förstå följderna av sina handlingar och klientens eller patientens handlande på grund av detta hotar att allvarligt äventyra hans eller hennes hälsa eller säkerhet, andras hälsa eller säkerhet eller betydande egendomsintressen. Det andra alternativet utgjordes av en modell baserad på nedsatt kognitiv funktionsförmåga där det i analogi med det första alternativet förutsattes att funktionsförmågan är permanent eller långvarigt nedsatt på ett sådant sätt att klienten eller patienten inte kan förstå följderna av sina handlingar och klientens eller patientens handlande på grund av detta hotar att allvarligt äventyra hans eller hennes hälsa eller säkerhet, andras hälsa eller säkerhet eller betydande egendomsintressen. Efter remissförfarandet fortsatte beredningen utgående från en modell som står nära det alternativ som baserar sig på kognitiv funktionsförmåga.

I samband med remissförfarandet 2012 uppmanades remissinstanserna att ta ställning till tillämpningen av lagen om självbestämmanderätt med avseende på institutionsvård, boendeservice dygnet runt och andra former av boendeservice, dagverksamhet, arbetsverksamhet, arbetsterapi samt hemtjänster och hemsjukvård. Efter remissförfarandet lyfte man fram ett alternativ enligt vilket användningen av vissa begränsningsåtgärder skulle sammankopplas med att vårdpersonal är på plats dygnet runt.

Under beredningen gällde det att avgöra under vilka förutsättningar begränsningsåtgärder skulle kunna användas i situationer av akut och jourmässig karaktär där det inte till skillnad från mera långvarig social- och hälsovård är möjligt att före användningen bedöma funktionsförmågan eller göra upp individspecifika planer. Det gällde att bereda egna särskilda bestämmelser för akuta situationer och jour-situationer.

Under projektet för självbestämmanderätt analyserade man också om den nya lagstiftningen borde genomföras genom att det stiftas en ny lag eller flera nya lagar eller genom att

existerande lagar ändras. Å ena sidan skulle det vara möjligt att foga nya bestämmelser om självbestämmanderätt och begränsning av den till gällande patientlag och klientlag. Å andra sidan skulle det vara möjligt att foga bestämmelserna till de speciallagar som gäller för olika patient- eller klientkategorier, såsom specialomsorgslagen, mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. Då skulle det emellertid eventuellt behövas nya lagar för exempelvis vård av personer med demenssjukdomar.

Under den föregående regeringsperioden valdes alternativet med en enda lag till grund för beredningen.

Alternativet att foga bestämmelserna till patientlagen och klientlagen förkastades bland annat eftersom en uppdelning av bestämmelserna skulle vidmakthålla skillnaden mellan socialvård och hälso- och sjukvård, vilket strider mot dagens integreringsinriktade utveckling.

Trots att alternativet med flera lagar vann ett visst understöd i arbetsgruppen under olika faser av arbetet ansågs svagheten hos modellen vara i synnerhet att helheten splittras upp på flera olika lagar vilkas förhållande till varandra eventuellt skulle bli oklart. Dessutom skulle det ha blivit svårt att välja var i lagstiftningen de för lagarna gemensamma bestämmelserna skulle tas in, om inte samma paragrafer fogades separat till varje lag. Som en fördel med modellen med flera lagar sågs möjligheten att skraddarsy bestämmelserna om stärkt självbestämmanderätt och begränsningsåtgärder separat i motsvarighet till varje klient- eller patientkategoris särskilda behov. Efter att regeringens proposition som gällde självbestämmanderätten förföll har beredningen fortsatt under ledning av en ny arbetsgrupp med beaktande av det beredningsarbete som utfördes av den tidigare arbetsgruppen samt tidigare rapporter och responsen på de tidigare rapporterna.

3.3 De viktigaste förslagen

I denna proposition föreslås det att det stiftas en ny klient- och patientlag. För att stärka integrationen av social- och hälsovården valdes modellen med en sammanslagning av klientlagen och patientlagen till grund för beredningen och fogande av nya bestämmelser som stöder

självbestämmanderätten till den nya lagen. Lagen föreslås innehålla de viktigaste rättsliga principerna för deltagande, bemötande, självbestämmanderätt och rättssäkerhet för klienter och patienter inom social- och hälsovården. I den nya lagen föreslås det även, med små ändringar, bestämmelser om självbestämmanderätt som avser omsorgen om personer med utvecklingsstörning samt mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

Lagen ska omfatta såväl socialvård som hälso- och sjukvård, olika vård- och serviceformer samt olika patient- och klientkategorier på bred front. I den gemensamma lagen har olika klient- och patientgruppers särskilda behov beaktats och det har skraddarsyttts separata bestämmelser om stärkt självbestämmanderätt och begränsningsåtgärder för olika funktioner i överensstämmelse med klienternas och patienternas särskilda behov. I barnskyddslagen föreslås ändringar som stöder klienternas jämlikhet och praktiska behov.

I samband med begränsningsåtgärder som riktas mot självbestämmanderätten gäller det att särskilt se till att klienternas och patienternas rättsskydd tillgodoses. För närvarande är bestämmelserna om rättsskydd bristfälliga för många klient- och patientkategorier. Även när det gäller personalen tangerar projektet arbetarskydds-, ansvars- och rättsskyddsfrågor.

Syftet med den nya lagen är i synnerhet att stärka patienternas och klienternas självbestämmanderätt genom att i lagen exakt och på ett noggrant avgränsat sätt föreskriva om hur självbestämmanderätten ska stärkas och om under vilka förutsättningar den får begränsas. Syftet att stödja självbestämmanderätten framhävs av att inga andra begränsningsåtgärder än de som anges särskilt i lagen ska få användas. Situationer av detta slag ska alljämt bedömas straffrättsligt, inte utifrån social- och hälsovårdslagstiftningen. Eftersom dagens bestämmelser om användningen av begränsningsåtgärder är bristfälliga är det inom den tillsyn som myndigheterna utövar ofta svårt att dra upp en gräns mellan tillåten och otillåten verksamhet. Det här skapar osäkerhet inom den praktiska verksamheten och inverkar också direkt på villkoren för social- och hälsovårdspersonalen.

Förutom klienternas och patienternas ställning och rättigheter bör man beakta arbetarskyddet och rättssäkerheten för personalen. För närvarande kan den bristfälliga regleringen leda till att man tvingas tillämpa strafflagens bestämmelser om nödvård och nödtillstånd också i sådana situationer som inte omfattas av det straffrättsliga påföljdssystemet. Sådana tydligare verksamhetsätt som reformen siktar till samt förutseende planering av tjänsterna för och bemötandet av klienterna främjar också arbetarskyddet för personalen.

Det tjänsteansvar som uppgifter som innebär utövning av offentlig makt ska vara förenat med enligt de nya bestämmelserna bidrar till att tillgodose klientens eller patientens rättsskydd i efterhand. Samtidigt försätts de anställda inom social- och hälsovården i en jämlik ställning när det gäller ansvarsfrågor oavsett anställningslag eller arbetsgivare.

Under de förutsättningar som anges närmare i klient- och patientlagen ska begränsningsåtgärder få användas när socialvård eller hälso- och sjukvård tillhandahålls en person vars förmåga till självbestämmande är nedsatt så att han eller hon i den aktuella situationen inte kan avgöra frågor om sin socialvård eller hälso- och sjukvård och inte kan förstå konsekvenserna av sitt handlande och på grund av detta sannolikt skulle äventyra sin egen eller andras hälsa eller säkerhet eller skada egendom i större omfattning. Lagen ger inte allmän rätt att rikta begränsningsåtgärder mot de personer vars förmåga till självbestämmande har fastställts vara långvarigt nedsatt. Eftersom dessa personer ändå har större risk att bli föremål för begränsningsåtgärder och det är svårare för dem att försvara sina rättigheter, har de enligt den föreslagna lagen rätt till särskilt skydd. Särskilt skydd innebär i praktiken att det före användning av begränsningsåtgärder utarbetas en plan som tryggar självbestämmanderätten. Dessutom ska en bedömning av servicebehovet göras för att bedöma behovet av tillräckliga rehabiliteringstjänster eller habiliteringstjänster och tjänster till stöd för förmågan till självbestämmande. Beslut om de tjänster som behövs ska fattas med stöd av en sektorsövergripande bedömning så som det föreskrivs i 46 § i socialvårdslagen.

Begränsningsåtgärder ska få användas bara i den mån tryggheten av i lagen närmare specificerade grundläggande fri- och rättigheter ovillkorligen kräver det och inga andra lindrigare medel står till förfogande eller andra medel är otillräckliga. Begränsningsåtgärderna ska lämpa sig för ändamålet och stå i rätt proportion till sitt syfte. Om en klient eller patient blir föremål för flera begränsningsåtgärder samtidigt eller i följd, är det viktigt att man fäster särskild uppmärksamhet vid hur åtgärderna samverkar. Begränsningsåtgärderna ska genomföras med respekt för klientens eller patientens människovärde, med iakttagande av så stor säkerhet som möjligt och med omsorg om hans eller hennes grundläggande behov. Användningen av en begränsningsåtgärd ska upphöra genast när den inte längre är nödvändig.

Den nya lagen föreslås också innehålla bestämmelser om stödjande av klientens eller patientens beslutsfattande, upprättande av ett vårddirektiv för klienten eller patienten, bedömning av klientens eller patientens förmåga till självbestämmande för att utreda behovet av särskilt skydd och få särskilt skydd.

Olika begränsningsåtgärder som fastställs i lagen är alltid ett sista alternativ som får tillgripas endast för att avvärja ett hot mot klientens eller patientens eller någon annans hälsa eller säkerhet eller mot ett intresse som nämns särskilt i lagen, i sådana fall då inga andra medel står till förfogande eller sådana medel är otillräckliga. Även om det är förståeligt att skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna för den som begränsningar riktas mot väcker mest diskussion i samband med bestämmelserna om begränsning av självbestämmanderätten, bör det beaktas att också begränsningen av en viss grundläggande fri- eller rättighet i typiska fall grundar sig på en strävan att trygga tillgodoseendet av uttryckligen de grundläggande fri- och rättigheterna eller att skydda dem mot ett ännu större hot.

