Region Stockholm

15

Yttrande över remiss - Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2018:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård

Region Stockholm

HSN 2021-0267

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri
Mats Nilsson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-02-19

HSN 2021-0267

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över remiss - Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2018:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård

Ärendebeskrivning
Ärendet innehåller förslag till yttrande över remiss - Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2018:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2018:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i psykiatriberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso-och sjukvårdsdirektörens tjänstutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Den nya regleringen för fastspänning och avskiljning av barn medför att Socialstyrelsen behöver göra en översyn av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. I den bestämmelsen regleras när en läkarundersökning ska ske inför beslut om fastspänning och avskiljning.

Sedan ändringarna i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trädde i kraft gäller den bestämmelsen endast för vuxna. Detta eftersom bestämmelsen endast hänvisar till de bestämmelser i LPT om fastspänning och avskiljning som gäller för vuxna, och inte till de nya bestämmelserna om patienter som är under 18 år. I samband med översynen av regleringen för barn gör Socialstyrelsen även en översyn av regleringen av läkarundersökning av vuxna.

Överväganden
I följande remissvar lämnar Region Stockholm sina synpunkter på Socialstyrelsens underlag för beslut till ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, gällande läkarundersökning inför tvångsåtgärder. Vi är i grunden positiva till det arbete som redovisas i beslutsunderlaget men önskar framföra några generella och specifika synpunkter.

Region Stockholm tillstyrker förslagen till förändring. Alla människor har rätt att få vara delaktiga i sina egna liv och i de beslut som rör den enskilda individen, det här är en mänsklig rättighet. När människor befinner sig inom den psykiatriska tvångsvården innebär det att deras frihet begränsas. Att som personal arbeta med patienter inom den psykiatriska tvångsvården kan vara en stor utmaning. Att dessutom försöka hitta vägar där patienterna blir delaktiga i det lilla de kan vara delaktiga i kan verka som en ännu större utmaning. Ur ett samhälleligt sammanhang är det av största vikt att varje människa har möjlighet att få vara delaktig och kunna påverka så mycket det går i sitt eget liv.

Socialstyrelsens förslag ligger i linjer med dess tidigare tankar på att skapa en god vård för patienter är det viktigt att läkare sker både i samråd med patienten, men även av respekt för patientens självbestämmande. Här handlar det om att patienten får möjlighet till inflytande genom bland annat information, delaktighet och valmöjligheter. Vidare skriver Socialstyrelsen att om man har en patient som är delaktig är det lättare att målen med vården kan uppnås samt att man på ett annat sätt kan förebygga säkerhetsrisker vid tvångsåtgärder.

Läkarna har idag förutom lagen olika säkerhetsföreskrifter som ådagalägger hur arbetet ska utformas; det finns riktlinjer från socialstyrelsen, PM från ledningen, riktlinjer för avdelningen och andra riktlinjer som personalen måste förhålla sig till.

Det som blir väldigt tydligt i arbetet med att vårda patienter inom både LPT och lag (1991:1129) om rättpsykiatrisk vård (LRV) är att det finns mycket lagar och regler som styr arbetet. Det finns ett rättsväsende som ska göra vården säker både för patienterna, men också för personalen som arbetar inom tvångsvården.

Socialstyrelsen skriver att vården enligt både LPT och LRV ska syfta till att patienten på sikt ska vara villig att ta emot vård på frivillig väg (SOSFS 2008:18/2). Med anledning av det här ska tvångsvården bara utföras under den tid som patienten motsätter sig vården, sedan ska patienten vårdas frivilligt, alltså enligt hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL).

Specifika kommentarer på det aktuella beslutsunderlaget
Patientperspektivet
Vi föreslår att patienternas/patientorganisationernas specifika synpunkter på förslagen delges i underlagen till beslut gällande synen på delaktighet. Det är vårdgivares skyldighet att informera och göra patienten delaktig att en patient som känner sig delaktig i vården har en positivare inställning till de rekommendationer som vårdpersonalen ger.

Dock ser regionen positivt på att förslaget kan öka förutsättningarna för att de läkarundersökningar som görs vid fastspänning och avskiljning utförs på ett jämlikt sätt över landet.

Förändringarna hanterar de situationer i livet som en patient mår såpass psykiskt dåligt att han eller hon inte kan ta egna beslut, behöver någon annan hjälpa patienten genom att tillfälligt fatta vissa beslut i patientens ställe. Det finns det i vissa fall så svårt sjuka patienter som, även om personalen skulle vilja skapa större delaktighet, inte har möjlighet till det pga. sitt psykiska mående, emellertid framkallar förändringen sedan den 1 juli 2020 att läkare nu kan förlänga fastspänning och avskiljning under kvarhållning dessförinnan fick dessa tvångsåtgärder endast ske kortvarigt. Något som lägger mer ansvar på behandlande läkare att se till tidsaspekten.

Kompetensförsörjning
En stabil kompetensförsörjning är avgörande för att kunna axla dessa nya riktlinjer.

Internationella samarbeten
Internationella samarbeten är viktiga för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Särskilt angeläget är detta då den aktuella vården jämförs med vården i de nordiska grannländerna.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget förväntas ge oförändrade ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget förväntas ha positiva konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget förväntas ha positiva konsekvenser för en mer jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget förväntas inte ha några konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget förväntas inte få några administrativa konsekvenser.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Björn Eriksson, 2021-02-19

Socialstyrelsen

2021-01-26 Dnr 4.1- 36588/2020 1(1)

Rättsavdelningen
Enheten för hälso- och sjukvårdsjuridik
Kristina Swiech
kristina.swiech@socialstyrelsen.se

Enligt sändlista

Remiss med förslag till ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till ändring i föreskrifter med tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslagen och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast den 9 mars 2021**. Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt arbete med att sammanställa svaren. Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.

Vänligen ange diarienumret 4.1-36588/2020 i remissvaret.

Kontaktperson:
Kristina Swiech
Tel: 075-247 30 49
kristina.swiech@socialstyrelsen.se

Med vänlig hälsning

Erik Höglund
Avdelningschef

Bilagor

- Sändlista
- Förslag till ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Konsekvensutredning

Sändlista – Remiss med förslag till ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med tillhörande konsekvensutredning

1. Autism- och Aspergerförbundet
2. Barnombudsmannen
3. Frisk & Fri
4. Inspektionen för vård och omsorg
5. Mind
6. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
7. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor
8. Region Blekinge
9. Region Dalarna
10. Region Gotland
11. Region Gävleborg
12. Region Halland
13. Region Jämtland Härjedalen
14. Region Jönköpings län
15. Region Kalmar län
16. Region Kronoberg
17. Region Norrbotten
18. Region Skåne
19. Region Stockholm
20. Region Sörmland
21. Region Uppsala
22. Region Värmland
23. Region Västerbotten
24. Region Västernorrland
25. Region Västmanland
26. Region Örebro län
27. Region Östergötland
28. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
29. Riksföreningen Attention
30. Rättsmedicinalverket
31. SHEDO (Self harm and eating disorder organisation)
32. Statens institutionsstyrelse
33. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
34. Svenska psykiatriska föreningen
35. Sveriges Kommuner och Regioner
36. Sveriges psykologförbund
37. Västra Götalandsregionen

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2021-x-xxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård;

HSLF-FS 2021:xx

Utkom från trycket den xx 2021

beslutade den xx 2021.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 19 § första stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) samt 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) i fråga om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

dels att rubriken närmast före 3 kap. 1 § ska utgå,

dels att 3 kap. 2 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 3 kap. 2 a–2 c §§, samt närmast före 3 kap. 2 § en ny rubrik av följande lydelse,

dels att det närmast före 3 kap. 1 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Depåläkemedel”.

3 kap.

Läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning

2 § En patient som är fastspänd med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, ska minst var fjärde timme undersökas på vårdinrättningen av en läkare som får fatta beslut om fastspänning.

En patient under 18 år som är fastspänd med bälte, enligt 19 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård, ska minst en gång per timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av fastspänningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen. Innan det första beslutet om förlängning av

fastspänningen tas får undersökningen på vårdinrättningen i stället göras av en legitimerad läkare som inte är den beslutande läkaren. Efter läkarundersökningen ska den legitimerade läkaren överföra information om undersökningen till den beslutande läkaren.

2 a § En patient som är avskild från andra patienter, enligt 20 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, ska minst var åttonde timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen.

Innan ett beslut fattas om avskiljning för en bestämd tid över åtta timmar, enligt 20 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård, ska den beslutande läkaren undersöka patienten på vårdinrättningen. Därefter ska en läkare som får fatta beslut om sådan avskiljning undersöka patienten på vårdinrättningen minst var 24:e timme.

En patient under 18 år som är avskild från andra patienter, enligt 20 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård, ska minst varannan timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen. Innan det första beslutet om förlängning av avskiljningen tas får undersökningen på vårdinrättningen i stället göras av en legitimerad läkare som inte är den beslutande läkaren. Efter läkarundersökningen ska den legitimerade läkaren överföra information om undersökningen till den beslutande läkaren.

2 b § Vid fastspänning och avskiljning av en patient under kvarhållning, enligt 6 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, ska bestämmelserna om läkarundersökning i 3 kap. 2 och 2 a §§ gälla.

2 c § Vid den undersökning som ska göras av den läkare som får besluta om fastspänning respektive avskiljning ska han eller hon bedöma om

1. kriterierna för tvångsåtgärden är uppfyllda, och
2. det finns medicinska risker med tvångsåtgärden.

Om undersökningen i stället görs av en legitimerad läkare som inte är den beslutande läkaren, ska den ge sådan information som den

beslutande läkaren behöver för att kunna göra bedömningen enligt första stycket.

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2021.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Kristina Swiech

Socialstyrelsen

2021-01-07 Dnr 14935/2020

Rättsavdelningen
Kristina Swiech
kristina.swiech@socialstyrelsen.se

Konsekvensutredning – förslag till ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

1. Bakgrund

Sedan den 1 juli 2020 gäller nya bestämmelser om fastspänning och avskiljning av patienter under 18 år i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Med de nya bestämmelserna skärptes förutsättningarna för att använda fastspänning och avskiljning av barn och tiden för när ett nytt beslut om tvångsåtgärden krävs förkortades.[1] Av förarbetena framgår att skärpningarna syftade till att minska antalet tvångsåtgärder i den psykiatriska vården, stärka barnets rättigheter och bidra till en god vård av hög kvalitet som är trygg och säker för varje enskilt barn.[2]

2. Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå

Den nya regleringen för fastspänning och avskiljning av barn medför att Socialstyrelsen behöver göra en översyn av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. I den bestämmelsen regleras när en läkarundersökning ska ske inför beslut om fastspänning och avskiljning. Sedan ändringarna i LPT trädde i kraft gäller den bestämmelsen endast för vuxna. Detta eftersom bestämmelsen endast hänvisar till de bestämmelser i LPT om fastspänning och avskiljning som gäller för vuxna, och inte till de nya bestämmelserna om patienter som är under 18 år (härefter används benämningen ”barn”). I samband med översynen av regleringen för barn gör Socialstyrelsen även en översyn av regleringen av läkarundersökning av vuxna.

[1] 19 a § och 20 a § LPT samt 8 § LRV.
[2] Prop. 2019/20:84 Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården, s. 50.

Genom ändringarna i SOSFS 2008:18 om läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning vill Socialstyrelsen stärka rättssäkerheten, patientsäkerheten och barnrättsperspektivet vid användning av sådana tvångsåtgärder samt öka förutsättningar för minskad användning av åtgärderna. Ett annat syfte är att öka förutsättningarna för att de läkarundersökningar som görs vid fastspänning och avskiljning utförs på ett jämlikt sätt över landet. Socialstyrelsen strävar också efter en reglering som ger patienter i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården en trygg, säker och god vård.

3. Berörda av regleringen

Berörda av regleringen är de offentliga vårdgivare som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt Rättsmedicinalverkets enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska ges på en sjukvårdsinrättning som bedrivs av en region,[3] dvs. inte av en enskild vårdgivare. Även patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården är berörda av regleringen.

4. Grundläggande fri- och rättigheter

Regeringsformen

I 2 kap. regeringsformen (RF) finns regler om skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Reglerna har till syfte att skydda varje medborgare mot olika former av ingrepp från det allmänna. Den enskilde är bland annat skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande.[4] Några grundläggande fri- och rättigheter såsom skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp och rörelsefriheten får under vissa förutsättningar begränsas genom lag.[5] Begränsningarna får emellertid endast göras under vissa förutsättningar, såsom att de ska tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.[6] Genom LPT och LRV ges lagstöd för att begränsa den enskildes grundläggande fri- och rättigheter, bland annat genom tvångsåtgärderna fastspänning och avskiljning.

Barnkonventionen och andra internationella överenskommelser

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) gäller sedan den 1 januari 2020 som lag i Sverige.[7] Då barn ges psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska det ske i enlighet med barnkonventionen. Enligt artikel 3 i barnkonventionen innebär det att det vid alla åtgärder som rör barn i första hand ska beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt artikel 12 ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Av artikel 19 framgår att konventionsstaterna ska vidta åtgärder för att skydda barnet mot bland annat alla former av fysiskt och psykiskt våld, skada eller övergrepp. I artikel 24 anges att konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa

[3] 15 § LPT och 6 § LRV.
[4] 2 kap. 6 och 8 §§ RF.
[5] 2 kap. 20 § RF.
[6] 2 kap. 21 § RF.
[7] Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering och att de ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna följer också av flera andra internationella överenskommelser som Sverige har anslutit sig till. Av särskild betydelse är den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), som också gäller som lag i Sverige.[8] Enligt artikel 3 i Europakonventionen får ingen utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Av artikel 5 framgår bland annat att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet.

