

2016-03-31

Handläggare: Anna Langseth
Åke Nilsson

S2015/06260/FS

s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning (SOU 2015:80)*

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har, 2015-12-16, via remiss (S2015/06260/FS) av regeringen inbjudits att lämna synpunkter på betänkandet och vill med anledning av detta anföra följande.

1. Inledning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, organiserar sedan snart 50 år på demokratisk grund människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar.

Som en följd av psykisk ohälsa kan en individs beslutsförmåga i förekommande fall vara nedsatt. En sådan nedsättning är sällan konstant och drabbar alls inte alla. Det är då betydligt vanligare att kommunikation och förtroende sviktar mellan vårdpersonal och patienter som journalförs inom psykiatrin. Inom psykiatrin kastar också möjligheterna för vårdgivare att tillgripa tvång en kall skugga över relationen patient-personal. Rätt till god vård vid behov OCH faktiskt självbestämmande över den egna kroppen har för alltför många människor med psykisk ohälsa under allt för lång tid varit en utopi. Mycket har skett de sista 50 åren, men ännu är inte dessa två rättigheter generellt självklara vare sig i förening eller var och en för sig.

De RSMH representerar är människor vars behov av skydd, vård, stöd och service tyvärr alltså inte alltid möts på samma sätt som för övriga medborgare och vars alternativ och ekonomiska förutsättningar ofta är ytterst beskurna. Vår styrka och grunden för allt vi gör är våra medlemmars egna erfarenheter av social och psykisk ohälsa, därtill kopplade samhällsinsatser, vård, hjälp, stöd och återhämtning.

RSMH:s grundpelare är kamratstöd och intressepolitik. Riksförbundet verkar på föreningsdemokratisk grund och är en del av Handikappförbunden och aktiv inom Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

2. Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag har huvudsakligen bestått i att lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering avseende vuxna som, på grund av att de helt eller delvis inte kan fatta egna beslut, saknar möjlighet att fullt ut vara delaktiga eller på annat sätt utöva sitt självbestämmande i situationer då detta förutsätts inom hälso- och sjukvård, tandvård eller forskning.

Utgångspunkten för den föreslagna rättsliga regleringen skulle vara personens möjligheter att få hälso- och sjukvård och tandvård samt medverka i forskning och inte ett tvång att underkasta sig desamma. Den föreslagna regleringen skulle inte medge tvångsåtgärder.

Även om RSMH känner stor respekt för hur utredningen inom ramen för sina direktiv sökt styra upp de tillfällen då beslut i en persons intresse inom vård och omsorg kan och bör involvera indirekta indikatorer för vilja och intresse menar vi att informellt och latent tvång (möjligheten till faktiskt tvång under vissa förutsättningar) inom psykiatrin underminerar de olika generella lösningar som utredningen föreslår. Detta borde oavsett direktivens strikta ordalydelse ha problematiserats tydligt i utredningen för att kontexten för dess förslag fullt ut skulle kunna anses utredd.

3. Sammanfattning av förslaget

Utredningen om beslutsoförmögnas ställning inom vård, omsorg och forskning föreslår i sitt betänkande en reglering om företrädare för personer som helt eller delvis saknar förmåga att utöva sitt självbestämmande i frågor som rör hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, likväl som omsorg och forskning. Förslagets uttalade syfte är att klargöra och stärka ställningen för berörda personer och så långt möjligt är ge dem stöd för att själva kunna ta ställning eller, då detta inte bedöms vara möjligt, utifrån deras individuella förutsättningar göra dem delaktiga i ställningstagandena.

Utredningen föreslår en ny lag: lagen om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till hälso- och sjukvård och omsorg (LSH). LSH innehåller bland annat bestämmelser om företrädare för personer som har fyllt 18 år och som inte har förmåga att i olika situationer själva ta ställning i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård och omsorg.

Utöver bestämmelser om hjälp av företrädare vid ställningstaganden innehåller lagen bestämmelser gällande vissa närbesläktade frågor, som t.ex. personalens beslutsfattande i vissa situationer när personen inte själv kan ta ställning, stöd vid beslutsfattande, överklagande etc. Lagen ska tillämpas i både offentligt och enskilt bedriven verksamhet.