I lagen föreskrivs det noggrant var och i vilka situationer det är möjligt att använda begränsningsåtgärder. Lagen styr att handla så att personen omfattas av lämpliga tjänster för honom eller henne. Utgångspunkten för den föreslagna klient- och patientlagen är att en och samma persons förmåga till självbestämmande varierar i olika situationer och även behovet av att trygga de grundläggande fri- och rättigheterna

varierar i olika miljöer. Av denna anledning är även bestämmelserna olika beroende på om personen får psykiatrisk vård oberoende av sin vilja, är på hälsovårdscentralens jourmottagning eller på en enhet för serviceboende med heldygnsvård. Oberoende av om det i lagen föreskrivs om möjlighet att använda begränsningsåtgärder i en viss enhet, berättigar användningen av en viss tjänst inte i sig att de grundläggande fri- och rättigheterna begränsas. Varje situation måste bedömas från fall till fall så att alltid de metoder som är de lindrigaste möjliga och i enlighet med personens intresse används.

Det föreslås att det i bestämmelserna om sekretess, behandling och utlämnande av sekretessbelagda uppgifter görs de ändringar som krävs enligt Europeiska unionens dataskyddsförordning. Vid behandling av särskilda kategorier av personuppgifter (tidigare känsliga personuppgifter) ska inte bara den i artikel 6 i den allmänna dataskyddsförordningen avsedda rättsliga grunden för behandling av personuppgifter utan också något av villkoren i artikel 9.2 i den förordningen uppfyllas. Bestämmelser om förbud mot behandling av känsliga personuppgifter finns i den allmänna dataskyddsförordningen i artikel 9, som gäller behandling av särskilda kategorier av personuppgifter.

En persons behov av socialvård eller de socialvårdstjänster, stödåtgärder och andra socialvårdsförmåner som personen får omfattas inte av behandlingsförbudet enligt den allmänna dataskyddsförordningen.

Detta ändrar dock inte på att enligt 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet är handlingar som innehåller uppgifter om en klient hos socialvården samt de förmåner eller stödåtgärder eller den socialvårdsservice denne erhållit sekretessbelagda. Enligt artikel 9.2 a i den allmänna dataskyddsförordningen är det tillåtet att behandla uppgifter som hör till särskilda kategorier av personuppgifter om den registrerade uttryckligen har lämnat sitt samtycke till behandlingen av dessa personuppgifter för ett eller flera specifika ändamål. I artikel 9.2 i den allmänna dataskyddsförordningen preciseras det emellertid att samtycke kan lämnas för ett eller flera specifika ändamål. Enligt artikel 9.2 c i den allmänna dataskyddsförordningen får personuppgifter som hör till

särskilda kategorier av personuppgifter behandlas om behandlingen är nödvändig för att skydda den registrerades eller någon annan fysisk persons grundläggande intressen när den registrerade är fysiskt eller rättsligt förhindrad att ge sitt samtycke. Den allmänna dataskyddsförordningen preciserar att om personuppgifter behandlas för att skydda någon annan persons grundläggande intressen, ska det vara fråga om en fysisk person. Vidare preciseras i den allmänna dataskyddsförordningen att den registrerade kan vara förhindrad att ge sitt samtycke av fysiska eller rättsliga skäl.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna av propositionen gäller i huvudsak kommunerna och staten. Via statsandelssystemet ersätter staten kommunerna för deras kostnader för att ordna tjänster. Statsandelen för kommunal basservice finansierar den kommunala basservicen som inbegriper social- och hälsovård, dagvård, förskoleundervisning och grundläggande utbildning, bibliotek, allmän kulturverksamhet och invånarbaserad grundläggande konstundervisning. Statsandelen för basservicen är kalkylmässig. Den baserar sig på kommuninvånarnas behov av service och omständighetsfaktorer som ökar kostnaderna för servicen. För kommunerna är den statliga finansiering som baserar sig på statsandelssystemet icke öronmärkt pengar med allmän täckning, och kommunerna får själva besluta om hur de vill fördela pengarna inom kommunen.

Regeringens proposition med förslag till lag som gäller självbestämmanderätten (RP 108/2014 rd) överlämnades till riksdagen den 28 augusti 2014. Propositionen förföll vid regeringsskiftet. Av de klienter som omfattades av tillämpningsområdet för begränsningsåtgärderna i propositionen skulle största delen ha varit klienter inom de tjänster som ordnades med stöd av speciallagstiftningen inom socialvården. Lagförslaget beräknades leda till att kommunerna får nya eller alltmer vidsträckt skyldigheter med avseende på i första hand beslutsrutiner. Kostnaderna beräknades uppgå till 3 miljoner euro på årsnivå, varav ca 640 000

euro var kostnader för utveckling av informationssystemen. Den proposition som nu beretts är mer omfattande än den tidigare. Propositionen omfattar alla tjänster inom social- och hälsovården. Den största klient- och patientgrupp som bestämmelserna ska tillämpas på är personer med demenssjukdomar.

De ändringar som gäller begränsningsåtgärder i specialomsorgslagen trädde i kraft den 10 juni 2016. Det ökade arbetet per klient som ändringarna medför uppskattades på årsnivå orsaka merkostnader på sammanlagt ca 820 000 euro (RP 96/2015 rd).

Kostnadsneutrala förslag

Lagförslaget innehåller bestämmelser som förutsätter att ledarskapet, arbetsfördelningen, arbetsmetoderna och rutinerna utvecklas och som kan verkställas inom ramen för nuvarande resurser. Reformen betonar vikten av lokaler och utrustningens lämplighet samt tillräcklig personal och personalens kompetens, men förutsätter inte en omedelbar ändring av lokalerna eller ökning av antalet anställda.

Genom att utse personer som stöd för klientens och patientens beslutsfattande (4 kap.) förtydligas de nuvarande rutinerna. Redan enligt nuvarande klientlag och patientlag ska klienten och patienten upplysas om alternativen så att han eller hon i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Rådgivning och handledning vid upprättande av vårdriktiv och intressebevakningsfullmakt (5 kap.) ökar personalens arbetsbelastning något. Som helhet ökar arbetsmängden inte, eftersom verksamheten minskar behovet av utredning av enskilda klienter.

En allmän plan för att stärka självbestämmanderätten (6 kap.) utarbetas på ett samordnat sätt med andra planer. Den allmänna planen för självbestämmanderätten ingår i planen för egenkontroll. Utarbetandet av planen medför inte extra arbete.

De undersökningar av personens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga som en bedömning av förmågan till självbestämmande (6 kap.) förutsätter ökar inte personalens arbetsbelastning jämfört med de undersökningar som den nuvarande lagstiftningen redan förutsätter för att bedöma klientens och patientens behov av vård och service.

Ny bedömning av förmågan till självbestämmande och upphävande av beslut kan genomföras som en del av klientens eller patientens övriga vård och service. En bedömningsperiod för att kartlägga de tjänster som behövs finns redan i socialvårdslagen, men bestämmelserna om detta preciseras. Enligt 36 § i socialvårdslagen ska en persons behov av brådskande hjälp bedömas omedelbart. Dessutom har personen rätt att få en bedömning av servicebehovet, om det inte är uppenbart onödigt att göra en bedömning. Bedömning av servicebehovet hos personer som är över 75 år ska påbörjas senast den sjunde vardagen efter att kontakt tagits.

Den plan som tryggar självbestämmanderätten (42 §) är en delvis ny uppgift. Den kan utarbetas som en del av övrig klientspecifik planering (den klientplan som avses i 39 § i socialvårdslagen och andra planer inom social- och hälsovården). De åtgärder i specialomsorgslagen som stöder förutsättningarna att klara sig på egen hand och stöder självbestämmanderätten motsvarar i stor utsträckning en individuell plan för tryggnad och stödning av gott bemötande. Beslut om omsorg oberoende av personens vilja medför inte extra arbetet jämfört med nuläget. Enligt specialomsorgslagen krävs det beslut redan nu. Avsikten är inte att öka behovet att fatta beslut, utan att minska behovet genom de nya bestämmelserna.

Reformen förtydligar verksamhetssätten för användning av begränsningsåtgärder. Ändringen förväntas inte öka användningen av begränsningsåtgärder, snarare minska användningen. Begränsningsåtgärder har tidigare genomförts genom bestämmelserna om nödvård och nödtillstånd. Vissa åtgärder har inte nödvändigtvis uppfattats som begränsningsåtgärder. Genomgång i efterhand och anteckning av begränsningsåtgärder ökar inom andra tjänster, men minskar inom servicen för personer med utvecklingsstörning.

Reformen medför kostnader för utvecklande av informationssystemen. Det kan genomföras som en del av andra kommande ändringar som gäller informationssystem, varvid det inte medför några separata merkostnader.

Förslag med kostnadseffekter

Kostnader uppkommer av i 32 § i den föreslagna klient- och patientlagen avsedd utbildning av personalen i frågor som gäller främjande av självbestämmanderätten och förebyggande av användningen av begränsningsåtgärder, villkoren för användning av begränsningsåtgärder och lämpliga sätt att använda begränsningsåtgärder. Utbildningsbehovet är omfattande för att kunna genomföras som en del av den lagstadgade fortbildning som hänförs till personalens kompetens. Samtidigt kommer även annan lagstiftning som förutsätter fortbildning av personalen att träda i kraft. Utbildningen inbegriper sådan inläring av arbetsmetoder i praktiken som kräver repetitionsutbildning.

Reformen innebär att de begränsningsåtgärder som behövs inom socialvårdstjänsterna och inom den somatiska sjukvården omfattas av lagstiftningen. Detta förutsätter förändring av rutinerna samt kunskaper om trygga arbetsmetoder. Utbildningsbehovet beräknas beröra mer än 48 000 anställda, varav största delen, 38 000 personer, arbetar inom äldreomsorgens dygnetruntvård. Inom hälso- och sjukvården finns det behov av utbildning t.ex. för personalen inom den prehospitala akutsjukvården och jourheterna samt på många vårdavdelningar. Kostnaderna för personalens utbildning om förebyggande av användningen av begränsningsåtgärder och lämpliga arbetsmetoder vid användning av begränsningsåtgärder har uppskattats till 1,6 miljoner euro under det första året, varefter utbildningen genomförs som en del av den lagstadgade fortbildningen. Inom de social- och hälsovårdsuppgifter där det föreskrivits om användningen av begränsningsåtgärder redan tidigare ökar utbildningskostnaderna inte. Dessa är psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja, missbrukarvård oberoende av patientens vilja och användning av begränsningsåtgärder inom servicen för personer med utvecklingsstörning. Inom enheterna i fråga ska den behövliga fortbildningen genomföras som en del av den lagstadgade fortbildningen.