5. Gällande rätt

God och säker vård

Utgångspunkten för all hälso- och sjukvårdsverksamhet, även sådan vård som ges med stöd av LPT och LRV, är att den ska bedrivas så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.[9] I likhet med all annan vård och behandling av patienter ska vården utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[10] Där det bedrivs psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska det också finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[11]

Grundläggande krav för tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder får under vissa förutsättningar användas för patienter som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården och inom den slutna rättspsykiatriska vården. En tvångsåtgärd får endast användas om den står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga ska de användas. Åtgärden ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.[12] Ett annat krav är att tvångsåtgärden endast får användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård.[13] Fastspänning och avskiljning är exempel på tvångsåtgärder.

Fastspänning

En vuxen patient får kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Om det finns synnerliga skäl får en chefsöverläkare besluta att patienten ska hållas fastspänd längre än kortvarigt.[14]

---

[8] Lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.
[9] 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[10] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.
[11] 5 kap. 2 § HSL.
[12] 2 a § LPT och 2 a § LRV.
[13] 2 b § LPT och 2 b § LRV.
[14] 19 § LPT och 8 § LRV.

Av förarbetena framgår att fastspänning av en patient i princip alltid ska vara en kortvarig åtgärd, som snarast bör ersättas med andra insatser. Det anges att bälte inte bör användas längre än någon eller högst några timmar. Det framgår också att en fastspänning som är längre än kortvarig endast är avsedd att tillämpas i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid.[15]

Ett barn får spännas fast med bälte om det finns en omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Beslutet gäller högst en timme, och får förlängas genom nya beslut som gäller under högst en timme i taget.[16] Av förarbetena framgår att det är regeringens mening att farerekvisitet endast bör tillämpas på patienten själv när det gäller patienter under 18 år, inte på personalen eller andra patienter.[17]

Av förarbetena framgår vidare att det ur ett barnperspektiv är angeläget att minska användandet av tvångsåtgärder mot patienter som är under 18 år till ett minimum. Det anges vidare att fastspänning med bälte är en mycket integritetskränkande åtgärd och då det är fråga om att reglera fastspänning av patienter som är under 18 år behöver lagstiftningen i detta avseende vara tydlig och begränsande samtidigt som den ger förutsättningar för god vård. Regeringen anser därför att ett beslut om fastspänning med bälte som avser patienter som är under 18 år ska gälla högst en timme med möjlighet till förlängning om det fortfarande finns förutsättningar för fastspänningen.[18] För såväl vuxna som barn gäller att hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.[19]

Avskiljning

En vuxen patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljning gäller högst åtta timmar, och får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar.[20]

I förarbetena anges att avskiljande av en patient från andra patienter är en starkt integritetskränkande åtgärd och att den bör avslutas så snart det är möjligt samt att det därför fortlöpande bör prövas om ett beslut om avskiljande kan hävas. När det gäller beslut om avskiljning för en bestämd tid som överstiger åtta timmar framgår av förarbetena att bestämmelsen tar sikte på vissa extrema fall då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar. Det anges vidare att detta torde behövas endast i särpräglade undantagsfall.[21]

En patient som är under 18 år får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt beteende all-

---

[15] Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 260.
[16] 19 a § LPT och 8 § LRV.
[17] Prop. 2019/20:84, s. 28.
[18] Prop. 2019/20:84, s. 31.
[19] 19 § och 19 a § LPT samt 8 § LRV.
[20] 20 § LPT.
[21] Prop. 1990/91:58, s. 261.

varligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Beslutet gäller högst två timmar, och får förlängas genom nya beslut som gäller under högst två timmar i taget.[22]

Av förarbetena framgår att det är regeringens mening att uttrycket ”störande” inte bör ingå som rekvisit för vad som kan anses allvarligt försvåra vården av andra patienter när den patient som kan drabbas av avskiljning är under 18 år.[23] För dessa patienter är utgångspunkten enligt regeringen att tvång ska begränsas så mycket som möjligt och användas med stor försiktighet och endast om det är förenligt med barnets bästa. När det gäller patienter som är under 18 år ska ett beslut om avskiljning gälla högst två timmar med möjlighet till förlängning om det fortfarande finns förutsättningar för det.[24]

För såväl vuxna som barn gäller att patienten under avskiljningen ska hållas under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal.[25]

Beslutskompetens

Ett beslut om fastspänning och avskiljning ska fattas av en chefsöverläkare.[26] Chefsöverläkaren får dock uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att besluta om sådana tvångsåtgärder. Chefsöverläkaren får även lämna vissa uppdrag åt en läkare som inte har nämnd erfarenhet och specialistkompetens, om det finns särskilda skäl.

Möjligheten att överlämna uppgifter till annan läkare än erfaren läkare med specialistkompetens gäller dock inte beslut om fastspänning av vuxen som är längre än kortvarig eller beslut om förlängning av fastspänning av barn. Det gäller inte heller för beslut om avskiljning av vuxen som avser en bestämd tid som överstiger åtta timmar eller beslut om förlängning av avskiljning av barn.[27]

Enligt SOSFS 2008:18 kan en chefsöverläkare som finner att det inte är möjligt att upprätthålla kravet på specialistkompetens vid enheten överlämna beslut om fastspänning och avskiljning för en viss patient till en legitimerad läkare som genomgår viss specialiseringstjänstgöring och har fullgjort viss praktisk tjänstgöring.[28]

Fastspänning och avskiljning under kvarhållning

En vuxen patient som hålls kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts får, efter utfärdande av vårdintyg, kortvarigt spännas fast med bälte eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. Om patienten är under 18 år får fastspänningen pågå i högst en timme och avskiljningen högst två timmar. En chefsöverläkare får besluta om förlängning av fastspänning och avskiljning.[29] Det inledande beslutet om fastspänning och avskiljning får fattas av legitimerad läkare.

---

[22] 20 a § LPT och 8 § LRV.
[23] Prop. 2019/20:84, s. 37.
[24] Prop. 2019/20:84, s. 39.
[25] 20 § och 20 a § LPT samt 8 § LRV.
[26] 19 § och 19 a § LPT samt 8 § LRV.
[27] 39 § LPT och 23 § LRV.
[28] 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.
[29] 6 a § tredje stycket LPT och 5 § LRV.

Möjligheten att förlänga fastspänning och avskiljning under kvarhållning gäller sedan den 1 juli 2020, dessförinnan fick dessa tvångsåtgärder endast ske kortvarigt.

Läkarundersökning

Enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2008:18 ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning under längre tid än fyra timmar. Samma krav på läkarundersökning gäller innan ett beslut fattas om avskiljning under längre tid än åtta timmar.

I Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:18 anges att bestämmelsen om läkarundersökning innebär att den beslutande läkaren alltid ska göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i bälte som avser viss tid längre än fyra timmar och inför beslut om avskiljning för viss tid längre än åtta timmar. Vid beslut om ytterligare förlängning av fastspänning respektive avskiljning anges att det återigen krävs att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan denne kan fatta beslut. Det anges också att bestämmelsen ska ses som ett lägsta krav och att utgångspunkten alltid måste vara att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det inledande beslutet om fastspänning/avskiljning kortare tid än fyra respektive åtta timmar.[30]

I förarbetena till bestämmelsen om fastspänning av barn i LPT har följande framförts om läkarundersökning. ”JO har i sitt yttrande uppmärksammat behovet av att patienten undersöks av läkare och att en sådan läkarundersökning företas i så nära anslutning som möjligt till det inledande beslutet om fastspänning. I likhet med all annan vård och behandling av patienter förutsätts det att vården utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär bl.a. att den som ska bedöma en patients hälsotillstånd behöver ett bedömningsunderlag. Det normala är att en sådan bedömning föregås av en personlig undersökning av patienten. I detta fall innebär det att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan han eller hon beslutar om en eventuell fastspänning. Även inför ett förlängningsbeslut finns det ett behov av att undersöka patienten för att säkerställa att kriterierna för fastspänning fortfarande är uppfyllda.”[31]

I förarbetena till bestämmelserna om avskiljning av barn i LPT har följande framförts om läkarundersökning. ”I likhet med all annan vård och behandling av patienter förutsätts det, även vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, att vården utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär bland annat att den som ska bedöma en patients hälsotillstånd behöver ett bedömningsunderlag. Det normala är att en sådan bedömning föregås av en personlig undersökning av patienten. I detta fall innebär det att den beslutande läkaren själv bör undersöka patienten innan beslut om avskiljande fattas.”[32]

---

[30] Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 50-51.
[31] Prop. 2019/20:84, s. 32-33.
[32] Prop. 2019/20:84, s. 39.

6. Granskning av tvångsåtgärder och kompetens

Fastspänning

JO har i beslut och protokoll från inspektioner framfört bland annat följande om undersökning av en patient som är fastspänd. Patientens tillstånd måste fortlöpande kontrolleras under den tid som fastspänningen pågår. Detta med hänsyn till att en fastspänning ska vara kortvarig och normalt endast användas under någon eller några timmar. Det är inte tillräckligt att kontrollen verkställs av den omvårdnadspersonal som vakar över patienten, utan ansvarig läkare måste göra återkommande bedömningar av patienten. Den ansvariga läkaren ska personligen undersöka patienten inför varje nytt beslut om omprövning och omprövningsbesluten får fattas med högst fyra timmars intervaller. JO har också framfört att bestämmelsen i SOSFS 2008:18 om undersökning av beslutande läkare vid beslut om omprövning ska ses som ett lägsta krav. Utgångspunkten måste enligt JO alltid vara att den beslutande läkaren genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, ett inledande beslut för kortare tid än fyra respektive åtta timmar (med en hänvisning till Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:18). JO har också pekat på att det är den beslutande läkaren som ytterst ansvarar för att de legala förutsättningarna för en tvångsåtgärd är uppfyllda. Den beslutande läkaren behöver därför enligt JO bilda sig en egen uppfattning om patientens tillstånd i anslutning till att beslutet fattas och låta bedömningen återspeglas i beslutet.[33] IVO har i beslut framfört att de delar JO:s uppfattning om fortlöpande kontroller av patienten och undersökning av beslutande läkare vid omprövningsbeslut.[34]

Avskiljning

Av JO-beslut framgår att ansvarig läkare måste göra återkommande bedömningar av en patient under den tid som en avskiljning pågår och att tvångsåtgärder ska utökas eller lindras allteftersom behovet förändras i det enskilda fallet.[35]

IVO har i beslut framfört att det är svårt att i förväg med någon större noggrannhet avgöra hur länge en patient måste vara avskild och att det därför är lämpligt att ansvarig läkare gör regelbundna och återkommande bedömningar av patienten med den frekvens som är lämplig i det enskilda fallet. De har även påtalat vikten av att personalen observerar och vidtar eventuella nödvändiga åtgärder avseende patienters somatiska hälsa.[36]

När det gäller beslut enligt 20 § andra stycket LPT konstaterar IVO att en förutsättning för ett sådant beslut är att det avser en bestämd tid som överstiger åtta timmar. IVO har bedömt att det inte kan anses proportionerligt att fatta ett beslut

---

[33] JO, protokoll från inspektion den 12–14 april 2011 (dnr 2100-2011), beslut 2013-12-11 (dnr 4471-2011), beslut 2015-05-06 (dnr 2012-6615), protokoll från inspektion den 13–15 oktober 2015 (dnr 5735-2015), protokoll från inspektion den 15 och 16 maj 2018 (dnr 3107-2018) och protokoll från inspektion den 25–27 februari 2020 (dnr 9-2020).

[34] IVO, beslut 2017-12-19 (dnr 8.5-19611/2017-7), beslut 2018-08-16 (dnr 8.5-19594/2018-4) och beslut 2020-02-18 (dnr 8.5-40290/2018-3).

[35] JO beslut 2015-05-06 (dnr 6615-2012).

[36] IVO, beslut 2018-08-16 (dnr 8.5-10911/2018-5) och beslut 2020-09-22 (dnr 8.5-12704/2019-12).

om ett sådant avskiljande i 72 timmar, då det inledande beslutet endast pågått två och en halv timme.[37]

FN:s och Europarådets tortyrkommittéer [38]

Vid FN:s tortyrkommittés granskning av Sverige i december 2014 uttryckte kommittén oro över den utbredda användningen av tvångs- och kontrollåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården, såsom användningen av fysiska begränsningsåtgärder och isolering, inklusive för unga patienter. Tortyrkommittén framhöll statens ansvar för att säkerställa att tvångsåtgärder endast används som en sista utväg och att åtgärderna begränsas till kortast möjliga tid och sker under strikt medicinsk övervakning.[39]

Europarådets kommitté mot tortyr har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas.[40]

Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens

IVO har bedömt att en läkare med vikariatsförordnande eller en AT-läkare i normalfallet inte ska arbeta självständigt vid somatisk eller psykiatrisk akutmottagning utan tillgång till legitimerade läkare på plats som ansvarar för patienten. Med på plats menar IVO att legitimerade läkare ska finnas tillgängliga i den utsträckning det behövs för att säkerställa att en god och säker vård ges på akutmottagningen. Det ska finnas en rimlig fysisk närhet mellan en icke legitimerad jourläkare och legitimerad läkare. Enbart en möjlighet att konsultera per telefon anses inte tillräckligt. Av regelverket framgår enligt IVO att en läkare först efter fullgjord AT på egen hand ska kunna handlägga livshotande akuta tillstånd. IVO anser emellertid att det ska finnas en möjlighet för verksamheten att göra individuella bedömningar när det gäller AT-läkare. Graden av självständighet i arbetet vid en akutmottagning kan tillåtas variera, beroende på den enskilde läkarens erfarenhet och kompetens.[41]

7. Statistik för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården

I detta avsnitt ges en redogörelse av statistik för patienter som ges psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Statistiken bygger på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. Mot bakgrund av att det är en underrapportering till patientregistret ska statistiken tolkas med försiktighet.