Den nya lagen syftar till att klargöra och stärka ställningen för personer som inte har förmåga att själva ta ställning i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) och omsorg i olika situationer. Ett annat syfte med lagen är att personer så långt som möjligt ska

ges lämpligt stöd och lämpliga förutsättningar i övrigt för att kunna ta ställning själva i de frågor som uppkommer. När detta inte är möjligt ska de så långt som möjligt utifrån sina förutsättningar, önskemål och behov göras delaktiga i ställningstagandena.

Av förslaget till LSH framgår att en person aldrig ska anses ha behov av en företrädare förrän han eller hon har fått individuellt anpassad information, annat lämpligt stöd och lämpliga förutsättningar i övrigt för att själv kunna ta ställning i frågan och detta har visat sig otillräckligt.

Utredningen föreslår dock undantag för ställningstaganden till vissa åtgärder utifrån vad man ser som rimlighetsskäl och effektivitetsskäl. Detta gäller då vissa vardagliga och rutinbetonade åtgärder få vidtas av ansvarig personal utan att formaliserade beslut fattas och företrädare involveras. Även om en person inte kan ta ställning i en fråga själv (efter att ha fått lämpligt stöd m.m.), och således som utgångspunkt skulle ha behov av en företrädare, ska därför personen inte anses ha behov av en sådan vid ett ställningstagande i en fråga om en löpande omvårdnadsåtgärd. Detsamma ska gälla vid ett ställningstagande i en fråga om hälso- och sjukvård eller vid genomförande av omsorg, som med hänsyn till art, omfattning och övriga omständigheter framstår som mindre ingripande eller som saknar ingripande karaktär.

Till kategorin löpande omvårdnadsåtgärder hör närmast åtgärder inom ramen för den dagliga omvårdnad som äger rum i anslutning till den egentliga medicinska behandlingen. Även personer som får bistånd i form av särskilt boende enligt SoL och LSS eller andra insatser enligt de lagarna får ofta löpande omvårdnad i anledning av insatsen. Sådana åtgärder utförs ofta dagligen för många av de personer som berörs. Generellt sett kan nog förutsättas att åtgärderna ofta företas med stöd av presumerade (eller i vissa fall hypotetiska) samtycken, oavsett om den enskilde saknar förmåga att själv ta ställning i frågan eller inte. Exempel på sådana löpande omvårdnadsåtgärder är när personalen stödjer och hjälper personen att sköta på- och avklädning och personlig hygien samt vid förflyttning och måltider m.m. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en vägledning i anslutning till att LSH införs

En person ska, enligt utredningens förslag, anses ha behov av en företrädare om han eller hon behöver hjälp vid ett ställningstagande i en fråga som gäller hans eller hennes hälso- och sjukvård eller omsorg på grund av att personen uppenbarligen inte har förmåga att

1. förstå den information som är relevant för ställningstagandet,
2. överväga olika beslutsalternativ,
3. ta ställning i frågan i enlighet med de gjorda övervägandena, eller
4. skriftligen, muntligen eller på annat sätt visa vilken inställning han eller hon har i frågan.

Bedömningen av om och i vilken omfattning personen har behov av en företrädare ska enligt förslaget till LSH göras med hänsyn till den uppkomna frågans karaktär och förhållandena vid den tidpunkt då ställningstagandet i frågan aktualiseras. Bedömningen av hjälpbehovet föregås följaktligen alltid av ett övervägande i det enskilda fallet och kan inte enbart grunda sig på att en person exempelvis har en viss funktionsnedsättning eller diagnos. Det handlar om en individuell och situationsanpassad bedömning utifrån de kriterier som har angetts ovan.

Företrädaren kan, efter att ett beslut om behov av en företrädare har fattats, företräda den enskilde inom ramen för handläggningen av ärendet eller vid behandlingssituationen. Själva beslutet ska dokumenteras och innehålla en motivering. Det ska meddelas den person som beslutet avser och hans eller hennes företrädare. Det ska gälla omedelbart, om inte något annat förordnas. Beslutet ska genast upphävas om det inte längre behövs och det ska även vara möjligt att överklaga. Den personal som deltar i hälso- och sjukvården eller omsorgen av personen bör

löpande uppmärksamma om han eller hon i stället kan ta ställning själv, utan hjälp av en företrädare.