Ökningen av antalet anställda beror på utlå-tanden och beslut, klientspecifik planering, anteckningar och genomgång i efterhand. Inom vården oberoende av patientens vilja och inom specialomsorgerna förutsätter lagstiftningen utlå-tanden redan nu. Utifrån uppgifter som insamlats genom RAI-metoden gäller det beslut

där det fastställts att självbestämmanderätten är långvarigt nedsatt och den plan som tryggar självbestämmanderätten ungefär hälften av klienterna inom äldreomsorgens dygnetruntvård dvs. ca 21 000 personer. Inom den somatiska sjukvården beräknas det ökade behovet att göra anteckningar hänföra sig särskilt till brådskande situationer och gälla ca 95 000 vårdperioder. Hur mycket mera tid som krävs för anteckningar och genomgång i efterhand varierar dock beroende på vilken typ av tjänst det är fråga om. Kostnaderna beräknas uppgå till 2,52 miljoner euro per år under de tre första åren. Senare minskar kostnaderna till 2 miljoner euro per år i och med att personalen får bättre kunskaper och mer rutin.

Den rättspsykiatriska sjukvården varar i genomsnitt 7–8 år. Förslaget om tillhandahållande av rättspsykiatrisk vård oberoende av patientens vilja i form av förpliktande öppen vård (171 §) innebär inledande av rättspsykiatrisk öppen vård. Patienten kan om sjukdomstillståndet medger flyttas över till förpliktande öppen vård, som är förmånligare och som inbegriper mindre användning av tvång. Den förpliktande öppna vården förbereder även patienten på tiden efter det att vården oberoende av patientens vilja avslutats. Efter att den öppna vårdverksamheten inlets ska de sjukhus som tillhandahåller rättspsykiatrisk vård dessutom erbjuda utbildning och konsultation till personal och myndigheter inom andra tjänster.

Den rättspsykiatriska öppna vården beräknas under två år medföra kostnader på 600 000 euro för de statliga sinnessjukhusen och 900 000 euro för kommunerna. Kostnaderna orsakas av inrättandet av arbetsgrupper, och det är fråga om kostnader för inledande av ny verksamhet. På lång sikt leder verksamheten till att behovet av sjukhusvård minskar, varvid extra resurser inte behövs.

Lagen avses träda i kraft år 2020. Den rekrytering och utbildning av extra personal och de beslut om, de anteckningar om, den uppföljning av och den rapportering om begränsningsåtgärder som lagförslaget förutsätter beräknas medföra kostnader på ca 4,1 miljoner euro 2020, ca 2,5 miljoner euro 2021–2022 och därefter 2 miljoner euro per år. Kostnaderna för inledandet av rättspsykiatrisk öppen vård uppgår till 1,5 miljoner euro 2020–2021. Av de år

liga kostnaderna utgör kommunernas kostnader 900 000 euro och de statliga sinnessjukhusens kostnader 600 000 euro.

Utöver det att kommunerna utbildar sin personal i frågor som gäller främjande av självbestämmanderätten och förebyggande av användningen av begränsningsåtgärder, villkoren för användning av begränsningsåtgärder och lämpliga arbetsmetoder vid användning av begränsningsåtgärder bereds ett nationellt genomförandeprogram som stöd för information om verkställigheten av lagen, om fortbildningen och om självbestämmanderätten.

4.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Genom förslaget ingriper man inte i kommunens eller samkommunens ansvar för ordnandet av tjänster och inte heller direkt i sätten att producera de tjänster som står till förfogande för kommunen. Begränsningarna i fråga om utövning av offentlig makt innebär dock att man inom de privata tjänsteproducenternas verksamhet inte kan fatta beslut eller träffa andra avgöranden om sådana begränsningsåtgärder där det är fråga om betydande utövning av offentlig makt. I praktiken kommer detta att i någon mån begränsa kommunens eller samkommunens möjligheter att bestämma var en person kan tillhandahållas socialvård eller hälso- och sjukvård.

Behov av mera personal uppkommer främst av skyldigheter relaterade till rutinerna, såsom bedömning av förmågan till självbestämmande, anteckningar och beslutsfattande, till den del man inte i praktiken för närvarande handlar i enlighet med skyldigheterna.

Klient- och patientspecifika planer utarbetas också för närvarande med stöd av bland annat klientlagen, patientlagen, specialomsorgslagen och äldreomsorgslagen och, i dem ingår planering i enlighet med de föreslagna bestämmelserna. Även funktionsförmågan bedöms redan i dag med stöd av såväl allmän lagstiftning som speciallagstiftning. Detta täcker delvis även utredning av förmågan till självbestämmande. De föreslagna bestämmelserna om bedömning av förmågan till självbestämmande och individuell planering medför att det behövs mera personal närmast till den del man måste bredda

den nuvarande bedömningen exempelvis med expertbedömningar, och i smärre utsträckning för att genomföra en mer övergripande planering.

Ett syfte med förslaget är att främja produktionen av information för tillsyn och uppföljning. Bestämmelserna om övervakning av begränsningsåtgärder breddar inte direkt den verksamhet som tillsynsmyndigheterna ska övervaka. Till deras uppgifter hör redan nu att övervaka social- och hälsovårdens verksamhetsenheter, i vilket också ingår att övervaka hur de grundläggande fri- och rättigheterna i själva verket tillgodoses. De föreslagna bestämmelserna om användning av begränsningsåtgärder anger exaktare än för närvarande under vilka förutsättningar begränsningsåtgärderna får genomföras och erbjuder på så vis tillsynsmyndigheterna ett tydligare stöd än enbart bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna samt stöder tillsynen. Tjänsteproducenternas skyldighet att till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården lämna statistiska uppgifter om begränsningsåtgärder underlättar övervakningen, eftersom tillsynsmyndigheten kommer att ha tillgång till uppgifterna på ett mer strukturerat sätt än för närvarande. Verksamhetsenheternas egenkontroll som föreslås i 6 kap. i klient- och patientlagen med tillhörande planer kommer likaså att underlätta myndighetstillsynen. I lagen föreslås bestämmelser om tryggnad av klientens och patientens beslutsfattande, vårddirektiv och plan som tryggar självbestämmanderätten. I lagen förutsätts dessutom att förmågan till självbestämmande bedöms i samarbete med klienten eller patienten och att klientens eller patientens deltagande i bedömningen av förmågan till självbestämmande stöds. Bestämmelser om hörande innan en begränsningsåtgärd används finns i förvaltningslagen. Enligt den föreslagna klient- och patientlagen ska användningen av en begränsningsåtgärd utvärderas tillsammans med klienten eller patienten utan dröjsmål efter det att användningen har avslutats. De nämnda skyldigheter med avseende på klientens eller patientens deltagande som ingår i lagen minskar motsättningen och konfliktsituationerna mellan klienten eller patienten och personalen, och det kan antas att de därmed minskar behovet av att förlita sig på rättsmedel i efterhand.

Stödinsatserna med avseende på verkställigheten av lagen medför redan före ikraftträdandet mera arbete för social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Valvira och regionförvaltningsverken. De ska bland annat planera verkställandet samt producera och ta fram material som stöder detta. I arbetet deltar också andra experter från intresstegrupperna.

Förslaget kommer sannolikt att i någon mån öka antalet fall som förvaltningsdomstolarna ska behandla, eftersom den nya lagen uttryckligen gör det möjligt att överklaga beslut om nedsatt förmåga till självbestämmande och användning av begränsningsåtgärder i sådana fall som för närvarande inte omfattas av någon reglering. Utvidgande av tillämpningen av ett underställningsförfarande kan bedömas minska uppkomsten av arbetsamma och dyra rättsprocesser, men lagändringen förutsätter i den inledande fasen av verkställningen uppföljning och bedömning av konsekvenserna.

För de allmänna domstolarna innebär förslaget att tingsrätten som första instans kommer att pröva allt färre fall som nödvärn eller nödtillstånd enligt strafflagen. Detta kommer troligtvis i någon mån att minska antalet mål och ärenden som inleds.

Möjligheten att använda begränsningsåtgärder i akuta situationer och jour-situationer kommer att minska polisens uppgifter i någon mån.

4.3 Konsekvenser för klienternas och patienternas ställning

Det finns inga exakta samlade numerära uppgifter om de klienter och patienter som begränsningsåtgärder enligt lagförslaget riktas mot eller om antalet begränsningsåtgärder som används. Det beräknas att tillämpningsområdet för begränsningsåtgärderna omfattar 1 000–2 000 personer med utvecklingsstörning, cirka 23 000 personer med minnessjukdomar och i någon mån sådana personer med hjärnskada vilkas funktionsförmåga är nedsatt på det sätt som avses i lagförslaget. Inom den somatiska sjukvården är antalet vårdperioder ca 95 000 per år. Enligt en insamling av uppgifter som genomfördes i Kuopio 2014 genomfördes fysiska begränsningsåtgärder hos 55 procent av

patienterna på akutavdelningar för äldre. Den vanligaste orsaken var svag rörelseförmåga.

Det uppskattas att ungefär tusen klienter inom den psykiatriska boendeservicen har åtminstone tidvis nedsatt förmåga till självbestämmande. Förutom bristande omdömesförmåga på grund av nedsatt förmåga till självbestämmande påverkas dessa personers beteende också av variationer i sjukdomssymtomen. För dessa patienter handlar det vanligen om sådana förändringar i sjukdomen där det krävs att behovet av vård och tjänster omprövas och att patienten flyttas till en annan verksamhetsenhet.

Största delen av de begränsningsåtgärder som på ett betydande sätt ingriper i självbestämmanderätten bedöms gälla en liten grupp, ungefär en femtedel av klienterna och patienterna.

Förslaget främjar och stöder klienternas och patienternas självbestämmanderätt. De nya bestämmelserna om stärkt självbestämmanderätt främjar ställningen för i synnerhet klienter och patienter som har nedsatt förmåga till självbestämmande, och framhäver deras särskilda behov. De föreslagna bestämmelser om stöd för beslutsfattande och om vårddirektiv i 4 och 5 kap. innebär att de som har svårt att utforma eller uttrycka sin egen vilja får större möjligheter att påverka. Reformen ger också klienterna och patienterna ett bättre rättsskydd.

I lagförslaget understryks att förfaringsått med framförhållning är primära i förhållande till begränsningsåtgärder. Tjänsteanordnaren och tjänsteproducenten ska för sin del se till att alla allmänna och individuella åtgärder som lagen förutsätter har genomförts på tillbörligt sätt. Klienter och patienter får inte till exempel på grund av otillräcklig personalstyrka eller verksamhetskulturen utsättas för sådana begränsningsåtgärder som i ett enskilt fall inte uppfyller alla krav som på lagnivå ställs när det gäller användningen av den aktuella begränsningsåtgärden.