---

[37] IVO, beslut 2018-08-16 (dnr 8.5-10911/2018-5).

[38] FN:s tortyrkommitté (CAT) granskar länders efterlevnad av FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Europarådets tortyrkommitté (CPT) granskar länders efterlevnad av Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

[39] CAT/C/SWE/CO/6-7.

[40] CPT/Inf(2017)6.

[41] IVO, beslut 2016-03-02 (dnr 8.5-8060/2015-13), beslut 2019-05-10 (dnr 8.2-20076/2017-20) samt IVO:s rapport Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagning - Sammanställning av tillsynsresultat 2016 (Artikelnummer IVO 2017-1, utgiven januari 2017).

Psykiatrisk tvångsvård

Antal patienter

Under de senaste fem åren har, enligt uppgifter i patientregistret, mellan cirka 11 000 och 12 000 personer per år vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Könsfördelningen mellan vuxna män och kvinnor var relativt jämn, med något fler män. När det gäller barn är det fler flickor än pojkar. Det senaste året var det mer än dubbelt så många flickor som pojkar.

Figur 1. Antal personer som fått sluten tvångsvård enligt LPT, 2015-2019

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	5 697	5 702	5 686	6 130	6 159
Kvinnor (18-75+)	5 420	5 439	5 505	5 758	5 838
Pojkar (0-17)	78	89	100	100	103
Flickor (0-17)	185	173	163	199	240
Totalt	11 380	11 403	11 454	12 187	12 340

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Antal tvångsåtgärder

När det gäller beslut om fastspänning har antalet beslut under de senaste fem åren, enligt patientregistret, varierat mellan totalt cirka 3 500 och 4 300 beslut per år. De allra flesta beslut gäller vuxna, främst kvinnor. För barnen har det varierat mellan cirka 130 och 380 beslut om fastspänning per år och främst avseende flickor.

Figur 2. Antal beslut om fastspänning enligt LPT, 2015-2019

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	1 798	1 618	1 451	1 502	1 460
Kvinnor (18-75+)	2 169	2 065	1 673	1 989	2 231
Pojkar (0-17)	42	24	129	39	25
Flickor (0-17)	316	107	252	139	104
Totalt	4 325	3 814	3 505	3 669	3 820

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller beslut om avskiljning har antalet beslut under de senaste fem åren, enligt patientregistret, varierat mellan totalt cirka 3 200 och 3 700 beslut per år. De allra flesta beslut gäller vuxna, främst män. För barn har det varierat mellan cirka 120 och 210 beslut om avskiljning per år. De flesta besluten gäller flickor. Under 2019 minskade skillnaden i antal beslut mellan pojkar och flickor i förhållande till tidigare år, enligt uppgifterna i patientregistret.

Figur 3. Antal beslut om avskiljning enligt LPT, 2015-2019

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	1 730	1 729	1 639	1 789	1 864
Kvinnor (18-75+)	1 461	1 393	1 761	1 620	1 697
Pojkar (0-17)	42	28	48	26	65

Flickor (0-17)	172	96	100	98	60
Totalt	3 405	3 246	3 548	3 533	3 686

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Rättspsykiatrisk vård

Antal patienter

Under de senaste fem åren har, enligt uppgifter i patientregistret, mellan cirka 1 700 och 1 900 personer per år vårdats inom den rättspsykiatriska vården. För vuxna är det omkring fem gånger vanligare med manliga än kvinnliga patienter. Det är endast ett fåtal barn som vårdas inom rättspsykiatrin. Max tre barn per år samt max sex ett år.[42] Endast under ett år vårdades flickor inom rättspsykiatrin.

Figur 4. Antal personer som fått sluten tvångsvård enligt LRV, 2015-2019

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	1 377	1 415	1 490	1 524	1 579
Kvinnor (18-75+)	276	272	274	285	273
Pojkar (0-17)	x[43]	x	x	x	x
Flickor (0-17)	0	0	x	0	0
Totalt	1 653	1 687	1 764	1 809	1 852

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Tvångsåtgärder

När det gäller beslut om fastspänning har antalet beslut under de senaste fem åren, enligt patientregistret, varierat mellan totalt cirka 190 och 280 beslut per år. Nästan alla beslut gäller vuxna, och främst män. Endast ett år fattades beslut om fastspänning av barn. Max tre beslut för pojkar och inget beslut för flickor.

Figur 5. Antal beslut om fastspänning enligt LRV, 2015-2019

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	142	159	138	141	149
Kvinnor (18-75+)	137	108	52	82	38
Pojkar (0-17)	0	x	0	0	0
Flickor (0-17)	0	0	0	0	0
Totalt	279	267	190	223	187

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller beslut om avskiljning har antalet beslut under de senaste fem åren, enligt patientregistret, varierat mellan totalt cirka 1 200 och 1 800 beslut per år. Nästan alla beslut gäller vuxna, och främst män. Endast två år fattades beslut om avskiljning av barn. Max tre beslut per år för pojkar och inga beslut för flickor.

Figur 6. Antal beslut om avskiljning enligt LRV, 2015-2019

[42] För att enskilda individer inte ska kunna härledas till statistiken redovisas inte uppgifter som motsvarar 1-3 patienter. I statistiken används då X, som en sekretessmarkering.
[43] Se fotnot 40.

Antal och ålder	2015	2016	2017	2018	2019
Män (18-75+)	1 456	1290	958	1016	1026
Kvinnor (18-75+)	388	155	216	216	164
Pojkar (0-17)	0	X	0	x	0
Flickor (0-17)	0	0	0	0	0
Totalt	1 844	1 445	1 174	1 232	1 190

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

8. Personalförsörjning

Beslut om fastspänning och avskiljning ska som huvudregel fattas av en läkare med specialistkompetens inom de psykiatriska specialiteterna, dvs. barn- och ungdomspsykiatri, allmän psykiatri eller rättspsykiatri.[44] Mot bakgrund härav ges en kort redovisning av ett urval av Socialstyrelsens senaste uppgifter om antal sysselsatta med psykiatrisk specialistkompetens samt regionernas bedömning av tillgången på sådana specialister.[45] Uppgifterna visar att regionerna bedömt att det råder brist på specialister i psykiatri och att tillgången skiljer sig mellan olika delar av landet.

Barn- och ungdomspsykiatri

- Det fanns knappt 470 sysselsatta specialister inom barn- och ungdomspsykiatri 2018.
- Omkring 415 var verksamma inom hälso- och sjukvården, 73 % i offentlig sektor.
- I 7 län ökade antalet sysselsatta barn- och ungdomspsykiater i förhållande till befolkningen som var yngre än 18 år med mer än 5 % medan det minskade med mer än 5 % i lika många län mellan 2014 och 2018.
- Hösten 2018 bedömde 15 regioner att det var brist på specialister. Tre regioner redovisade balans mellan tillgång och efterfrågan.
- Hösten 2019 bedömde Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri att specialisterna är mycket ojämnt fördelade över landet med stora brister på mindre orter.

Psykiatri

- Det fanns knappt 2 140 sysselsatta specialister inom psykiatri 2018.

---

[44] Socialstyrelsen har för närvarande regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna enligt gällande rätt för läkare med specialistkompetens i äldrepsykiatri och med geriatrik som basspecialitet att få uppdrag att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt 39 § LPT. Uppdraget framgår av regleringsbrevet för Socialstyrelsen budgetåret 2020 (S2019/05315/RS), s. 4.

[45] Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx samt Socialstyrelsen, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2020, bilaga 1 - Tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga specialiteter.

- Drygt 1 960 var verksamma inom hälso- och sjukvården, 66 % i offentlig sektor.
- I 10 län ökade antalet sysselsatta i förhållande till befolkningen som var 18 år eller äldre med mer än 5 % medan det minskade med mer än 5 % i 5 län mellan 2014 och 2018.
- Hösten 2018 bedömde 18 regioner att det var brist på specialister och en region redovisade balans mellan tillgång och efterfrågan.
- Hösten 2019 rapporterade Svenska psykiatriska föreningen brist på specialister i stora delar av landet. Enligt föreningen är många regioner beroende av hyrläkare, men lyckas inte alltid anlita sådana.

Rättspsykiatri

- Det fanns knappt 90 sysselsatta specialister inom rättspsykiatri 2018.
- Drygt 80 var verksamma inom hälso- och sjukvården, 86 % i offentlig sektor.
- I ett län minskade antalet sysselsatta rättspsykiatriker i förhållande till befolkningen med 3 % medan det minskade med 5 % eller mer i 4 län mellan 2014 och 2018.
- Hösten 2018 bedömde 9 regioner att det var brist på specialister. En region redovisade balans mellan tillgång och efterfrågan.
- Hösten 2019 bedömde Svenska rättspsykiatriska föreningen att det är brist på rätt utbildade läkare.

9. Genomförandet av föreskriftsarbetet

Socialstyrelsen har vid genomförandet av föreskriftsarbetet haft kontakt med representanter för verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Urvalet av verksamheterna gjordes genom SKR:s Nätverk för styrning och ledning av psykiatrin[46], utifrån en strävan att få representanter från såväl större som mindre regioner samt en spridning över landet.

Socialstyrelsen har även träffat representanter för myndigheter samt intresse- och brukarorganisationer. Urvalet av aktörerna har gjorts utifrån deras ansvar för och erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen övervägde att träffa barn och unga med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård men fann att det på grund av frågans karaktär, såsom detaljreglering, var lämpligast att inhämta barns synpunkter genom brukarorganisationer.

Projektgruppen har träffat representanter för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården för såväl barn som vuxna i regionerna Västernorrland, Uppsala, Örebro, Skåne, Norrbotten, Värmland, Kalmar, Kronoberg, Östergötland, Västra Götaland och Stockholm. Representanterna för verksamheterna har i huvudsak varit chefsöverläkare och verksamhetschefer.

---

[46] Nätverket består av ledande tjänstemän från samtliga regioner med chefs- eller ledningsansvar inom den psykiatriska specialistvården.

Möten har ägt rum med följande myndigheter samt intresse- och brukarorganisationer: Barnombudsmannen, Statens institutionsstyrelse (SiS), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Rättsmedicinalverket (RMV), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Svenska psykiatriska föreningen (SPF), Sveriges psykologförbund, Autism- och Aspergerförbundet, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Mind, Frisk & Fri, och SHEDO (Self harm and eating disorder organisation).[47]

10. Socialstyrelsens förslag

Inledning

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för sina bedömningar och förslag till ändrad reglering i SOSFS 2008:18 om läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning av vuxna och barn. Då det hänvisas till verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt andra externa aktörer avses vad som har framförts till Socialstyrelsen av representanter för dessa verksamheter och aktörer. Med ”beslutande läkare” avses en läkare som får fatta beslut om fastspänning och avskiljning, vilket är en chefsöverläkare eller efter delegation en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och i vissa fall en annan läkare.[48]

Socialstyrelsens utgångspunkter

Vid beslut om fastspänning och avskiljning behöver den beslutande läkaren bedöma om kriterierna och de generella kraven för användning av tvångsåtgärder, såsom proportionalitetsprincipen, i LPT och LRV är uppfyllda. Under pågående tvångsåtgärd behöver kontroller göras för att säkerställa att åtgärden upphör så snart kriterierna för åtgärden inte längre är uppfyllda.

Vid användning av fastspänning och avskiljning behöver vården även tillämpa bestämmelser som gäller generellt för hälso- och sjukvården, såsom kraven på god och säker vård samt att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[49] Den beslutande läkaren behöver alltså grunda sitt beslut om en tvångsåtgärd på den undersökning av patientens tillstånd som krävs enligt gällande regelverk. Även utan en reglering om läkarundersökning i Socialstyrelsens föreskrifter ställs således krav på viss undersökning av patienten vid beslut om fastspänning och avskiljning, och även under den tid åtgärden pågår.

Avsikten med bestämmelserna om läkarundersökning i SOSFS är att det ska finnas en reglering som anger ett minimum för när en patient ska undersökas på vårdinrättningen av beslutande läkare inför ett beslut om fastspänning och avskiljning. Socialstyrelsen avser dock inte att reglera den situationen då ett beslut

---

[47] Riksföreningen Attention och WONSA (World of no sexual abuse) var inbjudna att delta, men avstod. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) var inbjuden att delta, men fick förhinder.

[48] 39 § LPT och 23 § LRV.

[49] 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § PSL.

om fastspänning och avskiljning fattas med tätare tidsintervall än vad lagen kräver. Detta eftersom det i utredningen inte har framkommit några behov av en sådan reglering. Vidare skulle en sådan ordning kunna leda till att färre beslut fatttas. Om de fattas tätare beslut än lagen kräver ska den beslutande läkaren grunda beslutet på en undersökning i den mån detta anses krävas enligt de allmänna regler som gäller inom hälso- och sjukvården, t.ex. kravet att följa vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt vad som framkommit i utredningen är sådana beslut relativt ovanliga.