När en person har behov av en företrädare i en fråga ska han eller hon, enligt utredningens förslag, som utgångspunkt representeras enligt följande turordning:

- i första hand, framtidsfullmäktig, och
- i andra hand, närstående till honom eller henne enligt följande:
 1. make eller sambo
 2. barn
 3. barnbarn
 4. föräldrar
 5. syskon
 6. annan närstående.

I de fall en person inte ska företrädas av framtidsfullmäktig eller närstående i en fråga som gäller omsorg, ska personen företrädas av en god man enligt 11 kap. 4 § FB eller en förvaltare. En redan förordnad god man eller förvaltare med relevant behörighet kommer alltid först i turordningen, alltså före framtidsfullmäktig och närstående.

Inom vården ska, i sista hand, den legitimerade läkare eller tandläkare som har ansvaret för hälso- och sjukvården av personen ta ställning i en fråga om att få vård, efter samråd med ytterligare en legitimerad läkare respektive tandläkare. Verksamhetschefen ska ansvara för att det utses en fast vårdkontakt för personen i anslutning till ett läkarsamråd, om det inte är uppenbart obehövt.

En företrädare ska, så långt som möjligt i samråd med personen, i hans eller hennes ställe ta ställning till den fråga som har aktualiserats. Inom vården handlar det om att ta ställning i frågor om samtycke till viss hälso- och sjukvård ska lämnas, och frågor i övrigt som gäller personens hälso- och sjukvård. Inom omsorgen kan uppdraget omfatta att ansöka om eller begära insatser, att företräda personen vid handläggning av ärenden om insatser och överklaga beslut i sådana ärenden, att ta ställning till om samtycke till en viss åtgärd vid genomförandet av insatsen ska lämnas samt att ta ställning i övrigt i omsorgsfrågor.

Företrädaren ska inom sitt uppdrag i frågan ha samma rätt till information som personen har enligt lagar och andra författningar. Företrädaren har även i övrigt rätt att ta del av de uppgifter som han eller hon kan antas behöva för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Företrädaren ska innan ett ställningstagande för en persons räkning överväga

- om personen kan antas få bättre förutsättningar att själv ta ställning i frågan eller vara delaktig om ställningstagandet skjuts upp, och i så fall till när, och
- om ställningstagandet lämpligen bör senareläggas till den tidpunkten.

I de fall företrädaren tar ställning för personens räkning ska denne till grund för sitt ställningstagande i princip lägga personens inställning så som denna skulle ha varit, om personen hade haft förmåga att själv ta ställning i frågan vid den aktuella tidpunkten (förmodad vilja). Företrädaren ska då särskilt beakta skriftliga förhandsdirektiv och yttranden i annan form. Inför ställningstagandet ska företrädaren så långt som möjligt samråda med personen och göra honom eller henne delaktig och ta hänsyn till vad han eller hon då ger uttryck för. Om företrädaren inte kan bilda sig en uppfattning om personens förmodade vilja, ska i stället hans eller hennes bästa utgöra grund för ställningstagandet.

Även den personal som ansvarar för hälso- och sjukvården eller omsorgen av personen ska beakta vad som anges i stycket ovan när en åtgärd övervägs utan samtycke från en företrädare i enlighet med LSH.

När det gäller vården föreslås ett undantag som innebär att företrädaren inte har rätt att motsätta sig behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla personens liv. Notera även att Patientlagen kap 4:4 samt Brottsbalken kap 24:4 reglerar nödsituationer då LSH alltså inte är relevant. Vidare ska LSH inte tillämpas i fråga om dels åtgärder som innebär eller är förenade med frihetsberövande eller annat tvång eller därmed angivna jämställda åtgärder, dels åtgärder som innefattar betydande intrång i den personliga integriteten och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

LSH är, i dess föreslagna lydelse, inte tillämplig i fråga om åtgärder på hälso- och sjukvårdens område som regleras särskilt i steriliseringslagen (1975:580) eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Utredningens lagförslag på forskningsområdet tar sikte på vuxna som inte har förmåga att i olika situationer själva ta ställning i frågor som gäller samtycke till deltagande i forskning m.m. när samtycke från forskningspersonen krävs enligt gällande lagstiftning, och särskilt frågan om det företrädande samtycket.