I de fall där man alltjämt tvingas tillgripa begränsningsåtgärder kommer användningen av dem att vara planmässigare och mer reglerad, beakta klientens eller patientens åsikter och följaktligen eventuellt upplevas som mindre inskränkande.

Det kan bli nödvändigt att flytta klienter och patienter till en annan verksamhetsenhet för att

de ska tillförsäkras lämpliga lokaler och tillräckligt med personal. Detta ska dock genomföras i samförstånd med klienten eller patienten och vid behov med hans eller hennes lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.

De social- och hälsovårdstjänster där man tvingas använda sådana begränsningsåtgärder som avses i lagförslaget skiljer sig vanligen från varandra till sin karaktär. Det är vanligt att socialservice ordnas för en längre tid eller förlöpande för att stödja och främja en person i hans eller hennes dagliga liv, för att stödja och främja hans eller hennes egna resurser samt för att trygga vården och omsorgen för den vars resurser inte räcker till. I sådana situationer finns det bättre möjligheter att dra nytta av föregripande metoder än i oförutsedda akuta situationer.

Utgångspunkten för hälso- och sjukvården är att främja hälsa och upprätthålla befolkningens hälsa, och den inrymmer förebyggande och behandling av sjukdomar. När det gäller akuta situationer och jourituationer kommer de föreslagna begränsningsåtgärderna att tillämpas inom hälso- och sjukvården vanligtvis i sådana vård- och behandlingssituationer där vårdförhållandet är tillfälligt eller tidsbegränsat. Situationerna kan bero på exempelvis ett övergående förvirrat tillstånd på grund av berusningsmedel eller efter en operation. Begränsningsåtgärderna enligt lagförslaget kommer följaktligen ofta att inriktas på olika sätt i socialvårdsklienternas och patienternas vardag.

Lagförslaget medför inga betydande ändringar i tillhandahållandet av psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja. Vård oberoende av personens vilja i enlighet med lagen om missbrukarvård ges i praktiken knappt alls nu för tiden. Enligt förslaget kan det bestämmas att en person ska tas in för vård oberoende av sin vilja på grund av bruk av berusningsmedel, våldsamhet eller hälsorisk. Dessutom kan det bestämmas att en ung person i åldern 18–21 år ska tas in för vård oberoende av sin vilja på grund av bruk av berusningsmedel (124 §). Förslaget ökar i någon mån användningen av vård oberoende av personens vilja i sådana situationer där den som använder berusningsmedel äventyrar sin hälsa eller säkerhet eller någon annans säkerhet. Den förpliktande öppna vården för rättspsykiatriska patienter gör det

möjligt att flytta över en patient från sjukhusvård till öppen vård med mindre begränsningar, förutsatt att patientens tillstånd medger det. Den öppna vården fungerar också som en övergångsperiod till tiden efter det att vården oberoende av patientens vilja avslutats. Förpliktande öppen omsorg har motsvarande verkan.

4.4 Konsekvenser för verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården

Den föreslagna regleringen ökar i någon mån behovet av personal i synnerhet vid de enheter där klienterna eller patienterna utgörs av personer med betydligt nedsatt förmåga till självbestämmande och som på grund av det beter sig på ett sätt som uppfyller begränsningskriterierna.

Ikraftträdandet av lagen innebär att verksamhetssätten måste förändras vid de verksamhetsenheter där rutinerna inte uppfyller lagens krav. I lagförslaget betonas klientens och patientens självbestämmanderätt och stärkande av den som utgångspunkt för verksamheten. Inom det praktiska arbetet gäller det att identifiera och avsluta sådana inskränkningar av de grundläggande fri- och rättigheterna som för närvarande inte identifierats som begränsningsåtgärder. Lagförslaget innebär fler krav på ledningsverksamheten vid verksamhetsenheterna. När de faktiska begränsningsåtgärderna identifieras och alltmer uppmärksamhet fästs vid grunderna för användningen av begränsningsåtgärder, kommer man att kunna minska användningen av åtgärderna.

Lagförslaget innebär att tjänsteproducenterna måste beakta kraven på stärkt självbestämmanderätt i samband med planeringen av lokaler. Till exempel vid sanering och nybyggen är det nödvändigt att öka antalet rum för en person samt små ettor. Vid vissa verksamhetsenheter kan man tvingas att förutom att öka personalstyrkan också minska enheternas eller avdelningarnas storlek. Det kan till exempel bli nödvändigt att vårda personer med demenssjukdomar och beteendeproblem i mindre enheter och på mindre avdelningar där personaldimensioneringen är större.

Enligt den föreslagna lagen har tjänsteproducenterna en allmän skyldighet att stärka klienternas och patienternas självbestämmanderätt (6 kap.). I förslaget ingår också en skyldighet att i vissa situationer göra upp en individuell plan som ska trygga självbestämmanderätten (42 §). Även om det handlar om nya planer har det antagits att de kan utarbetas och vidmakthållas i hög grad på ett samordnat sätt med andra planer som görs upp vid verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården. På grund av detta beräknas skyldigheten inte utöka det administrativa arbetet i någon betydande grad.

Det föreslås att tjänsteproducenterna ska vara skyldiga att erbjuda personalen introduktion, kompletterande utbildning och handledning (32 §). Bestämmelsen preciserar ur ett självbestämmandeperspektiv den lagstiftning som redan för närvarande gäller bland annat verksamhetsprogram för arbetarskyddet, patientsäkerhetsplaner, planer för egenkontroll och kompletterande utbildning. Det förutsätts dock att den introduktion, den kompletterande utbildning och den handledning som ordnas för personalen inriktas på helheter som är centrala för verkställigheten av lagen om självbestämmanderätt och senare till att upprätthålla kompetensen. Planmässigt klientarbete med framförhållning samt handledning av personalen främjar också arbetarskyddet för personalen.

Reformen innebär ett bättre rättsskydd för social- och hälsovårdspersonalen genom att den preciserar gränserna för tillåten och förbjuden verksamhet samt genom att den minskar behovet av att åberopa ansvarsfrihetsgrunderna enligt strafflagen i de fall där någon inom vårdpersonalen tvingas handla för att avvärja eller undvika ett sådant hot mot de grundläggande fri- och rättigheterna som äventyrar dessa rättigheter på ett allvarligare sätt än en begränsningsåtgärd.

4.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Bara ungefär en fjärdedel av de personer med demenssjukdomar som anlitar social- och hälsovårdstjänsterna är män. Till följd av klient- och patientfördelningen kommer begränsningsåtgärder inom tjänsterna för demenssjuka oftare antagligen att riktas oftare mot kvinnor

än mot män. Inom servicen för personer med utvecklingsstörning finns det något fler manliga än kvinnliga klienter. På basis av klientfördelningen kan det antas att begränsningsåtgärderna något oftare riktas mot en man. Ungefär tre fjärdedelar av klienterna inom missbrukarvården på inrättning är män. Vården oberoende av personens vilja gäller sannolikt oftast män, men det bedöms att vårdformen och de tillhörande begränsningsåtgärderna kommer att användas endast i liten skala. Drygt 60 procent av patienterna inom den psykiatriska specialiserade sjukvården är kvinnor. Begränsningsåtgärder i samband med vård oberoende av patientens vilja riktas något oftare mot kvinnor än mot män.

Socialvården och hälso- och sjukvården är kvinnodominerade branscher. Åtgärderna för att förbättra arbetarskyddet inriktas följaktligen i betydande grad på kvinnor. Reformen bidrar dock också till att rutinerna inom till exempel den mansdominerade prehospitala akut-sjukvården blir tydligare, vilket därigenom också påverkar arbetarskyddet.

4.6 Konsekvenser för barnens ställning

Bestämmelserna i klient- och patientlagen stärker minderåriga klienters och patienters självbestämmanderätt och främjar barnets rättigheter inom socialvården och hälso- och sjukvården. Enligt 6 § 3 mom. i grundlagen ska barn ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva. Det harmonierar med artikel 12 i FN:s konvention om barnets rättigheter att det i grundlagen inte uppställs några andra åldersgränser än 18 år. Enligt artikel 12 har ett barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätt att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Den vedertagna tolkningen av artikeln är att redan mycket unga barn har rätt att bli hörda i alla frågor som rör dem själva. Kommittén för barnets rättigheter har därför förutsatt att även icke-verbala former av kommunikation erkänns och respekteras. Som sådana kommunikationsformer nämner kommittén kroppsspråk, ansiktsuttryck, lek, teckning och målning.

Kommittén för barnets rättigheter har avrätt konventionsstaterna från att i sin lagstiftning eller praxis införa åldersgränser som skulle begränsa barnets rätt att bli hörd i alla frågor som rör honom eller henne. År 2011 uppmanade kommittén Finland att avskaffa åldersgränserna i den nationella lagstiftningen. Kommittén rekommenderar att barnens åsikter ges den tyngd de förtjänar i enlighet med barnets ålder och mognad. Barnets åsikter ska alltid bedömas från fall till fall, och barnets ålder har inte någon avgörande betydelse.

Den föreslagna klient- och patientlagen och de föreslagna bestämmelserna i barnskyddslagen grundar sig på Finlands grundlag och på FN:s konvention om barnets rättigheter. I lagen betonas skyldigheten att utreda och beakta minderåriga personers åsikt om sin social- och hälsovård. Skyldigheten gäller i första hand för social- och hälsovårdspersonalen, men även barnets vårdnadshavare och intressebevakare. Enligt lagen ska barnets bästa samt barnets ålder och utvecklingsnivå beaktas i samband med en begränsningsåtgärd. Barnets bästa bör prioriteras på så vis att barnets individuella omständigheter, situation och behov beaktas när det beslutas om en begränsningsåtgärd och när den genomförs. Barnets bästa fastställs genom att barnet hörs. Barnets åsikt är inte den enda faktor som påverkar, men barnets bästa och barnets åsikt är mycket viktiga. Avvikelse från barnets åsikter ska alltid motiveras.

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningskedan och beredningsmaterial

Innan beredningen av lagstiftningen inleddes hade det gjorts flera utredningar om begränsning av självbestämmanderätten för klienter och patienter inom social- och hälsovården. På uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet färdigställdes år 2000 en utredning om anvisningar för användningen av tvång och begränsningar i fråga om personer med utvecklingsstörning (Matikka L.M., Selvitys pakon ja rajoitusten käyttöä koskevista ohjeista kehitysvammapiireissä, 2000). Året därpå utförde en utredare förslag till nödvändiga sanktioner och begränsningar för verkställande av

omvårdnad inom social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgruppspromemorior 2001:33). År 2006 utredde en utredare begränsningen av grundrättigheter inom tjänster för personer med utvecklingsstörning (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:45). Även riksdagens justitieombudsman har i flera av sina utlåtanden hänvisat till de krav som grundlagen ställer när det gäller att begränsa patienternas och klienternas självbestämmanderätt inom social- och hälsovården samt påskyndat beredningen av lagstiftningen.