Om lagstiftningen inte uttryckligen kräver förlängningsbeslut vid fastspänning eller avskiljning[50] kan ett krav på läkarundersökning inte heller vara kopplat till ett sådant beslut. Detta eftersom Socialstyrelsen anser att krav på beslut om tvångsåtgärder bör framgå av lag och inte av föreskrifter.[51] I en sådan situation kan det bli aktuellt med en reglering av läkarundersökning utan en direkt koppling till ett beslut. Utformningen av regleringen om läkarundersökning i SOSFS 2008:18 kan därmed komma att skilja sig åt något beroende på hur regleringen ser ut i LPT och LRV. Socialstyrelsen har dock strävat efter en reglering som är så tydlig som möjligt och som ska vara enkel att tillämpa.

Läkarundersökningens innehåll

Verksamheter och andra aktörer har ställt frågan hur begreppet läkarundersökning i SOSFS 2008:18 ska förstås. Det framfördes att det är viktigt att skilja på en läkarundersökning och en läkarbedömning. Många menade att det är viktigt att det görs såväl en bedömning av kriterierna för tvångsåtgärden som en kontroll av de medicinska riskerna med tvångsåtgärden. Vid fastspänning innebär immobilisering medicinska risker, såsom risk för blodpropp i lungorna. De somatiska undersökningar som kan behöva göras kan bl.a. vara kontroll av blodtryck, puls, syresättning, allmäntillstånd, medvetandegrad och tecken på intorkning. Dessa undersökningar behöver inte utföras av den beslutande läkaren utan kan göras av annan hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en sjuksköterska. Däremot ska bedömningen av de medicinska riskerna göras av den beslutande läkaren. Vid avskiljning finns det inte samma somatiska risker, och därmed inte heller samma behov av somatisk undersökning.

Eftersom det under utredningen har lyfts att det är oklart vad som avses med den läkarundersökning som ska göras vid fastspänning och avskiljning bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att tydliggöra detta i föreskrifterna.

Förslag: Det ska i SOSFS 2008:18 införas en bestämmelse som förtydligar att det vid en undersökning av beslutande läkare ska göras en bedömning av om kriterierna för tvångsåtgärden är uppfyllda och om det finns medicinska risker med tvångsåtgärden. Om undersökningen i stället görs av en legitimerad läkare som inte är den beslutande läkaren ska undersökningen ge sådan information som den beslutande läkaren behöver för sin bedömning.

---

[50] Av 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV framgår att det vid fastspänning krävs ett beslut om förlängning om fastspänningen ska vara längre än kortvarig. Av 20 § andra stycket LPT och 8 § LRV framgår inte att det krävs något beslut om förlängning vid en avskiljning för en bestämd tid över åtta timmar.

[51] Det är också tveksamt om Socialstyrelsen har bemyndigande att föreskriva om när beslut ska fattas om fastspänning och avskiljning.

Digital läkarundersökning

Socialstyrelsen har övervägt om det enligt SOSFS 2008:18 ska vara tillåtet att göra en digital läkarundersökning inför beslut om fastspänning eller avskiljning, dvs. genom teknisk utrustning för bild- och ljudöverföring. Det skulle alltså innebära en undersökning på distans där den beslutande läkaren och patienten befinner sig i olika fysiska rum.

Flera verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt andra aktörer har framfört att de ser praktiska problem med en sådan undersökning och att det är tveksamt när det gäller så allvarliga ingripanden som fastspänning och avskiljning. Vidare har det lyfts att det inte alls är lämpligt för vissa patienter, såsom patienter med psykos. Det har även framförts att en undersökning med digitala hjälpmedel skulle kunna fungera i vissa situationer, såsom då den beslutande läkaren och patienten känner varandra.

Enligt Socialstyrelsen är kraven på rättssäkerhet och patientsäkerhet höga vid åtgärder som är så ingripande och rättighetsbegränsande som fastspänning och avskiljning. Myndigheten bedömer att förutsättningarna för att göra en undersökning och bedömning av en patients tillstånd som ska ligga till grund för beslut om en tvångsåtgärd generellt sett är bättre vid ett fysiskt möte än via digitala hjälpmedel. En viktig aspekt är också hur en digital undersökning skulle upplevas av patienten. För vissa patienter skulle en sådan undersökning troligen vara skrämmande, kränkande eller provocerande. Socialstyrelsen menar också att det rent praktiskt skulle vara svårt att genomföra en digital läkarundersökning med en patient som befinner sig i ett sådant tillstånd att fastspänning eller avskiljande bedöms nödvändigt.

Det skulle dock kunna finnas situationer där en digital läkarundersökning skulle fungera på ett patientsäkert sätt, såsom då den beslutande läkaren och patienten känner varandra väl och patientens fysiska och psykiska hälsotillstånd redan är väl utrett. En reglering som bygger på att vården ska göra en bedömning i varje enskilt fall riskerar emellertid att blir otydlig och leda till olika tolkningar av när en digital läkarundersökning kan användas, vilket enligt Socialstyrelsen inte skulle vara tillräckligt rättssäkert.

Bedömning: Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas en reglering som möjliggör digital läkarundersökning inför beslut om fastspänning eller avskiljning, av vare sig barn eller vuxna.

Läkarundersökning vid det inledande beslutet - barn och vuxna

I SOSFS 2008:18 finns för närvarande inte något krav på att den beslutande läkaren ska undersöka patienten inför det första beslutet om fastspänning eller avskiljning.[52] I förarbetena till de nya bestämmelserna om tvångsåtgärder för barn framförde regeringen att det förutsätts att vården, även vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att det bl.a. innebär att den som ska bedöma en patients hälsotillstånd behöver ett bedömningsunderlag. Regeringen uppgav att det normala är att en sådan bedömning föregås av en personlig undersökning av patienten. När det

[52] Med undantag för långa avskiljningar, se nedan under rubriken ”Läkarundersökning vid långtidsavskiljning – vuxna”.

gäller fastspänning uppgavs det innebära att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan han eller hon beslutar om en eventuell fastspänning.[53] För avskiljning uppgavs det innebära att den beslutande läkaren själv bör undersöka patienten innan beslut om avskiljning fattas.[54]

Fler verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård uppgav att de oftast inte gör en läkarundersökning inför det första beslutet om fastspänning eller avskiljning eftersom det är en akut situation och den beslutande läkaren i regel inte är på den plats där situationen uppstår. Verksamheter och andra aktörer ansåg att det finns risker med ett krav på undersökning av beslutande läkare på plats inför ett beslut om fastspänning eller avskiljning, såsom risk att personalen behöver sitta eller ligga på patienten tills den beslutande läkaren kommer samt risk med att genomföra en somatisk undersökning innan tvångsåtgärden har verkställts.

Socialstyrelsen konstaterar, i likhet med regeringen, att en läkare som ska fatta beslut om fastspänning eller avskiljning behöver ett underlag för sin bedömning. Den beslutande läkaren behöver kunskap om patientens hälsotillstånd för att kunna bedöma om kriterierna för fastspänning i LPT är uppfyllda. Frågan är dock om det inledande beslutet om fastspänning behöver grundas på en läkarundersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen. Enligt Socialstyrelsen finns det risker med en sådan reglering eftersom behovet av fastspänning och avskiljning uppstår i en akut situation. Med ett krav på undersökning på plats av beslutande läkaren finns en risk att hälso- och sjukvårdpersonal, i avvaktan på att den beslutande läkaren kommer till platsen, håller fast patienten på ett sätt som innebär fysisk fara för patienten. En sådan fara finns enligt Socialstyrelsen även om den beslutade läkaren kan vara på plats relativt snart. Socialstyrelsen bedömer också att det kan vara svårt att göra en somatisk undersökning av patienten innan ett beslut om fastspänning har verkställts, och att det kan medföra risker för patienten.

Bedömning: Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas en reglering med krav på undersökning av beslutande läkare på plats inför det första beslutet om fastspänning eller avskiljning av barn eller vuxna.

Läkarundersökning ”så snart som möjligt”

Socialstyrelsen har övervägt om det bör införas en reglering som understryker vikten av att en läkarundersökning görs efter det att tvångsåtgärden har verkställts. Såsom att en undersökning av beslutande läkare på plats ska göras ”så snart som möjligt efter” eller ”i nära anslutning till” det första beslutet. Verksamheter och andra aktörer har lyft att en sådan reglering skulle vara väldigt vag och ge för stort tolkningsutrymme.

Socialstyrelsen konstaterar att en tvångsåtgärd ska upphöra så snart kriterierna för åtgärden inte längre är uppfyllda och att detta enligt praxis innebär att patientens tillstånd fortlöpande ska kontrolleras av ansvarig läkare. Bestämmelserna om god och säker vård samt vetenskap och beprövad erfarenhet ställer också krav på bedömningar och undersökningar av patientens tillstånd. Med beaktande

---

[53] Prop. 2019/20:84, s. 32-33.
[54] Prop. 2019/20:84, s. 39.

härav och då en reglering med krav på läkarundersökning ”så snart som möjligt” eller liknande skulle bli väldigt oprecis bedömer Socialstyrelsen att en sådan reglering inte skulle tillföra tillräckligt i sak för att vara ändamålsenlig.

Bedömning: Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas en reglering med krav på att en läkarundersökning ska göras ”så snart som möjligt” (eller liknande formulering) efter det första beslutet om fastspänning eller avskiljning.

Läkarundersökning vid förlängningsbeslut - barn

Sedan den 1 juli 2020 krävs enligt LPT och LRV tätare förlängningsbeslut för fastspänning och avskiljning av barn. Nytt beslut ska fattas efter högst en timme för fastspänning och efter högst två timmar för avskiljning. Den bestämmelse som finns i SOSFS 2008:18 om läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning gäller sedan lagändringarna inte längre för barn, eftersom den hänvisar till bestämmelserna i LPT och LRV om tvångsåtgärder för vuxna. Hur ofta det bör krävas en undersökning av beslutande läkare på plats av barn när lagen nu kräver tätare förlängningsbeslut beror på vilka konsekvenser kraven kan få för den enskilda patienten, medpatienter och berörda verksamheter.

Konsekvenserna av krav på tätare läkarundersökningar beror bland annat på antalet fastspänningar och avskiljningar och hur länge de pågår. Enligt uppgifter i Socialstyrelsens patientregister har det under de senaste fem åren fattats omkring 130—380 beslut om fastspänning av barn och 120—210 beslut om avskiljning av barn per år inom den psykiatriska tvångsvården. Av statistiken framgår att nästan alla fastspänningar har pågått upp till och med fyra timmar och alla avskiljningar upp till och med åtta timmar.[55] Hur många åtgärder som har pågått kortare tid framgår emellertid inte av statistiken.[56] Som exempel kan nämnas att BUP i Stockholm under 2019, enligt egen uppgift, fattade 59 beslut om fastspänning av barn som var över en timme och 38 beslut om avskiljning som var över två timmar. Inom den rättspsykiatriska vården har det enligt uppgifter i patientregistret under de senaste fem åren endast fattats beslut om fastspänning av barn under ett av dessa år och om avskiljning under två år, med max tre beslut per år.[57] Flera verksamheter uppgav att de sällan använder fastspänning eller avskiljning för barn, och att det är väldigt ovanligt med förlängningar av dessa tvångsåtgärder.

När det gäller krav på undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen inför det första beslutet om förlängning av en tvångsåtgärd framförde flera verksamheter att det skulle vara väldigt problematiskt under jourtid. Detta eftersom bakjouren (chefsöverläkare och specialist i psykiatri) kan ha lång inställelsetid. Verksamheterna uppgav att inställelsetiden varierar utifrån lokala förhållanden, såsom hur stort geografiskt område som täcks, och kan variera mellan 30 minuter och två timmar.

---

[55] Se avsnitt 7 Statistik för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården samt avsnitt 15 Kostnadsmässiga och andra konsekvenser.

[56] Sedan de nya bestämmelserna om fastspänning och avskiljning av barn trädde i kraft den 1 juli 2020 finns nya KVÅ-koder för sådana åtgärder. Den statistiken redovisas dock inte i denna utredning, eftersom de inrapporterade uppgifterna förnärvarande är begränsade.

[57] Av sekretesskäl redogörs i statistiken inte för åtgärder som är färre än tre.

Socialstyrelsen bedömer att krav på täta undersökningar av beslutande läkare på vårdinrättningen kan öka förutsättningarna för att i dialog med patienten hitta alternativa lösningar till tvång, och därmed att användningen av tvångsåtgärder minskar. Det kan också leda till närmare samarbete mellan läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt till att stärka vårdkulturen. Dessa konsekvenser har också framförts av verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt andra aktörer. Socialstyrelsen bedömer också att en undersökning av den beslutande läkaren på plats på vårdinrättningen generellt ger ett bättre underlag för ett beslut om en tvångsåtgärd, än en bedömning som sker på distans utifrån informationsöverföring från hälso- och sjukvårdspersonal på plats.

Enligt Socialstyrelsen finns det emellertid även risker med att den beslutande läkaren ska vara skyldig att göra täta undersökningar av patienten på vårdinrättningen. Dessa risker bedöms i huvudsak vara att det kan leda till brist på specialister dagtid, ökad användning av nödrätt och övermedicinering. Dessa risker har även lyfts av verksamheter och andra aktörer. Det har även framförts att täta läkarundersökningar kan trigga agitation hos patienten och försvåra bedömningen av förändringar i patientens tillstånd och effekterna av en behandling.