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2018.

4. RSMHs ståndpunkter med anledning av utredningen

RSMH anser att förslagen i utredningens betänkande i sig är nog så väl genomarbetade och generellt synes ha goda förutsättningar att bidra till en mer jämlik vård och omsorg samt förbättrade möjligheter till att bedriva betydelsefull forskning. Vår grundläggande reservation är dock att vi ser risker för att informellt och latent tvång (möjligheten till faktiskt tvång under vissa förutsättningar) inom psykiatrin underminerar de olika generella lösningar som utredningen föreslår.

I klartext kan människors ställningstaganden, till exempel till behandlingsalternativ, påverkas av om de uppfattar en risk för sin framtida autonomi om de ifrågasätter eller motsätter sig aktuella alternativ. Detta borde oavsett direktivens strikta ordalydelse ha problematiserats tydligt i utredningen för att kontexten för dess förslag fullt ut skulle kunna anses utredd för de grupper som RSMH företräder.

Mot bakgrund av att en konkret och sammanhållen reglering idag saknas på området ser vi dock utredningens förslag om ett regelverk som säkerställer att en person med nedsatt beslutsförmåga kan få stöd och hjälp att förstå information, ta ställning till vård- och omsorgsinsatser samt kommunicera dessa som ett fall framåt.

Detta inte minst då dagens brister i vård och omsorg vad gäller tillgänglighet, bemötande och kommunikation för människor med psykisk ohälsa annars, såvitt vi kan bedöma, starkt bidragit till minskad livskvalitet, kortare livslängd och ökade risker för vårdskada för människor med uttalad psykisk ohälsa/funktionsnedsättning. Det må enligt svensk sjukvårdslagstiftning inte finns någon rätt att själv välja fritt och få den vård man själv vill ha, men de grundläggande mänskliga rättigheterna till liv och hälsa, förtydligade i bland annat FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, förbjuder diskriminering i vården; lika behov ska ha lika tillgång/tillträde. Att så inte alltid är fallet för människor med psykisk ohälsa inom

kroppslig sjukvård framgår inte minst av Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser 2014 - Jämlig vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*.

RSMH har i tidigare yttranden framfört vårt stöd för framtidsfullmakter (se bifogad bilaga).

RSMH är vidare av den uppfattningen att utredningen tydligare borde ha redogjort för vilka yrkesutövare eller funktioner som ska utse företrädare och hur dessa eventuellt ska samverka. Framförallt är ju detta av intresse för de beslutsoförmögna som har insatser från flera vård- och omsorgsverksamheter som var för sig kan besluta om företrädare; exempelvis psykiatri och kommunal socialpsykiatri.

I utredningens förslag blir dock frågan om skyldigheten att alltid initialt – a priori beslut om företrädare – ge individuellt stöd och erbjuda lämpliga förutsättningar i övrigt för att enskilda patienter/klienter själv ska kunna ta ställning lite diffust avgränsat. En lösning kunde här vara att redan i Patientlagens tredje kapitel tydligt reglera detta i anslutning till bestämmelserna om information.

Mot bakgrund av Sveriges åtaganden utifrån artikel 12.3 och 12.4 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och särskilt princip 3 och principerna 2, 5, 6, 22 och 23 i Europarådets rekommendation om skydd för hjälpbehövande vuxna vore en sådan explicit särskild lagreglering i Patientlagen inte fel.

I frågorna om forskning är RSMH försiktigt positiva till utredningens förslag vad gäller framtidsfullmakter, tveksam till närståendes beslutanderätt och ytterst skeptisk till incheckning i forskningsstudier via läkare, tandläkare eller annan yrkesutövare.