Innan projektet för självbestämmanderätt för klienter och patienter inom social- och hälsovården inleddes ordnade social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården samt det riksomfattande handikapprådet i januari 2010 ett tvådagars arbetsseminarium med temat självbestämmanderätt och gränser för den. Seminariedeltagarna företrädde yrkesutbildad personal inom social- och hälsovårdsbranschen, olika patient-, klient- och anhörigorganisationer, olika myndigheter, säkerhetsbranschen, regionförvaltningen och kommunerna samt vårdgivarna. På seminariet behandlades i synnerhet omfattningen av lagstiftning om begränsad självbestämmanderätt för klienter och patienter inom social- och hälsovården, hur uppföljning, tillsyn och rapportering som gäller åtgärder som begränsar självbestämmanderätten ska ordnas, främjande av klienters och patienters självbestämmande och förebyggande av användningen av begränsningsåtgärder samt säkerställande av säkerheten för klienter och patienter samt anställda inom social- och hälsovården. Slutsatsen från seminariet var att en gemensam lagstiftning som gäller begränsning av självbestämmanderätten inom social- och hälsovården är tänkbar. Utgångspunkten bör vara en strävan att genom förebyggande åtgärder samt högklassiga tjänster i rätt tid minimera användningen av begränsningar. För oundgängliga begränsningssituationer behövs det dock tillräckligt exakta bestämmelser om de juridiska förutsättningarna och förfarandena.

För beredningen av en lag om självbestämmanderätt och lagstiftning i samband med den

tillsattes den 2 juli 2010 en arbetsgrupp för självbestämmanderätt för klienter och patienter inom social- och hälsovården (nedan kallad arbetsgruppen för självbestämmanderätt). Separata undergrupper av typen ad hoc har arbetat jämsides med arbetsgruppen under olika faser av arbetsgruppens mandattid. Undergrupperna behandlade följande delområden: klientens och patientens självbestämmanderätt och begränsning av den inom specialomsorger om utvecklingsstörda, specialfrågor i anslutning till akuta situationer och joursituationer, vård av gravida missbrukare oberoende av personens vilja, vård och undersökning av rättspsykiatriska patienter samt stöd för beslutsfattande och rättsskyddsfrågor. Utöver dessa ansvarade en undergrupp för beredningen av ett genomförandeprogram.

Den undergrupp som koncentrerat sig på frågor som rör specialomsorger om utvecklingsstörda och vård och behandling av personer med demenssjukdomar (gruppen för äldre och personer med funktionsnedsättning) hade i uppgift att utreda dels olika sätt att förebygga begränsningsåtgärder, dels behovet av begränsningsåtgärder i samband med frivillig vård av personer med demenssjukdomar, personer med hjärnskador, personer med utvecklingsstörning och rehabiliteringsklienter inom mentalvården. I gruppens arbete låg tonvikten på situationer där klienten eller patienten har ett långvarigare behov av socialvård eller hälso- och sjukvård. Gruppens arbete fokuserade därför på frågor som gäller bland annat bedömning av funktionsförmågan och planering.

Den undergrupp som behandlat akuta situationer och joursituationer hade i uppdrag att bereda bestämmelser om stärkt och begränsad självbestämmanderätt för klienter och patienter inom social- och hälsovården med avseende på brådskande situationer inom social- och hälsovården. Det föreslogs att bestämmelserna ska tillämpas i samband med exempelvis prehospital akutsjukvård och jourverksamhet samt i situationer där behovet av socialvård måste utredas skyndsamt.

Den rättspsykiatriska undergruppen analyserade tillräckligheten hos och behoven av att ändra mentalvårdslagens bestämmelser om begränsning av de grundläggande rättigheterna i samband med vård av rättspsykiatriska patienter.

I mandatet ingick samordning av strafflagen och de bestämmelser som gäller rättspsykiatriska patienter, internationella överenskommelser om verkställighet av vårdpåföljder, ställningstaganden av Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr, ställningen för utvecklingsstörda som gjort sig skyldiga till brott samt tillgång till och utvecklande av tjänster för rättspsykiatriska patienter. Undergruppens arbete måste avbrytas 2011 eftersom de beredningsresurser som reserverats för projektet inte räckte till för att alla undergrupper skulle kunna fortsätta sitt arbete. Det beslutades då att man skulle fortsätta med i första hand den beredning inom projektet som har relevans för ratificeringen av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sommaren 2012 ordnades också ett seminarium om möjligheterna att stärka klienternas och patienternas självbestämmanderätt inom social- och hälsovården. -Målgruppen bestod då av serviceproducenter inom social- och hälsovården, myndigheter och yrkesutbildad personal, patient-, klient- och anhörigorganisationer samt media.

Mandattiden för arbetsgruppen för självbestämmanderätt löpte ut den 28 februari 2014. Regeringens proposition (RP 108/2014 rd) lämnades till riksdagen den 28 augusti 2014. Eftersom riksdagen inte hann behandla lagförslaget klart under mandatperioden 2011–2014 förföll det i slutet av mandatperioden.

Den preliminära beredningen av revideringen av mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård inleddes vid social- och hälsovårdsminister våren 2015. Inom ramen för den preliminära beredningen upprättades två bedömningspromemorior, varav den ena gällde tjänsterna enligt mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård och den andra gällde vården oberoende av patientens vilja och tvångsåtgärderna i mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård och den övriga social- och hälsovårdslagstiftningen. Det kom in 76 yttranden om bedömningspromemorierna. Centrala frågor i yttrandena var att den reglering som gäller vården oberoende av patientens vilja inte fungerar samt behovet av att göra servicesystemet mera användarvänligt.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 20 april 2017 en arbetsgrupp med uppdraget att utarbeta ett förslag till bestämmelser om

stärkt bestämmanderätt för klienter och patienter samt bestämmelser om tjänster inom missbrukarvården och mentalvården. Det tillsattes en fortsatt arbetsgrupp för perioden 15.8.2017–28.2.2018.

Arbetsgruppens mål var att reformera social- och hälsovårdslagstiftningen så att det föreskrivs om klienters och patienters självbestämmanderätt och om begränsning av denna rätt i fråga om alla klienter och patienter inom social- och hälsovården. Målet var samtidigt att reformera den lagstiftning som gäller missbrukar- och mentalvårdstjänster. Avsikten var att säkerställa att missbrukar- och mentalvårdstjänster tillhandahålls de behövande enligt samma principer som gäller andra klient- och patientgrupper.

Arbetsgruppen har haft underarbetsgrupper där bl.a. barnskydd, missbrukar- och mentalvårdstjänster, rättspsykiatri, service för personer med utvecklingsstörning samt tillgång till psykiatrisk vård och enhetliga grunder för vård behandlats. För genomförandet av dataskyddsförordningen har det funnits en separat styrgrupp inom social- och hälsovårdsministeriet.

I samband med beredningen har det dessutom ordnats särskilda informations- och diskussionsmöten samt workshoppar.

5.2 Informations- och diskussionsmöten samt remissyttranden och hur de har beaktats

6 Samband med andra propositioner

Vid social- och hälsovårdsministeriet har man förberett en översyn av den lagstiftning som gäller personer med funktionsnedsättning

som en del av totalreformen av socialvårdslagstiftningen. Målet är att bestämmelser om särskild service för personer med funktionsnedsättning ska finnas i en ny speciallag i stället för i handikappservicelagen och specialomsorgslagen. Speciallagen ska på lika grunder gälla för alla kategorier av personer med funktionsnedsättning. Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp, som utrett hur den speciallagstiftning inom socialvården som gäller personer med funktionsnedsättning ska utvecklas, har den 16 april 2015 lämnat sin slutrapport om en revidering av den lagstiftning som gäller personer med funktionsnedsättning. Arbetsgruppen föreslog att det stiftas en ny lag om särskild service med anledning av funktionshinder. Lagen kompletterar socialvårdslagen som tillämpas som allmän lag för socialvården. På den hälso- och sjukvård och medicinska rehabilitering som personer med funktionsnedsättning behöver ska hälso- och sjukvårdslagen tillämpas. Den nya lagen tillämpas på personer som på grund av en funktionsnedsättning till följd av en långvarig funktionsnedsättning eller sjukdom oundgängligt och upprepade gånger behöver hjälp eller stöd för att klara ett normalt liv. Bestämmelser som stöder självbestämmanderätten och som gäller begränsningsåtgärder avses inte ingå i den nya lagen om funktionshinderservice, utan avsikten är att de ska ingå i den föreslagna klient- och patientlagen. Beredningen av lagstiftningen om funktionshinderservice har fortsatt som tjänsteuppdrag under denna regeringsperiod. Ett utkast till proposition var på remiss sommaren 2017, varefter det har gjorts ändringar i propositionen på basis av remissvaren och övriga pågående lagstiftningsprojekt. Avsikten är att regeringens proposition med förslag till lag om särskild service med anledning av funktionshinder och lag om ändring av socialvårdslagen ska överlämnas till riksdagen under vårsessionen 2018.

1 Ikraftträdande.

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2020. Åtgärder för att verkställa lagarna får vidtas innan lagarna träder i kraft.

2 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

2.1 Klientens och patientens grundläggande fri- och rättigheter

Syftet med den föreslagna klient- och patientlagen är att stärka självbestämmanderätten för klienter och patienter inom social- och hälsovården samt att förbättra rättsskyddet för dessa personer liksom för personalen inom social- och hälsovården. Lagförslaget stärker rätten till personlig frihet och säkerhet för klienterna och patienterna samt deras skydd för privatlivet. Ett bredare mål med lagförslaget är att förbättra arbetarskyddet för dem som arbetar inom social- och hälsovården. Genom den föreslagna regleringen fullgörs också det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses enligt 22 § i grundlagen. Den föreslagna regleringen hör dessutom nära samman med det allmännas skyldighet att främja befolkningens hälsa och tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen liksom med den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som föreskrivs i 1 mom. i paragrafen. Lagförslaget har också ett nära samband med bestämmelsen om personlig trygghet i 7 § 1 mom. i grundlagen. Momentet förutsätter att staten vidtar åtgärder för att skydda vars och ens säkerhet mot externa kränkningar.