Brist på specialister dagtid

Om det införs ett krav på att den beslutande läkaren ska undersöka patienten på vårdinrättningen innan det första förlängningsbeslutet vid fastspänning av barn innebär det att läkaren behöver vara hos patienten inom en timme från det första beslutet. Ett sådant krav skulle enligt vad som framkommit i utredningen vara problematiskt för verksamheter som under jourtid har en inställelsetid på en timme eller mer. Detta eftersom bakjouren då skulle behöva åka in till vårdinrättningen redan i samband med det första beslutet om fastspänning, eller i vissa fall ständigt vara på plats för det fall att en tvångsåtgärd skulle bli aktuell.

En reglering som medför att specialister i större utsträckning behöver vara närvarande på vårdinrättningen under jourtid medför, enligt vad som framkommit i utredningen, att tiden för kompensationsledighet för bakjouren ökar. Det kan i sin tur leda till att antalet specialister under dagtid minskar alternativt att nyrekryteringar behöver göras.

Enligt Socialstyrelsen bör lång inställelsetid inte i sig vara skäl för att inte kräva undersökning av beslutande läkare på plats. En reglering som har en hög ambitionsnivå kan leda till organisatoriska förändringar som möjliggör närvaro av beslutande läkare inför förlängning av tvångsåtgärder. Möjligheten att ha fler specialister i psykiatri på vårdinrättningen är dock inte endast en fråga om organisation eller resurser, utan även en fråga om tillgång till sådan kompetens.

Av Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för 2020 framgår att regionerna har bedömt att det råder brist på specialister i psykiatri och att tillgången skiljer sig mellan olika delar av landet. När det gäller specialister i barn- och ungdomspsykiatri har Svenska föreningen för barn-och ungdomspsykiatri bedömt att specialisterna är mycket ojämnt fördelade över landet med stora brister på mindre

orter.[58] Att det råder brist på specialister i psykiatri har också lyfts av verksamheter och andra aktörer i denna utredning.

Enligt Socialstyrelsen finns det en risk för att ett krav som medför ökad arbetstid på vårdinrättningen för specialister i psykiatri under jourtid medför att deras närvaro på vårdinrättningen minskar under dagtid. Minskad närvaro av specialist på dagtid kan bland annat innebära att diagnostiska utredningar samt insättning och uppföljning av läkemedelsbehandling fördröjs. Specialisterna kan också få mindre tid för handledning av underläkare, AT-läkare och ST-läkare och för att stödja den som har det medicinska ledningsansvaret. Om jourbördan blir påtagligt tyngre kan det ytterligare försvåra rekryteringen till bristspecialiteterna.

Även den psykiatriska öppenvården kan påverkas, eftersom läkare inom öppenvården också kan tjänstgöra i bakjour för den psykiatriska tvångsvården. Det kan leda till att remisshantering och patientbesök fördröjs, med risk för att patienter med allvarliga tillstånd mer sällan får träffa en specialistläkare. Även patienter som söker vård akut dagtid kan få färre bedömningar av specialistläkare.

Sammantaget menar Socialstyrelsen att det finns en risk att sämre tillgång till specialister på dagtid kan försämra möjligheten att ge en god och säker vård för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården, och även inom öppenvården.

Ökad användning av nödrätten

Nödrätt innebär att en åtgärd under vissa förutsättningar kan vidtas om patients liv eller hälsa är hotat, och då vara fritt från straffrättsligt ansvar.[59] Om en fastspänning eller avskiljning endast får förlängas efter en undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen och verksamheter inte har förutsättningar att uppfylla detta krav finns en risk att nödrätten istället används. Flera verksamheter och andra aktörer har lyft att det skulle vara olyckligt, särskilt utifrån att nödrätten är otydlig och svår att tillämpa för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Socialstyrelsen menar att det är mindre rättssäkert att använda nödrätten som grund för fastspänning och avskiljning än regleringen om tvångsåtgärder. Det är dessutom enligt Socialstyrelsen knappast möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att i det akuta skeendet avgöra om nödrätten kan tillämpas eller inte. Vidare bedöms det vara svårare att utöva tillsyn över en åtgärd som vidtagits utifrån nödrätten, än utifrån bestämmelserna om tvångsåtgärder i LPT och LRV. Socialstyrelsen anser sammantaget att det inte är önskvärt med en ökad användning av nödrätten vid fastspänning och avskiljning.

Övermedicinering

Om det införs krav på läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning som vården inte kan uppfylla finns en risk att vården ökar användningen av läkemedel som ett sätt att undvika en tvångsåtgärd, som i det enskilda fallet skulle ha varit för patientens bästa. Det kan exempelvis vara skonsammare att spänna fast en patient en kortare tid än att ge läkemedel som verkar under lång tid.

---

[58] Se avsnitt 8 Personalförsörjning.
[59] 24 kap. 4 § brottsbalken.

En reglering som medför krav som vården inte kan uppfylla kan således riskera att leda till en strukturell förändring när det gäller användning av läkemedel, med en glidning åt övermedicinering. En oro för övermedicinering har också lyfts av verksamheter och andra aktörer.

Modell för läkarundersökning vid fastspänning - barn

Ett beslut om fastspänning av barn gäller i högst en timme, därefter krävs ett nytt beslut.[60] Frågan är vilket krav som bör ställas på läkarundersökning inför ett beslut om förlängning av fastspänningen.

Socialstyrelsen har ovan redovisat de risker som finns med en reglering med krav på täta undersökningar av beslutande läkare på vårdinrättningen, såsom brist på specialister i psykiatri på dagtid, ökad användning av nödrätten och övermedicinering. Mot bakgrund av dessa risker bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas ett krav på undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen inför det första beslutet om förlängning av fastspänning av barn, dvs. efter en timme. Det är dock angeläget att sådana undersökningar görs då verksamheten har förutsättningar för det.

Ett alternativ till en undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen är att en undersökning görs av läkare på plats, som inte får fatta beslut om tvångsåtgärden[61], med informationsöverföring till den beslutande läkaren. Flera verksamheter har förespråkat en sådan modell, och framfört att vården är vana att arbeta så. Socialstyrelsen bedömer att en sådan modell är lämplig inför det första förlängningsbeslutet. Frågan är om läkaren som ska göra undersökningen behöver vara legitimerad, eller om det är tillräckligt med en AT-läkare.

Som framgår i avsnitt 6 har IVO bedömt att en icke legitimerad läkare i normalfallet inte ska arbeta självständigt vid en psykiatrisk akutmottagning utan tillgång till legitimerade läkare på plats som ansvarar för patienten. Socialstyrelsen menar att kraven på bemanning vid en psykiatrisk akutmottagning kan appliceras på en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Myndigheten anser därmed att det behöver vara en legitimerad läkare som utför och ansvarar för undersökningen av patienten inför det första beslutet om förlängning av en fastspänning.

Den information som ska överföras till den beslutande läkaren behöver innehålla de uppgifter som denne behöver för bedömning av om kriterierna för fastspänning är uppfyllda och om det finns några medicinska risker med tvångsåtgärden. Som framgår ovan kan de somatiska undersökningar som behöver göras för att bedöma de medicinska riskerna med tvångsåtgärden utföras av annan hälso- och sjukvårdspersonal än den beslutande läkaren, men bedömningen av de medicinska riskerna behöver däremot göras av den beslutande läkaren.

Nästa fråga är vilket krav som bör ställas på läkarundersökning inför det andra och följande beslut om förlängning av tvångsåtgärden, dvs. efter högst två timmar från det inledande beslutet. Enligt vad som framkommit i utredningen har verksamheterna en inställelsetid på högst två timmar. Socialstyrelsen bedömer

---

[60] 19 a § LPT och 8 § LRV.

[61] Denna läkare kommer alltså att sakna specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna.

därmed att det inte alls blir samma risker med ett krav på undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen vid det andra och följande förlängningsbeslutet, som vid det första. Myndigheten konstaterar vidare att det vid en så ingripande åtgärd som fastspänning ställs höga krav på patient- och rättssäkerhet och att åtgärden sker utifrån ett barnrättsperspektiv. Det bör också vara så att de medicinska riskerna med en fastspänning ökar med tiden som åtgärden pågår.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det finns tungt vägande skäl för att beslutande läkare ska undersöka patienten på vårdinrättningen inför det andra och följande beslut om förlängning av fastspänningen. Det innebär att en sådan undersökning ska ske minst två timmar efter det inledande beslutet och därefter minst en gång per timme.

Förslag: En patient under 18 år som är fastspänd med bälte ska minst en gång per timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av fastspänning. Undersökningen ska göras av den läkare som fattar beslut om fastspänningen. Innan det första beslutet om förlängning av fastspänningen får undersökningen på vårdinrättningen i stället göras av en legitimerad läkare, som inte är den beslutande läkaren. Efter läkarundersökningen ska den legitimerade läkaren överföra information om undersökningen till den beslutande läkaren.

För att regleringen ska bli tydligare har Socialstyrelsen bytt ut nuvarande begrepp ”personlig undersökning” till ”undersökas på vårdinrättningen” och ”av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen”.

Modell för läkarundersökning vid avskiljning - barn

Ett beslut om avskiljning av barn gäller i högst två timmar, därefter krävs ett nytt beslut.[62] Frågan är vilket krav som minst bör ställas på läkarundersökning inför ett beslut om förlängning av avskiljningen.

Precis som för fastspänning har verksamheter och andra aktörer framfört att krav på täta undersökningar av beslutande läkare på plats är ett problem under jourtid. De har också uppgett att det är rimligt att en läkarundersökning inför beslut om avskiljning sker mer sällan än för fastspänning, utifrån att åtgärden inte kan anses lika ingripande och eftersom den inte har samma somatiska risker. Det har emellertid också framförts att även avskiljning är en väldigt ingripande åtgärd och att det är svårt att bedöma hur patienten upplever en avskiljning i förhållande till en fastspänning. Argument som framförts mot täta läkarundersökningar vid avskiljning var bland annat att det kan provocera patienten samt att det inte är önskvärt att väcka en patient som sover.

Socialstyrelsen konstaterar att avskiljning av barn, precis som fastspänning, är en mycket ingripande åtgärd. Avskiljning bedöms dock på ett generellt plan vara mindre ingripande än en fastspänning, även om det kan upplevas olika starkt från individ till individ. De somatiska riskerna finns inte alls på samma sätt vid en avskiljning som vid en fastspänning, där immobilisering är en riskfaktor. Lagstiftaren har också gjort skillnad mellan dessa åtgärder, på så sätt att tidsintervallen för krav på nytt beslut är längre för avskiljning än för fastspänning. På samma sätt är tidsintervallen för krav på läkarundersökning, enligt SOSFS 2008:18, kortare vid fastspänning än avskiljning.

---

[62] 20 a § LPT och 8 § LRV.

Myndigheten bedömer att tidsintervallet för läkarundersökningen fortsatt kan vara längre vid avskiljning än vid fastspänning. Vid avskiljning ställs emellertid, precis som vid fastspänning, höga krav på patient- och rättssäkerhet och att åtgärden sker utifrån ett barnrättsperspektiv.

Socialstyrelsen bedömer att samma modell ska gälla för läkarundersökning inför beslut om förlängning av en avskiljning av barn, som inför ett sådant beslut vid fastspänning av barn. Med den skillnaden att tidsintervallet för läkarundersökningen blir längre vid avskiljning än fastspänning.

Förslag: En patient under 18 år som är avskild från andra patienter ska minst varannan timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som fattar beslut om avskiljningen. Innan det första beslutet om förlängning av avskiljningen får undersökningen på vårdinrättningen i stället göras av en legitimerad läkare, som inte är den beslutande läkaren. Efter läkarundersökningen ska den legitimerade läkaren överföra information om undersökningen till den beslutande läkaren.

Läkarundersökning vid förlängningsbeslut - vuxna

Enligt SOSFS 2008:18 ska den beslutande läkaren innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar eller avskiljning under längre tid än åtta timmar själv undersöka patienten. Enligt IVO och verksamheter för psykiatrisk tvångsvård har det, genom beslut från JO och IVO, blivit praxis att den beslutande läkaren ska undersöka patienten på vårdinrättningen var fjärde timme inför beslut om förlängning av fastspänning och var åttonde timme inför beslut om förlängning av avskiljning. Verksamheterna har också framfört att de arbetar utifrån denna praxis.

Socialstyrelsen konstaterar att LPT inte har ändrats vad gäller beslutsintervall för fastspänning och avskiljning av vuxna, utan endast för barn. Myndigheten har ändock övervägt om det finns skäl att ändra tidsintervallen för undersökning av beslutade läkare på vårdinrättningen vid fastspänning eller avskiljning av en vuxen patient.

Verksamheter och andra aktörer har uppgett att nuvarande reglering och praxis för läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning är rimliga och fungerar väl. Alternativt framfördes att det inte har framkommit några indikationer på att regleringen inte skulle fungera. De externa aktörerna ansåg därför att nuvarande bestämmelser fortsatt bör gälla för vuxna. Det angavs dock även att ett krav på läkarundersökning på plats efter två timmar säkert skulle fungera även för vuxna, men att det är svårt att se att det skulle vara medicinskt motiverat. Det framfördes också att kraven på läkarundersökning bör vara desamma för vuxna och barn. Det angavs emellertid även att tidsintervallet för läkarundersökning vid avskiljning av vuxna skulle kunna vara längre än åtta timmar, särskilt för att inte behöva störa eller väcka en patient.