RSMH:s grundläggande uppfattning är nu som tidigare att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård och omsorg måste utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

Bilaga: *RSMH:s yttrande över Departementspromemorian Framtidsfullmakter (Ds 2014:16)*

CC: **Civil Rights Defenders**
Handikappförbunden
NSPH
Socialstyrelsen

2014-09-29

Handläggare: Åke Nilsson
Anna Langseth

Ju2014/3309/L2

ju.L2@regeringskansliet.se

Regeringen
Justitiedepartementet
103 33 STOCKHOLM

Yttrande över Departementspromemorian *Framtidsfullmakter* (Ds 2014:16)

Inledning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, (bildat 1967) har byggts upp av människor med egna erfarenheter av funktionsnedsättning samt psykisk ohälsa. Riksförbundet verkar på föreningsdemokratisk grund och är en del av Handikappförbunden samt aktiv inom nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt och arbetar för att aktivt motverka utanförskap och diskriminering.

Handikappförbunden – av vilka Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, alltså är ett – har beretts möjlighet att yttra sig över ovan nämnda förslag via remiss 2014-05-26 (Ju2014/3309/L2). Även om ett gemensamt yttrande avges från Handikappförbunden vill RSMH anföra och understryka följande.

Allmänna synpunkter

Många av RSMH:s medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar. Människor vars behov av vård, stöd och service inte alltid matchats från det allmänna på samma sätt som för övriga medborgare. Tillika människor som ofta får se sin autonomi inskränkt eller trängd i samröre med vårdgivare eller de som anförtrotts att utöva samhällsservice för kommunala och statliga huvudmän.

Det är därför oerhört viktigt att den enskildes handlingsförmåga inte inskränks mer än vad som är nödvändigt i de processer då tillsättandet av god man, förvaltare eller förutsättningarna för det föreslagna rättsinstitutet framtidsfullmakt övervägs. Här finns för Sverige utöver Regeringsformens andra kapitel och Europakonventionen om de mänskliga fri- och rättigheterna också

ett internationellt åtagande jämte den i januari 2009 av Sverige ratificerade FN:s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i konventionens artikel 12 p. 4.

Människor med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning är inte en helt homogen grupp och iden omedelbara effekter av ohälsan samt graden av funktionsnedsättning kan mycket väl fluktuera högst avsevärt över tid från individ till individ. En människa kan ha allvarlig psykisk ohälsa och avsevärda psykiska funktionsnedsättningar utan att hennes självbestämmande därför skulle kunna betraktas som ett risktagande med liv, hälsa eller egendom. Inte heller är det självklart att presumera bristande beslutskompetens generellt då en person synes demonstrera beslutsförmåga i vissa avseenden (se t. ex. Bartlett, Peter, Lewis, Oliver, Thorold, Oliver, *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, s. 121. och Tännsjö, *Tvångsvård: om det fria valets etik i hälso-och sjukvård*, s. 154.).

Härav följer att RSMH vill anbefalla största möjliga försiktighet då man från det allmännas sida överväger att begränsa människors autonomi och att alternativ måste kunna utforskas och proportionalitet avstämmas innan sådana begränsningar kommer till stånd.

Även om man i olika akuta skeden av psykisk ohälsa skulle ha svårt att sörja för sin person eller tillvarata sin rätt och egendom kan man utifrån personliga erfarenheter, behov och preferenser ha såväl före som efter en väldigt tydlig bild av hur man skulle önska att den som inträder i ansvar för detta borde agera. RSMH och andra brukarorganisationer har därför till exempel länge drivit idén om att så kallade Nätverkskontrakt eller vårdtestamente för att formerna för vård och omsorg så långt det är möjligt ska följa en vård- och omsorgstagares personligen uttryckta vilja.

Ett exempel för att illustrera behovet av detta är då människor som tidigare utsatts för traumatiska övergrepp (sexuella övergrepp, fysisk misshandel, osv) vid en senare slutenvårdsinläggning utan närmare reflektion under slutenvården med tvång läggs i bälte eller isoleras/avskiljs under längre tid. Likaså att behandlingsmetoder med olika former av biverkningar som en tidigare beslutsförmögen patient innan uttryckt sig vilja få alternativ till sätts in mot patientens vilja i vård vid ett senare tillfälle då patienten inte längre är beslutsförmögen. Här pratar vi alltså inte om akuta livsuppehållande insatser utan om tvångsmedicinering och tvångsbehandling med långtgående påverkan genom sina biverkningar som patienten inte uttryckligen önskat. Ett sabotage, om man så vill, mot etablerade behandlingsallianser mellan patient och vårdgivare som även försvårar framtida förtroende och delaktighet i sin egen vård.