Inom social- och hälsovården kan man tvingas begränsa klienternas och patienternas grundläggande fri- och rättigheter enligt grundlagen och de mänskliga rättigheter som tryggas i internationella människorättskonventioner för att skydda den berörda personens eller någon annans liv, hälsa eller säkerhet eller för att förhindra egendomsskador i större omfattning exempelvis när personen inte kan förstå den allvarliga risk personen löper om vården inte ges eller förstå följderna av sitt beteende. Sådana situationer uppkommer inom social- och hälsovården när en persons kognitiva funktionsförmåga på ett bestående sätt är nedsatt t.ex. på grund av minnessjukdom, utvecklingsstörning eller hjärnskada. Man kan också vara tvungen att tillgripa begränsningsåtgärder i akuta situationer och journalsituationer där en persons kognitiva funktionsförmåga är tillfälligt nedsatt t.ex. på grund av förgiftning, läkemedelspåverkan eller användning av alkohol eller droger så att personen utgör en fara för sig själv eller andra. I lagen föreslås också bestämmelser om psykiatrisk vård oberoende av personens vilja, omsorg vid en tjänstenhet för socialvården oberoende av personens vilja samt om användning av begränsningsåtgärder under den tid som vården eller omsorgen pågår. Enligt förslaget ska det i klient- och patientlagen föreskrivas exakt och på ett noggrant avgränsat sätt om användningen av begränsningsåtgärder med beaktande av begränsningarnas godtagbarhet och proportionalitet samt andra förutsättningar för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna.

Självbestämmanderätt och andra centrala grundläggande fri- och rättigheter

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Förslaget innebär att denna förpliktelse uppfylls, eftersom den centrala utgångspunkten och det centrala syftet är att stärka och främja klienternas och patienternas självbestämmanderätt. Självbestämmanderätten ligger till grund för flera andra rättigheter. Den anknyter i synnerhet till det som i 7 § i grundlagen föreskrivs om liv, personlig frihet, integritet och trygghet samt till det som i 10 § i grundlagen föreskrivs om skydd för privatlivet.

I de situationer där man tvingas använda begränsningsåtgärder för att garantera social- eller hälso- och sjukvård för en klient eller patient ingriper de föreslagna begränsningsåtgärderna beroende på situationen förutom i klientens eller patientens självbestämmanderätt också i det skydd för personlig frihet och integritet som garanteras enligt grundlagens 7 § 1 mom., den rörelsefrihet som garanteras i 9 §, det skydd för privatlivet som garanteras i 10 § eller det egendomsskydd som garanteras i 15 §. Samtidigt som begränsningsåtgärderna ingriper i dessa grundläggande fri- och rättigheter tryggar de den rätt för personen i fråga till oundgänglig omsorg enligt 19 § i grundlagen och rätten till liv och personlig trygghet enligt 7 § i samma lag. Syftet med åtgärderna kan dessutom vara bland annat att skydda andras liv samt personliga frihet, integritet och trygghet, privatliv eller egendom.

Förutom till de angivna bestämmelserna i grundlagen anknyter förslagen till bestämmelsen i 1 § i grundlagen enligt vilken konstitutionen ska trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. För-

slaget har också samband med 2 § i grundlagen, som gäller demokrati och rättsstatsprincipen och enligt vilken det i demokratin ingår att den enskilde har rätt att ta del i och påverka samhällets och livsmiljöns utveckling. Demokrati och rättsstatsprincipen kan betraktas som utgångspunkt för bedömning av innehållet i det allmännas skyldigheter. Förslaget anknyter vidare till grundlagens 80 § enligt vilken bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter ska utfärdas genom lag, till lagens 118 § där det föreskrivs om ansvar för ämbetsåtgärder, till lagens 121 § som gäller kommunalt självstyre och till lagens 124 §, där det föreskrivs om överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter. Rättskyddsbestämmelserna i 21 § i grundlagen är viktiga när förslaget analyseras.

Rätten till social trygghet

Till skillnad från andra bestämmelser om de övriga grundläggande fri- och rättigheterna har bestämmelsen i 19 § 1 mom. i grundlagen formulerats som en subjektiv rätt. Enligt bestämmelsen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Rätten till oundgänglig försörjning och omsorg är ett sådant minimiskydd i sista hand som samhället ska garantera under alla förhållanden. En förutsättning är att personen inte själv förmår skaffa sig denna trygghet eller att han eller hon inte erhåller sådan genom andra sociala trygghetssystem eller av andra personer. Den rätt som avses i bestämmelsen tillkommer alla. Bestämmelsen förutsätter att det ordnas sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Stöd som

tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv omfattar till exempel åtgärder för att ordna nödvändig föda och bostad samt vissa stödåtgärder för omvårdnad av barn, åldringar, personer med funktionsnedsättning och personer med utvecklingsstörning, bland dem särskilt rätten till akut sjukvård. Det handlar om det allmännas ansvar för individen. Rent praktiskt innebär ordnande av det skydd som avses här att det behövs lagstiftning på lägre nivå. Avsikten är att begränsningsåtgärderna ska tillförsäkra klienterna och patienterna den rätt till oundgänglig omsorg som avses i 19 § 1 mom. i grundlagen i situationer där de inte själva är kapabla till detta.

Förslagen stöder också uppdraget enligt 19 § 3 mom. i grundlagen, nämligen att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga betraktas som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. I den mening som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen kan tillräckliga tjänster dock inte likställas med det skydd i sista hand som avses i 1 mom. i den paragrafen. Bestämmelsen i 3 mom. är av särskild betydelse för bedömningen av självbestämmanderätten och begränsningsåtgärderna i den bemärkelsen att man genom tillräckliga frivilliga tjänster som tillhandahålls i rätt tid kan påverka människans funktionsförmåga och till en del undvika mer begränsande åtgärder.

Rätten till liv, personlig frihet och integritet

Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Grundlagens 7 § och de skyldigheter den

medför har två dimensioner. Det allmänna ska självt avstå från att kränka dessa rättigheter, men det ska också skapa förhållanden där dessa grundläggande fri- och rättigheter åtnjuter skydd mot enskilda kränkningar. Det allmänna kan följaktligen ha skyldighet att ingripa i de rättigheter som individen, dvs. klienten eller patienten, tillförsäkras i 7 § i grundlagen, också för att trygga motsvarande rättigheter för någon annan.

Individens rätt till liv är den viktigaste av de grundläggande fri- och rättigheterna. I vissa situationer omfattar bestämmelsen också en särskild skyldighet att ge skydd och är speciellt nära förknippad med den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som tillförsäkras genom 19 § 1 mom.

Den personliga friheten har karaktären av en allmän grundläggande fri- och rättighet som skyddar inte bara människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt. Rätten till personlig integritet ger skydd mot kroppsvisitationer och medicinska eller motsvarande åtgärder som vidtas med tvång.

Rätten till personlig integritet har ett nära samband med det skydd för privatlivet som gäller enligt 10 § i grundlagen. Förutom skydd för fysisk integritet omfattar skyddet för personlig integritet också ingrepp i större omfattning i individens psykiska integritet också när ett ingripande inte kan betraktas som en sådan behandling som kränker människovärdet som förbjuds i samma paragraf. Enligt motiveringen till regeringens proposition om de grundläggande fri- och rättigheterna innebär den personliga integritetens status som en grundläggande fri- och rättighet att tröskeln för ingripande är hög. Begränsningarna ska grunda sig på lag och

uppfylla de krav på godtagbarhet och nödvändighet som preciseras i tolkningspraxis. Grundlagsutskottets nyare tolkningspraxis samt samverkan av det skydd som bestämmelserna om de grundläggande rättigheterna och människorättskonventionerna erbjuder har relevans till denna del.

Bestämmelsen om personlig trygghet skyddar det angivna rättsobjektet mot kränkningar från det allmännas sida, men förutsätter också att staten genom lagstiftningsskydd skyddar rättigheterna mot yttre kränkningar. Den personliga tryggheten understryker i synnerhet det allmännas positiva förpliktelser att vidta åtgärder för att skydda samhällsmedlemmarna mot rättsstridiga gärningar. Det att en myndighet försummar att vidta de åtgärder för avvärjande av fara som det i ljuset av omständigheterna kan krävas av den kan innebära kränkning av denna rätt.

Det i ovillkorlig form skrivna förbud mot behandling som kränker människovärdet som ingår i 7 § 2 mom. i grundlagen gäller både fysisk och psykisk behandling. Förbudet är avsett att omfatta alla former av grym, inhuman eller skymfande bestraffning eller annan behandling.

I 7 § 3 mom. i grundlagen ingår bestämmelser som preciserar den personliga friheten och integriteten. Enligt momentet får den personliga integriteten inte kränkas och får ingen berövas sin frihet godtyckligt eller utan laglig grund. Lagligheten av frihetsberövanden ska kunna underkastas domstolsprövning. Rättigheterna för den som har berövats sin frihet ska tryggas genom lag. Enligt motiveringen till bestämmelsen avses med frihetsberövande ett arrangemang genom vilket en person förbjuds och förhindras att avlägsna sig från en för ho-

nom eller henne fastställd och noggrant avgränsad vistelseplats. En gärning som innebär att en människa oberoende av sin vilja stängs in i ett låst rum betraktas som ett sådant frihetsberövande som avses i bestämmelsen. I vissa fall kan en åtgärd som är lindrigare än åtgärden att låsa in en person i ett rum betraktas som frihetsberövande som avses i bestämmelsen, om frihetsbegränsningen på grund av sin varaktighet, grad och de förhinder för sociala förhållanden som den medför kan jämföras med de begränsningar som följer av att man placerar en människa i ett låst rum.

Det frihetsberövande som avses i bestämmelsen motsvarar enligt motiveringen exempelvis vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen och isolering enligt 17 § i lagen om smittsamma sjukdomar. Omhändertagande enligt barnskyddslagen är inte som sådant frihetsberövande. Särskilda begränsningar (förbud att avlägsna sig, isolering och särskild omsorg) som eventuellt genomförs inom vård utom hemmet som ordnas i form av institutionsvård kan dock bli föremål för granskning som frihetsberövande. En sådan åtgärd för att stärka graden av frihetsberövande som riktas mot en person som har berövats sin frihet, exempelvis isolering av en patient som omfattas av mentalvård oberoende av sin vilja, är däremot inte sådan frihetsförlust som avses i bestämmelsen. Till denna del garanteras rättssäkerheten genom sista meningen i 7 § 3 mom. Enligt momentet ska rättigheterna för den som har berövats sin frihet tryggas genom lag.