Med beaktande av fastspänning och avskiljning är mycket integritetskränkande åtgärder bedömer Socialstyrelsen att det inte har framkommit skäl som motiverar en förlängning av tidsintervallet för läkarundersökning vid fastspänning eller avskiljning. Det har inte heller framkommit skäl som motiverar att tidsintervallet förkortas för någon av tvångsåtgärderna. Socialstyrelsen anser därmed att den praxis som har utvecklats av bestämmelsen i SOSFS 2008:18 om läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning av vuxna patienter fortsatt

ska gälla. För att förtydliga denna praxis görs några språkliga och redaktionella ändringar av bestämmelsen.

När det gäller fastspänning finns det i LPT och LRV endast krav på beslut om förlängning av en fastspänning om den ska vara längre än kortvarig[63], dvs. det saknas krav på ytterligare förlängningsbeslut. Regleringen om läkarundersökning i SOSFS 2008:18 kommer därför inte att vara kopplat till ett beslut om fastspänning, även om det i praktiken kommer att bli så att läkarundersökningen görs inför ett beslut i enlighet med den praxis som råder.

Förslag: En patient som är fastspänd med bälte eller liknande anordning ska minst var fjärde timme undersökas på vårdinrättningen av en läkare som får fatta beslut om fastspänning. En patient som är avskild från andra patienter ska minst var åttonde timme undersökas på vårdinrättningen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som fattar beslut om avskiljningen.

Läkarundersökning vid långtidsavskiljning - vuxna

Enligt LPT och LRV får en patient under vissa förutsättningar avskiljas från andra patienter för en bestämd tid som överstiger åtta timmar, så kallad långtidsavskiljning. Tidigare var det möjligt att använda långtidsavskiljning för såväl barn som vuxna, men sedan den 1 juli 2020 är det endast tillåtet för vuxna.[64] Vid sådana avskiljningar saknas det i lagstiftningen krav på förlängningsbeslut. Enligt SOSFS 2008:18 ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten innan ett beslut fattas om långtidsavskiljning.[65] Det finns dock inget krav på läkarundersökning efter det inledande beslutet.

I Socialstyrelsens patientregister finns uppgifter om antal avskiljningar och dess tidslängd. Av statistiken går dock inte att utläsa om det är en så kallad långtidsavskiljning eller en avskiljning som gäller högst åtta timmar innan nytt beslut krävs. Under de senaste tre åren har vuxna patienter inom den psykiatriska tvångsvården varit avskilda i minst 15 dagar men mindre än 30 dagar 29—53 gånger per år och över 30 dagar 0—4 gånger per år. Inom den rättspsykiatriska vården har vuxna patienter under samma period varit avskilda i minst 15 dagar men mindre än 30 dagar 57—64 gånger per år och över 30 dagar 5—14 gånger per år.[66]

I utredningen har det framkommit att långtidsavskiljning främst används inom rättspsykiatrin och att ett fåtal patienter under sådan vård kan vara avskilda många år. Verksamheter för rättspsykiatrisk vård har uppgett att möjligheten att använda långtidsavskiljning fungerar väl och att det är angeläget att den praxis som finns kan fortsätta. Det har också framkommit att det är relativt ovanligt med långtidsavskiljningar inom den övriga psykiatriska tvångsvården och att det där inte förekommer avskiljningar som pågår så länge som ett år.

När det gäller undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen vid långtidsavskiljning har det framkommit att det sker med olika tidsintervall, såsom var 12:e timme, var 24:e timme eller var 72:a timme. IVO har framfört att

---

[63] 19 § LPT och 8 § LRV.
[64] 20 § andra stycket LPT och 8 § LRV.
[65] 3 kap. 2 § andra stycket SOSFS 2008:18.
[66] Se avsnitt 15 Kostnadsmässiga och andra konsekvenser.

24 timmar är en rimlig gräns för när den beslutande läkaren senast ska genomföra en förnyad bedömning av patientens status och i samband med det ta ett förnyat beslut. De flesta verksamheter opponerar sig inte mot det, enligt IVO.

Någon representant för rättspsykiatrin har framfört att den beslutande läkaren endast undersöker patienten på vårdinrättningen en gång i veckan om patienten har varit avskilda under väldigt lång tid. Anledningen uppgavs vara att det ur ett patientperspektiv är en nackdel med täta läkarundersökningar för denna patientgrupp, eftersom de har särskilt starka behov av kontinuitet. Det framfördes också att dagliga undersökningar medför en risk att patienten behöver träffa olika läkare och att det ger sken av förändring och instabilitet.

Socialstyrelsen konstaterar att det i SOSFS 2008:18 inte finns något krav på att en patient som är långtidsavskild ska undersökas av beslutande läkare på vårdinrättningen. Enligt myndigheten är det angeläget att stärka patientsäkerheten och rättssäkerheten för patienter som är långtidsavskilda och öka förutsättningarna för att de ges en jämlik vård över hela landet. Det bör därför regleras inom vilket tidsintervall en långtidsavskild patient minst ska undersökas på vårdinrättningen av en läkare som får fatta beslut om sådan avskiljning.

En reglering med krav på undersökning av beslutande läkare på plats kommer att innebära ett ökat krav på närvaro av specialist i psykiatri på vårdinrättningen, exempelvis på helger. Samtidigt är det troligt att läkaren behöver inställa sig på vårdinrättningen av andra skäl, såsom för läkemedelsordination. Socialstyrelsen konstaterar också att långtidsavskiljningar enligt förarbetena endast torde behövas i särpräglade undantagsfall.[67]

Med ett krav på undersökning på vårdinrättningen av en läkare som får fatta beslut om långtidsavskiljning tillförsäkras patienten ett möte med en sådan läkare med visst tidsintervall. Genom läkarens bedömning av patientens tillstånd och dialog med patienten bör förutsättningarna öka för att finna alternativa lösningar till långtidsavskiljningen, och därmed för att minska tvånget. Socialstyrelsen bedömer att det är rimligt att en undersökning görs minst var 24:e timme. Vid denna bedömning har myndigheten vägt in de kostnader en sådan reglering kan medföra för verksamheterna.[68]

När det gäller patienter som är långtidsavskilda under väldigt lång tid har myndigheten övervägt om tidsintervallen för läkarundersökningen bör vara längre, såsom en gång i veckan. Detta utifrån att alltför täta läkarundersökningar skulle kunna vara till nackdel för patienter med särskilt stort behov av kontinuitet och förutsägbarhet. Vid en samlad bedömning finner Socialstyrelsen dock att dessa skäl inte väger tillräckligt tungt för att motivera att läkarundersökningen ska kunna ske mer sällan för denna patientgrupp. Detta utifrån vikten av patientsäkerhet och rättssäkerhet vid en så ingripande åtgärd som långtidsavskiljning. Det konstateras också att IVO i utredningen har framfört att de bedömer att det vid långtidsavskiljning inte är proportionerligt med beslutstider som överstiger 72 timmar. Dessutom anser Socialstyrelsen att det skulle vara problematiskt med

[67] Prop. 1990/91:58, s. 261.
[68] Se avsnitt 15 Kostnadsmässiga och andra konsekvenser.

en reglering som gör åtskillnad mellan patienter utifrån hur länge de är långtidsavskilda. En särreglering för denna patientgrupp bör enligt Socialstyrelsen dessutom rimligen ha sin grund i lagstiftning, och inte endast i föreskrifter.

Verksamheter har framfört att det är viktigt att läkarundersökningen kan ske på dagtid, så att patienten inte behöver väckas på natten. De har föreslagit att regleringen därför bör utgå från dygn, och inte timmar. Socialstyrelsen konstaterar att en reglering med krav på undersökning minst var 24:e timme ger verksamheterna möjlighet att anpassa läkarundersökningen så att den infaller på dagtid, dvs. genom att inledningsvis göra en tätare läkarundersökning. Med en reglering som kräver läkarundersökning en gång per dygn skulle tidsintervallen kunna bli närmare 48 timmar, och anses därför inte vara lämplig.

Förslag: Vid långtidsavskiljningar ska patienten undersökas på vårdinrättningen av en läkare som får fatta beslut om långtidsavskiljning minst var 24:e timme, under den period avskiljningen pågår.

Läkarundersökning under kvarhållning - barn och vuxna

En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Under kvarhållning får fastspänning och avskiljning användas.[69] Sedan den 1 juli 2020 är det möjligt att förlänga ett beslut om fastspänning och avskiljning under kvarhållning, för såväl vuxna som barn.[70] Eftersom detta är en ny reglering finns det inte någon bestämmelse i SOSFS 2008:18 med krav på läkarundersökning vid beslut om förlängning av fastspänning eller avskiljning under kvarhållning. Flera verksamheter framförde att de inte ser ett behov av en sådan reglering, särskilt utifrån att chefsöverläkaren snarast kommer in till vårdinrättningen för att skyndsamt fatta ett intagningsbeslut.

Även om det är ovanligt med förlängning av beslut om fastspänning och avskiljning under kvarhållning kan det uppkomma situationer när det sker. I sådana situationer bedömer Socialstyrelsen att det finns samma patientsäkerhets- och rättssäkerhetsskäl för en reglering av när en undersökning minst ska göras av beslutande läkare på vårdinrättningen, som efter intagning.

Förslag: Under kvarhållning ska samma krav på läkarundersökning gälla vid förlängning av fastspänning och avskiljning som efter intagning, för såväl vuxna som barn.

11. Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

En alternativ lösning skulle kunna vara att en undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen inför beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning av barn samt vid långtidsavskiljning av vuxna inte behöver ske lika ofta som enligt nuvarande förslag.

En alternativ modell för läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning av barn skulle kunna vara att den beslutande läkaren alltjämt gör en undersökning på plats vid det andra förlängningsbeslutet, men att det därefter endast

---

[69] 6 och 6 a §§ LPT och 5 § LRV.
[70] 6 a § LPT och 5 § LRV.

skulle krävas en sådan undersökning varannan timme vid fastspänning och var fjärde timme vid avskiljning. Dvs. istället för varje timme respektive varannan timme enligt nuvarande förslag. Däremellan skulle undersökningen göras på plats av legitimerad läkare, som inte får fatta beslut om tvångsåtgärden, med informationsöverföring till beslutande läkare. Alternativt skulle en undersökning på plats av beslutande läkare krävas ännu mer sällan. Dessa alternativa lösningar skulle då även gälla vid beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning av barn under kvarhållning.

En alternativ modell för läkarundersökning vid långtidsavskiljning av vuxna patienter skull kunna vara att en undersökning görs på plats av en läkare som får fatta beslut om sådan avskiljning minst var 48:e timme eller minst var 72:a timme, istället för var minst 24:e timme enligt nuvarande förslag.

De alternativa lösningarna skulle inte ställa samma krav på närvaro av beslutande läkare på vårdinrättningen under jourtid, och därmed inte i samma utsträckning påverka verksamheternas organisation och bemanning under jourtid och dagtid. Som framgår ovan menar Socialstyrelsen att en undersökning av den beslutande läkaren på plats på vårdinrättningen generellt ger ett bättre underlag för ett beslut om tvångsåtgärd, än en bedömning som sker på distans utifrån informationsöverföring från läkare på plats. Ett krav på undersökning av beslutande läkare på plats ökar enligt myndigheten förutsättningarna för att hitta andra sätt än att använda tvång för att lösa en situation, och därmed kan användningen av tvångsåtgärder minska.[71] Myndigheten bedömer att de alternativa lösningarna inte ger samma förutsättningar att stärka rättssäkerheten, patientsäkerheten och barnrättsperspektivet som de förslag som ges med krav på tätare undersökningar av beslutande läkare på plats vid fastspänning och avskiljning.

Om ingen ändring görs av bestämmelserna i SOSFS 2008:18 om läkarundersökning vid förlängning av fastspänning och avskiljning kommer föreskriften endast att gälla för vuxna, dvs. det kommer att saknas en reglering för barn. Om ingen ändring görs för långtidsavskiljningar kommer föreskriften sakna krav på läkarundersökning under pågående avskiljning, dvs. oavsett hur länge avskiljningen pågår. Detta innebär att verksamheternas bedömning av hur och när läkarundersökningen ska genomföras behöver grundas på hälso- och sjukvårdens allmänna reglering om bland annat god och säker vård samt vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Socialstyrelsen kommer förutsättningarna därmed att minska för att läkarundersökning i samband med fastspänning och avskiljning sker med hög rättssäkerhet och patientsäkerhet samt utifrån ett stärkt barnrättsperspektiv. En avsaknad av reglering bedöms också minska förutsättningarna för att läkarundersökningarna utförs på ett jämlikt sätt över landet.

12. Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

De föreslagna ändringarna i 3 kap. 2 § SOSFS 2008:18 grundar sig på bemyndigandena i 19 § första stycket förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård

[71] Se avsnittet ”Läkarundersökning vid förlängningsbeslut – barn”.

och rättspsykiatrisk vård, FPT, 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, samt 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF.

- Av bemyndigandet i 19 § första stycket FPT framgår att Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av LPT, LRV och FPT.
- Av bemyndigandet i 8 kap. 1 § HSF framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.
- Av bemyndigandet i 7 kap. 4 § PSF framgår att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa.