Som brukare av psykiatrins tjänster behövs inflytande över vården. För individen gäller det att få gehör för sina egna erfarenheter, upplevelser och önskemål. Ett sätt att underlätta detta är att skriva ett nätverkskontrakt eller ett psykiatriskt vårdtestamente. Om man t.ex. har provat en viss medicin förut och fått svåra biverkningar av den är det viktigt att slippa få just den medicinen insatt igen. Genom att skriva ned sådana saker i ett nätverkskontrakt eller psykiatriskt vårdtestamente kan man undvika att misstag upprepas. Ett nätverkskontrakt är en överenskommelse mellan dig, dina närstående, och vården. Ett psykiatriskt vårdtestamente är dina önskemål till vården ifall du mår så dåligt att du har svårt att uttrycka önskemålen.

Ett sådant dokument ger också vägledning till vården (och närstående) om hur man vill bli bemött vid tidiga varningstecken och vid ett insjuknande. Det är bra att beskriva vilka tidiga varningstecken du brukar få, och vad du

vill att ditt nätverk ska göra om du skulle få dessa varningstecken igen. Det samma gäller om varningstecknen förvärras och börjar likna ett insjuknande.
Elisabeth Alphonse, rsmhbloggen.se 120109

Även om Nätverkskontrakt och Vårdtestamenten upprättas och i många fall nyttjas är de fortfarande helt beroende av den aktuella vårdgivarens goda minne och intresse. Även de närstående för vilka den beslutsoförmögne tidigare uttryckt förtroende och som är villiga att engagera sig riskerar – oavsett vad som står i ett eventuellt Nätverkskontrakt – att exkluderas och hållas ovetande om väsentlig information rörande den beslutsoförmögne och dennes vård.

Även utanför slutenvårdens väggar finns ibland ett tydligt behov av stöd som leder till att god man eller författare utses för en person som inte fullt ut kan sörja för sig själv. Ofta sker detta i samförstånd. Men i de fall när den enskilde och kommunen har olika uppfattning om vem som är lämplig uppfattar RSMH att besluten i förekommande fall fattas på för svaga grunder och att domstolen utan djupare överväganden följer kommunens tillgängliga rekommendation där personer med "god vandel", men utan relation till eller kunskap om den huvudman de sätts att företräda tillsätts. Detta är särskilt alarmerande då personer för vilka huvudmannen vid sunna vätskor uttryckt förtroende och som tidigare tagit del av huvudmannens vilja, preferenser och livsåskådning, kan vara tillgängliga.

Specifika synpunkter på promemorians förslag

Genom den i promemorian föreslagna lagen införs en ny typ av fullmakter, framtidsfullmakter, som är giltiga när en fullmaktsgivare på grund av psykisk störning, sjukdom, skada eller liknande förhållande är ur stånd att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. Det är fullmäktigen som med stöd av ett medicinskt underlag ska avgöra när denna tidpunkt har inträtt.

Frågan när en framtidsfullmakt ska träda i kraft (ergo: vid vilken tidpunkt fullmaktsgivaren förlorat sin beslutsförmåga) är både känslig och svårbedömd. I lagförslagets (Förslag till lag (0000:000) om framtidsfullmakter och om behörighet i vissa fall för anhöriga) § 10 ges fullmäktigen å ena sidan (§ 10:3) extrem insyn i känsliga personuppgifter som berör fullmaktsgivaren – alla uppgifter alltid! jämför förslaget till ny § OSL 12:4 – å andra sidan förväntas fullmäktigen utgå från och förevisa dokumentation denne inte har rätt att kräva framställs (§ 10:3 jfrft med Patientdatalag (2008:355) kap 3:16) i form av till exempel specifika läkarintyg med relevans för frågan om beslutskompetens. Att annars som lekman bedöma, sammanställa och förevisa ett relevant urval känsliga personuppgifter från medicinska journaler lär knappast vara okomplicerat.

För att framtidsfullmakten ska träda i kraft ska därutöver krävas att den registreras hos överförmyndaren. Här kunde, i RSMH:s ögon, även en registrering på nationell botten vara ett alternativ. Fullmaktsgivaren ska kunna villkora ikraftträdandet av en prövning i tingsrätt av hans eller hennes hälsotillstånd. Även fullmäktigen ska kunna få till stånd en sådan prövning när det behövs för att uppdraget ska kunna fullgöras på förutsatt sätt. Angående svårigheten i detta anförs resonemanget i föregående stycke.

Fullmäktigen ska vara skyldig att agera i enlighet med fullmakten och utifrån fullmaktsgivarens intressen. Han eller hon ska också vara skyldig att samråda med fullmaktsgivaren i viktiga frågor i den mån så är lämpligt och framtidsfullmakten inte anger annat. Enligt RSMH:s principiella mening är dokumenterat samråd aldrig olämpligt alldeles oavsett om de utmynnar i kunskap till ledning för fullmäktigen i den för stunden aktuella frågan eller inte.

Människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar som objektivt sett har rätt till förmåner enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) har i förekommande fall nekats detta med hänvisning till SFB 110:4 (skriftlig ansökan, alla relevanta omständigheter, styrkt på heder och samvete och egenhändigt undertecknad ansökan) respektive SFB 33:14 (sjuk- eller aktivitetserättning: inte längre än tre månaders retroaktiv effekt från ansökningsdatum) trots att brister och förseningar i de relevanta fallen föranletts av den ohälsa som i ansökan beskrivs.

Här har samhällsstödet, inklusive ställföreträdareformerna god man och förvaltare, fallerat i upprörande grad och en orimlig börda och ansvar lagts på individen axlar. I detta sammanhang kunde framtidsfullmakt möjligen i någon mån vara en positiv motkraft till den nu rådande ojämlikheten för människor med psykisk ohälsa. Haken är dock framtidsfullmäktigen inte är att jämställa med legala ställföreträdare utsedda jämte Föräldrabalkens 11 kapitel av domstol som god man eller förvaltare. Därigenom kan framtidsfullmäktigen inte i fullmaktsgivarens namn söka förmåner jämte SFB 110:4 då ingen annan i dagens rättsläge än den det berör eller dennes god man eller förvaltare på heder och samvete kan lämna uppgifter. Promemorian innehåller tyvärr inget konkret lagtekniskt förslag för att möjliggöra att framtidsfullmäktigen ska kunna bistå fullmaktsgivaren i ovanstående. Detta trots man i promemorians mer allmänna ordalag ger intryck av att detta skulle kunna vara ett motiv till införandet av rättsinstitutet framtidsfullmakt.

Det ska stå fullmaktsgivaren fritt att avgöra om - och i så fall hur - fullmäktigens handlande ska kontrolleras. Fullmaktsgivaren ska i framtidsfullmakten kunna peka ut en person till vilken fullmäktigen har att lämna redovisning för sitt uppdrag. Denna person ska ha rätt att återkalla fullmakten för fullmaktsgivarens räkning. Som ett alternativ till ett sådant privat kontrollsystem ska fullmaktsgivaren kunna besluta att fullmäktigen på årlig basis ska lämna redovisning till överförmyndaren. Redovisningen föreslås där göras tillgänglig för fullmaktsgivarens närmaste anhöriga att granska. Ett problem här är att granskningens fokus och nivå inte ges särskilt tydliga parametrar i promemorians diskurs.

Om någon uppmärksammar överförmyndaren på att fullmäktigen gör sig skyldig till exempel missbruk eller försummelse vid utövandet av uppdraget ska överförmyndaren kunna ingripa i fullmaktsförhållandet och besluta att fullmäktigen inte längre får bruka framtidsfullmakten. Hur detta sedan meddelas dem det berör, inte minst journalförande vårdgivare (jfr förslaget till ny § OSL 12:4) känns dock inte helt självklart utifrån promemorians innehåll.

I övrigt hänvisas till de synpunkter som nu i höst ingetts genom Handikappförbunden avseende promemorian samt för lite drygt 10 år sedan rörande det föregripande betänkandet *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112)*.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Bo Ardström
Kanslichef

CC: NSPH
Handikappförbunden
Diskrimineringsombudsmannen
SKL