Till skillnad från den regleringsteknik som används i Europakonventionen innehåller inte 7 § i grundlagen någon förteckning över godtagbara grunder för ett frihetsberövande. Detta är en av orsakerna till att det varit nödvändigt att inkludera ett uttryckligt förbud mot godtyckligt

frihetsberövande i bestämmelsen. Förbudet mot godtyckligt frihetsberövande begränsar också lagstiftarens möjligheter att fastslå grunderna för frihetsberövande. Det förutsätter att man genom lag garanterar rättssäkerheten också i samband med frihetsberövande. Det samma gäller även ingrepp i den personliga integriteten. Då man till exempel hindrar en person från att avlägsna sig eller håller en person i ett rum som kan låsas utifrån (frihetsberövande) och samtidigt använder begränsande anordningar (ingrepp i den personliga integriteten) ska samtliga åtgärder uppfylla kraven i bestämmelsen. Även om 7 § i grundlagen inte innehåller några motsvande villkor för frihetsberövande som specificeras i Europakonventionen får inte förpliktelserna beträffande de mänskliga rättigheterna kränkas genom godtagbara begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna. Med andra ord avgränsas bestämmelsen via den folkrättsliga förpliktelsen till att gälla under de förutsättningar för frihetsberövande som ingår i artikel 5 i Europakonventionen.

Skydd för privatlivet

I 10 § i grundlagen föreskrivs om skydd för privatlivet. Enligt paragrafen är vars och ens privatliv, heder och hemfrid tryggade. Enligt 2 mom. är brev- och telefonhemligheten samt hemligheten i fråga om andra förtroliga meddelanden okränkbar. Enligt 3 mom. kan dock genom lag bestämmas om åtgärder som ingriper i hemfriden och som är nödvändiga för att de grundläggandefri- och rättigheterna ska kunna tryggas eller för att brott ska kunna utredas. Genom lag kan också bestämmas om sådana begränsningar i meddelandehemligheten som är nödvändiga vid utredning av brott som

äventyrar individens eller samhällets säkerhet eller hemfriden, vid rättegång och säkerhetskontroll samt under frihetsberövande.

Enligt motiveringen till regeringens proposition om reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna är utgångspunkten för skyddet för privatliv enligt 1 mom. att individen har rätt att leva sitt eget liv utan godtycklig eller ogrundad inblandning av myndigheter eller andra utomstående. I privatlivet ingår bland annat individens rätt att fritt knyta och upprätthålla kontakter till andra människor och miljön samt att själv bestämma om sig själv och sin kropp. I alla situationer går det inte att helt och hållet göra en åtskillnad mellan privatliv, heder och hemfrid. Enligt motiveringen kan privatlivet som begrepp förstås som ett samlande begrepp för en persons privata krets. Också familjelivet omfattas av skyddet för privatliv i bestämmelsen, även om familjelivet inte nämns särskilt. I artikel 8 i Europakonventionen och i artikel 17 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter tryggas skydd för familjelivet jämsides med skydd för privatlivet.

I förarbetena till reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna är kärnområdet för hemfridsskyddet enligt riksdagens grundlagsutskotts tolkning bostaden, även om skyddet i sig också har större räckvidd än så. Enligt grundlagsutskottets tolkningspraxis täcker hemfriden i princip in alla lokaler som används för stadigvarande boende, såsom rum på hotell och resandehem samt husvagnar och husbilar. Sådana lokaler är emellertid en gråzon för hemfriden som man med stöd av lag kan ingripa i på lindrigare grunder än i fråga om en egentlig bostad. Utskottet har emellertid betonat att t.ex. gränskontroller av husvagnar och husbilar bör genomföras med iakttagande av stor finkänslighet.

Enligt 10 § 2 mom. i grundlagen har var och en rätt till förtrolig kommunikation utan att utomstående på ett obehörigt sätt kan få vetskap om innehållet i de förtroliga meddelanden som en person har sänt eller som har adresserats till honom eller henne. Detta innebär ett skydd t.ex. mot att brev eller andra förslutna försändelser öppnas eller förstörs och mot att samtal avlyssnas eller bandas. Bestämmelsen skyddar inte bara avsändaren utan det handlar om en grundläggande rättighet för båda parterna i kommunikationen. Bestämmelsen tryggar på ett allmänt plan sekretessen för förtroliga meddelanden. Därmed gäller skyddet utöver brev- och telefonhemligheten också de nyare former av telekommunikation som den tekniska utvecklingen för med sig.

I 10 § 3 mom. i grundlagen uppräknas på ett uttömmande sätt möjligheterna att utföra en undersökning som ingriper i hemfriden. Grundlagsutskottet har förutsatt att ingripande i hemfriden ska regleras i lag och att ingrepp i regel är möjliga endast då ett viktigt allmänt intresse kräver det. Utskottet har dessutom framhållit att endast en person med tjänsteansvar får göra ingreppen men att han eller hon inte får beviljas rätt att själv bruka tvångsmedel utan måste be polisen om handräckning när det behövs.

Rörelsefrihet

I 9 § 1 mom. i grundlagen föreskrivs det om rätten att röra sig fritt inom landet och att välja bostadsort. Enligt motiveringen till bestämmelsen ska man vid bedömning av om begränsningar av rörelsefriheten är tillåtna beakta inte bara de allmänna förutsättningarna för att begränsa de grundläggande fri- och rättigheterna utan också hur skyddet för de grundläggande

fri- och rättigheterna och bestämmelserna i internationella människorättskonventioner samverkar och tolkningsmässigt anpassas till varandra.

Egendomsskydd

Bestämmelser om egendomsskydd finns i 15 § i grundlagen. Med egendom avses enligt motiveringen till bestämmelsen intressen som har förmögenhetsvärde. Av dessa hör äganderätten till den mest omfattande. Äganderätten omfattar i sin tur i princip alla de rättigheter som på någon särskild grund inte hör till någon annan än till ägaren eller inte har särskilts från äganderätten. Det är bara med stöd av en lag möjligt att ingripa i eller begränsa det egendomsskydd som tryggas i bestämmelsen.

Begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna

Med begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna avses en inskränkning av de rättigheter som omfattas av tillämpningsområdet för de grundläggande fri- och rättigheterna eller ett ingripande genom åtgärder av det allmänna i den rättsliga ställningen för individen som skyddas av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna. Klienter och patienter som är föremål för ett grundlagsenligt förfarande och begränsas på ett sätt som sanktioneras av grundlagen kan inte utnyttja sina grundläggande fri- och rättigheter fullt ut.

De tillåtna förutsättningarna för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna bestäms dels på basis av de allmänna lärorna om grundläggande fri- och rättigheter, dels på basis av enkla eller specificerade lagförbehåll eller regleringsförbehåll som hänför sig till vissa

bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna. Det att en bestämmelse om en grundläggande fri- och rättighet inte innehåller något omnämnande av begränsningsmöjligheter innebär inte nödvändigtvis att fri- och rättigheten i fråga är oinskränkt, utan frågan om möjligheten att begränsa den avgörs enligt de allmänna lärorna om grundläggande fri- och rättigheter. Tillgodoseendet av någon annan grundläggande fri- och rättighet för individen eller av andra människors fri- och rättigheter liksom vägande samhällsintressen kan kräva att en persons grundläggande fri- och rättigheter begränsas. En rättslig kollision avgörs genom en vägning av de grundläggande fri- och rättigheterna i syfte att försöka nå en lösning som på bästa sätt garanterar att alla fri- och rättigheter som konkurrerar med varandra tillgodoses samtidigt. Vid en sådan vägning har de rättigheter som tryggas i 7 § i grundlagen konstaterats ha en stark dignitet. En del av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna har dock getts en ovillkorlig formulering i den bemärkelsen att de inte får begränsas genom en vanlig lag.

Av de bestämmelser som är centrala för förslagen innehåller 7 § 2 och 3 mom. i grundlagen ett sådant ovillkorligt förbud. I 7 § 3 mom. ingår dessutom en bestämmelse som ålägger det allmänna en skyldighet att trygga fri- och rättigheterna. I 10 § 3 mom. ingår vidare ett specificerat lagförbehåll. Syftet med lagförbehåll är att så exakt och strikt som möjligt fastställa förutsättningarna för en begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna så att texten i grundlagen inte ger en större befogenhet att begränsa fri- och rättigheterna än vad som är nödvändigt. I sitt betänkande om reformen

av de grundläggande fri- och rättigheterna beskriver grundlagsutskottet förutsättningarna för en begränsning av fri- och rättigheterna.

Grundlagsutskottet har i sitt betänkande om reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna beskrivit förutsättningarna för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Dessa förutsättningar har senare konkretiserats i utskottets tolkningspraxis. Alla förutsättningar för begränsning ska uppfyllas samtidigt för att begränsningen inte ska stå i strid med den aktuella bestämmelsen om de grundläggande fri- och rättigheterna. Förteckningen är inte uttömmande, utan också andra faktorer kan ha betydelse för bedömningen av om begränsningen kan anses vara tillåten.

De grundläggande fri- och rättigheterna får begränsas bara genom reglering på lagnivå. Kravet på reglering på lagnivå utgår från tanken att individens grundläggande fri- och rättigheter ska skyddas från ingripanden som inte bygger på en lag. I kravet ingår ett förbud mot delegering av befogenheter att utfärda bestämmelser om begränsning av fri- och rättigheterna på en nivå som hierarkiskt ligger under lagnivå. Begränsningarna får inte grunda sig på förordningar, administrativa föreskrifter eller så kallad institutionell makt. Dessutom förutsätter 80 § 1 mom. i grundlagen att bestämmelser utfärdas genom lag. I momentet sägs att genom lag ska utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag. De begränsningsåtgärder som föreskrivs i förslaget till klient- och patientlag ingriper i klientens och patientens självbestämmanderätt då villkoren för användningen av åtgärderna och andra omständigheter inte får regleras genom bestämmelser på lägre nivå än lag. Den föreslagna lagen innebär att

nuläget blir överskådligare genom att det på lagnivå föreskrivs om begränsningsåtgärder som för närvarande genomförs exempelvis på basis av nödvärn eller nödtillstånd eller utifrån anvisningar för och verksamhetskulturen vid olika tjänstenheter.