13. Barnkonsekvensanalys

Socialstyrelsen föreslår en reglering i SOSFS 2008:18 av vem och när en läkarundersökning ska göras inför beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning av barn. Enligt förslaget ska den beslutande läkaren inför ett beslut om förlängning av fastspänning undersöka patienten på vårdinrättning mins en gång per timme och vid avskiljning minst varannan timme. Inför det första förlängningsbeslutet ska undersökningen dock få utföras av en legitimerad läkare, som inte är beslutande, med informationsöverföring till den beslutande läkaren. Inför det inledande beslutet om fastspänning och avskiljning ska det enligt förslaget inte krävas en läkarundersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen.

Socialstyrelsens bedömning av när det ska krävas en undersökning av beslutande läkare på vårdinrättningen grundar sig bland annat på riskerna med för täta krav på sådan undersökning. Såsom risk för att barnet skadas fysiskt om en läkares ankomst måste avvaktas innan tvångsåtgärden kan verkställas och att höga krav på närvaro av beslutande läkare under jourtid kan medföra att barn får sämre tillgång till specialister under dagtid. Det finns också risk för ökad användning av nödrätt och övermedicinering.

Genom krav på undersökning av beslutande läkare på vårdinrättning vid det andra och följande förlängningsbeslut vill Socialstyrelsen stärka förutsättningarna för att läkaren har bästa möjliga underlag inför en bedömning av om en fastspänning eller avskiljning av ett barn ska fortsätta eller upphöra. Vid ett fysiskt möte mellan barnet och beslutande läkare skapas förutsättningar för en direkt dialog mellan läkaren och barnet och barnets möjlighet till delaktighet ökar. Förslaget är därmed i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen om barnets rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet.

Socialstyrelsen bedömer att förslagen ökar förutsättningarna för minskad användning av tvångsåtgärder och minskad risk för medicinska komplikationer då åtgärden används. På så sätt stärks barnets rätt till fysisk och psykisk hälsa och därmed rätten till överlevnad och utveckling, i enlighet med artikel 6 i barnkonventionen. Om användningen av tvångsåtgärder minskar har barnet i enlighet med artikel 19 i barnkonventionen getts ett skydd mot fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp. Socialstyrelsen menar också att förslagen stärker barnets

rätt till bästa möjliga hälsa samt ökar förutsättningarna för att barnet behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet, i enlighet med artikel 24 och 37 i barnkonventionen.

Sammantaget anser Socialstyrelsen att förslagen är för barnets bästa i enlighet med artikel 3 i barnkonventionen samt att de stärker barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och patientsäkerheten för barn i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Förslagen bedöms även öka förutsättningarna för att barn får en jämlik samt trygg, säker och god vård.

14. Konsekvenser för jämställdhet

Förslagen gäller lika för män och kvinnor och dess konsekvenser bedöms vara desamma oavsett om en patient identifierar sig som kvinna eller man, flicka eller pojke. Förslagen bedöms inte få några konsekvenser för jämställdhet för kvinnor och män.

15. Kostnadsmässiga konsekvenser

Inledning

De föreslagna ändringarna i SOSFS 2008:18 om när beslutande läkare själv ska undersöka patienten på vårdinrättning i samband med fastspänning eller avskiljning påverkar i första hand personalkostnaderna.

Enligt uppgifter från IVO[72] finns totalt 100 verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård[73]. Det är dessa verksamheter som berörs av de föreslagna föreskriftsändringarna. Enbart offentliga aktörer påverkas av de föreslagna föreskriftsändringarna.

Tabell 7. Verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i Sverige

Vårdform	Region	Statlig	Totalt
Psykiatrisk tvångsvård	66		66
Psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård	23		23
Rättspsykiatrisk undersökning		2	2
Rättspsykiatrisk vård	7		7
Uppgift saknas	2		2
Totalsumma	**98**	**2**	**100**

Källa: IVO:s säkerhetsregister, informationen är från 2020-06-04.

Krav på när beslut ska fattas gällande fastspänning och avskiljning regleras i LPT och LRV. Denna konsekvensutredning avser inte de kostnader som är kopplade till kraven i dessa lagar, utan till de nu föreslagna ändringarna i SOSFS 2008:18 om när en undersökning ska göras av beslutande läkare i samband med fastspänning och avskiljning.

[72] Uppgifter från Säkerhetsregistret.
[73] IVO har uppgett att registret har brister som kan föranleda att antalet verksamheter inte helt stämmer.

Eftersom beslutet om tvångsåtgärden och läkarundersökningen är nära sammankopplade är det svårt att ta fram exakta kostnader. Även utan en reglering i Socialstyrelsens föreskrifter skulle lagstiftningens krav på en god vård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet medföra att en patient som är fastspänd eller avskild i viss utsträckning behöver undersökas av läkare. Andra omständigheter som försvårar beräkningen av kostnaderna är att verksamheterna är organiserade på olika sätt och att det är svårt att uppskatta hur ofta fastspänningar och avskiljningar kommer att användas och hur långa de kommer att vara.

Som underlag till beräkningarna av de ekonomiska konsekvenserna av föreskriftsändringarna har Socialstyrelsen inhämtat information från representanter för verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Kostnad för läkarundersökning per fastspänning och avskiljning av patienter under 18 år

Socialstyrelsens har tagit fram exempelberäkningar som utgår från antagandet att det första förlängningsbeslutet om fastspänning respektive avskiljning av barn under jourtid fattas av beslutande läkare på distans, och att föreskriftsändringarna medför att beslutande läkare istället behöver undersöka patienten på vårdinrättning.

I Statistiska Centralbyråns (SCB:s) databas saknas löneuppgift för specialistläkare/chefsöverläkare i psykiatri, varför underlag från Läkarförbundet används. Personalkostnaden har räknats upp med ett schablonvärde för att ta hänsyn till sådant som semesterersättning, arbetsgivaravgifter och overheadkostnader.

Tabell 8: Löneuppgifter för överläkare, psykiatri

Löner	Kostnad	Information
Per månad	81 075[74]	Överläkare, psykiatri (grundlön medel)
Per månad inkl. schablonfaktor	149 178	Lön överläkare psykiatri (grundlön, me-
Per timme inkl. schablonfaktor	990	del)[1] inkl. schablonvärde 1,84[75]

Källa: Läkarförbundets lönestatistik, hämtat 2020-11-17 och schablonvärde från Tillväxtverket

I det fall beslutande läkare är i tjänst på vårdinrättningen antas regleringen ha en mindre kostnadspåverkan. Om beslutande läkare däremot har jour i hemmet uppstår kostnader för inställelse på vårdinrättningen och för att undersöka patienten. Uppgifter om ersättning till läkare jourtid baseras på vad verksamheterna angett, se nedanstående tabell 9. Genomsnittlig timlön jourtid uppskattas till 1 702 kronor[76]. Efterföljande beräkningar (inklusive långtidsavskiljningar av vuxna) inkluderar inte extra tillägg stora helger och tillägg övriga helgdagar som infaller veckodag.

[74] I Läkarförbundets lönestatistisk finns även löneuppgift för specialistläkare i psykiatri med medicinskt ledningsansvar (grundlön medel: 94 683 kr/mån).

[75] Ekonomiska effekter av nya regler (Tillväxtverket), Stockholm, december 2017.

[76] Beräknas följande: 1 702 = ((70-40)*(1*990)+12*(1,5*990)+86*(2*990))/(168-40). 40 timmars arbetsvecka antas genomgående i avsnittet.

Tabell 9: Tillägg för läkare vid arbete jourtid

Tidpunkt	Tillägg	Personalkostnad (per timme, kr)	Antal timmar (per vecka)
Vardagar kl. 07:00 - 21:00	1	990	70
Måndag-torsdag kl. 21:00-24:00	1,5	1 485	12
Vardagar kl. 00:00-07:00, fredag kl. 21:00-24:00 och helger	2	1 980	86
Storhelg	3	2 970	-

Vid undersökning på plats av beslutande läkare (istället för om beslutande läkare är med på distans) tillkommer kostnad för transport (om jour bryts) och förlängd arbetstid.

De verksamheter Socialstyrelsen har haft kontakt med har angett att inställelsetiden (mått på transporttid) varierar från 30 minuter till två timmar. Tidsåtgång för själva läkarundersökningen beror på patientens tillstånd och situationen i sin helhet. Utöver tid för transport och själva läkarundersökningen kan det tillkomma ytterligare arbetstid utifrån att läkaren har inställt sig på vårdinrättningen. Vid förlängning av en tvångsåtgärd kan läkaren behöva stanna kvar på vårdinrättningen för att utvärdera en läkemedelsbehandling. Det kan även vara så att beslutande läkare behöver vara kvar på vårdinrättningen så länge åtgärden pågår eftersom avståndet till det egna hemmet kan vara långt. Uppskattningar presenteras med och utan förlängd arbetstid vid undersökning på plats.

Vid exempelvis 60 minuters transporttid och en halvtimmes förlängd arbetstid uppskattas den totala kostnaden för undersökning av beslutande läkare på vårdinrättning (istället för distans) till 4 254 kronor, se tabell 10 nedan.

Tabell 10: Kostnad undersökning av beslutande läkare på plats istället för på distans jourtid.

Faktorer som inkluderas	Transporttid*	Kostnad undersökning på plats istället för distans (kr)
• Transporttid	30 minuter	1 702
	60 minuter	3 404
	120 minuter	6 807
• Transporttid • 30 minuters förlängd arbetstid vid arbete på plats relativt på distans	30 minuter	2 553
	60 minuter	4 254
	120 minuter	7 658
• Transporttid • 60 minuters förlängd arbetstid vid arbete på plats relativt på distans	30 minuter	3 404
	60 minuter	5 105
	120 minuter	8 509

*Till och från verksamhet. Exempelvis 30 minuters transporttid innebär en timmes personalkostnad.

Kostnad för läkarundersökning per långtidsavskiljning av vuxna patienter

Läkarundersökning och dokumentation antas ta 30-60 minuter. För läkare i beredskap helgtid är ersättningen högre och ersättning utgår även för transport om jour bryts.

I beräkningarna används löneuppgift för chefsöverläkare från Läkarförbundet avseende rättspsykiatri. Föreskriftsändringen antas främst påverka antalet läkarundersökningar vid längre långtidsavskiljningar, vilka enligt de uppgifter som framkommit i utredningen i princip endast används inom rättspsykiatrin.

Tabell 11: Löneuppgifter för överläkare, rättspsykiatri.

Löner	Kostnad	Information
Per månad	89 218	Överläkare, psykiatri (grundlön medel)
Per månad inkl. schablonfaktor	164 161	Lön överläkare psykiatri (grundlön, me-
Per timme inkl. schablonfaktor	1 090	del)[1] inkl. schablonvärde 1,84

Källa: Läkarförbundets lönestatistik (hämtat 2020-11-17) och schablonvärde från Tillväxtverket

Vid en halvtimmes tid för undersökning och dokumentation kan kostnaden vardagar uppskattas till 545 kronor och helger 3 269 – 9 806 kronor (enbart personalkostnad för beslutande läkare inräknat och med transportkostnad helgtid).

Tabell 12: Personalkostnad för beslutande läkare vid undersökning.

Dag	Transporttid*	Undersökning + dokumentation	Totalkostnad (kr)
• Vardag	Inte inkluderat	30-60 minuter	545 - 1 090
	30 minuter	30-60 minuter	3 269 - 4 358
• Helg	60 minuter	30-60 minuter	5 448 - 6 537
	120 minuter	30-60 minuter	9 806 - 10 896

*Till och från verksamhet. Exempelvis 30 minuters transporttid innebär en timmes personalkostnad

I utredningen har det framkommit att det vid en läkarundersökning vid långtidsavskiljning, förutom beslutande läkare, även kan närvara ytterligare en till två personer. Det kan exempelvis vara en skötare och en sjuksköterska, se beräknad lönekostnad i tabell 13. Vid en halvtimmes arbetstid för sjuksköterska och skötare samt en timmes arbetstid för beslutande läkare (inklusive dokumentation) kan kostnaden för en undersökning ordinarie arbetstid uppskattas till 1 503 kronor. Om ytterligare personal närvarar blir personalkostnaden högre. Efterföljande exempelberäkning (se avsnittet: *Kostnader för samtliga verksamheter*) inkluderar enbart kostnader för beslutande läkare.

Tabell 13: Personalkostnad sjuksköterska och skötare[77]

Personalkategori	Lön per månad (kr)	Lön per månad med schablon* (kr)	Per timme med schablon* (kr)	Per 30 min med schablon* (kr)
Sjuksköterska	38 500	70 840	470	235
Skötare	29 200	53 728	357	178

Källa: Statistiska Centralbyrån (lönesök) och schablonvärde från Tillväxtverket. *Schablonvärde: 1,84

Kostnaderna för samtliga verksamheter

Läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning av barn

[77] Löneuppgifter från SCB för psykiatrisjuksköterska respektive skötare i offentlig sektor, hämtat: 2020-11-19, Länk: https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=sjuksk%C3%B6terska

Nedanstående tabell 14 visar antalet åtgärder om fastspänning av barn utifrån åtgärdens tidslängd enligt Socialstyrelsens patientregister. Inga åtgärder om fastspänning eller avskiljning av barn enligt LRV förekom år 2019, varför dessa uteslutits[78].

Tabell 14: Antal åtgärder om fastspänningar av patienter under 18 år utifrån åtgärdens längd, vid vård enligt LPT, 2017-2019

Åtgärd	2017	2018	2019
Fastspänning upp till och med 4 timmar	374	176	124
Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar	7	X	4
Fastspänning i 72 timmar eller mer	0	0	X

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen *Datapunkter med mellan 0 och 4 observationer har inte inkluderats.

Antalet fastspänningar 0 – 4 timmar uppgick till 124 stycken år 2019. För att ta höjd för att antalet åtgärder varierar årligen justeras dessa upp med 15 procent. Detta innebär totalt 143 åtgärder om fastspänning (=124*1,15), varav 109 åtgärder jourtid (se tabell 15 nedan). Antagande görs att antalet åtgärder om fastspänning och avskiljning är jämnt fördelade över dygnets timmar (merparten av alla åtgärder antas därmed pågå jourtid).

Tabell 15: Åtgärder om fastspänning fördelat över tid i exempelberäkning

Tidpunkt för åtgärd om fastspänning avskiljning	Antal
Ordinarie arbetstid	34 (24%)
Utanför ordinariearbetstid, efter kl. 7:00 men innan kl. 21:00 (vardagar)	25 (18%)
Måndag-torsdag kl. 21:00-24:00	10 (7%)
Vardagar kl. 00:00-07:00, fredagar kl. 21:00-24:00 och helger	73 (51%)
Totalt antal åtgärder	**143 (100%)**
Varav åtgärder jourtid	*109 (76%)*

Vid exempelvis 60 minuters transporttid uppgår den totala årliga kostnaden för läkarundersökning vid fastspänning för samtliga verksamheter till 370 000 – 462 000 kronor, utan och med en halvtimmes förlängd arbetstid.

Med samma metod som beskrivs ovan (gällande fastspänning) görs uppskattning av kostnaderna för läkarundersökning av beslutande läkare på plats (istället för distans) vid avskiljning. Uppskattningarna ger samma resultat som för fastspänning eftersom antalet avskiljningar 0 – 8 timmar och antalet fastspänningar 0 – 4 timmar var lika många år 2019, det vill säga 124 (se tabell 16 nedan).

Tabell 16: Antal avskiljningar av patienter under 18 år utifrån åtgärdens längd, vid vård enligt LPT, 2017-2019

Åtgärd	2017	2018	2019
Avskiljningar upp till och med 8 timmar	143	120	124
Avskiljningar i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar	4	4	X
Avskiljningar i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar	X	0	0

[78] Enligt uppgift från Patientregistret (Socialstyrelsen).

Avskiljningar i minst 15 dagar men mindre än 30 dagar	0	0	0
Avskiljningar som pågått i 30 dagar	0	0	0

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen *Datapunkter med mellan 0 och 4 observationer har inte inkluderats.

I många fall är fastspänning och avskiljning kortare än fyra respektive åtta timmar, men i statistiken saknas uppgift om antal som är viss längd inom exempelvis spannet noll till åtta timmar. Om avskiljningen exempelvis pågår två timmar blir kostnadspåverkan mindre än vad uppskattningarna visar, eftersom föreskrifterna då inte kräver undersökning av beslutande läkare på plats.

Läkarundersökning vid långtidsavskiljningar av vuxna patienter

Nedanstående tabeller 17 och 18 anger antal avskiljningar av vuxna patienter enligt LPT och LRV fördelat över åtgärdens längd, baserat på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

Tabell 17: Antal avskiljningar för patienter 18-74+ år utifrån åtgärdens längd, vid vård enligt LPT, 2017-2019

Åtgärd	2017	2018	2019
Avskiljningar upp till och med 8 timmar	2 985	2 995	3 260
Avskiljningar i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar	373	377	245
Avskiljningar i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar	5	6	X
Avskiljningar i minst 15 dagar men mindre än 30 dagar	37	29	53
Avskiljningar som pågått i 30 dagar	0	X	X
Avskiljningar, totalt antal	**3 400**	**3 407**	**3 558**

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen *Datapunkter med mellan 0 och 4 observationer har inte inkluderats.

Tabell 18: Antal avskiljningar för patienter 18-74+ år utifrån åtgärdens längd, vid vård enligt LRV, 2017-2019

Åtgärd	2017	2018	2019
Avskiljningar upp till och med 8 timmar	383	466	529
Avskiljningar i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar	653	691	563
Avskiljningar i mer än 72 timmar (Utgick 2016-12-31)	5	X	0
Avskiljningar i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar	5	7	20
Avskiljningar i minst 15 dagar men mindre än 30 dagar	57	59	64
Avskiljningar som pågått i 30 dagar	5	8	14
Avskiljningar, totalt antal	**1 108**	**1 231**	**1 190**

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen *Datapunkter med mellan 0 och 4 observationer har inte inkluderats.

Det är svårt att ta fram exakta beräkningar för vad förslaget om läkarundersökning vi långtidsavskiljning medför för kostnader, främst eftersom rutiner för sådan läkarundersökning varierar mellan olika verksamheter. I utredningen har det framkommit att långtidsavskilda patienter ofta undersöks av beslutande läkare på vårdinrättningen en gång per dygn. I dessa fall tillkommer inga merkostnader för läkarundersökning utifrån Socialstyrelsens förslag. Det har dock även framkommit att det vid rättspsykiatrisk vård förekommer att läkarundersökning görs med

längre mellanrum, såsom var 72:a timme eller endast en gång i veckan för patienter som är avskilda under en mycket lång tid, kan vara flera år. Socialstyrelsen saknar dock uppgifter om hur länge långtidsavskiljningar faktiskt pågår (avskiljningar längre än 30 dagar).

För att uppskatta kostnadsmässiga effekter har Socialstyrelsen tagit fram en beräkning som bygger på ett antagande om att läkarundersökningar idag görs en gång i veckan vid längre långtidsavskiljning (exempelvis längre än ett år).

Med antagande att 7[79] patienter i Sverige är långtidsavskilda ett år eller mer uppgår det totala antalet dagar per år patienterna är avskilda till 2 555 (=7*365). Med enbart personalkostnad för beslutande läkare inräknat kan den totala årliga kostnaden uppskattas till 199 000 kronor, om undersökning idag görs ordinarie arbetstid en gång per vecka (=545*(2555/7)). Vid dagliga läkarundersökningar kan personalkostnaden för beslutande läkare (exklusive transport) uppskattas till 1,8 miljoner kronor per år (=545*2555*5/7+545*2*2555*2/7). Kostnad för föreskriftsändringen avseende läkarundersökning vid långtidsavskiljning kan då uppskattas till 1,6 miljoner kronor enbart med personalkostnad för själva undersökningen av beslutande läkare inräknat. Denna beräkning förutsätter att undersökning och dokumentation tar 30 minuter, om det istället tar en timme kan kostnaden uppskattas till 3,2 miljoner kronor per år.

I beräkningarna ovan är inte lön för andra personalkategorier inräknat och antalet långtidsavskiljningar varierar över tid. Om dessutom personalkostnad för transport helger inkluderas blir kostnaderna för föreskriftsändring betydligt högre. Flera patienter kan vara långtidsavskilda på samma vårdinrättning, då utgår inte nödvändigtvis transportkostnad helger för samtliga patienter, och det kan finnas fall när beslutande läkare är på vårdinrättning helgtid av andra skäl.

Rutiner för läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning

Verksamheterna kommer behöva ta fram eller komplettera befintliga riktlinjer för läkarundersökning vid tvångsåtgärder. Hur lång tid detta arbete kommer att ta och vilka som kommer att vara involverade kommer förmodligen att variera mellan verksamheterna. Med ett antagande om att arbetet tar i genomsnitt ungefär en halv arbetsdag i anspråk per verksamhet för chefsöverläkare kan den totala kostnaden för att ta fram nya rutiner uppskattas till cirka 400 000 kronor (=4000*100), tar det istället ungefär en arbetsdag kan kostnaden uppskattas till cirka 800 000 kronor[80]. I många regioner tas dock troligen rutiner fram centralt på regional nivå, eftersom det gäller åtgärder som utgår från författning och därmed gäller lika för alla verksamheter. Föreskriftsändringen kan även medföra kostnader för informations- och utbildningsinsatser om kraven på läkarundersökning till berörd hälso- och sjukvårdspersonal.

Total kostnadsmässig påverkan

Den totala årliga kostnadsmässiga påverkan för undersökning på vårdinrättning av beslutande läkare vid fastspänning och avskiljning av barn uppskattas till

[79] 14 avskiljningar längre än 30 dagar förekom år 2019 enligt LRV. Hälften antas avse period längre än ett år.
[80] Per region skulle det innebära cirka 19 000 - 38 000 kronor, motsvarande cirka 2 - 5 arbetsdagar.

mellan 370 000 och 1,7 miljoner kronor per år[81] (17 609 – 79 240 kronor per region i genomsnitt[82]) jämfört med om informationsöverföring sker från vårdinrättning till beslutande läkare på distans (vid undersökningar jourtid). Uppgifter i utredningen tyder på att vissa verksamheterna idag, vid avsaknad av föreskriftsändringar, gör fler undersökningar av beslutande läkare på vårdinrättning än vad Socialstyrelsen antar i uppskattningarna. Därför är det troligt att uppskattningarna av kostnaderna överskattar faktisk kostnadspåverkan.

Ekonomiska konsekvenser för föreskriftsändring avseende långa avskiljningar av vuxna är svåra att uppskatta per verksamhet och totalt. Socialstyrelsen har därför valt att endast presentera uppskattad kostnad per undersökning och en exempelberäkning där antal undersökningar vid mycket långa avskiljningar påverkas.

Engångskostnaden för att ta fram ändrade rutiner för verksamheter är svårt att uppskatta, bland annat eftersom arbetssätt kan variera mellan olika verksamheter. Socialstyrelsen har därför valt att endast presentera en enklare beräkning för att visa möjlig kostnadspåverkan.

Tabell 1: Uppskattning totala kostnader för undersökning av beslutande läkare på vårdinrättning istället för på distans (patienter under 18 år)

Åtgärd	Transporttid	Förlängd arbetstid vid undersökning på plats	Kostnad per åtgärd	Antal*	Total kostnad (kr)
Fastspänning patienter under 18 år	30 min	0 – 30 min	1 702 - 2 553	109	184 893 - 277 340
	60 min	0 – 30 min	3 404 - 4 254	109	369 786 - 462 233
	120 min	0 – 30 min	6 807 - 7 658	109	739 572 - 832 019
Avskiljning patienter under 18 år	30 min	0 – 30 min	1 702 - 2 553	109	184 893 - 277 340
	60 min	0 – 30 min	3 404 - 4 254	109	369 786 - 462 233
	120 min	0 – 30 min	6 807 - 7 658	109	739 572 - 832 019

*Avser uppskattat totalt antal fastspänningar/avskiljningar nationellt, se tabell 14.

Intentionen med förändringarna i föreskriften är bland annat att skapa förutsättningar för att minska antalet fastspänningar och avskiljningar. Detta skulle kunna leda till minskade kostnader för dessa åtgärder, även om det inte i nuläget går att dra någon slutsats om hur utfallet blir. Det finns dock faktorer som gör att kostnaderna kan bli högre och som inte kvantifierats. I utredningen har det framkommit att det finns en brist på specialistläkare inom både barn och vuxenpsykiatrin. Detta medför att verksamheter kan behöva ta in hyrläkare för vilka en betydligt högre personalkostnad utgår, dessutom kan nya jourlinjer behöva tas fram. För verksamheter i glesbygd/norra Sverige blir kostnadspåverkan större relativt verksamheter i storstadsområden, eftersom distanserna är längre. I utred-

[81] I det övre spannet antas två timmars transporttid och 30 minuter förlängd arbetstid. Om istället arbetstid förlängs med en timme blir kostnadspåverkan 1,8 miljoner kronor i det övre spannet.

[82] I alla regioner finns en BUP heldygnsklinik, förutom Västra Götaland där det finns två jourer. Givet att dessa kliniker i huvudsak påverkas ger beräkningen en approximerad genomsnittskostnad per verksamhet. I realiteten varierar dock antalet fastspänningar och avskiljningar mellan olika regioner.

ningen har det även bland annat framkommit att det finns risk för undanträngningseffekter av vissa uppgifter (dagtid), vilket i sin tur kan innebära behov av att ta in ytterligare personal och det medför högre kostnader.

16. Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Socialstyrelsen bedömer att förslagen om läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning överensstämmer med Sveriges skyldigheter ur ett EU-rättsligt perspektiv.

17. Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Socialstyrelsens förslag innebär en skyldighet att utföra läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning med tätare intervaller än nuvarande reglering. Förslagen bedöms vara nödvändiga med hänsyn till ändamålet att upprätthålla hög rättssäkerhet och patientsäkerhet och ett tydligt barnrättsperspektiv samt för att öka förutsättningarna för att antalet fastspänningar och avskiljningar minskar.

18. Effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Eftersom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska ges på en sjukvårdsinrättning som bedrivs av en region bedömer Socialstyrelsen att förslagen inte får några effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

19. Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

Socialstyrelsen föreslår att ändringarna i SOSFS 2008:18 ska träda i kraft den 1 juli 2021.

Information om revideringen av föreskrifterna kommer att publiceras på Socialstyrelsens hemsida.

20. Kontaktperson

Juristen Kristina Swiech står till förfogande om ytterligare information önskas. Hon nås på telefon 075-247 30 49.