För att trygga så vidsträckta grundläggande fri- och rättigheter som möjligt i alla situationer, måste begränsningarna vara nogga avgränsade och tillräckligt exakt definierade. Deras innehåll ska till väsentliga delar framgå av lagen. Kraven på noggrann avgränsning och exakthet förutsätter att man utifrån de angivna begränsningarna ska kunna förutse den faktiska användningen av dem. För varje begränsningsåtgärd anges i lagförslaget exakt och nogga avgränsat de villkor som särskilt föreskrivs för användningen. Beroende på begränsningsåtgärdernas karaktär av ingripande i de grundläggande fri- och rättigheterna och beroende på de rättigheter som åtgärden i fråga tryggar uppställs det olika slags villkor som gäller exempelvis hur allvarliga de eventuella följderna är. Ett villkor är enligt förslaget i regel att klientens eller patientens eller någon annans hälsa eller säkerhet kan äventyras eller att egendom kan skadas i större omfattning. För flyttning av en person till en tjänstenhet för socialvård eller hälso- och sjukvård ska det dock alltid förutsättas att flyttningen är nödvändig för att avvärja en allvarlig fara som omedelbart hotar liv eller hälsa. För omhändertagande av ämnen eller föremål förutsätts det i sin tur att ämnet eller föremålet på grund av sina egenskaper kan användas för att allvarligt äventyra hälsan och säkerheten hos klienten eller patienten eller hos någon annan och att personen också sannolikt skulle använda ämnet eller föremålet för detta ändamål. Kroppsvisitation ska få utföras om det finns grundad anledning att misstänka

att en person i sina kläder eller annars bär på ämnen eller föremål av detta slag. Ett ytterligare villkor är att personen sannolikt skulle använda ämnena eller föremålen på ett sätt som allvarligt äventyrar hans eller hennes eller någon annans hälsa eller säkerhet. Egendom och försändelser ska få undersökas, om det finns grundad anledning att misstänka att en klient eller patient innehar sådana ämnen eller föremål som avses ovan eller att en försändelse till en klient eller patient innehåller sådana ämnen eller föremål. Rätt att få tillträde till en persons bostad eller någon annan vistelseplats ska vara en möjlighet om det finns grundad anledning att misstänka att han eller hon är utsatt för omedelbar allvarlig fara som hotar liv eller hälsa eller om en person är i uppenbart behov av socialvård och personens intresse på grund av allvarlig risk för hans eller hennes hälsa, utveckling eller säkerhet ovillkorligen kräver det och om behovet av socialvård annars inte kan utredas.

För varje begränsningsåtgärd föreslås dessutom bestämmelser om ytterligare villkor för åtgärden, till exempel om åtgärdens varaktighet och förutsättningarna för att fortsätta åtgärden, kontroll av användningen av åtgärden, åtgärden som ett led i vårdåtgärden, personer som deltar i åtgärden och behövliga expertutlåtanden. För varje åtgärd föreslås dessutom bestämmelser om vem som i olika situationer är berättigad att avgöra eller besluta om åtgärden. Begränsningarna ska vara godtagbara och påkallade av ett vägande samhälleligt behov. Med godtagbarhet kan förstås exempelvis godtagbara grunder för begränsning som gäller enligt motsvarande bestämmelser i Europakonventionen, vilket dock inte innebär att grunderna är direkt godtagbara grunder för att begränsa en grundläggande fri- och rättighet.

Med tanke på systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna kan också strävan att trygga andra individers grundläggande fri- och rättigheter utgöra en godtagbar grund för att begränsa rättigheterna. En begränsning är godtagbar om den är nödvändig för att trygga ett annat intresse som väger tyngre. En godtagbar grund för begränsning ska täcka varje begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna separat. Godtagbarhet inrymmer också bland annat det att begränsningsåtgärder inte får användas som disciplinära åtgärder eller som åtgärder med karaktär av bestraffning. Godtagbarheten för de åtgärder som ingår i lagförslaget och som begränsar grundläggande fri- och rättigheter har i fråga om varje begränsningsåtgärd analyserats i förhållande till de rättsobjekt som är skyddade genom åtgärderna. Godtagbarheten för en begränsning av grundläggande fri- och rättigheter baserar sig i fråga om respektive åtgärd på att en annan fri- och rättighet som väger tyngre än den grundläggande fri- och rättighet som begränsningen gäller tryggas.

Också kravet på proportionalitet har betraktats som en förutsättning för begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna. Begränsningarna ska vara nödvändiga för att ett godtagbart syfte ska nås och till sin omfattning stå i rätt proportion till rättsobjektet som är skyddat genom de grundläggande fri- och rättigheterna och till vikten av det samhälleliga intresset bakom begränsningarna. När förutsättningarna för begränsning avvägs gäller det att säkerställa att den eftersträlvade nyttan är mer betydande än olägenheterna och att det eftersträlvade slutresultatet inte kan nås genom åtgärder som i lindrigare grad ingriper i individens grundläggande fri- och rättigheter. En bedömning av proportionaliteten baserar sig på avvägning av

de intressen som de grundläggande fri- och rättigheterna skyddar mot de intressen som ligger till grund för en begränsning av fri- och rättigheterna. Bestämmelserna i grundlagen har en accentuerad ställning vid avvägningen. En grundläggande fri- och rättighet får inte begränsas, om lindrigare åtgärder är tillräckliga. I lagförslaget har kraven i fråga om begränsningsåtgärdernas godtagbarhet och proportionalitet specificerats i de bestämmelser som gäller allmänna villkor för användning av begränsningsåtgärder, och separat för de olika begränsningsåtgärderna i bestämmelsen om respektive begränsningsåtgärd.

Med stöd av den föreslagna lagen ska begränsningsåtgärder på de villkor som anges i respektive paragraf få användas i fråga om sådana klienter eller patienter som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning eller av någon annan motsvarande orsak inte kan avgöra frågor om sin egen socialvård eller hälso- och sjukvård eller förstå konsekvenserna av sitt handlande och till följd av detta sannolikt skulle äventyra sin egen eller andras hälsa eller säkerhet eller skada egendom i större omfattning.

Enligt den föreslagna lagen ska det vara tillåtet att använda begränsningsåtgärder bara i sådana situationer som avses i lagförslaget när det är nödvändigt och lindrigare medel inte är lämpliga eller tillräckliga med avseende på begränsningsåtgärdens syfte. Orsaken till att lindrigare medel inte används ska således vara exempelvis att de är olämpliga för situationen, inte att till exempel personalstyrkan är liten. Begränsningsåtgärden ska också vara motiverad med tanke på vården eller omsorgen om patienten eller klienten, lämpa sig för ändamålet och stå i rätt proportion till sitt syfte. Om flera begränsningsåtgärder samtidigt eller efter varandra rik-

tas mot en klient eller patient, ska särskild uppmärksamhet ägnas åt hur åtgärderna samverkar. Begränsningsåtgärder ska genomföras med respekt för klientens eller patientens människovärde, så tryggt som möjligt och så att klientens eller patientens grundläggande behov tillgodoses. En begränsningsåtgärd ska avslutas genast när den inte längre är nödvändig eller om den äventyrar klientens eller patientens säkerhet. Avsikten är att användningen av begränsningsåtgärderna ska bindas vid ändamål som är godtagbara med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna. De ska således inte få användas t.ex. i bestraffnings- eller fostrings- eller i något annat syfte som inte anges i lagen. När det gäller klienter eller patienter ska begränsningsåtgärdernas försvarbarhet alltid bedömas med hänsyn till beteendet och situationen som helhet.

I samband med att grundlagsutskottet behandlade begränsningsåtgärderna i 4 a kap. i mentalvårdslagen och de allmänna villkoren för användningen av åtgärderna påpekade utskottet att ingrepp i en patients självbestämmanderätt får ske bara utifrån en uttrycklig befogenhetsbestämmelse i det kapitlet. Enligt utskottet bör denna utgångspunkt komma fram i formuleringen av bestämmelsen om de allmänna villkoren för begränsningar. Villkoret uppfylls också i förslaget till klient- och patientlag. Förutom de allmänna villkoren i lagförslaget ska de särskilda villkor som anges för respektive begränsningsåtgärd vara uppfyllda innan det är tillåtet att använda begränsningsåtgärden.

För begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna krävs det också tillräckliga rättsskyddsarrangemang. Kravet täcker såväl möjligheten att söka ändring som andra proces-

suella rättsskyddsgarantier. Utöver bestämmelser om sökande av ändring i fråga om vissa begränsningsåtgärder har det i lagförslaget genomgående tagits in olika rättsskyddsarrangemang i olika paragrafer.

Kravet på okränkbarhet skyddar kärnområdet i de grundläggande rättigheterna. Enligt grundlagsutskottet kan det inte genom vanlig lag bestämmas om en inskränkning av kärnan i en grundläggande fri- eller rättighet. En grundläggande fri- och rättighet kan inte begränsas i så hög grad att dess centrala innehåll förlorar sin betydelse. Det har inte gått att entydigt definiera denna innehållsmässiga kärna. Lagstiftaren har i princip ett större spelrum, om begränsningarna av de grundläggande fri- och rättigheterna inte sträcker sig längre än till randområdena av skyddet för de grundläggandefri- och rättigheterna.

Begränsningarna får inte stå i strid med Finlands internationella människorättsförpliktelser. Begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna får inte sträcka sig så långt att följden blir att bestämmelserna i en internationell människorättskonvention som är förpliktande för Finland kränks. Exempelvis artikel 5 i Europakonventionen anger sådana villkor för frihetsberövande som ska beaktas när det föreskrivs om begränsningsåtgärder. Också när kravet på godtagbarhet i fråga om grunderna för begränsning av skyddet för privatlivet bedöms, gäller det att beakta den förteckning över grunder för att ingripa i det skydd för privatlivet som Europakonventionen tryggar vilken ingår i artikel 8.2 i konventionen. Grunder för begränsningar är enligt förteckningen den nationella och den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande, förebyggande av oordning eller brott, skydd för hälsa och moral samt skydd för andra personers fri- och rättigheter.

123(123)

För skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna och med tanke på deras permanenta karaktär är det viktigt att restriktionerna är så obetydliga som möjligt.

2.2 Analys av olika begränsningsåtgärder

2.3 Tillhandahållande av tjänster på lika grunder

Förslaget uppfyller grundlagens krav på exakt-
het, noggrann avgränsning och propo-
rtionalitet. Även individens rättssäkerhet har till-
godsetts som sig bör. Lagförslaget kan be-
handlas i vanlig lagstiftningsordning. Det är
dock motiverat att grundlagsutskottet ombeds
yttra sig om förslaget.

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs
riksdagen följande lagförslag: