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

Enligt sändlista

Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning samt Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med tillhörande konsekvensutredning. Synpunkter på förslagen och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den **21 maj 2025.** 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.

För er information skickar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ut en remiss samtidigt som Socialstyrelsen. IVO:s remiss innehåller förslag till föreskrifter om anmälan av händelser gällande säkerhetsbrister inom psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. I Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning finns bestämmelser om bl.a. utredning av händelser gällande säkerhetsbrister i verksamheten.

Vänligen ange diarienumret 4.1-86558/2024 remissvaret.

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

Med vänlig hälsning

Pär Ödman
Avdelningschef

Bilagor

- Förslag till föreskrifter och allmänna råd om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning
- Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Konsekvensutredning
- Sändlista

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

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2025-xx-xx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning;

HSLF-FS 2025:xx

Utkom från trycket den xx xx 2025

beslutade den xx xx 2025.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 19 § första och andra styckena förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 8 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 8 kap. 5 § andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och 2 § 3 och 4 § 4 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt beslutar följande allmänna råd.

FÖRSLAG

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Av 15 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att vård enligt dessa lagar ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten.

Tillämpningsområde

2 § Föreskrifterna ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

3 § De sjukvårdsinrättningar som avses i 2 § benämns i det följande verksamhet.

4 § De enheter för rättspsykiatrisk undersökning som avses i 2 § benämns i det följande antingen verksamhet eller vårdgivare.

5 § En person som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning vid en enhet för rättspsykiatrisk undersökning benämns i det följande patient.

Begreppsförklaringar

6 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med säkerhet skydd för patienter och personal samt för samhället i övrigt i samband med psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning.

Med skalskydd avses ett skydd som utgörs av en avdelnings fysiska gränser i form av omslutande väggar, tak och golv. Även de slussfunktioner som är avsedda för patienters och personals regelbundna in- och utpassering ingår i begreppet skalskydd.

Med perimeterskydd avses ett skydd utanför skalskyddet som utgör en yttre gräns av en verksamhets område i form av t.ex. omslutande murar eller staket.

Bestämmelser i andra författningar

7 § Av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.

8 § Bestämmelser om våld och hot i arbetsmiljön finns i Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar.

2 kap. Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att vårdgivaren ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutiner om skal- och perimeterskydd

2 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för hur verksamhetens skal- och perimeterskydd ska vara utformade.

Vårdgivaren ska även ansvara för att det finns rutiner för hur skydden regelbundet ska kontrolleras.

FÖRSLAG

Rutiner om kontroll av patienter

3 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för på vilket sätt verksamheten fortlöpande ska kontrollera var patienter befinner sig då de vårdas på en avdelning med godtagbar säkerhetsklass.

Rutiner om individuella insatser

4 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att varje patient ges individuellt anpassade insatser vilka ska minska risken för att denne agerar på ett sätt som leder till att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas.

Rutiner om lokaler

5 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård.

Genom rutinerna ska vårdgivaren säkerställa att lokalernas användning och utformning fortlöpande utvärderas.

Allmänna råd

Av rutinerna bör det framgå vilka åtgärder som bör vidtas i verksamhetens lokaler för att

- patienter och personal inte ska uppleva trängsel,
- patienter ska få tillgång till rum för återhämtning,
- patienter inte ska kunna använda möbler och annan inredning för att skada sig själv eller någon annan, och
- personalen ska kunna observera patienterna.

Rutiner om åtgärder vid tillfällig patientkontakt

6 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och hantera händelser som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas då personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.

Rutiner om patienters vistelse utanför verksamhetens område

7 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att kraven på god säkerhet i verksamheten kan uppfyllas när en patient vid ledsagning eller transporter tillsammans med personal vistas utanför verksamhetens område.

FÖRSLAG

Rutiner om åtgärder ifall en patient avviker

8 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidta om en patient försöker avvika eller avviker från en verksamhet.

Rutiner om samverkan

9 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med den övriga regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten.

Allmänna råd

Av rutinerna bör det framgå vilken samverkan som behövs, såsom t.ex. utbyte av information, för att förhindra att en patient agerar så att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas då denne vistas på ett hem eller någon annan institution för vård eller behandling eller på en avdelning för sluten somatisk vård.

Rutiner om patienter som brottsoffer

10 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten.

3 kap. Säkerhetsutbildning och säkerhetskontroller

1 § Vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonalen och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter ges en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med nyanställning samt därefter erbjuds regelbunden kompetensutveckling.

Säkerhetsutbildningen ska ge personalen den kunskap som behövs för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett sådant sätt att kraven på god säkerhet kan uppfyllas.

Allmänna råd

Den grundläggande säkerhetsutbildningen bör ge personalen kunskap om

- vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga hot och våld,
- hur relationen mellan patienter och personal kan stärkas,
- hur patienter kan göras delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet som bedrivs i verksamheten,

FÖRSLAG

- hur en hotfull eller våldsam situation med minsta möjliga risk för att en patient traumatiseras eller skadar sig själv eller någon annan kan deskaleras och hanteras,
- hur användningen av tvångsåtgärder kan förebyggas,
- hur patienter kan transporteras och ledsagas på ett säkert sätt, samt
- vilka relevanta rutiner som finns om säkerheten i verksamheten och om dess innehåll.

2 § Vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonalen och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter genomgår regelbundna säkerhetskontroller. Kontrollerna ska minska risken för att personalen agerar på ett sätt som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas.

Allmänna råd

I samband med rekrytering av personal bör det göras en beställning av utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister samt en fördjupad referenstagning.

Under pågående anställning bör säkerhetssamtal genomföras.

4 kap. Säkerhetsklassificering

1 § Vårdgivaren ska ansvara för att verksamhetens avdelningar delas in i säkerhetsklasserna

1. mycket hög,
2. hög, eller
3. godtagbar.

Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler, ska varje sådan del av en avdelning säkerhetsklassificeras.

2 § En avdelning eller en del av en avdelning med mycket hög säkerhetsklass ska ha ett skal- och perimeterskydd som kan stå emot kvalificerade rymningsförsök och fritagningsförsök. Perimeterskyddet ska även förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet.

3 § En avdelning eller en del av en avdelning med hög säkerhetsklass ska ha ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök.

FÖRSLAG

4 § Vid en avdelning eller en del av en avdelning med godtagbar säkerhetsklass ska det fortlöpande kontrolleras var patienterna befinner sig.

5 § Uppgifter om en avdelnings säkerhetsklass finns i Inspektionen för vård och omsorgs register över anmälda verksamheter som ger vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt över enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

5 kap. Placering av patienter

Placering vid avdelning med viss säkerhetsklass

1 § Inför en placering vid en avdelning med en viss säkerhetsklass ska det fattas ett beslut för patienter som

1. vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
2. tas in för frivillig vård från ett häkte, en kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem, och
3. genomgår en rättspsykiatrisk undersökning vid en enhet för rättspsykiatrisk undersökning.

2 § Den som ska fatta ett beslut om att placera en patient enligt 1 § ska vara chefsöverläkare.

Innan chefsöverläkaren fattar beslutet ska han eller hon göra en bedömning av vilken säkerhetsklass som är nödvändig och då särskilt beakta risken för att patienten

1. rymmer,
2. blir fritagen,
3. skadar någon annan, eller
4. begår ett allvarligt brott.

3 § En patient som ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska vårdas vid en avdelning med godtagbar säkerhetsklass.

I det fall det är särskilt påkallat, ska en chefsöverläkare göra en bedömning enligt 2 § andra stycket av om det är nödvändigt att placera patienten vid en avdelning med förhöjd säkerhetsklass. Om chefsöverläkaren anser att så är fallet, ska han eller hon fatta ett beslut om en sådan placering.

FÖRSLAG

Placering av annat skäl än säkerhet

4 § Om en patient har behov som enbart kan tillgodoses vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl, får chefsöverläkaren besluta att patienten ska placeras vid en avdelning med den högre nivån.

Innan chefsöverläkaren fattar ett beslut ska patienten ges möjlighet att lämna synpunkter på en sådan placering.

Allmänna råd

Patientens behov kan t.ex. gälla kontinuitet i vården och att få vistas nära närstående.

Överlåtelse av uppgifter

5 § Chefsöverläkaren får uppdra åt en annan läkare inom verksamheten att fullgöra uppgifterna som anges i 1 och 2 §§, 3 § andra stycket och 4 §. Läkaren ska ha specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och vara erfaren på området.

Fortlöpande övervägande av säkerhetsklass

6 § Chefsöverläkaren ska fortlöpande överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig för de patienter som anges i 1 § samt för de patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och är placerade på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass.

Chefsöverläkaren ska vidare fortlöpande överväga om en patients behov av att vara placerad på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl kvarstår.

De överväganden som anges i första och andra styckena får även göras av någon annan läkare i enlighet med 5 §.

Journalföring

7 § Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om vilket eller vilka beslut som har fattats om att placera patienten på en avdelning med en viss säkerhetsklass samt de skäl som ligger till grund för beslutet eller besluten.

Patientens journal ska även innehålla de bedömningar enligt 3 § andra stycket vilka inte resulterar i ett beslut att placera patienten på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass.

FÖRSLAG

6 kap. Säkerhetsansvarig och säkerhetshandling

1 § Bestämmelser med krav på att det ska finnas en säkerhetsansvarig finns i 15 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vårdgivaren ska utse någon som ska vara säkerhetsansvarig.

2 § Vårdgivaren ska ansvara för att varje avdelning inom en verksamhet har en säkerhetshandling. Den ska beskriva de byggnadstekniska konstruktioner och installationer som finns i verksamheten och som syftar till att kraven på god säkerhet kan uppfyllas. Säkerhetshandlingen ska uppdateras kontinuerligt.

7 kap. Anmälan och utredning vid brister i säkerheten

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg

1 § Av 3 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det att en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras om någon har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Av bestämmelsen framgår det även att en utredning av händelsen ska ges in till Inspektionen för vård och omsorg.

2 § I Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS XXXX:XX) YYYY finns bestämmelser om hur en anmälan enligt 3 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska göras.

Anmälningsansvarig

3 § Av 2 kap. 1 § första stycket 4 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår det att en anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 6 § samma lag.

Vårdgivaren ska utse någon som ska vara anmälningsansvarig.

Den som är anmälningsansvarig ska ha en sådan ställning i organisationen att han eller hon har möjlighet att delta i säkerhetsarbetet.

Utredningsskyldighet

4 § Av 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det att den som bedriver verksamheten ska utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

FÖRSLAG

5 § En utredning av en händelse enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innefatta

1. uppgifter om när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades till vårdgivaren,
2. en redogörelse för händelsens förlopp,
3. uppgifter om orsaken eller orsakerna till händelsen,
4. uppgifter om vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienter, personal och andra personer,
5. en riskbedömning som anger sannolikheten för att liknande händelser kommer att inträffa igen och tänkbara konsekvenser, och
6. uppgifter om händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten.

6 § I utredningen ska det redovisas

1. vilka åtgärder som har vidtagits omedelbart efter händelsen,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att liknande händelser inte ska inträffa igen, och
3. vilka åtgärder som ska vidtas för att liknande händelser inte ska inträffa igen.

Uppgifter om vem eller vilka som ansvarar för genomförande och uppföljning av åtgärderna ska framgå av utredningen.

En tidsplan för de åtgärder som ännu inte har genomförts ska bifogas utredningen.

7 § Vad gäller den patient som har medverkat i eller har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse ska dennes beskrivning och upplevelse av händelsen ingå i utredningen.

Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, ska i stället det anges i utredningen.

Allmänna råd

Om patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, bör denna möjlighet i stället erbjudas en närstående. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

FÖRSLAG

8 § Vad gäller personal som har varit involverade i en säkerhetsrelaterad händelse ska deras beskrivningar och upplevelser av händelsen även ingå i utredningen.

9 § Av utredningen ska det slutligen framgå hur personal har informerats eller ska informeras i enlighet med 15 §.

Information till patient

10 § Vårdgivaren ska utan dröjsmål informera en patient som har medverkat i eller har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse om att en anmälan har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg och om dess beslut i ärendet.

Vårdgivaren ska även lämna en kopia av beslutet till patienten.

Skyldigheten att ge informationen gäller inte om det finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

11 § Om patienten begär det eller själv inte kan ta del av informationen enligt 10 §, ska den i stället lämnas till dennes närstående. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

12 § Om patienten är ett barn, ska barnets vårdnadshavare få information enligt 10 §. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

13 § All information som lämnas efter händelsen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Om mottagaren önskar avstå från information, ska det respekteras.

Information till personal

14 § Vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras rapporteringsskyldighet enligt 6 kap. 4 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659). Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande.

15 § Vidare ska information ges om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Vilken hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som ska informeras får vårdgivaren bedöma i varje enskilt

FÖRSLAG

fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

16 § Vårdgivaren ska ge information till den personal som har varit involverad i en säkerhetsrelaterad händelse om anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg.

Journalföring

17 § Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om att information har lämnats enligt 10–12 §§.

Det ska antecknas ifall informationen inte har lämnats och om skälet till detta är hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det har bedömts olämpligt.

---

1. Denna författning träder i kraft den 15 januari 2026.
2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.
3. Beslut om att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass som har fattats enligt de äldre föreskrifterna gäller fram till den 15 februari 2026.

Socialstyrelsen

BJÖRN ERIKSSON

Kristina Swiech

FÖRSLAG

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

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2025-xx-xxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård;

HSLF-FS 2025:xx

Utkom från trycket den xx xx 2025

beslutade den xx xx 2025.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 19 § första stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och 8 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) i fråga om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

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

dels att det ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 2 a och 2 b §§, av följande lydelse.

FÖRSLAG

2 kap.

2 § Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att följande åtgärder endast vidtas i enlighet med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller någon annan tillämplig lag:

1. Vilka tvångsåtgärder som får användas efter det att ett beslut om kvarhållning har fattats och fram till frågan om intagning har avgjorts.
2. Behandling av en patient utan hans eller hennes samtycke.
3. När tvång får användas för att hindra en patient att lämna en vårdinrättnings område eller den del av en inrättning där han eller hon ska vistas.
4. Fastspänning av vuxna och barn.
5. Avskiljning av vuxna och barn.
6. Inskränkning i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster.
7. Undersökning av försändelser till en patient.

8. Övervakning av försändelser från en patient.
9. Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.
10. Omhändertagande av otillåten egendom som innehas av en patient.
11. Inskränkning av en patients rätt att ta emot besök.
12. Uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd.
13. Allmän inpasseringskontroll.
14. Underrättelser om tvångsåtgärder till Inspektionen för vård och omsorg.
15. Begäran om biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården enligt 47 § andra och tredje styckena lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 27 § lagen om rättspsykiatrisk vård.

2 a § Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det finns rutiner för hur patienters möjlighet till utomhusvistelse ska tillgodoses och organiseras.

2 b § Vårdgivaren ska även ansvara för att det finns rutiner för genomsökning av patienters rum.

Denna författning träder i kraft den 15 januari 2026.

Socialstyrelsen

BJÖRN ERIKSSON

Kristina Swiech

FÖRSLAG

FÖRSLAG

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd (HSLF:FS 2025:xx) om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning

Dnr 4.1-42804/2022

Innehåll

1. Bakgrund 4

1.1 Säkerhetsföreskrifter 4

1.2 Gällande rätt 5

1.3 Kontakter vid genomförandet av författningsarbetet 11

1.4 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på 13

1.5 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar 14

1.6 Konsekvenser om ingen åtgärd vidtas 15

2 Socialstyrelsens förslag 16

2.1 Inledning 16

2.2 Säkerhetsföreskrifternas tillämpningsområde 16

2.3 God vård och God säkerhet 19

2.4 Begreppsförklaringar 20

2.5 Rutiner 25

2.6 Samverkan 37

2.7 Lokalers utformning och inredning 42

2.8 Säkerhetsutbildning 52

2.9 Säkerhetskontroller 62

2.10 Säkerhetsklassificering 70

2.11 Placering av patienter 85

2.12 Anmälan och utredning vid brister i säkerheten m.m. 115

3. Alternativa lösningar 134

3.1 De alternativ som finns för att uppnå förändringen 134

3.2 Fördelar och nackdelar med de olika alternativen 134

3.3 Det eller de alternativ som bedöms lämpligast och skälen till det 134

4 Konsekvenser av förslagen 135

4.1 Berörda av regleringen 135

4.2 Kostnader och intäkter för kommunerna 136

4.3 Kostnader och intäkter för regionerna 136

4.4 Konsekvenser för kommunala självstyret 146

4.5 Kostnader och intäkter för staten 146

4.6 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda 146

4.7 Konsekvenser för patienter 147
4.8 Barnkonsekvensanalys 154
4.9 Andra relevanta konsekvenser 157
4.10 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet 158
4.11 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU 158
5.1 Ikraftträdande 159
5.2 Övergångsbestämmelser 159
5.3 Informationsinsatser 160
5.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas 160

1. Bakgrund

1.1 Säkerhetsföreskrifter

Nuvarande föreskrifter om säkerhet

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning trädde i kraft den 1 juli 2006. Föreskrifterna kommer hädanefter benämnas SOSFS 2006:9.

SOSFS 2006:9 har sedan de trädde i kraft ändrats tre gånger. Ändringarna har bland annat avsett hänvisningar till nya författningar, nämligen hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (ledningssystemsföreskriften). Vidare har ”Socialstyrelsen” ändrats till ”Inspektionen för vård och omsorg”.[1]

Den översyn som nu görs av SOSFS 2006:9 är egeninitierad av Socialstyrelsen. Syftet med översynen är att författningen ska vara aktuell, ändamålsenlig och svara mot de behov som finns av reglering för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas i verksamheter som bedriver vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Nya säkerhetsföreskrifter

Socialstyrelsen har för avsikt att ta fram nya föreskrifter och allmänna råd i stället för att ta fram en ändringsförfattning till SOSFS 2006:9. Detta eftersom ändringarna blir relativt omfattande. Hädanefter benämns de nya föreskrifterna för ”säkerhetsföreskrifterna” eller ”de nya säkerhetsföreskrifterna”. Myndigheten föreslår att SOSFS 2006:9 upphävs samtidigt som de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft.

Till SOSFS 2006:9 finns en handbok.[2] Hädanefter benämns handboken för Säkerhetshandboken. Då de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft

[1] Se ändringsförfattningarna SOSFS 2008:19, SOSFS 2013:5 och HSLF-FS 2017:20.
[2] Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet (SOSFS 2006:9).

kommer Säkerhetshandboken att utgå, eftersom SOSFS 2006:9 samtidigt upphävts.

Ändringsförfattning

I författningsarbetet har Socialstyrelsen funnit att rutiner för vissa tvångsåtgärder inte bör föras över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna, utan i stället regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen har därför tagit fram föreskrifter om ändring i HSLF-FS 2022:62. Före mer information se avsnitt 2.5 under rubriken ”Rutiner för tvångsåtgärder”.

1.2 Gällande rätt

God vård

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det framgår också att det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.[3]

I förarbetena till bestämmelsen om god vård anges bland annat följande:

”Hälso- och sjukvårdens insatser kan vara särskilt ingripande i den enskilda människans tillvaro. Det är fråga om hennes liv och hälsa. Vård av olika slag måste finnas att tillgå i erforderlig omfattning. Den skall vara tillgänglig för hela befolkningen och tillgodose människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt och rättsligt hänseende. Detta nödvändiggör vissa statliga regler och en statlig tillsyn.”[4] ”Det måste förutsättas att vården tillgodoser människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende.”[5]

[3] Se 5 kap. 1 § HSL.
[4] Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 16.
[5] Prop. 1981/82:97, s. 56.

God säkerhet

God säkerhet – för patienter, personal och samhället i övrigt

Av LPT och LRV framgår att vård enligt dessa lagar ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten. Det framgår vidare att det vid sjukvårdsinrättningen ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.[6] I förarbetena till bestämmelsen anges bland annat följande:

”Till grund för den nuvarande lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ligger som nämnts bl.a. en avvägning mellan patientens eget vårdbehov och samhällsskyddet.”[7]

”Begreppet god säkerhet avser dels samhällets skydd mot personer som är intagna för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, dels behovet av säkerhet i vården för de intagna och för personalen på vårdinrättningarna. För att ett sådant krav ska få genomslag bör det ställas krav på att det på vårdinrättningarna ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som krävs för att en god säkerhet i verksamheten ska kunna tillgodoses.”[8]

”Det är viktigt att poängtera att regleringen av säkerhetsfrågorna inte syftar till en ökad inlåsning av patienterna utan snarare till ökade möjligheter till ett mer differentierat säkerhetsarbete utifrån en analys av de aktuella behoven på vårdinrättningen. En av utgångspunkterna i en sådan analys bör givetvis vara vårdkvalitetens och vårdinnehållets centrala betydelse för säkerheten på inrättningen. Målsättningen med en reglering av säkerheten är således att denna ska fungera som ett stöd för ett mer dynamiskt säkerhetstänkande inom vården. Detta kan bl.a. handla om en ökad differentiering när det gäller placering av patienter och ökad kompetens hos personalen.”[9]

”De åtgärder som huvudmännen vidtar i syfte att säkerställa en god säkerhet i verksamheten benämns i det följande säkerhetsanpassning, vilket omfattar såväl inre säkerhet som yttre säkerhet. Inre säkerhet avser t.ex. sjukvårdshuvudmännens organisation för kvalitets- och säkerhetsarbete, att det finns dokumenterade och ändamålsenliga rutiner för vårdens bedrivande, vårdinnehåll och vårdmiljö, personalens kompetens m.m. Med yttre säkerhet avses t.ex. utformning och anpassning av sjukvårdsinrättningens område och byggnader.”[10]

---

[6] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.
[7] Prop. 2005/06:63 Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård, s. 23.
[8] Prop. 2005/06:63, s. 24.
[9] Prop. 2005/06:63, s. 24.
[10] Prop. 2005/06:63, s. 24 –25.

”Den föreslagna regleringen om säkerhet och säkerhetsansvarig påverkar inte huvudmännens åtagande och ansvar för att tillgodose kravet på en god och rättssäker vård.”[11]

Det finns i HSL krav på att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet, som en del av god vård.[12] Enligt Socialstyrelsen skiljer sig begreppet säkerhet i HSL respektive LPT/LRV åt på så sätt att begreppet i HSL mer har ett patientsäkerhetsperspektiv[13] medan begreppet säkerhet i LPT/LRV har ett skyddsperspektiv som handlar om samhällets skydd mot personer som är intagna för vård enligt LPT eller LRV och behovet av säkerhet för de intagna och för personalen på vårdinrättningarna.[14]

Säkerhetsansvarig

Av LPT och LRV framgår att det där det bedrivs vård enligt LPT eller LRV ska det finnas någon som har ansvaret för att sjukvårdsinrättningen säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras samt för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och upprätthålls (säkerhetsansvarig).[15] I förarbetena till bestämmelsen anges bland annat följande:

”Det finns fördelar med att inrätta en tjänst som säkerhetsansvarig. En sådan funktion kan svara för en samlad syn på säkerhetsarbetet inom landstinget och lokalt utöva tillsyn över verksamheten och svara för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En säkerhetsansvarig kan vara en gemensam resurs hos en eller flera huvudmän med ansvar för att inrättningar säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras.”[16]

”Regeringen anser att det, i likhet med vården i allmänhet, i första hand är en fråga för respektive huvudman att organisera säkerhetsansvaret utifrån lokala och regionala organisatoriska förhållanden.”[17] ”Det finns i nuläget inte anledning att närmare reglera vilken kompetens och vilka befogenheter den säkerhetsansvarige ska ha. Det bör således lämnas till huvudmännen att själva avgöra hur funktionen som säkerhetsansvarig ska ordnas i den egna organisationen.”[18]

[11] Prop. 2005/06:63, s.21.
[12] Se 5 kap. 1 § HSL.
[13] Se prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 56, samt prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 46–48.
[14] Prop. 2005/06:63, s. 24.
[15] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.
[16] Prop. 2005/06:63, s. 25.
[17] Prop. 2005/06:63, s. 25.
[18] Prop. 2005/06:63, s. 25.

Enheter för rättspsykiatrisk undersökning

Rättspsykiatrisk undersökning

Rättsmedicinalverket (RMV) har bland annat i uppdrag att göra rättspsykiatriska undersökningar (RPU). En sådan undersökning görs på uppdrag av en domstol och har betydelse för valet av påföljd i domstolen och om den misstänkte ska överlämnas till rättspsykiatrisk vård. En RPU görs av ett team som bland annat består av en specialist i rättspsykiatri för att bedöma de frågor som domstolen ställt vid förordnandet av RPU. Undersökningen utgör underlag för ett rättspsykiatriskt utlåtande som avges av ansvarig rättspsykiatriker.[19]

Om personen som ska genomgå en RPU är häktad överförs hen från häktet till en rättspsykiatrisk undersökningsenhet i Göteborg (säkerhetsklass 2) eller i Stockholm (säkerhetsklass 1). En person som inte är häktad kan under undersökningstiden vistas till exempel hemma eller på ett sjukhus.[20] Om en person inte inställer sig till en RPU kan hen föras till undersökningsenheten med polis. Dessutom kan en domstol besluta att den misstänkte ska tas in på undersökningsenheten för att genomföra undersökningen.[21]

En person som är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning får ges rättspsykiatrisk vård om hen lider av en allvarlig psykisk störning, har behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning och motsätter sig sådan vård.[22] Rättspsykiatrisk vård får ges på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning.[23]

God säkerhet och säkerhetsansvarig

Kraven på god säkerhet i verksamheten och att det ska finnas en säkerhetsansvarig som har ansvaret för att sjukvårdsinrättningen säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras samt för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och upprätthålls gäller även vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning där det får ges rättspsykiatrisk vård.[24] Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utövar tillsyn över säkerheten vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.[25]

---

[19] Se RMV:s hemsida: https://www.rmv.se/verksamheter/rattspsykiatri/rattspsykiatrisk-undersokning/ Hämtad 2025-02-17.
[20] Se RMV:s hemsida: https://www.rmv.se/verksamheter/rattspsykiatri/rattspsykiatrisk-undersokning/ Hämtad 2025-02-17.
[21] Se 10 och 13 §§ lagen (1991:1127) om rättspsykiatrisk undersökning.
[22] Se 1 och 4 §§ LRV samt 11 § lagen om rättspsykiatrisk undersökning.
[23] Se 6 § tredje stycket LRV.
[24] Se 1 § och 6 § andra stycket LRV samt prop. 2005/06:63 Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård, s. 24.
[25] Se 7 kap. 7 § PSL.

Anmälan vid brister i säkerheten

Om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt LPT eller LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, ska vårdgivaren eller enheten snarast efter det att händelsen har inträffat anmäla detta till IVO. Vårdgivaren eller enheten ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till IVO även ge in en utredning av händelsen.[26] Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.[27]

Det finns ingen definition av begreppet *annan allvarlig skada än vårdskada* i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, men i förarbetena framgår att man med skada i detta avseende avser ”såväl fysisk, psykisk som ekonomisk skada”.[28] Skadan ska vidare ha orsakats av brister i säkerheten.

I SOSFS 2006:9 finns bl.a. föreskrifter om vem som ska svara för anmälningsskyldigheten, hur anmälan ska göras inklusive blankett för anmälan i bilaga, vad utredningen som ska komplettera anmälan ska innehålla, samt information till patient eller närstående. Det är numera IVO som har bemyndigande att meddela *föreskrifter om anmälningsförfarandet* avseende brister i säkerheten.[29]

Ledningssystem för kvalitetsarbete

Enligt HSL ska kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[30] Det innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras.[31] Hur det ska göras regleras närmare i ledningssystemsföreskrifterna.

Det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet.[32] Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.[33]

---

[26] Se 3 kap. 6 § PSL.
[27] Se 3 kap. 3 § PSL.
[28] Prop. 2005/06:63 s. 36.
[29] Se 8 kap. 6 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).
[30] 5 kap. 4 § HSL.
[31] Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården, s. 104.
[32] 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9.
[33] 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

Som ett led i kvalitetsarbetet ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.[34] I varje process ska vårdgivaren identifiera de aktiviteter som ingår och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.[35]

Samverkan

Samverkan med andra aktörer

Det finns särskilda krav på samverkan för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. För patienter som ska ges öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) eller som helt skrivs ut från tvångsvården finns krav i lag på samarbete med regionens och kommunens hälso- och sjukvård samt kommunens socialtjänst om insatser som patienten har behov av.[36]

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att den ordinarie vårdplanen ska upprättas i samråd med primärvården, den psykiatriska öppenvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten om patienten har behov av åtgärder från dessa aktörer.[37]

Myndigheter har också en generell skyldighet att samverka med andra myndigheter inom sitt verksamhetsområde.[38] Enligt förarbetena är det dock alltid myndigheten själv som avgör i vilken utsträckning som den egna arbetssituationen medger att resurser avsätts för att bistå den myndighet som begär assistans.[39]

Vårdgivare har en skyldighet att ha rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare, kommunen och myndigheter då det behövs för att exempelvis förebygga att patienter drabbas av vårdskada.[40]

Mänskliga rättigheter

I 2 kap. regeringsformen (RF) finns regler om de grundläggande fri- och rättigheterna. Reglerna har till syfte att skydda varje medborgare mot olika

---

[34] 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.
[35] 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.
[36] Se 7 a § LPT, 12 a § och 16 b § LRV samt 4 kap. 1 § 4lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
[37] 4 kap 8 § tredje stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
[38] 8 § förvaltningslagen (2017:900).
[39] Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag, s. 292–293.
[40] 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

former av ingrepp från det allmänna. Exempel på sådana ingrepp är påtvingat kroppsligt ingrepp, betydande intrång i den personliga integriteten och frihetsberövanden.

Vissa av de grundläggande fri- och rättigheter får under vissa förutsättningar begränsas genom lag.[41] Sådant lagstöd finns i LPT och LRV.[42] Av dessa lagar framgår att begränsningarna måste vara proportionerliga. Det innebär att tvångsåtgärder endast får användas om det står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder ska användas om de är tillräckliga. Tvång ska också utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.[43]

Skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna följer också av flera 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)[44] och även FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En annan grundläggande konvention är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), som gäller som svensk lag.[45]

1.3 Kontakter vid genomförandet av författningsarbetet

Arbetsgruppen har haft kontakt med representanter för verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård för såväl vuxna som barn. Totalt 16 regioner har deltagit i författningsarbetet. Dessa är Dalarna, Halland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Skåne, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västra götalandsregionen, Örebro och Östergötland. Vid mötena har främst verksamhetschefer, chefsöverläkare och säkerhetsansvariga deltagit.

Urvalet av verksamheterna gjordes genom Sveriges Kommuner och Regioners 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.

---

[41] Se 2 kap. 20 och 21 §§ RF.
[42] Såsom möjligheten till frihetsberövande och användning av vissa tvångsåtgärder.
[43] Se 2 a § LPT och 2 a § LRV.
[44] Europakonventionen gäller som lag i Sverige. Se lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.
[45] Barnkonventionen gäller som svensk lag sedan den 1 januari 2020. Se lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
[46] Nätverket består av ledande tjänstemän från samtliga regioner med chefs- eller ledningsansvar inom den psykiatriska specialistvården.

Arbetsgruppen har gjort studiebesök vid Rättspsykiatrisk vård Stockholm (Helix), Rättspsykiatrin i Sala och St. Görans psykiatriska akutmottagning. Arbetsgruppen har vidare presenterat föreskriftsarbetet och möjlig reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna vid de så kallade säkerhetsdagar som arrangerades av verksamhetsföreträdare och SKR i maj 2024. Dagarna riktade sig till verksamheter för rättspsykiatrisk vård och allmänpsykiatrin. Deltagarna gavs möjlighet att lämna synpunkter på de analyser arbetsgruppen då hade gjort av möjlig reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Arbetsgruppen har vidare haft kontakt med representanter för följande statliga myndigheter. Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Centrum för vårdens arkitektur (vid Chalmers tekniska högskola), Domstolsverket, IVO, Kriminalvården, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket (RMV), Statens institutionsstyrelse (SiS) och Åklagarmyndigheten.

Därutöver har arbetsgruppen träffat representanter för Civil Rights Defenders (CRD), Frisk & Fri, Mind, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Psykologförbundet, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin (PAR), Schizofreniförbundet, SHEDO (Self harm and eating disorder organisation), Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), Svenska psykiatriska föreningen (SPF), Svenska rättspsykiatriska föreningen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkarförbund och Vårdförbundet.[47]

Urvalet av aktörer har gjorts utifrån deras ansvar för och erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.

Arbetsgruppen har haft en extern referensgrupp bestående av 13 deltagare som har representerat allmänpsykiatrin, rättspsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) i åtta regioner samt IVO, Kriminalvården, Psykologförbundet, SKR och Svenska rättspsykiatriska föreningen.

Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa har tillfrågats om att delta i föreskriftsarbetet. De valde att nominera två experter. Den ena experten är professor i praktisk filosofi vid Göteborgs universitet och styrelseledamot i Centrum för etik, juridik och mental hälsa (CELAM). Den andra experten är medicinsk rådgivare i psykiatri, habilitering och hjälpmedel i Region Skåne.

Arbetsgruppen har övervägt att träffa barn och unga med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Myndigheten fann då att barns åsikter om den psykiatriska tvångsvården har samlats in och redovisats

[47] Autism Sverige, Barnombudsmannen och Svenska Psykiatriföreningen för Skötare (SPfS) fick förfrågan om att delta i föreskriftsarbetet, men tackade nej.

i andra sammanhang.[48] Patient- och brukarorganisationer som Socialstyrelsen har träffat har också haft kunskap om barn i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Med beaktande härav bedömde myndigheten att det inte fanns skäl att träffa barn. I bedömningen har också vägts in att författningsarbetet i stora delar är av författningsteknisk karaktär.

1.4 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

Den föreslagna regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna grundar sig på följande bemyndiganden:

- 19 § första stycket förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, FPTRV. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela de föreskrifter som behövs för verkställighet av LPT, LRV och FPTRV.
- 19 § andra stycket FPTRV. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen, efter att ha hört Kriminalvården, Rättsmedicinalverket, Statens institutionsstyrelse och Åklagarmyndigheten, får meddela föreskrifter om säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering av sådana sjukvårdsinrättningar och enheter där det får ges vård enligt LPT, LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Socialstyrelsen har i föreskriftsarbetet hört nämnda myndigheter (se avsnitt 1.3)
- 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.
- 8 kap. 2 § HSF. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av 5 kap. 4 § HSL om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.
- 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa.
- 8 kap. 5 § andra stycket första meningen PSF. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av patientsäkerhetslagen och föreskrifter om verkställigheten av PSF.
- 2 § 3 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

[48] Barns åsikter finns bland annat redovisade i en rapport som NSPH tagit fram på uppdrag av Socialstyrelsen. NSPH, Vad som verkligen gjorde skillnad var positiv förstärkning. Ge hopp! Se det friska! - En rapport från fyra fokusgrupper med unga och deras anhöriga om upplevelser av barn -och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård, 2019-12-18.

(bemyndigandeförordningen). Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om journalhandlingars innehåll, utformning, hantering och förvaring enligt patientdatalagen (2008:355).

- 4 § 4 bemyndigandeförordningen. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av 3 kap. och 9 kap. patientdatalagen (2008:355). I 3 kapitlet finns bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal.

1.5 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar

Genom förslaget till nya säkerhetsföreskrifter eftersträvar Socialstyrelsen en förändring som ökar förutsättningarna för att kraven på god säkerhet ska kunna upprätthållas vid verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. God säkerhet inkluderar säkerhet för såväl patienter, personal som samhället i övrigt. Kravet på god säkerhet är specifikt för nämnda verksamheter. Något motsvarande krav finns inte för den frivilliga hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen konstaterar att kravet på god säkerhet emellertid inte kan ses isolerat från andra krav som gäller vid vård av patienter. Vid utformningen av författningsförslaget har Socialstyrelsen därför inte endast beaktat lagstiftningens krav på god säkerhet, utan även andra krav och mål som finns för tvångsvården och generellt för hälso- och sjukvården.

Ett grundläggande krav för all hälso- och sjukvård, inklusive tvångsvården, är patienters tillgång till god vård. Tillgång till god vård innebär bland annat att patientens behov av trygghet ska tillgodoses, att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.[49]

Socialstyrelsen har strävat efter att säkerhetsföreskrifterna ska gynna patienters tillgång till god vård även om föreskrifterna primärt handlar om god säkerhet. Myndigheten har även strävat efter att stärka patienters mänskliga rättigheter, inklusive barns rättigheter, och har haft ett etiskt perspektiv.

Socialstyrelsen konstaterar att det regelverk som ska tillämpas i den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården och vid rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet innehåller mål som bitvis kan synas motstridiga och komplexa att förena. Som exempel kan nämnas att kravet på god säkerhet gäller för såväl patienter, personal som samhället i

[49] Se 5 kap. 1 § HSL.

övrigt medan kravet på god vård bara gäller i förhållande till patienter. En möjlig målkonflikt som kan uppstå är den mellan patienters rätt till självbestämmande och integritet och därmed en vård utan tvång och personalens rätt till autonomi genom att inte utsättas för hot och våld.

Det kan också uppkomma intressekonflikter i en verksamhet när det gäller att tillgodose patientens rätt till en god vård samtidigt som god säkerhet ska uppnås. Åtgärder för att uppnå en god säkerhet kan vidare inskränka den enskilde patientens rätt till självbestämmande. Flera ibland motstridiga intressen behöver således beaktas vid tillämpningen av lagstiftningen och i framtagandet av de nya säkerhetsföreskrifterna och proportionalitetsprincipen[50] behöver vara vägledande.

Socialstyrelsen har vid utformningen av författningsförslaget beaktat de olika krav och mål som finns enligt gällande rätt och strävat efter att den föreslagna regleringen ska få positiva synergieffekter. Såsom att vården blir säkrare samtidigt som patienters tillgång till god vård ökar och skyddet för mänskliga rättigheter stärks. Då verksamheter tillämpar säkerhetsföreskrifterna kommer de emellertid i bland behöva göra avvägningar vad gäller kravet på god säkerhet och andra krav som finns enligt gällande rätt.

1.6 Konsekvenser om ingen åtgärd vidtas

Om SOSFS 2006:9 förblir oförändrad finns det en risk att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas fullt ut vid de sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Det skulle påverka såväl patienter och personal som samhället i övrigt. Det finns också en risk för att säkerheten kommer att vara ojämlik över landet. En oförändrad reglering kan också föra med sig att patienters mänskliga fri- och rättigheter inskränks i större utsträckning än vad som är nödvändigt.

[50] Proportionalitetsprincipen innebär att en myndighet inte får använda mer ingripande åtgärder än vad som är nödvändigt med hänsyn till syftet med åtgärden. Principen kommer bland annat till uttryck i 2 a § LPT och 2 a § LRV. Där anges följande ”Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas.”

2 Socialstyrelsens förslag

2.1 Inledning

Socialstyrelsen har som tidigare nämnts valt att ta fram en ny författning i stället för en ändringsförfattning. Detta utifrån att innehållet i och utformningen av de bestämmelser som nu föreslås i relativt stor utsträckning skiljer sig från bestämmelserna i SOSFS 2006:9.

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för förslagen till reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna. I de fall myndigheten endast föreslår mindre språkliga justeringar i förhållande till den reglering som finns i SOSFS 2006:9 lämnas ingen särskild redovisning för det i konsekvensutredningen. Det redogörs inte heller för mindre förslag som inte tillför något nytt i sak, såsom nya rubriker i föreskrifterna. Dessa förslag framgår i stället av själva författningsförslaget.

I 8 kap. 10 § SOSFS 2006:9 finns en hänvisning till bestämmelser om våld och hot i Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter (AFS 1993:2) om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön. De föreskrifterna upphävdes den 1 januari 2025. Bestämmelser om hot och våld finns nu i Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar. En hänvisning görs därför i stället till dessa föreskrifter i de nya säkerhetsföreskrifterna.

2.2 Säkerhetsföreskrifternas tillämpningsområde

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 1 kap. 1 § första stycket SOSFS 2006:9 framgår att föreskrifterna ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Av 1 kap. 1 § tredje stycket SOSFS 2006:9 framgår följande: ”Verksamhet” används som en gemensam benämning för sjukvårdsinrättningar som ger vård enligt LPT och LRV samt för enheter för rättspsykiatrisk undersökning. ”Patient” används som en gemensam benämning för patienter som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård samt för personer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning.

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har framfört att de anser att den psykiatriska tvångsvården påbörjas när ett kvarhållningsbeslut fattas, eftersom man kan tillämpa tvångsåtgärder efter ett sådant beslut. IVO har uppgett att psykiatriska intensivvårdsavdelningar (PIVA) och psykiatriska akutmottagningar anmäls till säkerhetsregistret.[51] IVO har vidare framfört att de anser att vård under öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) inte bör vara med i säkerhetsregistret.

RMV har framfört att alla personer som är på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet för att göra en RPU omfattas av säkerhetsföreskriften. De flesta av deras klienter är häktade och går tillbaka till häktet efter RPU:n. För majoriteten av deras klienter blir det inte aktuellt med tvångsvård. RMV har även framfört att de tillämpar flera regelverk än LPT och LRV för personer som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning, såsom häkteslagen (2010:611) och häktesförordningen (2010:2011)[52], vilket kan innebära regelkrockar i förhållande till säkerhetsföreskrifterna. De har vidare framfört att den omständigheten kanske inte är något som kan avhjälpas genom ändring av föreskrifterna, utan snarast genom att annan reglering i vissa situationer ges företräde framför säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning

Tillämpningsområdet

Av säkerhetshandboken framgår att SOSFS 2006:9 ska tillämpas vid alla verksamheter som bedriver vård enligt LPT eller LRV samt vid enheter som utför rättspsykiatrisk undersökning enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning. Det framgår vidare att det även gäller verksamheter som endast undantagsvis har patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV.[53]

Sedan SOSFS 2006:9 trädde i kraft den 1 juli 2006 har vårdformerna ÖPT och ÖRV införts.[54] Under ÖPT/ÖRV är patienten inte intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, utan vistas på egen hand utanför sjukvårdsinrättningen. Eftersom vårdformerna ÖPT/ÖRV regleras i LPT/LRV och därmed ges *enligt* dessa lagar skulle det kunna tolkas som att sjukvårdsinrättningar som ger patienter frivillig vård då en patient har ÖPT eller ÖRV omfattas av tillämpningsområdet för SOSFS 2006:9.

---

[51] Säkerhetsregistret innehåller uppgifter om sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt LPT, LRV och för enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Se 2 kap. 4 § andra stycket PSL.
[52] Av lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning framgår att vissa av häkteslagens bestämmelser ska tillämpas vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Det gäller bland annat reglering om särskilda kontroll- och tvångsåtgärder.
[53] Säkerhetshandboken, s. 7.
[54] ÖPT och ÖRV infördes den 1 september 2008, SFS 2008:415.

Enligt Socialstyrelsen bör dock sådana vårdinrättningar inte tillämpa föreskrifterna, eftersom patienterna där inte ges tvångsvård. Det innebär också att föreskrifterna inte heller är tillämpliga vid en vårdcentral där en läkare utfärdar ett vårdintyg enligt LPT.[55] För att förtydliga detta bedömer Socialstyrelsen att det i de nya säkerhetsföreskrifterna bör läggas till att tillämpningsområdet är sjuvårdssinrättningar där det ges *sluten* vård enligt LPT och LRV.

I författningsarbetet har det framkommit att det råder viss osäkerhet om när sluten tvångsvård påbörjas.[56] Enligt Socialstyrelsen synes det givet att sluten tvångsvård har påbörjats då ett intagningsbeslut har fattats. Det är enligt myndigheten även befogat och rimligt att se tvångsvården som påbörjad redan innan ett intagningsbeslut, nämligen då ett beslut om kvarhållning på vårdinrättningen har fattats. Särskilt utifrån att det då är tillåtet att använda vissa tvångsåtgärder.[57] Kvarhållningsbeslut fattas bland annat vid psykiatriska akutmottagningar, vilka därmed också ska tillämpa säkerhetsföreskrifterna.

RMV har framfört att regleringen i säkerhetsföreskrifterna skulle kunna stå i strid med annan författning. Om en sådan situation skulle uppstå bör det enligt Socialstyrelsen hanteras genom rättssystemets normhierarki. RMV har pekat ut ett område där annan reglering skulle kunna ges företräde framför säkerhetsföreskrifterna, nämligen beslut om placering vid en avdelning med viss säkerhetsklass. För en närmare redovisning härav se avsnitt 2.11 under rubriken ”Placering av patienter som vårdas på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning”.

Begreppen verksamhet, patient och vårdgivare

Socialstyrelsen bedömer att det finns skäl att även i de nya säkerhetsföreskrifterna ha en förklaring av begreppet verksamhet. Detta eftersom det då blir tydligare för den som ska tillämpa föreskrifterna att det med verksamhet avses sjukvårdsinrättningar som ger sluten vård enligt LPT och LRV samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning, även om det också indirekt framgår av bestämmelsen om föreskrifternas tillämpningsområde.

Socialstyrelsen bedömer också att det finns skäl att även i de nya säkerhetsföreskrifterna förklara begreppet patient. Detta för att en person som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning ska ingå i begreppet, trots att personen inte alltid ges hälso- och sjukvård och därmed inte är en patient.

Socialstyrelsen bedömer vidare att det bör införas en förklaring av att enheter för rättspsykiatrisk undersökning i säkerhetsföreskrifterna benämns som vårdgivare. En sådan förklaring finns inte i SOSFS 2006:9.

---

[55] Se 4 § LPT.
[56] Vård enligt LPT/LRV börjar alltid med sluten tvångsvård, se 2 § LPT och 3 § LRV.
[57] Se 6 och 6 a §§ LPT.

Socialstyrelsen menar att förklaringen är angelägen för att undvika missförstånd. Detta särskilt utifrån att det i PSL hänvisas till att vårdgivare *eller enheter för rättspsykiatrisk undersökning* ska göra en anmälan till IVO av en händelse där någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.[58] Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att vårdgivare i PSL definieras som statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Det innebär således att RMV är vårdgivare för sådan hälso- och sjukvård som de har ansvar för. Myndighetens kärnuppgifter, som rättspsykiatriska undersökningar, utgör dock inte hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att säkerhetsföreskrifterna ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Socialstyrelsen föreslår vidare att det i de nya säkerhetsföreskrifterna förklaras att sjukvårdsinrättningar där det bedrivs sluten vård enligt LPT och LRV i föreskrifterna benämns verksamhet. Myndigheten föreslår också att det förklaras att enheter för rättspsykiatrisk undersökning i säkerhetsföreskrifterna benämns som antingen verksamhet eller vårdgivare.

Socialstyrelsen föreslår vidare att det i säkerhetsföreskrifterna förklaras att en person som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning vid en enhet för rättspsykiatrisk undersökning i föreskrifterna benämns patient.

2.3 God vård och God säkerhet

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 1 kap. 1 § andra stycket SOSFS 2006:9 framgår att kraven på en god vård som anges i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska beaktas vid tillämpningen av föreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning

I 5 kap. 1 § HSL stadgas att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.[59] Socialstyrelsen menar att det finns skäl

[58] I 3 kap. 6 § PSL anges följande: Om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid en sjukvårdsinrättning eller enhet som avses i 7 kap. 7 §, ska vårdgivaren eller enheten snarast efter det att händelsen har inträffat anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg. Av 7 kap. 7 § framgår att det med enheten avses en enhet för rättspsykiatrisk underökning.
[59] En redogörelse för begreppet god vård finns i avsnitt 1.2 Gällande rätt.

att uppmärksamma bestämmelsen om god vård i de nya säkerhetsföreskrifterna och bedömer att det därför bör finnas en hänvisning till den bestämmelsen i säkerhetsföreskrifterna.

Som framgår ovan är det huvudsakliga syftet med regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna att öka förutsättningarna för att vård enligt LPT och LRV och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning bedrivs så att kravet på god säkerhet i verksamheten uppfylls. Mot bakgrund härav bedömer Socialstyrelsen att det i de nya säkerhetsföreskrifterna även bör införas en hänvisning till bestämmelserna om god säkerhet i LPT och LRV.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det i de nya säkerhetsföreskrifterna införs en hänvisning till bestämmelsen om god vård i 5 kap. 1 § HSL.

Socialstyrelsen föreslår även att det i de nya säkerhetsföreskrifterna införs en hänvisning till bestämmelserna om god säkerhet i 15 a § LPT och 6 § andra stycket LRV.

2.4 Begreppsförklaringar

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 2 kap. 1 § SOSFS 2006:9 framgår vad som i föreskrifterna avses med följande definitioner:

Säkerhet: Skydd för patienter, personal och samhället i övrigt i samband med psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning.

Inre säkerhet: Säkerhet inom en avdelning.
Kommentar: Den inre säkerheten kan t.ex. avse vårdens innehåll och rutiner för att förhindra användningen av alkohol och andra droger.

Yttre säkerhet: En avdelnings skalskydd och perimeterskydd.

Skalskydd: Skydd i form av en avdelnings fysiska gränser.
Kommentar: Skalskyddet utgörs av omslutande väggar, tak och golv med tillhörande byggnadsdetaljer och slussfunktioner.

Perimeterskydd: Skydd inom en verksamhets område men utanför skalskyddet för att fördröja rymning och fritagning samt förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet.

Kommentar: Perimeterskyddet kan t.ex. utgöras av omslutande murar eller staket.

Säkerhetsanpassning: Åtgärder som vidtas för att åstadkomma säkerhet.

Säkerhetshandling: Handling som innehåller teknisk beskrivning av säkerheten.
Kommentar: Säkerhetshandlingen innehåller situationsplan samt plan- och sektionsritningar och anger funktionskraven för den fysiska säkerheten, som t.ex. perimeterskydd, omslutande och sektionsindelade byggnadsdelar, angreppssida för konstruktioner mot genombrytning samt el- och teleanläggningar, vilka redovisas med grafiska symboler.

Anmälningsansvarig: Befattningshavare som vårdgivaren utsett att svara för anmälningsskyldigheten.

Avvikelsehantering: Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.
Kommentar: Avvikelsehanteringen gäller säkerhetsrelaterade händelser respektive säkerhetsanpassning.

Socialstyrelsens bedömning

Inledning

I SOSFS 2006:9 används rubriken ”Definitioner” till kapitlet som förklarar vissa begrepp som används i föreskrifterna. Socialstyrelsen bedömer att rubriken i de nya säkerhetsföreskrifterna i stället bör vara ”Begreppsförklaringar”. Detta utifrån att det är just en förklaring av vissa begrepp som används i säkerhetsföreskrifterna och inte en definition i bredare bemärkelse.

Säkerhet

Socialstyrelsen bedömer att förklaringen av begreppet säkerhet i SOSFS 2006:9 bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Definitionen utgår ifrån kravet att vård enligt LPT och LRV ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten.[60] Kravet på god säkerhet gäller även vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning där det får ges rättspsykiatrisk vård.[61] I förarbetena anges att ”begreppet god säkerhet avser dels samhällets skydd mot personer som är intagna för psykiatrisk

[60] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.
[61] Se 6 § LRV och prop. 2005/06:63 s. 24.

tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, dels behovet av säkerhet i vården för de intagna och för personalen på vårdinrättningarna”.[62]

Inre och yttre säkerhet

I SOSFS 2006:9 används begreppen inre och yttre säkerhet endast i underrubriker till bestämmelser med krav på rutiner. Socialstyrelsen menar att begreppen inte tillför något i sak och har bedömt att de bör bytas ut till andra rubriker, som bättre speglar innehållet i rutinerna (se författningsförslaget, kapitel 2). Eftersom myndigheten bedömer att begreppen inre och yttre säkerhet inte ska föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna finns det inte heller skäl att föra över definitionerna av begreppen.

Skalskydd

Definitionen av skalskydd i SOSFS 2006:9 är skydd i form av en avdelnings fysiska gränser. I kommentaren till definitionen anges att skalskyddet utgörs av omslutande väggar, tak och golv med tillhörande byggnadsdetaljer och slussfunktioner.

Socialstyrelsen bedömer att begreppet bör tydliggöras genom att även vissa delar av den beskrivning som finns i kommentaren inkluderas i själva definitionen. Av kommentaren framgår bland annat att skalskyddet utgörs av slussfunktioner. Socialstyrelsen bedömer att det finns skäl att tydliggöra begreppet slussfunktion. Av Säkerhetshandboken framgår att det är angeläget att det finns en slussfunktion vid de in- och utpasseringsställen i skalskyddet som används av patienter.[63] Utifrån vad som framgått i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen emellertid att det finns skäl att utvidga begreppet till att även inkludera in- och utpasseringsställen som används av personal. Detta eftersom patienter även skulle kunna ta sig ut genom sådana passager, och även för att förhindra att obehöriga tar sig in på avdelningen.

Det kan i skalskyddet även finnas in- och utpasseringar som används av andra personer än patienter eller personal eller för andra ändamål än regelbunden in- och utpassering, såsom utrymningsvägar. Vid sådana passager bör det enligt Socialstyrelsen inte finnas krav på slussfunktion. Detta eftersom sådana passager inte används regelbundet och därför kan förses med särskilt säkra dörrar. Kravet på slussfunktion bör således enligt myndigheten gälla vid de slussar som är avsedda för patienters och personals regelbundna in- och utpassering.

Av kommentaren till definitionen av skalskydd framgår vidare att ”tillhörande byggnadsdetaljer” utgör en del av skalskyddet. Myndigheten bedömer att den beskrivningen är vag och inte tillför tillräckligt för att vara

[62] Se prop. 2005/06:63 s. 24.
[63] Säkerhetshandboken, s. 24.

en del av en begreppsförklaring. I övrigt anser Socialstyrelsen att beskrivningen i kommentaren är ändamålsenlig.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att begreppet skalskydd bör förklaras enligt följande: ” Med skalskydd avses ett skydd som utgörs av en avdelnings fysiska gränser i form av omslutande väggar, tak och golv. Även de slussfunktioner som är avsedda för patienters och personals regelbundna in- och utpassering ingår i begreppet skalskydd.”

Perimeterskydd

Definitionen av perimeterskydd i SOSFS 2006:9 är skydd inom en verksamhets område men utanför skalskyddet för att fördröja rymning och fritagning samt förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet. I kommentaren anges att perimeterskyddet t.ex. kan utgöras av omslutande murar eller staket.

Socialstyrelsen konstaterar att begreppet perimeterskydd delvis definieras utifrån syftet med skyddet, dvs. att fördröja rymning och fritagning samt förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet. Myndigheten menar att definitionen av perimeterskydd inte bör utgå ifrån skyddets syfte. I stället bör den utgå ifrån vad skyddet rent fysiskt är, på samma sätt som definitionen av skalskydd.

Av definitionen av perimeterskydd framgår att skyddet även ska förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet. Om detta syfte ska finnas bör det enligt Socialstyrelsen, i enlighet med resonemanget ovan, framgå av kravet på säkerhetsklass 1 och inte vara en del av definitionen.[64]

Socialstyrelsen bedömer att definitionen av begreppet perimeterskydd bör vara ”skydd utanför skalskyddet som utgör en yttre gräns av en verksamhets område i form av t.ex. omslutande murar eller staket”.

Säkerhetsanpassning

I SOSFS 2006:9 användes begreppet säkerhetsanpassning bland annat som rubrik och i regleringen av vad en utredning av en säkerhetsrelaterad händelse ska innehålla. Socialstyrelsen föreslår dock att rubriken byts ut till ”Ledningssystem” (eftersom kapitlet handlar om rutiner) och att begreppet omformuleras i bestämmelsen om utredning av säkerhetsrelaterade händelser. Begreppet förs inte heller i övrigt över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna och behöver således inte heller förklaras där.

Säkerhetshandling

En säkerhetshandling definieras som en handling som innehåller en teknisk

[64] Se avsnitt 2.10 under rubriken Socialstyrelsens bedömning – krav på säkerhetsklass 1 och 2.

beskrivning av säkerheten. I kommentaren till definitionen av säkerhetshandling anges vilka ritningar handlingen ska innehålla och det ges flera exempel på innehållet, såsom el-och teleanläggningar. Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt att ha en så detaljerad definition av säkerhetshandling. Detta utifrån att formen och innehållet i en sådan handling bör kunna variera från verksamhet till verksamhet och förändras över tid.

Utifrån det bedömer Socialstyrelsen att en säkerhetshandling ska beskriva de byggnadstekniska konstruktioner och installationer som finns i verksamheten och som syftar till att kraven på god säkerhet i verksamheten kan uppfyllas.

Anmälningsansvarig

Socialstyrelsen bedömer att definitionen av anmälningsansvarig i SOSFS 2006:9 inte bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Detta eftersom en förklaring av begreppet kommer att framgår av bestämmelsen om anmälningsansvarig i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Avvikelsehantering

Socialstyrelsen konstaterar att begreppet avvikelsehantering definieras i SOSFS 2006:9, men inte alls används i föreskrifterna. Myndigheten bedömer att begreppet inte heller behövs i de nya säkerhetsföreskrifterna och därmed att definitionen inte bör föras över till de föreskrifterna.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att begreppen nedan ges följande förklaring i de nya säkerhetsföreskrifterna:

Säkerhet: Skydd för patienter, personal och samhället i övrigt i samband med psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning.

Skalskydd: Skydd som utgörs av en avdelnings fysiska gränser i form av omslutande väggar, tak och golv. inklusive slussfunktioner vid de in- och utpasseringar som är avsedda för regelbunden användning av patienter eller personal.

Perimeterskydd: Skydd utanför skalskyddet som utgör en yttre gräns av en verksamhets område, i form av exempelvis omslutande murar eller staket.

Säkerhetshandling: En handling som ska beskriva de byggnadstekniska konstruktioner och installationer som finns i verksamheten och som syftar till att kraven på god säkerhet kan uppfyllas.

Socialstyrelsen föreslår vidare att följande begrepp inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna: Anmälningsansvarig, avvikelsehantering, inre säkerhet och yttre säkerhet samt säkerhetsanpassning.

2.5 Rutiner

Inledning

Av Socialstyrelsens ledningssystemsföreskrifter framgår att verksamheter behöver ha vissa processer och rutiner för att kunna säkra kvaliteten, dvs. uppfylla krav i gällande författningar.[65]

Trots den reglering som finns i ledningssystemsföreskrifterna med generella krav på rutiner bedömer Socialstyrelsen att det i vissa fall finns skäl att i föreskrifter ställa krav på specifika rutiner inom ett visst område. Detta särskilt utifrån att rutiner ökar förutsättningarna för att verksamheter uppfyller krav i gällande författningar. Rutiner är även ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonalen och kan bidra till jämlik vård. Då Socialstyrelsen föreslår att krav på rutiner ska införas i säkerhetsföreskrifterna har myndigheten bedömt att de positiva konsekvenserna väger tyngre än den administrativa börda det medför för vården att ta fram rutinerna.

Ansvaret för rutiner

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

I 3 kap. 2–10 §§, 6 kap. 1 § och 8 kap. 2 § SOSFS 2006:9 ställs krav på att vårdgivare ska ge direktiv och säkerställa att det finns vissa skriftliga rutiner. I 4 kap. 2 § tredje stycket finns krav på rutiner, men ingen pekas ut som ansvarig för rutinerna. I 5 kap. 2 § anges att den säkerhetsansvarige ska ansvara för säkerhetsanpassningen enligt 3 kap. 2–9 §§, dvs. kraven på rutiner.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har uppgett att ansvaret för rutiner är organiserat på olika sätt i olika regioner. De har menat såväl att det bör vara verksamhetschefen som har ansvaret för att det finns rutiner som att ansvaret bör ligger på vårdgivaren, som sedan enligt delegationsordning kan ge någon annan ansvaret. Någon verksamhet har uppgett att det kan vara svårt att veta vem som är vårdgivare, medan andra har uppgett att det inte är svårt och att det finns en tydlig delegationsordning.

[65] Se 2 kap. och 4 kap. SOSFS 2011:9.

Någon verksamhet har uppgett att deras säkerhetsamordnare har skrivit flera rutiner om säkerheten, och att säkerhetsansvarig sedan godkänner rutinerna. Någon har framfört att det skulle bli komplicerat och märkligt om den säkerhetsansvarige skulle ha ansvaret för rutiner, och det skulle dessutom kunna vara väldigt betungande för en person som är ny som säkerhetsansvarig.

Socialstyrelsens bedömning

I 5 kap. 2 § SOSFS 2006:9 anges att det är den säkerhetsansvarige som ansvarar för säkerhetsanpassningen enligt 3 kap. 2–9 §§. I nämnda bestämmelser pekas dock vårdgivaren ut som ansvarig för att säkerställa att rutinerna finns. Socialstyrelsen bedömer att regleringen av ansvarsfrågan härmed blir otydlig.

Socialstyrelsen bedömer att ansvaret för att det finns rutiner bör ligga på vårdgivaren. Det stämmer överens med hur ansvaret för rutiner är reglerat i SOSFS 2011:9. Det överensstämmer också med hur ansvaret för rutiner är reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det är sedan upp till vårdgivaren att avgöra vem som ska ta fram rutinerna.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det i säkerhetsföreskrifterna regleras att det är vårdgivaren som ansvara för att det finns de rutiner som krävs enligt föreskrifterna.

Begreppet skriftliga direktiv

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Enligt flera bestämmelser i SOSFS 2006:9 ska vårdgivaren ge *skriftliga direktiv* och säkerställa att det finns vissa rutiner.[66] Socialstyrelsen konstaterar att begreppet skriftliga direktiv fanns i den författning om systematiskt kvalitetsarbete som gällde då SOSFS 2006:9 trädde i kraft.[67] Begreppet saknas dock i ledningssystemsföreskrifterna.

Då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård togs fram fördes begreppet skriftliga direktiv inte över från den gamla föreskriften, SOSFS 2008:18.[68]

---

[66] Krav på direktiv finns i 3 kap. 2–10 §§, 6 kap. 1 § och 8 kap 2 § SOSFS 2006:9.
[67] Den föreskrift som då gällde var Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Föreskriften upphävdes den 1 januari 2012, samtidigt som SOSFS 2011:9 trädde i kraft.
[68] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Dessa föreskrifter upphävdes den 1 mars 2023, samtidigt som HSLF-FS 2022:62 trädde i kraft.

Anledningen var att Socialstyrelsen bedömde att begreppet var otydligt och att det kunde ifrågasättas om det tillförde något i sak. Socialstyrelsen gör nu samma bedömning och föreslår därför att begreppet skriftliga direktiv inte förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Individuella insatser för säkerheten

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 2 § SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten ska kunna bidra till att säkerheten upprätthålls. Det framgår vidare att detta gäller oavsett om vården ges inom en verksamhets område eller i samband med vistelse utanför detta område.

Synpunkter från externa aktörer

Såväl verksamheter som andra externa aktörer har framfört att det är svårt att förstå vad en rutin om individuellt anpassad vård kopplat till säkerhet ska innehålla och vad som är syftet. Några har tolkat det som att rutinen främst ska handla om relationen mellan personal och patienter. Det har också framförts att kravet är överflödigt eftersom det redan täcks av andra författningar, såsom bestämmelser om god och säker vård.

Verksamheter har uppgett att den individuellt anpassade vården självklart är en säkerhetsfråga och att den aspekten redan tas med i vårdplaneringen. Externa aktörer har också framfört att bestämmelsen behövs för att betona vikten av säkerhet, men att den skulle kunna omformuleras för att ha mer fokus på säkerhet och mindre på vård.

Begreppet säkerhet

Socialstyrelsen har föreslagit att definitionen av säkerhet inte ska ändras i förhållande till den som nu gäller enligt SOSFS 2006:9. Definitionen är således skydd för patienter, personal och samhället i övrigt i samband med psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning.[69]

Insatser i syfte att öka säkerheten

Ett sätt att öka säkerheten i vården är att anpassa innehållet i vården och andra insatser till enskilda patienters psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt i syfte att förebygga och minimera säkerhetsrisker. Det har såväl i förarbeten[70] som av externa aktörer lyfts att vårdens innehåll har en central betydelse för säkerheten. Verksamheter har uppgett att den aspekten redan tas med i vårdplaneringen.

[69] 2 kap 1 § säkerhetsföreskriften.
[70] Prop. 2005/06:63, s. 24.

Att en patient ges adekvat hälso- och sjukvård för sina psykiska besvär kan exempelvis bidra till ökad säkerhet. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.[71] En hälso- och sjukvårdsåtgärd ska alltså ha detta syfte, och inte vidtas enbart för att minska risken att patienten exempelvis blir våldsam eller hotfull. Om en patient får adekvat behandling för sina psykiatriska besvär eller ett drogberoende bör det emellertid generellt även ha en positiv inverkan på risken att patienten exempelvis utsätter andra för hot och våld.

Andra sätt att minska risker för säkerhetsincidenter kan vara att anpassa bemötande och relationsskapande åtgärder utifrån enskilda patienters psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt. Det kan handla om att patienter med vissa psykiatriska tillstånd och tidigare erfarenheter kan ha behov av visst bemötande och trygga relationer med hälso- och sjukvårdspersonal för att exempelvis ta emot vård och behandling.

Ett annat sätt att minska risken för säkerhetsincidenter kan vara att göra individuella riskbedömningar inför placering av patienter vid viss avdelning. Det kan exempelvis handla om patientsammansättningen, risken att konflikter uppstår utifrån gängtillhörighet eller vikten för en viss patient att ha tillgång till eget utrymme. Den nu beskrivna bedömningen handlar inte om placering på viss säkerhetsklass, utan om på vilken avdelning en patient bör placeras för att kunna erhålla en god och säker vård. I vissa fall kan vården dock ha begränsade möjligheter att välja avdelning.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att syftet med hälso- och sjukvårdsåtgärder är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Sedan kan de åtgärderna också leda till minskad risk för säkerhetsincidenter.

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att patienter får andra individuellt anpassade insatser än hälso- och sjukvård, för att minska risken att patienten agerar på ett sätt som leder till att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas. För att stötta hälso- och sjukvårdspersonalen med detta bör det finnas rutiner som säkerställer att patienter ges individuellt anpassade insatser i nämnda syfte. Rutinerna kan exempelvis redogöra för insatser som handlar om bemötande, riskbedömningar och utformning av krisplaner eller liknande.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen om rutiner om individuellt anpassad vård och säkerhet i 3 kap. 2 § i SOSFS 2006:9 förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna med viss ändring. Följande reglering föreslås: Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att varje

[71] 2 kap. 1 § HSL.

patient ges individuellt anpassade insatser vilka ska minska risken för att denne agerar på ett sätt som leder till att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas.

Rutiner om tvångsåtgärder

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 5 § SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för tillämpningen av 6, 6 a och 18–24 §§ LPT respektive 8 § LRV. Rutinerna ska uppfylla kraven i 2 a och b §§ LPT respektive 2 a och b §§ LRV.

Av 8 kap. 2 § SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för begäran om biträde av polisen enligt 47 § LPT eller 27 § LRV.

Rutiner om tvångsåtgärder och dubbelreglering

I SOSFS 2006:9 finns alltså en hänvisning till vissa bestämmelser om tvångsåtgärder i LPT och LRV, som det ska finnas rutiner om. Sedan föreskrifterna trädde i kraft den 1 juli 2006 har det emellertid skett ändringar i LPT och LRV, vilket medfört att de bestämmelser som hänvisas till i föreskrifterna nu inkluderar fler åtgärder.

Det har tillkommit en möjlighet att använda allmän inpasseringskontroll[72] och en skyldighet att erbjuda patienter uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd[73]. Därutöver har bland annat kriterierna för fastspänning och avskiljning av barn ändrats.[74]

Socialstyrelsen konstaterar att det även i HSLF-FS 2022:62 finns bestämmelser med krav på rutiner om tvångsåtgärder och att vissa av de kraven även finns i SOSFS 2006:9. Dubbelregleringen gäller rutiner om inskränkning i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, undersökning och övervakning av försändelser till respektive från en patient och omhändertagande av otillåten egendom som innehas av en patient. En sådan dubbelreglering bör, av uppenbara skäl, inte finnas.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att det finns rutiner om tvångsåtgärder, eftersom sådana åtgärder medför ett betydande intrång i patienters fri- och rättigheter och kan orsaka stort lidande för enskilda patienter. Rutiner är ett viktigt stöd för hälso- och sjukvårdspersonalen och

[72] Se 23 b § LPT och 8 § LRV. SFS 2014:522.
[73] Se 18 a § LPT och 8 § LRV. SFS 2017:369.
[74] Se 19 a och 20 a §§ LPT samt 8 § LRV. SFS 2020:354.

ökar förutsättningarna för att användning av tvångsåtgärder sker i enlighet med gällande rätt.

Myndigheten bedömer att det är mest ändamålsenligt att samtliga krav på rutiner om tvångsåtgärder regleras i samma författning. Detta särskilt eftersom det inte på ett tydligt sätt går att dela upp åtgärderna utifrån om de handlar om vård eller säkerhet, ofta kan det vara en kombination av båda. Socialstyrelsen bedömer att kravet på rutiner om tvångsåtgärder främst hör hemma i HSLF-FS 2022:62.

Socialstyrelsen bedömer vidare att även kravet på rutiner om handräckning snarast hör hemma i HSLF-FS 2022:65, där det även finns andra bestämmelser om handräckning. I nuvarande reglering i SOSFS 2006:9 anges att det ska finnas rutiner om begäran om biträde av polisen. Sedan säkerhetsföreskriften togs fram har det införts en möjlighet att även begära biträde från Kriminalvården, vilket därmed behöver läggas till.

Socialstyrelsen bedömer att de åtgärder det ska finnas rutiner för uttryckligen bör framgå av föreskrifterna, och inte endast specificeras genom hänvisning till vissa bestämmelser i LPT och LRV.

I SOSFS 2006:9 anges att rutinerna ska uppfylla kraven i 2 a och b §§ LPT respektive 2 a och b §§ LRV, dvs. bestämmelser om proportionalitetsprincipen. Att proportionalitetsprincipen ska tillämpas vid användning av tvångsåtgärder och därmed också beaktas i rutiner är enligt myndigheten inget som särskilt behöver påpekas i föreskrifter. Myndigheten bedömer därför att nämnda reglering i SOSFS 2006:9 inte bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det i 2 kap. 2 § HSLF-FS 2022:62 läggs till att vårdgivaren även ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att följande åtgärder endast vidtas i enlighet med LPT, LRV eller någon annan tillämplig lag:

1. Vilka tvångsåtgärder som får användas efter ett beslut om kvarhållning har fattats och fram till frågan om intagning har avgjorts.
2. När tvång får användas för att hindra en patient att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon ska vistas.
3. Fastspänning av vuxna och barn.
4. Avskiljning av vuxna och barn.
5. Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.
6. Uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd.
7. Allmän inpasseringskontroll.
8. Underrättelser om tvångsåtgärder till Inspektionen för vård och omsorg.

9. Begäran om biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården enligt 47 § andra och tredje styckena LPT eller 27 § LRV.[75]

Rutiner om säkerhetshandling

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 9 § SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur en säkerhetshandling ska upprättas för varje avdelning och hur denna kontinuerligt ska uppdateras.

Socialstyrelsens bedömning

I SOSFS 2006:9 finns krav på rutiner om säkerhetshandling, men inget krav på att en säkerhetshandling ska upprättas. Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att det finns en handling som innehåller en teknisk beskrivning av säkerheten på vårdinrättningar där det ges vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, oavsett säkerhetsnivå. Det bör därmed finnas ett uttryckligt krav på att en sådan handling ska upprättas, och inte endast krav på rutiner.

Vad gäller uppdatering av säkerhetshandlingen framgår följande av Säkerhetshandboken. Ett riktvärde vad gäller den kontinuerliga uppdateringen av säkerhetshandlingarna kan vara att handlingens aktualitet följs upp åtminstone en gång per år och därutöver på förekommen anledning. Det framgår också att det är angeläget att uppföljningarna görs i god tid innan förändringar i den tekniska och fysiska säkerheten har vidtagits eller kan förväntas uppkomma. Särskilda faktorer att vara uppmärksam på i detta sammanhang är misstänkta haverier, föråldring eller nötning och sabotage.[76]

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att en säkerhetshandling är aktuell och därmed att den uppdateras kontinuerligt. Genom begreppet kontinuerligt ges utrymme för viss flexibilitet, vilket är ändamålsenligt utifrån att behovet av uppdateringen kan variera mellan verksamheter. Detta särskilt utifrån hur omfattande säkerhetsarrangemangen är och i vilken utsträckning förändringar görs.

Om det införs ett krav på att en säkerhetshandling ska upprättas och kontinuerligt uppdateras finns det enligt Socialstyrelsen inte skäl att även ha krav på rutiner för sådana åtgärder.

[75] Ändringarna i HSLF-FS 2022:62 framgår av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:xx) om ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

[76] Säkerhetshandboken, s. 18.

Socialstyrelsens förslag

Kravet i 3 kap 9 § SOSFS 2006:9 på rutiner om säkerhetshandling förs inte över till de nya säkerhetsföreskrifterna. I stället införs ett krav på att vårdgivaren ska ansvara för att varje avdelning inom en verksamhet har en säkerhetshandling och att den ska uppdateras kontinuerligt.

Rutiner om säkerhet när patienter vistas utanför verksamheten

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 10 § framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för säkerheten när en patient vistas med personal utanför verksamhetens område, t.ex. vid ledsagning eller transporter.

I säkerhetshandboken ges vissa exempel på innehållet i rutinerna. Såsom att planeringen och resursstödet för transporter anpassas efter det bedöma behovet i varje enskilt fall, att det finns samverkansrutin med närmaste lokala polismyndighet, hur alternativa färdvägar vid återkommande resor till samma destinationer kan användas och vilken skyddsutrustning som ska finnas i de fordon som används.[77]

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen menar att det finns stora säkerhetsrisker då en patient vistas utanför verksamhetens område med personal och att det därmed finns skäl att föra över kravet på rutiner om säkerheten i sådana situationer till de nya säkerhetsföreskrifterna. Exempel på sådana situationer är att en patient ska till en avdelning för somatisk vård eller förflyttas till en annan vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård. Det kan ske med personal under exempelvis ledsagning eller transporter.

Socialstyrelsen har övervägt om det även finns skäl att ha krav på rutiner då en patient vistas utanför verksamhetens område utan personal. I LPT och LRV finns bestämmelser om patienters vistelse utanför verksamheten utan personal. De situationer som finns reglerade är dels att en patient får ges tillstånd att på egen hand vistas dels utanför sjukvårdsinrättningens område (permission), dels tillstånd att vistas utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område (frigång). Dessutom får en patient på egen hand vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under ÖPT och ÖRV.

I de situationer som nämns ovan har en chefsöverläkare eller en domstol gett patienten tillstånd att vistas utanför verksamheten utan personal. Utifrån det

[77] Säkerhetshandboken s. 19.

bedömer myndigheten att det inte bör införas krav på rutiner om säkerheten då en patient vistas utanför verksamhetens område utan personal.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att kravet på rutiner om säkerheten när en patient vid ledsagning eller transporter tillsammans med personal vistas utanför verksamhetens område förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Rutiner för genomsökning av patientrum

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det finns inget krav på rutiner om genomsökning av patienters rum i SOSFS 2006:9.

Synpunkter från externa aktörer

Flera verksamheter har framfört att de borde finnas krav på rutiner om genomsökning av patienters rum. Detta särskilt eftersom det är otydligt om och hur en sådan genomsökning får göras och även eftersom verksamheter har olika praxis.

Det saknas reglering om genomsökning av patientrum vid vård enligt LPT/LRV

För personer som är häktade eller annars frihetsberövade och tas in på enheten för att genomgå en rättspsykiatrisk undersökning finns reglering om kontroll av deras bostadsrum. Enligt regleringen får den intagnes bostadsrum och hans eller hennes tillhörigheter kontrolleras i den utsträckning det är nödvändigt för att ordningen eller säkerheten ska kunna upprätthållas.[78]

För patienter som vårdas enligt LPT eller LRV har JO i beslut framfört att chefsöverläkaren kan besluta om generella ordningsregler i lokala rutiner och att ett område där ordningsregler kan behövas t.ex. är vilken egendom patienterna får ha på sina patientrum. Ordningsreglerna får dock inte inskränka patienternas fri- och rättigheter på ett sätt som strider mot den gällande lagstiftningen.[79] JO har i ett annat ärende bedömt att det är tillåtet att söka igenom en tvångsvårdad patients bostadsrum för att säkerställa att inga förbjudna föremål förekommer. Syftet med en sådan åtgärd ska vara att upprätthålla ordning och säkerhet och att möjliggöra god och säker vård.[80]

[78] Se 4 kap. 1 § häkteslagen (2010:611) och 5 a § lagen om rättspsykiatrisk undersökning.
[79] JO-beslut 2014-11-19, dnr 1170-2012.
[80] JO-protokoll, dnr 4090-2001.

IVO har i beslut bedömt att ett patientrum får genomsökas med stöd av ordningsregler men inte patientens personliga tillhörigheter som väska, necessär eller kläder såvida inte chefsöverläkaren fattar ett beslut om kroppsvisitation med stöd av 23 § LPT. IVO bedömde vidare att det finns en otydlighet gällande sakfrågan eftersom visitation av patientrum inte regleras i lagstiftningen.[81]

I ett regeringsuppdrag Socialstyrelsen hade under 2017 framkom att verksamheter för vård enligt LPT och LRV hanterade genomsökning av patienters rum på olika sätt.[82] I slutrapporten framförde Socialstyrelsen att det mot bakgrund av den osäkerhet som synes råda kunde finnas skäl för regeringen att närmare utreda frågan om de legala förutsättningarna för att söka igenom patienters rum. IVO har i beslut framfört att de delar Socialstyrelsen bedömning.[83]

Socialstyrelsens bedömning

Genomsökning av patienters rum för kontroll av om det finns otillåten egendom[84] kan, som framgår ovan, under vissa förutsättningar vara tillåtet. Att genomsökningar av patientrum sker i enlighet med gällande rätt är ytterst angeläget, eftersom det handlar om patienters fri- och rättigheter.

Socialstyrelsen bedömer att rutiner om genomsökning av patientrum ökar förutsättningarna för att det sker i enlighet med gällande rätt. Sådana rutiner kan även bidra till att det görs mer jämlikt över landet. Med beaktande härav och utifrån vikten av att patienters fri- och rättigheter inte kränks bedömer myndigheten att det bör införas krav på sådana rutiner.

Som framgår av avsnitt 2.5 under rubriken ”Rutiner om tvångsåtgärder” föreslår Socialstyrelsen att de krav som finns i SOSFS 2006:9 om rutiner för vissa tvångsåtgärder ska föras över till HSLF-FS 2022:62. Det gäller bland annat krav på rutiner om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Myndigheten bedömer att även kravet på rutiner om genomsökning av patienters rum bör finnas HSLF-FS 2022:62.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det i 2 kap. 2 § HSLF-FS 2022:62 införs krav på att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för genomsökning av patienters rum.

---

[81] IVO, Beslut 2020-02-04, dnr 8.2.1-40248/2018-48.
[82] Socialstyrelsen, Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården, Redovisning av regeringsuppdrag, januari 2018, Artikelnummer 2018-1-1.
[83] IVO, Beslut 2020-02-04, dnr 8.2.1-40248/2018-48.
[84] Vilken egendom en patient inte får inneha framgår av 21 § LPT och 8 § LRV.

Rutiner om patienter som brottsoffer

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det finns inget krav på rutiner om patienter som brottsoffer i SOSFS 2006:9.

Synpunkter från externa aktörer

Särskilt CRD har lyft att verksamheter behöver ha rutiner för hur de ska hantera situationer då patienter är brottsoffer, t.ex. då en patient utsätts för hot, våld eller övergrepp. De har framfört att deras kartläggning visar att många vårdgivare saknar sådana rutiner.

Verksamheter har uppgett att det är viktigt att det finns rutiner för hur vården ska agera när en patient upplever att hen har utsatts för brott. Någon har framfört att de har rutiner för hur de ska agera då en patient utsatts för t.ex. en våldsincident eller ett sexuellt övergrepp, såväl då det utförts av en annan patient som av personal.

IVO har framfört att det vore bra att införa krav på rutiner för hur vården ska agera om en patient utsätts för ett brott av en medpatient eller av personal och att ett sådant krav skulle stärka deras arbete på området. IVO har vidare framfört att de i sin tillsyn frågar patienter om de får information och stöd om de har utsatts för brott.

Brukar- och intresseorganisationer har uppgett att det vore bra med en reglering med krav på att patienter ska ges information om säkerhetsfrågor, såsom vad det finns för säkerhetstänk på avdelningen och hur patienten ska agera i en våldsam situation. Någon verksamhet har uppgett att de på sina anslagstavlor har ordningsregler som bland annat innehåller information om vart en patient kan vända sig om hen känner sig otrygg.

Socialstyrelsens bedömning

Patienter i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård befinner sig i en särskilt utsatt situation, bland annat eftersom de är frihetsberövade mot sin vilja. I en sådan situation kan det uppstå särskilda svårigheter om patienten blir brottsoffer.

CRD har i en rapport gett exempel på vad dessa svårigheter kan vara, såsom att patienten inte fritt kan söka information om sina rättigheter eller besöka och kommunicera med rättsväsende eller civilsamhälle. De lyfter också att patienten är beroende av institutionen för sin vård och omsorg och dessutom riskerar att vara inlåst tillsammans med förövaren, som kan vara en medintagen eller någon i personalen.[85]

[85] CRD, Frihetsberövade brottsoffers rättigheter – en kartläggning av brottsofferdirektivens implementering i den svenska tvångsvården, 2021, s. 26.

Socialstyrelsen bedömer att personal som arbetar i verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV och även vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning kan behöva stöd i hur de ska hantera en situation då en patient är eller misstänks ha varit utsatt för ett brott. Förövaren kan vara en patient, personal eller någon annan.

Patienten är särskilt utsatt då brottet har utförts eller misstänks ha utförts på en sjukvårdsinrättning där det får ges vård enligt LPT eller LRV samt på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Patienten är inte i en lika utsatt situation om brottet begåtts utanför sjukvårdsinrättningen eller enheten för rättspsykiatrisk undersökning. Personalen är då inte heller i lika stort behov av stöd.

Ett sätt att ge personalen stöd är att ta fram rutiner för vilka åtgärder som bör vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott. Rutinerna kan bland annat innehålla en redogörelse för vilket stöd som bör ges till en patient som utsatts för ett brott eller har utfört ett brott, när en patient kan behöva flyttas till annan vårdavdelning och vilka som ska informeras om det inträffade. Rutinerna kan även innehåll en redogörelse för hur händelsen ska dokumenteras och vilka åtgärder den ska leda till, såsom avvikelserapportering, anmälan till IVO enligt lex Maria eller som annan allvarlig skada till följd av säkerhetsbrister. De kan även innehålla information om när och hur en polisanmälan kan göras samt relevanta sekretessbestämmelser. Rutinerna kan även ta upp vilken information medpatienter bör ges samt vilka åtgärder som bör vidtas för att brottet inte ska återupprepas och för att skapa en trygg vårdmiljö.

Socialstyrelsen bedömer att det inte bör införas krav på rutiner vad gäller information om säkerhet till patienter. Det bör vara upp till varje verksamhet att bedöma om sådana rutiner behövs eller om det är tillräckligt med exempelvis ordningsregler eller annan form av information.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten.

Rutiner om åtgärder då personal hotas av patienter

Socialstyrelsens bedömning

Någon verksamhet har framfört att det borde införas krav på rutiner om vilka åtgärder som bör vidtas då personal blir hotad av patienter som blivit utskrivna från psykiatrisk tvångsvård. Socialstyrelsen menar att det är

angeläget att verksamheter ges stöd av vårdgivaren för att kunna hantera sådana situationer. Ett sådant behov skulle även kunna finnas om personal hotas eller utsätts för annan brottslig gärning då patienten är inskriven på en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård.

Incidenter med hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal förekommer även på vårdinrättningar som bedriver annan hälso- och sjukvård än psykiatrisk tvångsvård. Socialstyrelsen bedömer att frågan om hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal behöver ses i ett större sammanhang och inte endast för vård enligt LPT och LRV. Utifrån det bedömer myndigheten att det finns skäl att inte införa krav på rutiner för dessa situationer i de nya säkerhetsföreskrifterna. Under föreskriftsarbetet har behovet av rutiner rörande hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal dessutom endast lyfts i begränsad omfattning. Det finns inte heller något som hindrar att verksamheter tar fram rutiner om det finns ett sådant behov.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det i säkerhetsföreskrifterna inte bör införas krav på rutiner om hur situationer där hälso- och sjukvårdspersonal har utsatts för hot och våld av patienter bör hanteras.

2.6 Samverkan

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 3 § SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för samverkan med beroendevården och primärvården angående säkerheten. Vårdgivaren ska även ta initiativ till samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Av Säkerhetshandboken framgår att samverkan med beroendevården och primärvården avser situationen då en patient under pågående tvångsvård har kontakt med hälso- och sjukvården då hen inte vistas på vårdinrättningen, såsom under en permission. Det framgår vidare att rutinerna kan handla om att personal inom beroende- och primärvården ska se till att personal vid den klinik där patienten är inskriven omedelbart får veta att en patient exempelvis motsätter sig medicinering eller uppträder aggressivt.[86]

Av Säkerhetshandboken framgår vidare att rutinerna om samverkan med kommunen kan handla om att säkerställa att kommunernas personal omedelbart ska underrätta personalen vid den klinik där patienten är inskriven om en patient exempelvis har försämrats eller riskerar att försämras.[87]

[86] Säkerhetshandboken s. 13.
[87] Säkerhetshandboken s. 13.

Synpunkter från externa aktörer

Samverkan

Många verksamheter har framfört att de inte alls eller i liten utsträckning samverkar med beroendevården och primärvården angående säkerheten. Om de samverkar brukar det främst handla om enskilda patienter och då om annat än säkerhet. Verksamheter har också uppgett att samverkan sker situationsbundet, utan att det finns någon överenskommelse eller rutin.

När det gäller kommunen uppger många verksamheter att de ofta samverkar med socialtjänsten och att det sker såväl på generell nivå som på individnivå. Det kan vara samverkan med personal på ett kommunalt boende, där patienten vistas under permission eller under öppen psykiatrisk tvångsvård. Det kan exempelvis handla om åtgärder som behöver vidtas om en patient blir våldsam eller vill lämna boendet.

IVO har lyft frågan om rutiner om samverkan då patienten befinner sig utanför sjukvårdsinrättningen ryms inom säkerhetsföreskrifterna. Detta eftersom föreskrifterna gäller vid sjukvårdsinrättningar där tvångsvård ges, dvs. inte utanför vårdinrättningen.

Samverkan om säkerhet

Flera verksamheter och andra externa aktörer har ansett att det är oklart vad som avses med samverkan om säkerheten, såsom vad samverkan ska innehålla, om det gäller på generell nivå eller individnivå och vad som är syftet. De har också framfört att regleringen inte tillför något. Verksamheter har dock även framfört att de anser att det är viktigt att kravet på rutiner om samverkan om säkerheten finns kvar.

Brister och hinder i samverkan

Brukarorganisationer har lyft att samverkan är avgörande för patienten och säkerheten, men att den ofta inte fungerar. Exempel som har getts är att färdigbehandlade patienter blir kvar i vården på grund av dålig samverkan vad gäller boende. Ett annat exempel är att vården inte får information från polisen om patienter återfaller i brottslighet under öppen psykiatrisk tvångsvård. Flera externa aktörer har uppgett att sekretess ofta är ett hinder för samverkan, eftersom det medför att viktig information inte kan utbytas.

Breddat krav på samverkan

Såväl verksamheter som brukar- och intresseorganisationer har ansett att det bör finnas såväl krav på samverkan som krav på rutiner om samverkan för flera aktörer än enligt nuvarande reglering i SOSFS 2006:9. Såsom att samverkan ska ske med all regional hälso- och sjukvård och särskilt den somatiska vården. Patienter som behöver vård efter suicidförsök har särskilt lyfts. Det har emellertid även lyfts att den somatiska vården är gigantisk och att det inte är relevant att samverka med samtliga delar.

Externa aktörer har även lyft att det finns andra aktörer som det är viktigt att samverka med såsom Kriminalvården, Polismyndigheten, SiS och anhöriga. Med Kriminalvården sker samverkan redan om exempelvis sjukvårdsfrågor, rymningar och fritagningar. Med polisen sker samverkan särskilt om handräckning.

Socialstyrelsens bedömning – krav på samverkan om säkerhet

Externa aktörer har menat att det inte bara bör finnas krav på rutiner om samverkan om säkerhet, utan även krav på att samverkan ska ske. Socialstyrelsen menar att en skyldighet för olika aktörer att samverka bör regleras i lag[88], och inte i myndighetens föreskrifter. Utifrån det bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas några krav på samverkan om säkerhet i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning – rutiner för samverkan om säkerhet

Av Säkerhetshandboken framgår att syftet med kravet på rutiner för samverkan om säkerhet i huvudsak är att vårdinrättningen för tvångsvård ska få information från vissa aktörer om patientens hälsotillstånd och andra faktorer som har betydelse för tvångsvården. De aktörer som pekas ut i SOSFS 2006:9 är beroendevården, primärvården samt kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst.

En reglering i föreskrifter med krav på rutiner för samverkan om säkerheten med övriga delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är enligt Socialstyrelsen rimligt, eftersom det finns krav i lag om samverkan och samordnad vårdplanering mellan dessa aktörer (se avsnitt 1.2 Gällande rätt). Det bör dock endast finnas krav på rutiner om samverkan med de aktörer som det finns ett faktiskt behov av samverkan om säkerheten med.

Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av samverkan om säkerhet mellan hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst. När det gäller den regionala hälso- och sjukvården har det framkommit att tvångsvården endast i begränsad utsträckning samverkar med beroende- och primärvården. Verksamheter har samtidigt ansett att kravet på rutiner om samverkan bör omfatta flera delar av hälso- och sjukvården. Den somatiska vården har särskilt nämnts, såsom vård då en patient har gjort ett suicidförsök.

[88] Det finns exempelvis i LPT och LRV krav på samarbete mellan regionen och kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst för patienter som ska ges ÖPT eller ÖRV. För mer information om reglering vad gäller samverkan se avsnitt 1.2 Gällande rätt, under rubriken Samverkan.

Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt eller rimligt att peka ut vilka delar av den regionala eller kommunala hälso- och sjukvården som det finns ett behov av att ha rutiner om samverkan om säkerheten med. Myndigheten bedömer att vårdgivaren är bäst lämpad att avgöra detta. Särskilt eftersom behovet av samverkan kan variera mellan olika vårdgivare, bland annat beroende på hur vården är organiserad.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att samverkan kräver två parter. Säkerhetsföreskrifterna riktar sig till sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt till enheter för rättspsykiatriskundersökning. I säkerhetsföreskrifterna kan det därför inte ställas krav på att exempelvis andra vårdgivare eller socialtjänsten ska ha rutiner om samverkan om säkerheten. Kravet på rutiner bör därför handla om att möjliggöra sådan samverkan.

I föreskriftsarbetet har externa aktörer framfört att det bör finnas rutiner för samverkan om säkerhet med flera aktörer, såsom Polismyndigheten och Kriminalvården. Socialstyrelsen bedömer att krav på sådana rutiner inte bör regleras i de nya säkerhetsföreskrifterna. Detta särskilt eftersom det inte finns något uttryckligt författningskrav om att Polismyndigheten eller Kriminalvården ska samverka med hälso- och sjukvården/tvångsvården om säkerheten. Enligt Socialstyrelsen är det därför inte heller lämpligt att i de nya säkerhetsföreskrifterna införa krav på rutiner om sådan samverkan.

IVO har framfört att säkerhetsföreskrifternas tillämpningsområde möjligen är för snävt för att kunna omfatta krav på rutiner om extern samverkan. Socialstyrelsen föreslår att tillämpningsområdet för säkerhetsföreskriften ska inkludera sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT eller LRV (se avsnitt 2.2). En sådan sjukvårdsinrättning har även visst ansvar för patienter som befinner sig utanför vårdinrättningen, exempelvis under ÖPT/ÖRV och permission. Det kan därmed enligt Socialstyrelsen finnas bestämmelser i säkerhetsföreskrifterna som omfattar situationer då patienter vistas utanför sjukvårdsinrättningen.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det bör införas krav på rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med den övriga regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten.

Socialstyrelsens bedömning – begreppet säkerhet

Flera externa aktörer har ansett att det är oklart vad rutiner om samverkan om säkerheten bör innehålla. Socialstyrelsen delar den bedömningen och menar att det finns skäl att i allmänna råd ge exempel på vad sådan samverkan kan handla om.

Ett exempel som externa aktörer har lyft handlar om patienter som bor på ett kommunalt boende under ÖPT/ÖRV och där den vårdinrättning där

patienten är inskriven för tvångsvård behöver viss information för att kunna bedöma om patienten bör återintas till slutenvården. Det kan handla om information om att patienten försämras i sitt psykiska mående, vägrar att ta emot behandling eller är våldsam.

I 4 kap. 11 § HSLF-FS 2022:62 regleras att chefsöverläkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ska hämta in information från berörda aktörer inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att frågan om återintagning till sluten vård eller vårdens upphörande ska kunna prövas fortlöpande. Den bestämmelsen inkluderar information om en patient som kan få konsekvenser för säkerheten, såsom att en patient som bor på ett kommunalt boende vägrar att ta läkemedel. Mot bakgrund härav bedömer Socialstyrelsen att denna situation inte bör tas med i allmänna råd med exempel på vad rutiner om samverkan om säkerheten kan handla om.

En annan situation som lyfts av externa aktörer är den omvända. Nämligen att personal på ett kommunalt boende behöver få information om en patient från vårdinrättningen för tvångsvård för att kunna förebygga att patienten blir våldsam eller på annat sätt hotar säkerheten på boendet. Patienten kan vistas på boendet under ÖPT/ÖRV eller permission. Socialstyrelsen menar att det är angeläget att verksamheter har ett samarbete med kommunala boenden och delger dem sådan information om patienten som behövs för att förebygga säkerhetsincidenter, såvida det inte hindras av sekretess. Enligt Socialstyrelsen finns det därmed skäl att i allmänna råd ange den situationen som exempel på vad rutiner om samverkan om säkerheten kan handla om.

Externa aktörer har också lyft situationen då en patient som är intagen i sluten tvångsvård behöver somatisk vård och att sådan vård behöver arrangeras i samverkan för att förebygga säkerhetsincidenter. Det kan exempelvis handla om att förebygga att patienten avviker, agerar våldsamt eller på något annat sätt som hotar säkerheten. Samverkan kan exempelvis omfatta utbyte av information om patienten. Det kan även handla om hur den somatiska vården bör organiseras, såsom vem som vid behov ska anordna extravak. Enligt Socialstyrelsen finns det skäl att i allmänna råd ange denna situation som exempel på vad rutiner om samverkan om säkerheten kan handla om.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen om rutiner för samverkan om säkerhet i 3 kap. 3 § SOSFS 2006:9 inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna. I stället införs i en ny bestämmelse som anger att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med den övriga regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten.

Socialstyrelsen föreslår vidare att det ska införas allmänna råd om att det av rutinerna bör framgå vilken samverkan som behövs, såsom t.ex. utbyte av information, för att förhindra att en patient agerar så att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas då denne vistas på ett hem eller någon annan institution för vård eller behandling eller på en avdelning för sluten somatisk vård.

2.7 Lokalers utformning och inredning

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det saknas nu reglering i SOSFS 2006:9 om lokalers utformning och inredning.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har framfört att lokalers utformning och inredning är viktig för säkerheten, särskilt för att förhindra hot- och våldssituationer. Det kan bland annat handla om hur dolda vinklar hanteras, vad det finns för möbler, tillgången till enkelrum och dörrar som patienten kan låsa och personal öppna vid behov och etiskt godtagbar elektronisk observation av patienter.

Externa aktörer har vidare framfört att det är bra att så långt det är möjligt reglera så att negativa incidenter inte inträffar, men att lokalerna även behöver ge förutsättningar för att bedriva en god vård.

Många verksamheter och även myndigheter har ansett att det inte bör införas några generella krav om hur lokaler ska vara utformade och inredda. Skäl som lyfts mot en reglering är bland annat att en sådan reglering inte kommer kunna ta hänsyn till lokala förutsättningar samt att det kan saknas resurser för ombyggnad. Några externa aktörer har dock ansett att det bör införas en reglering med krav på lokalernas utformning och inredning.

Några har ansett att antal vårdplatser eller antal kvadratmeter per patient bör regleras i föreskrifterna. Andra har menat att det inte är lämpligt, bland annat eftersom ett sånt krav kan bli svårt att uppfylla och att det saknas evidens för en sådan reglering.

Externa aktörer har också lyft att trängsel kan påverka säkerheten och att det gäller såväl för patienter som personal. För patienter kan det vara viktigt att t.ex. ha rum där man kan vara i fred och ges möjlighet till återhämtning. För personalen kan trängsel skapa stress och svårigheter att hantera kritiska situationer.

Verksamheter har lyft att de önskar nationellt stöd vad gäller lokalers utformning och inredning. De har bland annat önskat ett kunskapsstöd som kan användas när nya lokaler ska byggas, som exempelvis skulle kunna

innehålla information om utformning av väggar, dörrar, lås och möbler. Centrum för vårdens arkitektur (CVA) har framfört att ett kunskapsstöd även bör innehålla planlösningar med effekter som överblick, avstånd, utblickar och tekniska system som skapar komfort. BUP har framfört att ett nationellt stöd skulle vara bra utifrån att det nu förekommer mer hot och våld inom vården, vilket medför nya krav på utformning av lokaler.

Ett annat exempel på stöd som önskats är en nationell samordning där verksamheter kan dela sina erfarenheter med varandra. Ett annat exempel som lyfts är krav på att hälso- och sjukvården ska ha en fastighetsförvaltning som har kunskap om psykiatrisk tvångsvård och vad det innebär för lokalfrågan.

Flera verksamheter och andra externa aktörer har ansett att det vore bra med ett krav på rutiner om lokalers utformning och inredning. Ett skäl som lyfts för att införa ett sådant krav är att det skulle kunna ge uppmärksamhet till frågan om vikten av lokalers utformning när det gäller säkerhet. Några externa aktörer har dock ansett att det inte bör införas krav på sådana rutiner.

Brukarorganisationer har framfört att nya, bättre utformade verksamhetslokaler har lett till att suicidförsök och tvångsåtgärder har minskat radikalt. Orsaken har bland annat varit att personalen kan ha uppsikt över alla patienter, det saknats platser där patienten kan hänga sig samt att det finns lugna hörnor. Andra åtgärder som uppges minska konflikter är att köbildning undviks och att patienter har egna toaletter.

CVA har framfört att det bör regleras att personalen ska vara delaktiga när rutiner om lokalers användning och utformning tas fram, så det inte blir en rutin med en färdig ”lösning” utan personalmedverkan. CVA har även lyft att det är viktigt att vara försiktig med standardlösningar eftersom det bara fungerar om allt är nybyggt och lösningen felfri. Domstolsverket önskar att det i föreskrifterna ställs hårdare krav på förhandlingsrummens utformning. Andra områden som lyfts är brand- och driftsäkerhet, såsom el- och vattenförsörjning i krisläge.

Lokalers användning och utformning

Många externa aktörer har lyft sambandet mellan lokalers användning och utformning och möjligheten att upprätthålla en säker vård. Utifrån det har frågan aktualiserats om det i föreskrifter bör införas någon reglering med krav vad gäller lokalers användning och utformning.

CVA har tagit fram ett så kallat konceptprogram om lokaler för psykiatrin.[89] Syftet med programmet är att tillhandahålla ett planeringsunderlag för lokaler för psykiatrisk specialistvård. I programmet anges att en god vårdmiljö är särskilt viktig inom psykiatrin, inte minst för att psykiatrin i

[89] Centrum för Vårdens Arkitektur (CVA), Chalmers, Program för Teknisk Standard (PTS), och Sykehusbygg, Konceptprogram - lokaler för psykiatri, kunskapsunderlag vid planering, 2018-10-16.

bland vårdar patienter mot deras egen vilja. Det framgår vidare att den fysiska miljön behöver stödja läkning genom att bidra till upplevelser av trygghet och välbefinnande, och dessutom säkerställa att ingen kommer till fysisk skada.

I konceptprogrammet ges rekommendationer om lokalers utformning och inredning, som uppges ha stöd i forskning. Här lyfts några av rekommendationerna, som har särskild bäring på säkerheten.

- *Sträva efter låg social densitet*
  Social densitet beskrivs som ett mått som används för att uppskatta risken för upplevd trängsel och aggressiva incidenter.[90] Social densitet i lokaler för psykiatri uppges indikera hur den fysiska miljön hindrar eller underlättar för patienter att röra sig mellan olika rum för att söka enskildhet, reglera förhållande till andra och undvika stressmoment som oljud och konflikter. Låga densitetstal uppges vara mycket positivt för möjligheten att reducera patienters stress.
- *Enpatientrum med egen wc/dusch. Möjlighet för patienter att ha inflytande över olika faktorer i patientrummet som värme, ljus, öppna fönster etc*
  Enpatientrum uppges vara den viktigaste miljöfaktorn för att skapa avskildhet och minska stress orsakad av upplevd trängsel och aggressiva incidenter. Det anges vidare att en känsla av kontroll över den fysiska miljön är viktig för att minska patienters stress, kanske särskilt för patienter som tvångsvårdas.
- *Flera olika grupperingar av flyttbara ”normala” sittmöbler.*
  Det framförs att flyttbara möbler kan underlätta för patienter att reglera avstånd till andra och värna sitt personliga utrymme, vilket kan leda till minskat aggressivt beteende. Samtidigt framförs att möbler behöver vara svåra att lyfta och kasta och inte ska kunna tas sönder och användas som vapen.
- *God överblick från centrala delar av avdelningen över de gemensamma ytorna och patientdörrarna.*
  Här lyfts utformning av lokaler som underlättar observation av patienter och undvikande av dolda hörn.

Av konceptprogrammet framgår vidare att forskning indikerar att utformning vars uttryck kommunicerar misstro eller fara riskerar att trigga skadegörelse. Därför uppges det vara viktigt att undvika säkerhetslösningar som innebär en kompromiss med vårdande kvaliteter och i stället hitta lösningar som är både säkra och vårdande.

[90] En avdelnings sociala densitet är antalet patienter vid full beläggning dividerat med det totala antalet rum som är tillgängliga för patienten, dvs. antal patienter per rum.

Socialstyrelsens bedömning – krav på hur lokaler ska användas och utformas

Av LPT och LRV framgår att det ska finnas de lokaler som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.[91] Frågan är om det bör införas en reglering i säkerhetsföreskrifterna om hur lokaler ska användas och utformas för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses.

Kraven skulle bland annat kunna handla om att utrymmen som används av patienter ska vara utformade för att minska upplevd trängsel, att patienter ska ha egna rum med wc och dusch samt att det ska finnas ett visst antal kvadratmeter per patient eller antal vårdplatser. Regleringen skulle även kunna handla om att patienter ska kunna observeras, att patienter inte ska kunna använda inredning för att skada sig själva eller andra och möjligen även krav på byggnadstekniska detaljer. Fördelen med en sådan reglering är att det skulle kunna driva utvecklingen av lokaler framåt och öka förutsättningarna för en säker vård och även god vård.

Det finns dock även nackdelar och svårigheter med krav på lokaler. Detta särskilt utifrån att verksamheter har olika förutsättningar att uppfylla en sådan reglering. Verksamheter kan exempelvis ha mer eller mindre ändamålsenliga lokaler. Vissa lokaler kan byggnadstekniskt vara utformade på ett sätt som gör att ombyggnad kan vara svårt och kostsamt. Det kan medföra att kraven för vissa verksamheter blir närmast orealistiska att uppfylla, och regleringen därmed inte ändamålsenlig. En reglering med krav som endast gäller för nybyggnation är enligt myndigheten inte lämpligt. Det kan även vara svårt att definiera vad som avses med nybyggnation.

En annan svårighet med krav på lokaler är att forskning och kunskap om hur lokaler bör vara utformade och inredda för att skapa förutsättningar för god säkerhet kan ändras över tid. Det kan också vara så att verksamheter kan behöva olika lösningar utifrån verksamhetens inriktning och vilka patienter som vårdas där. Det kan bland annat handla om att balansen mellan den säkra och den vårdande miljön kan behöva skilja sig åt.

Av nämnda anledningar bör det enligt Socialstyrelsen inte införas en reglering i föreskrifter om hur lokaler ska användas och utformas för att god säkerhet ska kunna uppfyllas. Myndigheten bedömer således att det är tillräckligt med nuvarande reglering i lag om att det ska finnas de lokaler som krävs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.

Socialstyrelsen bedömer vidare att stöd till verksamheter i frågan om lokalers utformning och inredning snarast bör ges i form av ett nationellt kunskapsstöd, än i föreskriftsform. Ett sådant stöd har också efterfrågats av

[91] 15 a § LPT och 6 § LRV.

externa aktörer. Att ta fram ett nationellt stöd om lokalers utformning, såsom ett kunskapsstöd, ryms inte i nuvarande föreskriftsarbete.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att myndigheten har fått i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.[92] I uppdraget nämns bland annat de stora utvecklingsbehov som finns vad gäller lokaler.

Socialstyrelsens bedömning - rutiner om lokalers utformning och inredning

Krav på rutiner

God säkerhet och god vård

Som framgår ovan har utformningen och inredningen av lokaler betydelse för möjligheten att upprätthålla en god säkerhet och därmed en effektiv verksamhet. Det är därför viktigt att verksamheter uppmärksammar, analyserar och vidtar åtgärder inom dessa områden. Ett sätt att få verksamheter att uppmärksamma och prioritera området är att införa krav på rutiner om hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja god säkerhet.

När det gäller kravet på god vård så föreslår Socialstyrelsen att det i de nya säkerhetsföreskrifterna ska hänvisas till att HSL:s krav på god vård (se avsnitt 2.3). Socialstyrelsen bedömer att det trots denna hänvisning finns skäl att särskilt lyfta kravet på god vård när det gäller rutiner om lokaler.

Att lokalerna ska främja såväl god säkerhet som god vård framgår också av lagstiftning. Av LPT/LRV framgår att det på sjukvårdsinrättningen ska finnas bland annat de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.[93] Av HSL framgår att det där bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas bland annat de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[94]

Att rutinerna om lokalers användning och utformning ska ta hänsyn till såväl god säkerhet som god vård bör enligt myndigheten medföra att de åtgärder som vidtas för att upprätthålla god säkerhet balansers mot att vårdmiljön ska vara sådan att kraven på en god vård kan tillgodoses. Såsom att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och att miljön ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

[92] Regeringsbeslut 2024-05-16, S2019/01522, S2021/02640 och S2024/01004 (delvis).
[93] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.
[94] Se 5 kap. 2 § HSL.

Utvärdering

Socialstyrelsen bedömer vidare att det genom rutinerna bör säkerställas att lokalernas användning och utformning fortlöpande utvärderas i syfte att främja god säkerhet och god vård. Att rutinerna ska ha ett sådant innehåll är i linje med de krav som finns i LPT/LRV om att det ska finnas de lokaler som behövs för att god säkerhet ska kunna upprätthållas och att säkerheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och upprätthålls.[95] Av HSL framgår också att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.[96] Vid utvärderingen är det således viktigt att säkerhetsarrangemang vägs mot kravet på god vård och att lokalerna även ska bidra till en vårdmiljö som gynnar återhämtning och förbereder patienten för ett liv utanför tvångsvården.

Hur ofta verksamhetens lokaler behöver utvärderas kan dock variera från verksamhet till verksamhet och över tid. Faktorer som kan påverka intervallen är exempelvis hur lokalerna är utformade och vilka arbeten som pågår med att förändra lokalerna.

Vilka åtgärder som kan vidtas vad gäller lokalerna kommer sannolikt att variera från verksamhet till verksamhet och bero på vilka förutsättningar som finns. En fördel med rutiner är just att de kan utformas med hänsyn till verksamheters olika förutsättningar, till skillnad från om det skulle införas specifika krav på lokalerna i säkerhetsföreskrifterna.

Allmänna råd om rutinernas innehåll

För att det ska vara tydligt för verksamheter vad rutiner om lokaler kan innehålla är det enligt Socialstyrelsens bedömning lämpligt med allmänna råd som ger exempel på innehållet.

En viktig aspekt när det gäller lokaler och säkerhet är enligt Socialstyrelsen att de används och är utformade på ett sätt som gör att patienter och även personal inte upplever trängsel. Detta bland annat eftersom trängsel kan bidra till stress och frustration med ökad risk för impulsiva beteenden som kan innebära säkerhetsrisker. Ett exempel på en åtgärd för att förebygga trängsel och stress, som rör lokalerna, är att ge patienter tillgång till rum för återhämtning. Det kan handla om återhämtning från stressande situationer i relation till andra patienter på avdelningen.[97] I rummen kan det exempelvis finnas särskilt vilsam inredning och möjlighet till vilsamma aktiviteter.

Andra aspekter som är viktiga när det gäller lokaler är enligt Socialstyrelsen att de är inredda på ett sätt som försvåra att patienter kan använda möbler och annan inredning för att skada andra eller sig själv. Det är även av vikt att

[95] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.
[96] Se 5 kap. 4 § HSL.
97 Mer information om återhämtning i ett bredare perspektiv finns bland annat i Återhämtningsguiden – för dig inom heldygnsvård, som tagits fram av NSPH Skåne.

personalen kan ha uppsikt över patienter för att förhindra säkerhetsincidenter samt för att snabbt och effektivt kunna ingripa om en sådan incident inträffar.

CVA har lyft vikten av att personalen är delaktig vid framtagande av rutiner om lokalers användning och utformning. Socialstyrelsen delar den uppfattningen. I Socialstyrelsens ledningssystemsföreskrifter anges att vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.[98] Av handboken till föreskrifterna framgår att personalens engagemang och delaktighet är nödvändig för att uppnå god kvalitet i verksamheten. Det framgår vidare att framtagandet av bra och begripliga processer och rutiner kan underlättas om den som bedriver verksamheten bjuder in berörda personalgrupper att delta i arbetet med att ta fram dessa.[99] I handboken anges också att den största tillgången i förbättringsarbetet är personalen och vård- och omsorgstagarna.[100] Med beaktande av den reglering som redan finns om ledningssystem bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att införa en särskild reglering om personalens deltagande vid framtagande av rutiner om lokalers användning och utformning.

Socialstyrelsens förslag – rutiner om lokalers användning och utformning

Socialstyrelsen förslår att det i säkerhetsföreskrifterna införs en bestämmelse om att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård. Genom rutinerna ska vårdgivaren vidare säkerställa att lokalernas användning och utformning fortlöpande utvärderas.

Myndigheten föreslår vidare att det införs allmänna råd om att det av rutinerna bör framgå vilka åtgärder som bör vidtas i verksamhetens lokaler för att

- patienter och personal inte ska uppleva trängsel,
- patienter ska få tillgång till rum för återhämtning,
- patienter inte ska kunna använda möbler och annan inredning för att skada sig själv eller någon annan, och
- personalen ska kunna observera patienterna.

[98] Se 6 kap. 1 § ledningssystemsföreskrifterna.
[99] Socialstyrelsen, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Artikelnr 2012-6-53, s. 34
[100] Handboken till ledningssystemsföreskrifterna, s. 30

Lokaler för muntlig förhandling

God säkerhet vid muntlig förhandling

Av LPT och LRV framgår att det vid en sjukvårdsinrättning ska finnas de lokaler som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses då förvaltningsrätten håller muntlig förhandling på en sjukvårdsinrättning.[101] Som framgår ovan har Domstolsverket framfört att de önskar att det i föreskrifterna ställs hårdare krav på förhandlingsrummens utformning.

Av förarbetena framgår att sjukvårdsinrättningen är skyldig att se till att det finns förutsättningar för säkra och trygga förhandlingar i sjukvårdsinrättningens lokaler.[102] Det framgår också att skälet till regleringen var den samstämmiga bilden som getts av bland annat förvaltningsrättsdomare om det bristfälliga säkerhetsläget vid de muntliga förhandlingarna. Det framgår vidare att kritiken bland annat handlade om att det inte fanns fungerande överfallslarm, att det kunde saknas säkra utrymningsvägar för rätten samt att det förekom att det fanns knivar, bestick, tillbringare och andra föremål som kan användas som tillhyggen.[103]

Domstolsverket har tagit fram säkerhetsrutiner för förhandlingar på sjukvårdsinrättningar.[104] I rutinerna anges vilka säkerhetskrav som *ska* respektive *bör* vara uppfyllda för att uppnå en godtagbar säkerhetsnivå. Områden som inkluderas är bland annat:
- Förhandlingslokalens utformning, såsom säkerhetsavstånd mellan rätten och patienten och utgångar så att rätten kan retirera säkert.
- Möblering i förhandlingslokalen, såsom att det inte ska förekomma lösa föremål i förhandlingslokalen.
- Sjukvårdsinrättningens rutiner vid muntlig förhandling, såsom att rätten ska ha tillgång till överfallslarm, vårdpersonalens närvaro och vad som gäller för patienter som har permission eller öppen psykiatrisk tvångsvård.

Domstolsverket har även tagit fram ett metodstöd för genomförande av säkerhetsronder på sjukvårdsinrättningar.[105] Syftet med metodstödet är att ge praktisk vägledning för hur domstolen kan arbeta för att inventera säkerhetsstatusen och identifiera behov av säkerhetshöjande åtgärder. Det anges också att säkerhetsronden kan utgöra en bra grund för samverkan mellan domstolen och sjukvårdsinrättningen.

SKR har i ett missiv till sjukvårdsinrättningar för vård enligt LPT och LRV informerat om Domstolsverkets säkerhetsrutiner.[106] I missivet framförs bland annat att säkerhetsrutinerna innehåller en del ska-krav som går utöver

[101] 37 a § LPT och 21 b § LRV.
[102] Prop. 2018/19:81Stärkt ordning och säkerhet i domstol, s. 100.
[103] Prop. 2018/19:81, s. 77-78.
[104] Domstolsverket, Säkerhetsrutiner vid förhandlingar på sjukvårdsinrättningar, 2022-04-28, Dnr 2022/360.
[105] Domstolsverket, Metodstöd för genomförande av säkerhetsronder på sjukvårdsinrättningar, 2022-04-28
[106] MISSIV, 2022-08-23, dnr 22/00917.

lagtexten och att rutinerna får ses som rekommendationer om säkerheten vid förhandlingar på sjukvårdsinrättningar.

Det finns även reglering om säkerhet vid domstolsförhandling i lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol, som alltså även gäller vid förhandling på en sjukvårdsinrättning.[107] Av den lagen framgår att säkerhetskontroller får genomföras om det behövs för att begränsa risken för att det begås brott som innebär allvarlig fara för någons liv, hälsa eller frihet eller för omfattande förstörelse av egendom.[108]

Socialstyrelsens bedömning – krav på lokaler för muntlig förhandling

Socialstyrelsen konstaterar att det i LPT och LRV finns krav på att det vid en sjukvårdsinrättning ska finnas de lokaler som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses då förvaltningsrätten håller muntlig förhandling på sjukvårdsinrättningen.[109]

Socialstyrelsen bedömer att det inte bör införas en reglering i säkerhetsföreskriften om lokalers säkerhet vid muntliga förhandlingar på sjukvårdsinrättning. Detta särskilt eftersom det redan finns viss reglering och att det inte är lämpligt med en mer detaljerad reglering eftersom hänsyn behöver tas till de särskilda förutsättningar som råder vid respektive sjukvårdsinrättning. Sådan hänsyn kan bättre tillgodoses vid det samarbete om säkerheten vid muntliga förhandlingar som pågår mellan domstolar och sjukvårdsinrättningar.

Lokalers driftsäkerhet

Externa aktörer har lyft att frågor om brand- och driftsäkerhet skulle kunna behöva regleras i säkerhetsföreskrifterna. Driftstörningar kan exempelvis vara störningar i el-, värme- och vattenförsörjning samt informationsteknologi. Orsaken till störningarna kan exempelvis vara pandemier, bränder, terrorangrepp, olyckor och extrema vädersituationer.

Ett stort antal lagar och föreskrifter ställer krav på sjukhusbyggnader vad gäller driftsäkerhet, såsom lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Där finns bland annat bestämmelser som syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred.[110]

---

[107] 23 b § LPT och 8 b § LRV.
[108] 1 § lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.
[109] 37 a § LPT och 21 b § LRV.
[110] 1 § lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Enligt HSL ska regionen planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.[111] Vad det innebär preciseras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. Av föreskrifterna framgår att katastrofmedicinsk beredskap definieras som beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.[112] I föreskrifterna ställs bland annat krav på att regionen ska planera på ett sådant sätt att el, vatten, värme, tele- och datakommunikation och andra viktiga system säkerställs i lokalerna.[113]

När det gäller brandskydd finns specifik reglering i bland annat plan- och bygglagen (2010:900), plan- och byggförordningen (2011:338) och i Boverkets byggregler (2011:6) – föreskrifter och allmänna råd (BBR).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har tagit fram en vägledning för driftssäkra sjukhusbyggnader.[114] Syftet med vägledningen är att skapa förutsättningar för att planera, projektera, bygga och förvalta sjukhusbyggnader som är driftsäkra, och som ska bidra till en hög patientsäkerhet för vården i vardag, kris och krig.

Socialstyrelsens bedömning – lokalers driftsäkerhet

Socialstyrelsen konstaterar att frågor om brand- och driftsäkerhet för sjukhusbyggnader regleras i särskilda författningar. Den regleringen rör hela hälso- och sjukvården och är alltså inte specifik för den psykiatriska tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården. Det kan dock i vissa fall vara så att frågorna blir särskilt angelägna när det gäller vård av patienter som är intagna med tvång, såsom frågan om brandsäkerhet.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte är lämpligt att särskilt reglera frågor om brand- och driftsäkerhet för den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården eller enheter för rättspsykiatriska underökningar i säkerhetsföreskrifterna. Det är vidare tveksamt om myndigheten har tillräckligt bemyndigande för en sådan reglering.

2.8 Säkerhetsutbildning

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 4 § SOSFS 2006:9 framgår att det ska finnas rutiner så att hälso- och sjukvårdspersonalen får genomgå regelbunden säkerhetsutbildning.

---

[111] 7 kap. 2 § HSL.
[112] 2 kap. 1 § SOSFS 2013:22.
[113] 5 kap. 8 § andra stycket SOSFS 2013:22.
[114] MSB, Den robusta sjukhusbyggnaden, En vägledning för driftssäkra sjukhusbyggnader, juli 2021.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har uppgett att deras säkerhetsutbildningar utgår ifrån såväl befintliga arbetsmodeller, som lokalt och regionalt framtagna modeller. Befintliga modeller som nämnts är Bergenmodellen, Resima, Terma, Safewards och Six Core Strategies. Flera verksamheter har framfört att utbildningarna behöver anpassas efter klinikens förutsättningar. Många externa aktörer efterlyser en nationell säkerhetsutbildning.

Flera externa aktörer menar att det bör finnas krav på att personalen ska genomgå säkerhetsutbildning, inte bara krav på rutiner för en sådan utbildning. De har även framfört att det är oklart vad som menas med säkerhetsutbildning. Externa aktörer har föreslagit dels att det bör finnas ska-krav på innehållet, dels att det vore lämpligare med allmänna råd. En reglering har ansetts kunna bidra till att de utbildningar som ges inte är så godtyckliga.

Exempel som getts på innehållet i en säkerhetsutbildning är att förebygga och bemöta hot och våld, patientperspektivet, dynamisk säkerhet, bemötande, förebyggande av tvångsåtgärder, transporter och ledsagning av patienter vid utomhusvistelse, skyldigheter och rättigheter. Andra områden som nämnts är kunskap om hur dörrar, fönster och larm ska hanteras samt brandskydd.

När det gäller vilka som ska ges en säkerhetsutbildning har vissa externa aktörer ansett att det endast bör omfatta hälso- och sjukvårdspersonal. Andra har menat att även personalkategorier som har regelbunden eller nära patientkontakt bör omfattas. Exempel som getts på sådana personalkategorier är lokalvårdare, medicinska sekreterare, vakter vid inpasseringskontroll och entreprenörer. Några har framfört att det är viktigt att det finns rutiner för vilken information som ska ges till personer som vistas i lokalen, såsom vad som gäller när entreprenörer tar in verktyg.

När det gäller frekvensen på säkerhetsutbildning har några externa aktörer ansett att begreppet regelbundet är bra eftersom det möjliggör flexibilitet. Andra har ansett att begreppet är otydligt och bör specificeras.

Socialstyrelsens kartläggning

I samband med ett regeringsuppdrag Socialstyrelsen hade att kartlägga den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården skickade myndigheten i november 2022 enkäter till verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV.[115] Av enkätsvaren framgår att fyra av fem

[115] För LPT-verksamheter täckte enkätsvaren närmare 70 procent av alla disponibla vårdplatser för heldygnsvård och för LRV-verksamheter var vårdplatstäckningsgraden 75 procent. Se Socialstyrelsen, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - kartläggning och utvecklingsförslag, artikelnummer 2023-8-8681, publicerad augusti 2023, s. 16.

verksamheter för såväl LPT-vård som LRV-vård uppgav att de använde sig av minst en av Bergenmodellen och Terma. Närmare en fjärdedel av LPT-verksamheterna uppgav att de i någon utsträckning använder Safewards på samtliga eller de flesta avdelningar. Därtill var Safewards den modell som flest verksamheter höll på att införa eller planerade att införa inom kort.[116]

I regeringsuppdraget undersökte Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) på uppdrag av Socialstyrelsen vilken forskning och vetenskapliga studier som finns om Safewards och Six core strategies som metoder för att minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård. SBU konstaterar att antalet studier är förhållandevis litet, men vad gäller Safewards finns det vetenskapligt stöd för att införandet av modellen kan minska användandet av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.[117]

Utbildningar och metoder

Bergenmodellen, Terma och Resima

Föregångaren till den så kallade Bergenmodellen utarbetades vid Universitetssjukhuset i Bergen i Norge och användes ursprungligen vid en högsäkerhetsavdelning för rättspsykiatri. I Sverige vidareutvecklades arbetssättet för allmänpsykiatrin av Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) inom region Stockholm och fick namnet Bergenmodellen.

Bergenmodellen består av tre nivåer.[118] Den första nivån handlar om att bygga en vårdmiljö som främjar goda relationer mellan patienter och personal i vardagen och minimerar risken för att det uppstår orsaker till konflikter. Genom de goda relationerna läggs en grund för en atmosfär som ska minska risken för att hot och våld uppstår.

Den andra nivån handlar om hur personal kan agera för att lugna ner en patient som är irriterad eller upprörd. I en sådan situation behöver personalen bemöta patienten på ett sätt som minskar risken för att en våldsam situation utvecklas, såsom med lågaffektivt beteende och inkluderande problemlösning tillsammans med patienten. Personalen behöver också försöka förstå bakgrunden till patientens beteende. Vidare krävs ett gott samarbete mellan personalen.

Den tredje nivån handlar om hur personalen kan agera då en våldsam situation har uppstått och vikten av att de tar kontroll och ansvar för att

---

[116] Socialstyrelsen, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - kartläggning och utvecklingsförslag, s. 34—35.
[117] SBU, Metoder för att minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård: Safewards och Six core strategies, publicerad 11 november 2022. Rapporten finns här. https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/metoder-for-att-minska-tvangsatgarder-inom-psykiatrisk-slutenvard-safewards-och-six-core-strategies/?pub=95013&lang=sv
5 Stockholms läns sjukvårdsområde, Bergenmodellen - Vårt sätt att förebygga och bemöta hot och våld på psykiatriska vårdavdelningar i Stockholms läns sjukvårdsområde, Stockholm 2011. Det saknas en nationell skrift om Bergenmodellen.

patienten inte skadar sig själv eller någon annan. I denna del betonas bland annat att de ingripanden som sker ska vara proportionerliga i förhållande till hur allvarlig situationen är och att ingripandena ska utföras med minsta möjliga obehag och skaderisk för patienten. En annan faktor som lyfts är att det ska finnas en ledare för situationen. Vidare betonas vikten av att patienten ges möjlighet att prata med någon personal, liksom att personalen har en genomgång om det inträffade i lärande syfte.

Faktorer som enligt modellen är viktiga för alla nivåer är följande. Personalen ska ha en positiv inställning till patienten och dennes närstående och till sina arbetsuppgifter och försöka förstå patientens beteende och behov. Personalen behöver vara i känslomässig balans för att arbeta preventivt och för att kunna hitta säkra lösningar vid hot och våld som i mesta möjliga mån inkluderar patientdelaktighet. Den psykiatriska verksamheten behöver ha en fungerande och förutsägbar ordning vad gäller bland annat rutiner.

Representanter för SLSO, som arbetar med Bergenmodellen har framfört bland annat följande. SLSO har använt Bergenmodellen i den slutna allmänpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin och rättspsykiatrin i närmare 20 år. Syftet med modellen är i huvudsak att förebygga och på ett tryggt och säkert sätt bemöta hot, våld och tvångsåtgärder. Det sker bland annat genom relationsskapande åtgärder och patienters delaktighet. Vid varje klinik finns en koordinator och ett antal kursledare för modellen. Kursledarna arbetar också kliniskt.

Grundkursen i Bergenmodellen omfattar fyra dagars utbildning med såväl teori som praktik. Kursen ges till nyanställda i början av anställningen. För vissa, såsom vikarier och ST-läkare, kan kursen vara kortare. Utbildningen ges främst till personal som arbetar patientnära. Efter grundkursen ges personalen möjlighet att fortsatt utveckla sina kunskaper. Det sker bland annat genom workshops, där ofta patientrelaterade situationer som skett på kliniken diskuteras.

En utvärdering av Bergenmodellen har visat visst stöd för att modellen haft en positiv inverkan på miljön vad gäller förebyggande och hantering av våld ur både ett personal- och patientperspektiv.[119] En effekt var att personal i högre utsträckning försökte förstå varför en patient agerat aggressivt, än personal som inte fått utbildning i Bergenmodellen.

[119] A. Björkdahl, G. Hansebo och T. Palmstierna, The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2013. I studien anges att resultatet ska tolkas med försiktighet, bland annat på grund av avsaknad av kontrollgrupper.

Metoderna Resima (Resurser i möte med aggression) och Terma (Terapeutiskt möte med aggression) har ett nära släktskap med Bergenmodellen.

Safewards

Safewards är ett program som har utvecklats i Storbritannien och innehåller åtgärder för att minska hot och våld samt begränsningsåtgärder inom psykiatrin.[120] Programmet består av tre områden med tio insatser som personal kan använda för att minska förekomsten av konflikter och begränsningsåtgärder. Områdena är sociala gemenskap, hur personal pratar med och om patienter samt hur personal stödjer patienter vid svåra känslor och situationer.

Området social gemenskap har följande insatser:

- *Gemensamma förväntningar:* Handlar om att en patient som vet vilka förväntningar hen kan ha på personalen och personalen på patienten kan uppleva mindre irritation och frustration. Det kan uppnås genom att personal och patienter gemensamt utformar vilka förväntningarna de kan ha på varandra.
- *Lära känna varandra:* Handlar om att personalen ska ha en fungerande allians och goda relationer med patienterna. Det kan bland annat hjälpa patienten att fungera och må bättre samt att känna sig tryggare under vårdtiden.
- *Gemensamt stödmöte:* Handlar bland annat om att patienter ska ges goda förutsättningar för att kunna visa uppskattning gentemot varandra och hantera känslomässiga reaktioner på varandras beteenden. Det kan uppnås genom ett gemensamt möte om hur alla kan hjälpa varandra under resten av dagen. Syftet är att minska konfliktnivåer.
- *Utskrivningshälsningar:* Handlar om de patienter som vill får skriva en utskrivningshälsning till nya patienter för att ge dem hopp och trovärdiga budskap om syftet och meningen med inläggningen. Hälsningen sätts upp på avdelningen.

Området prata med och om patienter har följande insatser:

- *Vänliga ord:* Handlar om att undvika konflikter genom exempelvis ett vänligt ord, aktivt lyssnande och en strävan efter att försöka förstå patientens beteenden och vilka behov som de kan stå för.
- *Positiv rapportering:* Handlar om att motverka att den avrapportering som sker mellan personal bidrar till negativa uppfattningar om patienterna. Det kan bland annat ske genom att något positivt sägs om varje patient i syfte att främja en positiv inställning till patienterna och därmed minska risken för konflikter.

Området stöd vid svåra känslor och situationer har följande insatser:

[120] https://www.safewards.net/sv/, hämtad 2024-01-25.

- *Nedtrappning:* Handlar exempelvis om att personalen ska försöka uppnå självkontroll, säkra situationen, reda ut oklarheter och missförstånd, tillsammans med patienten hitta en lösning på konflikten samt visa patienten respekt och empati.
- *Stöd vid svåra besked:* Handlar om att kunna ge patienter svåra besked från vården eller hemifrån på ett så medkännande sätt som möjligt. Detta i syfte att undvika att den påfrestning och oro det kan innebära inte leder till exempelvis aggressivitet och våldshändelser.
- *Lugnande stöd:* Handlar om att erbjuda lugnande stöd då patienten visar tidiga tecken på att det finns en risk för att hen blir aggressiv eller får andra svårhanterade känslor. Lugnande stöd är en uppsättning av material som patienterna kan använda sig av för att kontrollera svåra känslor.
- *Återskapa trygghet:* Handlar om att minimera risken för att patienter för över negativa känslor till varandra i samband med akuta och skrämmande händelser, såsom våldsincidenter och tvångsmedicinering. Det kan ske genom att personalen pratar med de patienter som påverkats och är väl synliga ute på avdelningen i syfte att få patienterna att känna sig trygga.

Six Core Strategies

Six Core Strategies utvecklades i USA i början på 2000-talet av National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) med målet att minska användningen av tvångsåtgärderna avskiljning och fasthållning eller fastspänning inom slutenvården. Programmet bygger på sex delar. Nedan ges en kort och översiktlig redogörelse för de olika delarna av programmet.[121]

1. *Ledarskap för förändring* – Ledningen ska aktivt vara involverade i arbetet med att minska tvångsåtgärder bland annat genom att ha en tydlig vision och handlingsplan samt skapa engagemang för frågan.
2. *Användning av data för att driva förändring* – Insamling och analys av data på individnivå för att bland annat sätta upp mål och följa förändringar över tid.
3. K*ompetensutveckling av personal* – Kontinuerlig kompetensutveckling av personal i syfte att bland annat skapa en vårdmiljö för att förebygga faktorer som kan utlösa konflikter.
4. *Verktyg för att förebygga tvångsåtgärder* – Verktygen bygger bland annat på våldsriskbedömningar i enskilda fall, individuell behandling och strategier för exempelvis känsloreglering.
5. *Ökad patientdelaktighet* – Att göra patienten och dennes närstående delaktiga i arbetet med att förebygga och minska fastspänning och avskiljning.

[121] Se SBU, Metoder för att minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård: Safewards och Six core Strategies, 11 november 2022 samt NASHPD, Six Core Strategies för Reducing Seclusion and Restraint Use. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf, hämtad 2024-10-01.

6. *Debriefingtekniker* – Att göra noggranna analyser av incidenter där tvångsåtgärder använts i syfte att bland annat förhindra att det sker igen.

Socialstyrelsens bedömning – krav på säkerhetsutbildning

Många externa aktörer har framfört att det i säkerhetsföreskrifterna borde införas krav på att hälso- och sjukvårdspersonal ska ges säkerhetsutbildning, dvs. inte endast ett krav på rutiner om sådan utbildning.

Socialstyrelsen konstaterar att hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om säkerhetsfrågor är betydelsefulla för att säkerhetsincidenter ska kunna förebyggas och hanteras. Av förarbetena till LPT/LRV framgår att en åtgärd som kan vidtas för att säkerställa en god säkerhet i verksamheten, en så kallad säkerhetsanpassning, är att öka personalens kompetens.[122]

Kravet i SOSFS 2006:9 på rutiner för att hälso- och sjukvårdspersonal får genomgå säkerhetsutbildning kan ses som ett indirekt krav på sådan utbildning. Att hälso- och sjukvårdspersonal genomgår en sådan utbildning bör enligt myndigheten öka förutsättningarna för att personalen kan förebygga och hanteras säkerhetsincidenter. Sammantaget anser Socialstyrelsen att det i de nya säkerhetsföreskrifterna bör införas ett krav på att säkerhetsutbildning ska ges till hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns dock inte någon given nationell säkerhetsutbildning att hänvisa till i regleringen.

Verksamheter har lyft att det är oklart vad som i SOSFS 2006:9 avses med säkerhetsutbildning. Socialstyrelsen delar den åsikten och bedömer att detta bör förtydligas. Ett sätt att tydliggöra vad som avses med säkerhetsutbildning är att reglera syftet med utbildningen. Socialstyrelsen bedömer att syftet bör vara att ge personalen[123] sådan kunskap som behövs för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett sådant sätt att kraven på god säkerhet i verksamheten kan uppfyllas.[124] Myndigheten bedömer att det finns skäl att reglera detta syfte i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning – innehållet i säkerhetsutbildningen

Ett annat sätt att förtydliga vad som menas med säkerhetsutbildning är att specificera vilka moment som ska eller bör ingå i en säkerhetsutbildning. En sådan reglering kan också bidra till att utbildningarna blir mer jämlika över landet.

---

[122] Prop. 2005/06:63, s. 24–25.
[123] Vilken personal som bör ges säkerhetsutbildningen framgår nedan under rubriken ”Socialstyrelsens bedömning – utbildningens målgrupp”.
[124] Se 15 a § LPT och 6 § LRV.

Eftersom en säkerhetsutbildning behöver kunna anpassas efter verksamheters förutsättningar och behov bedömer Socialstyrelsen att det är lämpligare med allmänna råd än ska-krav vad gäller innehållet i utbildningen. Allmänna råd bedöms även lämpligare utifrån att kunskap och forskning inom området utvecklas med tiden.

Socialstyrelsen menar att kunskap inom vissa områden är särskilt angeläget för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas. Sådan kunskap bör förvärvas under säkerhetsutbildningen. Socialstyrelsen har utifrån vad som framkommit i föreskriftsarbetet och innehållet i befintliga utbildningar (som redogörs för ovan) gjort en bedömning av vilken kunskap som kan vara särskilt angelägen.

Enligt myndigheten är det särskilt angeläget att personalen får kunskap om hur säkerhetsincidenter kan förebyggas. Förebyggande åtgärder kan exempelvis handla om att stärka relationen mellan patienten och personalen, gott bemötande och patientens delaktighet i det trygghets- och säkerhetsrelaterade arbetet. Det gäller det arbete som direkt berör patienterna och handlar således inte om delaktighet i frågor om t.ex. säkerhetsarrangemang, såsom skal- och perimeterskydd.

Det är även angeläget att personalen lär sig att förebygga användning av tvångsåtgärder, vilket bland annat kan handla om metoder för att patienten ska känna sig trygg och hur situationer som triggar aggressivitet kan undvikas. Annan viktig kunskap handlar om hur personalen kan deskalera och hantera en hotfull eller våldsam situation. Här kan det exempelvis handla om hur risken för att patienten traumatiseras eller skadar sig själv eller någon annan kan minimeras.

I författningsarbetet har transporter och ledsagning av patienter lyfts som särskilt riskfyllt ur ett säkerhetsperspektiv. Kunskap om hur transporter och ledsagning kan ske på ett säkert sätt kan därför vara särskilt angeläget. Dessutom bedömer myndigheten att en säkerhetsutbildning bör ge personalen kunskap om innehållet i de rutiner som verksamheten har om säkerheten. Det ska handla om de rutiner som det är relevant för målgruppen för säkerhetsutbildningen att ha kunskap om.

Socialstyrelsens bedömning – utbildningens målgrupp

Hälso- och sjukvårdspersonal

Av SOSFS 2006:9 framgår att det är hälso- och sjukvårdspersonal som ska genomgå säkerhetsutbildning.[125] Av PSL framgår vad som avses med hälso-

[125] 3 kap. 4 § säkerhetsföreskriften.

och sjukvårdspersonal enligt den lagen.[126] Personalkategorier som ingår är bland annat den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård[127] av patienter samt den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Det innebär att exempelvis att läkare, sjuksköterskor och psykologer ska ges säkerhetsutbildning, eftersom de har legitimation. Som framgår av PSL kan dock även personer som inte har legitimation vara hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara skötare eller studenter som har verksamhetsförlagd praktik inom ramen för sin utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. om de uppfyller kriterierna för hälso- och sjukvårdspersonal i PSL. Den bedömningen ligger på varje vårdgivare att göra.

Personal som har kontinuerlig kontakt med patienter

Socialstyrelsen menar att det kan finnas skäl att även utbilda andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal i säkerhetsfrågor, vilket också har framförts av externa aktörer. Ett krav på att säkerhetsutbildning ska ges till all personal som har någon slags kontakt med patienter skulle enligt Socialstyrelsen dock vara ett för långtgående krav. Enligt myndigheten är det i huvudsak personal som har kontinuerlig kontakt med patienter som behöver den kunskap som säkerhetsutbildningen är tänkt att ge. Däremot bör personer som endast har tillfällig kontakt med patienter inte inkluderas, såsom hantverkare eller forskare.

Socialstyrelsen bedömer att det finns svårigheter med att i föreskrifter precisera vad som avses med kontinuerlig kontakt. Det är enligt myndigheten lämpligare att det är upp till vårdgivaren att göra den bedömningen, utifrån de olika personalgruppernas arbetsuppgifter och arbetssätt.

Anställningsform

Att säkerhetsutbildning ska ges till hälso- och sjukvårdspersonal och personal som har kontinuerlig kontakt med patienter innebär att den ska ges till all sådan personal oavsett anställningsform. Det gäller alltså exempelvis även för vikarier, visstidsanställda och uppdragstagare såsom hyrläkare.

[126] Se 1 kap. 4 § PSL.
[127] Av 2 kap. 1 § HSL framgår att hälso- och sjukvård enligt den lagen bland annat är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Av 1 kap. 1 § PSL framgår att det med hälso- och sjukvård enligt den lagen avses verksamhet som omfattas av HSL.

Personer som har tillfällig kontakt med patienter

Som nämns ovan bör kravet på säkerhetsutbildning enligt Socialstyrelsen inte omfatta personer som endast tillfälligt kommer i kontakt med patienter. Myndigheten anser dock att det är angeläget att vården vidtar åtgärder för att minska risken för säkerhetsincidenter även i sådana situationer.

Det kan ske genom att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och hantera händelser som hotar säkerheten då personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter, såsom hantverkare och forskare. Det kan handla om bemötande av patienter, information om hur verktyg och andra redskap ska hanteras och om larm och andra säkerhetsarrangemang. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det bör införas krav på sådana rutiner.

Socialstyrelsens bedömning – säkerhetsutbildningens frekvens

Enligt reglering i SOSFS 2006:9 ska hälso- och sjukvårdspersonal genomgå regelbunden säkerhetsutbildning.[128] När det gäller frekvensen regelbundet har externa aktörer ansett såväl att den är bra eftersom det möjliggör flexibilitet som att den är otydlig.

I Säkerhetshandboken anges ungefär att utbildningen ska ges åtminstone en gång per år och att utbildningen därutöver anordnas när det behövs. Det anges vidare att det vid avdelningar med hög eller mycket hög säkerhetsnivå kan vara motiverat att anordna säkerhetsutbildning oftare. I handboken anges också att det vid nyrekrytering är väsentligt att nyanställd personal får en grundläggande genomgång av verksamhetens säkerhetsrutiner redan i samband med att arbetet påbörjas.[129]

Socialstyrelsen menar att det är särskilt angeläget att personalen får en säkerhetsutbildning i samband med nyanställning, som kan ses som en grundutbildning. Därutöver behöver personalen ges kompetensutveckling. Det kan handla om att hålla kunskap aktuell, ta del av nya erfarenheter, forskning eller rutiner inom området säkerhet.

Frågan är hur ofta kompetensutveckling bör ges. Enligt Socialstyrelsen är begreppet regelbundet något otydligt. Myndigheten har därför övervägt alternativa regleringar. Såsom att kompetensutveckling ska ske med minst ett visst tidsintervall. En sådan reglering riskerar dock att få till konsekvens att det sker just utifrån minimikravet, och inte oftare. Ett annat begrepp som har övervägts är ”vid behov”. Begreppet inbegriper dock en subjektiv

[128] 3 kap. 4 § SOSFS 2006:9.
[129] Säkerhetshandboken, s. 14.

bedömning som riskerar att leda till att utbildningen sällan ges. Det begreppet bedöms därför vara mindre lämplig.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att regelbundet är det mest lämpliga begreppet. Detta bland annat eftersom det indikerar att det behöver ske återkommande inom visst tidsintervall och samtidigt ger utrymme för att frekvensen anpassas utifrån verksamhetens behov och förutsättningar. Viss flexibilitet är enligt myndigheten ändamålsenligt, eftersom det kan variera när en kompetensutveckling behövs beroende på bland annat vilken verksamhet som bedrivs och vilken personalkategori som avses.

Socialstyrelsens bedömning - rutiner om säkerhetsutbildning

Enligt reglering i SOSFS 2006:9 ska det finnas rutiner om säkerhetsutbildning. Eftersom Socialstyrelsen föreslår att det i säkerhetsföreskrifterna ska införas ett krav på säkerhetsutbildning bedömer myndigheten att det inte längre finns samma skäl att ha krav på rutiner om sådan utbildning. Det blir därmed upp till verksamheterna att avgöra om de behöver sådana rutiner för att kunna uppfylla kravet på säkerhetsutbildning.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det ska införas ett krav på att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter ges en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med nyanställning och därefter regelbunden kompetensutveckling.

Myndigheten föreslår vidare att det av säkerhetsföreskrifterna ska framgå att syftet med säkerhetsutbildningen ska vara att ge personalen den kunskap som behövs för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett sådant sätt att kraven på god säkerhet kan uppfyllas.

Socialstyrelsen föreslår också att det av allmänna råd ska framgå att den grundläggande säkerhetsutbildningen bör ge personalen kunskap om

- vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga hot och våld,
- hur relationen mellan patienter och personalen kan stärkas,
- hur patienter kan göras delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet som bedrivs i verksamheten,
- hur en hotfull eller våldsam situation med minsta möjliga risk för att patienten traumatiseras eller skadar sig själv eller någon annan kan deskaleras och hanteras,
- hur användningen av tvångsåtgärder kan förebyggas,
- hur patienter kan transporteras och ledsagas på ett säkert sätt, samt

- vilka relevanta rutiner som finns om säkerheten i verksamheten och om dess innehåll.

Socialstyrelsen föreslår vidare att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och hantera händelser som hotar säkerheten då personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.

2.9 Säkerhetskontroller

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 3 kap. 4 § SOSFS 2006:9 framgår att det ska finnas rutiner så att hälso- och sjukvårdspersonalen får genomgå regelbundna säkerhetskontroller.

Synpunkter från externa aktörer

Flera verksamheter anser att det inte bara bör finnas krav på rutiner för säkerhetskontroller, utan även krav på att säkerhetskontroller ska göras. Andra har menat att det inte bör finnas någon särskild reglering om säkerhetskontroller. Externa aktörer har också framfört att det behöver förtydligas vad en säkerhetskontroll är och vad som är syftet. Många har uppgett att en del av deras säkerhetskontroll är att vid nyanställning ta in utdrag ur misstanke- och belastningsregistret, men att de uppfattat att det inte är tillåtet för personal som redan är anställd. Någon verksamhet har ansett att det bör införas krav på drogtestning av personal.

Verksamheter har uppgett att så kallade säkerhetssamtal är en del av säkerhetskontrollen. Sådana samtal sker med befintlig personal och kan bland annat handla om att uppmärksamma brister hos arbetstagaren, såsom kriminalitet och ekonomiska problem. Vid några verksamheter är säkerhetssamtalen en del av medarbetarsamtalet. Några verksamheter har framfört att det vore bra att införa krav på säkerhetssamtal. Andra anser att så inte bör ske, bland annat utifrån att det är oklart om samtalen gör någon nytta och om de kan ses som en säkerhetskontroll.

Externa aktörer har framfört att de är tveksamma till att använda utdrag från Kronofogdemyndigheten för att kontrollera om personalen har skulder, och därmed skulle kunna vara en säkerhetsrisk. Detta eftersom ett sådant utdrag är integritetskränkande och eftersom arbetsgivaren ändå har kännedom om personal som har ekonomiska svårigheter samt att det sällan ger något ur ett säkerhetsperspektiv.

När det gäller målgruppen för säkerhetskontrollerna har några externa aktörer ansett att de inte endast bör omfatta hälso- och sjukvårdspersonal, utan även andra personer som finns i verksamheten. Exempel som getts är

personer i receptionen, lokalvårdare, hantverkare och studenter. Externa aktörer har vidare framfört att endast personer som har kontinuerlig patientkontakt bör omfattas och därmed inte personer som endast tillfälligt träffar patienter, såsom forskare och hantverkare.

Andra externa aktörer har menat att det räcker med krav på säkerhetskontroller för hälso- och sjukvårdpersonal, och att andra målgrupper bör bestämmas lokalt. De har också framfört att det väsentligen är hälso- och sjukvårdspersonal som orsakar säkerhetsincidenter, inte andra personer.

När det gäller frekvensen av säkerhetskontrollerna har verksamheter ansett att det är otydligt vad regelbundet betyder och att det vore bra med någon form av tidsangivelse, kanske vartannat år. Andra har menat att en öppen skrivning är bra, såsom regelbundet.

Socialstyrelsens bedömning – krav på säkerhetskontroller

Säkerhetskontroller av personal som arbetar inom den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning kan bidra till att säkerhetsincidenter förebyggs. Det kan handla om att upptäcka att någon har sårbarheter som gör att det finns en ökad risk för att denne agerar på ett sätt som innebär att säkerheten inte kan tillgodoses. Om en person har begått ett brott eller har ekonomiska svårigheter kan det finnas en ökad risk för att denne utsätts för påtryckningar från patienter. Det kan t.ex. handla om påtryckningar att ta in otillåten egendom, såsom narkotika eller vapen. En ökad sårbarhet kan även handla om svårigheter att hantera stress- och konfliktsituationer, vilket kan leda till eskalering av en hotfull eller våldsam situation.

Kravet i SOSFS 2006:9 på rutiner om säkerhetskontroller av hälso- och sjukvårdspersonal kan ses som ett indirekt krav på sådana kontroller. Socialstyrelsen menar att säkerhetskontroller kan öka förutsättningarna för att en god säkerhet kan tillgodoses i verksamheten och bedömer därmed att det bör införas ett uttryckligt krav på sådana kontroller, dvs. inte endast krav på rutiner om sådana kontroller.

Socialstyrelsens bedömning – säkerhetskontrollernas syfte

Flera verksamheter har ansett att det är otydligt vad som i SOSFS 2006:9 menas med säkerhetskontroller och vad som är syftet med kontrollerna. Socialstyrelsen delar den bedömningen och menar att begreppet säkerhetskontroll bör förtydligas. Ett lämpligt sätt att förtydliga vad som avses är enligt myndigheten att ange syftet med kontrollerna.

Av LPT och LRV framgår att vård enligt dessa lagar ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten.[130] Utifrån det bedömer Socialstyrelsen att syftet med säkerhetskontrollerna bör vara att minska risken för att personal agerar på ett sätt som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas. Myndigheten bedömer att det finns skäl att reglera syftet i säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning – innehållet i säkerhetskontroller

I Säkerhetshandboken ges exempel på åtgärder som kan vara säkerhetskontroller. Exempel som ges är att vid nyanställning begära in utdrag ur belastnings- och misstankeregister samt ur kronofogdemyndighetens register, göra drogtest och fördjupad referenstagning. För befintlig personal ges exemplet fördjupade individuella samtal angående säkerheten (säkerhetssamtal). I handboken anges också att det är verksamhetens inriktning som avgör vilken typ av kontroller som personalen ska genomgå.[131]

Socialstyrelsen menar att det inte är lämpligt att i de nya säkerhetsföreskrifterna ange vilka åtgärder en säkerhetskontroll ska omfatta, eftersom det kan skilja sig åt från fall till fall och variera med tiden. Allmänna råd om vilka åtgärder som kan vidtas skulle dock kunna ge verksamheterna värdefull vägledning. Nedan ges exempel på åtgärder som skulle kunna omfattas.

Utdrag ur misstanke- och belastningsregistret

I misstankeregistret finns uppgifter om personer som är skäligen misstänkta för brott och i belastningsregistret finns bland annat uppgifter om brott som har lett till någon annan påföljd än penningböter.[132] En begäran om att sådana uppgifter ska lämnas ut prövas av Polismyndigheten.[133] Uppgifter ur registren ska bland annat lämnas ut om det begärs av en statlig eller kommunal myndighet som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare.[134] Uppgifter ur belastningsregistret ska också lämnas ut om de begärs av Rättsmedicinalverket i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare i den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.[135]

---

[130] 15 a § LPT och 6 § LRV.
[131] Säkerhetshandboken, s. 15.
[132] Se 1 § lagen (1998:621) om misstankeregister och 3 § lagen (1998:620) om belastningsregister.
[133] Se 15 § lagen om belastningsregister och 12 § lagen om misstankeregister.
[134] Se 5 § 2 lagen om misstankeregister, 4 § 6 förordningen (1999:1135) om misstankeregister, 6 § 4 lagen om belastningsregister samt 11 § 5 förordningen (1999:1134) om belastningsregister.
[135] Se 11 § 16 förordningen om belastningsregister.

Den psykiatriska sjukvården och Rättsmedicinalverket har alltså endast rätt att ta del av uppgifter ur misstanke- och belastningsregistret för en person som de avser att anställa eller anlita som uppdragstagare. Däremot saknas en sådan rätt då personalen redan är anställd eller har ett uppdrag.

Socialstyrelsen bedömer att utdrag ur misstanke- och belastningsregistret vid nyanställning kan ge värdefull information ur ett säkerhetsperspektiv och därför bör tas med som exempel på säkerhetskontroll i allmänna råd.

Fördjupad referenstagning

Ett annat exempel på säkerhetskontroll som ges i Säkerhetshandboken är fördjupad referenstagning vid nyanställning i verksamheter med mycket hög och hög säkerhetsnivå. Fördjupad referenstagning beskrivs som djupgående samtal med tidigare arbetsgivare om exempelvis personens förmåga att hantera stress- och akuta krissituationer.

Socialstyrelsen menar att fördjupad referenstagning vid nyanställning kan vara ett sätt att få information som är värdefull ur säkerhetssynpunkt och därför bör ges som exempel på en säkerhetskontroll i allmänna råd. När sådan referenstagning används blir upp till varje verksamhet att avgöra, dvs. om det exempelvis endast ska användas vid rekrytering för personal som ska arbeta på en förhöjd säkerhetsklass.

Registerutdrag från Kronofogdemyndigheten

En annan säkerhetskontroll som nämns i Säkerhetshandboken är begäran om utdrag ur Kronofogdemyndighetens register. Genom ett sådant registerutdrag kan arbetsgivaren erhålla uppgifter bland annat om en person har en obetald skuld eller ett beslut om konkurs.[136]

Utifrån vad som framkommit i föreskriftsarbetet bedömer Socialstyrelsen att registerutdrag från Kronofogdemyndigheten inte bör anges som exempel på säkerhetskontroll i ett allmänt råd. Detta i huvudsak utifrån de tveksamheter externa aktörer har framfört beträffande dess värde för att förebygga säkerhetsincidenter. Ett annat skäl är den integritetskränkning det innebär för en person att sådana uppgifter begärs in. Även om registerutdrag från Kronofogdemyndigheten inte anges som exempel i ett allmänt råd kan ju såklart ett sådant utdrag begäras in vid behov.

Drogtester av personal

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har lyft att det av säkerhetsskäl kan vara bra att kunna göra drogtester av personal, särskilt slumpmässigt. SKR har framfört att det i

136 Kronofogdemyndighetens hemsida, https://kronofogden.se/e-tjanster-och-blanketter/skuldupplysning-om-nagon-annan#button%2012_338e6d8417768af37a82ba8, hämtad 2025-02-17.

deras sektor endast är möjligt att genomföra drogtester på personal om det finns ett samtycke från den anställde, vilket dock alltid kan återkallas. Arbetsgivarverket har framfört att de gör bedömningen att drogtester under vissa förutsättningar kan omfattas av tillämpningsområdet för 30 § lagen (1994:260) om offentlig anställning (LOA). De anser dock att rättsläget är osäkert och menar mot den bakgrunden att det finns skäl att göra en översyn av nu gällande lagstiftning i syfte att utöka möjligheten att utföra drogtester av anställda inom offentlig sektor.

Påtvingat kroppsligt ingrepp

Av 2 kap. 6 § RF framgår att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Under vissa förutsättningar får dock skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp begränsas genom lag.[137]

Av förarbeten till RF framgår att kroppsligt ingrepp främst avser våld mot människokroppen, men att det även avser läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning.[138] JO har i beslut funnit att urinprov av patienter är ett sådant kroppsligt ingrepp som omfattas av skyddet i RF.[139]

Av förarbetena till LOA framgår att en läkarundersökning är påtvingad om en offentlig arbetsgivare beordrar en arbetstagare att genomgå en läkarundersökning och det finns ett sanktionshot. Det framgår vidare att sanktioner som kan förekomma om en anställd vägrar att göra en periodisk hälsoundersökning är att denne beordras göra andra arbetsuppgifter, meddelas disciplinpåföljd, blir omplacerad eller uppsagd.[140]

Periodiska hälsoundersökningar

I 30 § LOA finns bestämmelser om så kallade periodiska hälsoundersökningar. Regleringen gäller för arbetstagare som har arbetsuppgifter där brister i dennes hälsotillstånd medför risk för exempelvis människors liv, personliga säkerhet eller hälsa. Enligt bestämmelsen är en sådan arbetstagare efter en särskild uppmaning av arbetsgivaren skyldig att regelbundet genomgå hälsoundersökningar som är nödvändiga för bedömning av om arbetstagaren har brister i sitt hälsotillstånd som kan medföra nämnda risker.

Av bestämmelsen framgår vidare att skyldigheten att genomgå periodiska hälsoundersökningar bara gäller för arbetstagare som enligt kollektivavtal eller föreskrifter av regeringen är skyldiga att genomgå periodiska hälsoundersökningar.

---

[137] Se 2 kap. 20 § RF.
[138] Prop. 1975/76:209 om ändring i regeringsformen, s. 147.
[139] JO-beslut, 2020-06-04, Dnr 2050-2018, 4579-2018 och 34-2019, s. 17.
[140] Prop. 1993/94:65 En ändrad lagstiftning för statsanställda m.fl. s. 21–22.

Av förarbetena till LOA framgår att skyldigheten att genomföra en periodisk hälsoundersökning främst gäller offentliganställda som exempelvis utövar samhällets tvångsbefogenheter gentemot medborgarna eller som utövar hälso- och sjukvård.[141] Av förarbetena framgår också att det med hälsoundersökningar avses sådana undersökningar som är avsedda att genomföras regelbundet av exempelvis läkare. Däremot avses inte så kallade extraordinära hälsoundersökningar, dvs. kontroller i speciella fall på förekommen anledning.

Socialstyrelsens bedömning

Inledningsvis konstaterar Socialstyrelsen att frågan om drogtester av personal är komplex. Enligt myndigheten är drogtester att betrakta som ett kroppsligt ingrepp, som personal som arbetar i den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning har ett grundlagsskydd mot. Personalen får därmed endast påtvingas drogtester om det finns stöd i lag för det.

Socialstyrelsen konstaterar att det i LOA finns lagstöd för påtvingat kroppsligt ingrepp i form av periodiska hälsoundersökningar. Myndigheten konstaterar vidare att SKR har uppgett att det i kollektivavtalet regleras en skyldighet för anställda i kommuner och regioner att under vissa förutsättningar genomföra periodiska hälsoundersökningar. Frågan är om drogtester kan anses vara en periodisk hälsoundersökning.

Socialstyrelsen bedömer att det utifrån förarbetena till LOA inte är tydligt om drogtester kan anses vara en periodisk hälsoundersökning eller inte. Myndigheten har inte heller funnit vägledning eller svar i praxis eller annan rättskälla. Det är därmed oklart om bestämmelsen i 30 § LOA är ett lagstöd för att kunna genomföra påtvingade drogtester av personal i den psykiatriska tvångsvården, i den rättspsykiatriska vården eller vid enheter för rättspsykiatrisk underökning.

Bestämmelsen i LOA om periodiska hälsoundersökningar gäller arbetstagare. När det gäller drogtester i samband med rekrytering framgå det av förarbetena till LOA att en läkarundersökning som utgör en förutsättning för en förmån, såsom en anställning, inte anses vara ett tvångsmässigt ingrepp.[142] Det kan tolkas som att det inte krävs lagstöd för drogtester som görs i samband med rekrytering eller åtminstone att det finns ett större utrymme att göra drogtester i samband med rekrytering, än under en pågående anställning.

Socialstyrelsen har emellertid inte haft möjlighet att göra en fullständig rättsutredning vad gäller drogtester i samband med rekrytering. Samma sak

[141] Prop. 1993/94:65, s. 114.
[142] Prop. 1993/94:65, s. 12.

gäller för frågan om och när drogtestning av personal kan anses vara frivillig, dvs. inte påtvingad.

Utifrån den begränsade utredning som har gjorts kan Socialstyrelsen inte bedöma om eller när det är i enlighet med gällande rätt att utföra drogtester av anställd personal eller vid rekrytering av personal i den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården eller vid enheter för rättspsykiatrisk utredning. Utifrån det anser myndigheten att det inte är lämpligt att i allmänna råd ha drogtester som exempel på en säkerhetskontroll. Detta eftersom det skulle kunna framstå som att utrymmet för att göra drogtester är större än vad det finns juridiska förutsättningar för.

Socialstyrelsen har alltså, i viss utsträckning, analyserat det rättsliga utrymmet för att utföra drogtester av personal. Myndigheten har däremot inte utrett eller tagit ställning till frågan om det är lämpligt med drogtester av personal i den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska vården och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Säkerhetssamtal

Ett annat exempel på säkerhetskontroll som nämns i Säkerhetshandboken är så kallade säkerhetssamtal, vilket beskrivs som fördjupade individuella samtal angående säkerheten. Av handboken framgår att syftet med samtalet är att klargöra den anställdes säkerhetsmedvetenhet och erfarenheter av säkerheten i verksamheten. Det anges också att samtalet även kan gälla eventuell otillåten påverkan eller utpressning som förekommit mot den anställde eller dennes anhöriga.

Om säkerhetssamtalet ska ges som exempel på en säkerhetskontroll i allmänna råd bör de ha samma syfte som sådana kontroller, dvs. att minska risken att personal agerar på ett sätt som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas. Vad ett säkerhetssamtal bör innehålla kan dock skilja sig åt beroende på vem det gäller, vilken verksamhet som bedrivs och inträffade händelser. Ett säkerhetssamtal kan exempelvis handla om att kontrollera om det finns någon omständighet som gör att det finns skäl att anta att den anställde är särskilt sårbar för påtryckningar från patienter eller inte har tillräcklig kännedom om säkerhetsrutiner.

Socialstyrelsen bedömer att säkerhetssamtal bör ges som exempel på en säkerhetskontroll under en anställning. Det bör dock enligt myndigheten vara upp till varje verksamhet att närmare avgöra vad ett säkerhetssamtal ska innehålla. Det bör därmed inte införas någon reglering om samtalets innehåll, utan det anses tillräckligt att syftet med säkerhetskontroller framgår.

Socialstyrelsens bedömning – säkerhetskontrollernas målgrupp

Av SOSFS 2006:9 framgår att rutinerna om säkerhetskontroller gäller hälso- och sjukvårdspersonal.[143]

Socialstyrelsen bedömer att målgruppen för säkerhetskontrollerna bör vara densamma som för säkerhetsutbildningen. Det innebär att kravet på säkerhetskontroller bör omfatta hälso- och sjukvårdspersonal och personal som har kontinuerlig kontakt med patienter. För mer information om myndighetens bedömningar se redogörelsen ovan i avsnitt 2.8 under rubriken ”Socialstyrelsens bedömning – säkerhetsutbildningens målgrupp”.

Socialstyrelsens bedömning – säkerhetskontrollernas frekvens

Enligt regleringen i SOSFS 2006:9 ska det finnas rutiner för att hälso- och sjukvårdspersonal ska genomgå regelbundna säkerhetskontroller. I Säkerhetshandboken anges att ett riktvärde för begreppet regelbundna kan vara att samtliga i personalen genomgår ett säkerhetssamtal åtminstone en gång per år och att säkerhetssamtal därutöver ordnas när det behövs.

Socialstyrelsen har övervägt om frekvensen ”regelbundet” bör ändras till annan formulering, men har funnit att den är den mest ändamålsenliga. Argumenten härför överensstämmer med de som redogjorts för ovan vad gäller frekvensen för kompetensutveckling. Se avsnitt 2.8 under rubriken ”Socialstyrelsens bedömning – säkerhetsutbildningens frekvens”.

Socialstyrelsens bedömning - rutiner om säkerhetskontroller

Enligt reglering i SOSFS 2006:9 ska det finnas rutiner om säkerhetskontroller. Eftersom Socialstyrelsen föreslår att det i säkerhetsföreskrifterna ska införas ett krav på säkerhetskontroller bedömer myndigheten att det inte längre finns skäl att ha krav på rutiner om sådana kontroller. Det blir därmed upp till verksamheterna att avgöra om de behöver sådana rutiner för att kunna uppfylla kravet på säkerhetskontroller.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det i de nya säkerhetsföreskrifterna införs krav på att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter genomgår regelbundna säkerhetskontroller.

[143] 3 kap. 4 § säkerhetsföreskriften.

Myndigheten föreslår vidare att det av säkerhetsföreskrifterna ska framgå att kontrollerna ska minska risken för att personalen agerar på ett sätt som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas.

Myndigheten föreslår också att det i allmänna råd ska ges exempel på säkerhetskontroller i samband med rekrytering och under anställning. Vid rekrytering ges exemplen utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister och fördjupad referenstagning. Under en anställning ges exemplet genomföra säkerhetssamtal.

2.10 Säkerhetsklassificering

Säkerhetsklasser

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2006:9 framgår att avdelningar vid verksamheter ska delas in i säkerhetsnivåerna

1. mycket hög,
2. hög, eller
3. godtagbar.

Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler, ska varje sådan del av en avdelning säkerhetsklassificeras. Detta gäller även avdelningar för rättspsykiatrisk undersökning.

Av 5 kap. 3 § SOSFS 2006:9 framgår att den säkerhetsansvarige ska ansvara för att varje avdelning vid en verksamhet säkerhetsklassificeras enligt fjärde kapitlet.

Andel säkerhetsklasser

Avdelningar som bedriver vård enligt LPT och LRV samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning ska rapportera in vilken säkerhetsklass en avdelning har till IVO:s så kallade säkerhetsregister.[144]

Enligt uppgifter från IVO framgår det av säkerhetsregistret att fördelningen mellan de olika säkerhetsklasserna är följande:[145]

- Säkerhetsklass 1: 2 procent

[144] Se 2 kap. 4 § andra stycket PSL och 2 kap. 1 § andra stycket patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).
[145] Uppgifterna är hämtade från säkerhetsregistret 2024-03-04.

- Säkerhetsklass 2: 21 procent
- Säkerhetsklass 3: 77 procent

Enligt IVO är det svårt att från säkerhetsregistret få fram uppgifter om säkerhetsklass för respektive vårdform, eftersom vissa verksamheter bedriver såväl vård enligt LPT som LRV. Därför redovisas här inte någon sådan uppdelning.

Verksamheters beskrivning av säkerhetsklasser vid vård enligt LRV

Verksamheter för rättspsykiatrisk vård har uppgett att det inte är så stor skillnad mellan säkerhetsklass 1 och 2. Skillnaden är främst kravet på perimeterskydd på klass 1 och att intagningen kan skilja sig åt. Flera har uppgett de har högre bemanning på säkerhetsklass 1 och 2, än på säkerhetsklass 3. Någon verksamhet har uppgett att de har begränsat med kvinnlig personal på de förhöjda klasserna.

De flesta verksamheter har uppgett att personalen får samma säkerhetsutbildning oavsett på vilken säkerhetsnivå de arbetar. Verksamheterna har vidare uppgett att de strävar efter att ha personal med mer erfarenhet av hot och våld på de förhöjda säkerhetsklasserna. De har också uppgett att säkerhetsklassificeringen mer används för att hantera hot- och våldsproblem än rymningsproblematik.

Verksamheter har vidare uppgett att det inte nödvändigtvis behöver vara någon skillnad på innehållet i vården mellan klass 2 och 3. Däremot är det möjligt att ha allmän inpasseringskontroll på klass 2, till skillnad från klass 3. De har vidare framfört att även klass 3 är så robust att det är svårt för patienter att rymma och att sådana avdelningar alltid är låsta, med något enstaka undantag.

Verksamheters beskrivning av säkerhetsklasser vid vård enligt LPT

Verksamheter för psykiatrisk tvångsvård har uppgett att de bara har säkerhetsklass 3, förutom någon enstaka verksamhet som har uppgett att de har klass 2. Flera verksamheter har framfört att deras avdelningar i praktiken når upp till kraven för klass 2, men ändå är klassade som 3:or. Ett par verksamheter har framfört att de planerar att införa klass 2, bland annat för att kunna hantera patienter från Kriminalvården. Verksamheter har uppgett att avdelningar med säkerhetsnivå 3 är låsta, med något enstaka undantag. Några har uppgett att en olåst avdelning kan vara bra dels för patienter som är i utslussningsfasen, dels då det bara finns frivilliga patienter på avdelningen.

Verksamheter har också framfört att avdelningar med klass 3 kan ha olika syn på och behov av säkerhet och att det ofta kan vara större säkerhetsmedvetenhet på t.ex. PIVA (Psykiatrisk intensivvårdsavdelning) och mindre på en utslussningsavdelning.

Verksamheter har vidare framfört att allmänpsykiatrin ofta bedrivs i gamla lokaler som inte är ändamålsenliga. Lokalerna uppfyller inte krav som polisen ställer vad gäller skydd för rymning eller fritagning, särskilt när det gäller häktade personer. Det leder till att polis sitter på avdelning hela tiden, vilket stressar övriga patienter. Någon verksamhet har uppgett att det även inom allmänpsykiatrin finns behov av säkerhet för att förhindra fritagningsförsök.

Synpunkter från externa aktörer - fler eller färre säkerhetsklasser

Flera verksamheter har ansett att tre säkerhetsklasser är lagom och att det inte skulle vara möjligt att realisera fler. Några verksamheter menar att det skulle kunna läggas till en klass där det inte finns krav på fortlöpande kontroll av var patienten befinner sig, vilket exempelvis skulle kunna vara aktuellt för utslussningsavdelningar. Andra har menat att det inte behövs eftersom det redan nu är möjligt för en klass 3 avdelning att vara såväl öppen som låst, vilket är bra.

Representanter för allmänpsykiatrin har framfört att det i vissa situationer finns behov av någon form av mellanting mellan klass 2 och 3 som motsvarar PIVA. På den klassen skulle det finnas möjlighet att ha allmän inpasseringskontroll. Samtidigt har det framförts att det i många lokaler saknas möjlighet att ha slussfunktion.

SiS har framfört att de tycker att tre säkerhetsklasser är rimligt. Kriminalvården föreslår att det bara ska finnas två säkerhetsklasser. En sluten med hög säkerhet och en öppen där säkerhetsarrangemang för rymning och fritagning är låg.

Socialstyrelsens bedömning – ansvaret för säkerhetsklassificering av avdelningar

Av 4 kap. 1 § första SOSFS 2006:9 framgår att avdelningar vid verksamheter ska delas in i säkerhetsnivåerna 1–3. Av 5 kap. 3 § SOSFS 2006:9 framgår vidare att det är den säkerhetsansvarige som ska ansvara för att varje avdelning vid en verksamhet säkerhetsklassificeras. Socialstyrelsen bedömer att ansvaret för att verksamheters avdelningar delas in i säkerhetsklasser bör ligga på vårdgivaren, som sedan får fördela arbetsuppgiften till en säkerhetsansvarig eller annan lämplig person.

Krav på de tre säkerhetsklasserna

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 4 kap. 2 § SOSFS 2006:9 framgår följande:

- En avdelning, eller del av en avdelning, med mycket hög säkerhetsnivå ska ha ett skal- och perimeterskydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök.
- En avdelning, eller del av en avdelning, med hög säkerhetsnivå ska ha ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök.
- En avdelning, eller del av en avdelning, med godtagbar säkerhetsnivå ska ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig.

Synpunkter från externa aktörer

Nuvarande krav på de tre säkerhetsklasserna

Verksamheter har framfört att det i säkerhetsföreskrifterna endast borde användas begreppet ”säkerhetsklasser” och inte begreppet ”säkerhetsnivåer”, eftersom det inte används i praktiken. Flera verksamheter har framfört att de tycker att de krav som nu finns i SOSFS 2006:9 på säkerhetsklasserna är bra och inte bör ändras.

Några verksamheter har dock ansett att kraven på säkerhetsklasserna är otydliga och att det i praktiken är väldigt små skillnader mellan klass 2 och 3. De har emellertid även uppgett att det är tveksamt om situationen blir bättre om man ytterligare preciserar skillnaderna mellan klass 2 och 3.

Några verksamheter har menat att det bör knytas fler krav till de olika säkerhetsklasserna. Såsom byggnadstekniska krav avseende utformning av fönster, väggar och dörrar till slussfunktioner samt krav på inredningen. När det gäller säkerhetsklass 3 har flera externa aktörer ansett att det är oklart vad begreppet ”godtagbar” säkerhet innebär. De har även framfört att ”godtagbar” låter som att säkerheten ”får duga”, men inte behöver vara bra. Förslag på nya begrepp som getts är ordinär, låg eller relativt hög. Andra externa aktörer har ansett att begreppet godtagbar fungerar. Detta särskilt utifrån att patienterna inte anses vara en samhällsfara på klass 3 och att det därför räcker att säkerheten är godtagbar.

Kriminalvården har framfört att deras säkerhetsklasser inte finns i föreskrifter, men är normerande. De har tre säkerhetsnivåer. Högsta klass, där det krävs mur som perimeterskydd, slussar, kameror, larm samt högre personalnärvaro. Mellanklass, där det krävs fem meter höga dubbla staket. Lägsta nivå, där det också krävs perimeterskydd. SiS har framfört att deras klass 1 avdelningar har flera perimeterskydd, nämligen avvisningsstaket,

säkerhetstak och mur. De menar att det finns fördelar med att alla har samma skalskydd.

Krav på bemanning och kompetens

Många verksamheterna har uppgett att de anser att det inte bör införas något krav på viss personaltäthet i de olika säkerhetsklasserna. De menar att personaltätheten behöver kunna anpassas utifrån olika omständigheter, såsom personalens kompetens och lokalernas utformning vad gäller t.ex. korridorslängder, dolda vinklar, hur många sängar man har samt om kliniken är placerad i skogen eller i stadsmiljö.

Verksamheter har framfört att det redan sker en anpassning av personaltätheten utifrån vilken säkerhetsklass en avdelning har och att krav på viss personaltäthet skulle kunna bli svårt att leva upp till på grund av rekryteringssvårigheter. De har även lyft att den generella reglering som finns om bemanning är tillräcklig.

Verksamheter har även uppgett att det inte är givet att det behövs mer personal på högre säkerhetsklass än lägre. En utslussningsenhet kan t.ex. behöva högre bemanning än en avdelning med högre säkerhetsklass. Externa aktörer har också framfört att det behöver finnas den personaltäthet som motsvarar behovet på avdelningen.

När det gäller kompetenskrav för personalen har de allra flesta verksamheter ansett att det inte bör införas sådana krav kopplat till de olika säkerhetsklasserna. Flera externa aktörer har framfört att kunskap om säkerhet och patienters trygghet behöver vara fullgod på alla säkerhetsklasser.

Inre säkerhet

Verksamheter har framfört att den inre säkerheten, som också kallas dynamisk säkerhet, kan handla om personalens kompetens och bemötande samt den fysiska miljön. Många verksamheter och även andra externa aktörer har framfört att det inte bör ställas krav avseende den dynamiska säkerheten för de olika säkerhetsklasserna. Detta särskilt eftersom dynamisk säkerhet behöver finnas på alla säkerhetsklasser.

Några externa aktörer har dock ansett att det är viktigt att kraven på de olika säkerhetsklasserna även omfattar den dynamiska säkerheten, såsom att det vid viss säkerhetsklass ska finnas krav på kompetens om hot och våld. Arbetsmiljöverket har framfört att det i deras föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö finns bestämmelser om att arbetstagare ska ha den kompetens som krävs i riskfyllda miljöer och att det ska finnas en balans mellan krav och resurser. Arbetsgivarverket framförde också att det inte anges något om personaltäthet i deras föreskrifter, eftersom det inte alltid handlar om det utan hur man organiserar verksamheten.

Socialstyrelsens bedömning – krav på yttre säkerhet på säkerhetsklass 1 och 2

De nu gällande kraven på säkerhetsklass 1 är att det ska finnas ett skal- och perimeterskydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök. På säkerhetsklass 2 är kravet att det finnas ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök.

I Säkerhetshandboken anges att larmanordningar och kameror i anslutning till perimeterskyddet kan göra personalen uppmärksam på att personer som utgör ett hot närmar sig. Det anges vidare att det är väsentligt att det finns larmade säkerhetsfönster och dörrar i skalskyddet samt att det finns en slussfunktion vid in- och utpasseringsställena i skalskyddet som används av patienterna.[146]

Kraven på säkerhetsklass 1 och 2 handlar alltså i huvudsak om den yttre säkerheten och om att förhindra att patienter fritas eller rymmer. Det är således i huvudsak samhället som ska skyddas från de risker som kan finnas med att patienter som ges tvångsvård vistas fritt i samhället.

Socialstyrelsen konstaterar att regleringen i SOSFS 2006:9 innebär att skalskydd och perimeterskydd behöver ha viss utformning, eftersom de ska kunna stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök respektive rymningsförsök. I Säkerhetshandboken ges exempel på ett riskscenario för fritagningsförsök, nämligen att en eller flera personer försöker ta sig fram till verksamhetens skalskydd till fots eller med hjälp av ett fordon. Det anges vidare att perimeterskyddets funktion är att kunna stå emot och fördröja sådana försök till dess att polis anländer.[147]

Enligt definitionen av perimeterskydd i SOSFS 2006:9 ska skyddet även förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet.[148] Enligt Socialstyrelsen handlar detta om syftet med skyddet och bör därför snarast framgå av de krav som enligt föreskrifter ställs på en avdelning med säkerhetsklass 1, och inte vara en del av begreppsförklaringen (se avsnitt 2.4 Begreppsförklaringar).

Att perimeterskyddet ska skydda mot otillbörlig kontakt genom skalskyddet innebär att det ska kunna förhindra att någon otillåtet tar sig in genom perimeterskyddet och sedan otillåtet har kontakt med någon innanför skalskyddet. Socialstyrelsen bedömer att det i säkerhetsföreskrifterna bör läggas till att en avdelning med säkerhetsklass 1 ska ha ett perimeterskydd som kan förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet.

[146] Säkerhetshandboken, s. 22 och 23.
[147] Säkerhetshandboken, s. 21.
[148] Se 2 kap. 1 § SOSFS 2006:9.

Frågan är om det bör läggas till några ytterligare krav som handlar om den yttre säkerheten. Sådana krav kan handla om byggnadsdetaljer, såsom utformning av väggar, dörrar, fönster samt krav på kameror och larm.

Myndigheten bedömer att det inte är lämpligt med en mer detaljerad reglering vad gäller byggnadsdetaljer. Detta särskilt eftersom det ständigt sker en utveckling av hur byggnader bör vara utformade ur ett säkerhetsperspektiv. Socialstyrelsen bedömer dessutom att vägledning i frågan lämpar sig bättre i annan form än föreskrifter. Ett annat skäl till att en detaljreglering inte bedöms lämplig är att utformningen av byggnader bör kunna anpassas till lokala förutsättningar.

Socialstyrelsen bedömer således att det i den nya säkerhetsföreskriften inte bör införas några närmare krav vad gäller byggnadsdetaljer.

Socialstyrelsens bedömning – krav på yttre säkerhet på säkerhetsklass 3

Begreppet ”godtagbar”

I SOSFS 2006:9 benämns säkerhetsklass 3 som ”godtagbar”. Som nämns ovan har några externa aktörer ansett att begreppet ”godtagbar” bör bytas ut. Alternativ som getts är ordinär, låg och relativt hög.

Socialstyrelsen menar att ”godtagbar” är ett begrepp som relativt väl speglar den säkerhetsnivå som behövs utifrån de patienter som vårdas på avdelningar med klass 3. Begreppet ger samtidigt viss flexibilitet. Myndigheten bedömer att de alternativa begrepp som föreslagits inte är mer lämpliga. Myndigheten bedömer således att begreppet ”godtagbar” bör användas även i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Kontroll av var patienten befinner sig

Socialstyrelsen konstaterar att det i SOSFS 2006:9 finns krav på *rutiner* för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig, men inget krav vad gäller själva kontrollen. Socialstyrelsen bedömer att det i den nya säkerhetsföreskriften bör införas ett krav på kontroll av var patienterna befinner sig, inte endast rutiner för en sådan kontroll.

Av Säkerhetshandboken framgår att kontrollen av patienterna handlar om att ha låsbara fönster och dörrar eller på något annat sätt se till att patienterna inte kan ta sig ut ur verksamhetens byggnader utan personalens kännedom och medgivande.[149] Det framgår vidare att kontrollen kan ske genom exempelvis de observations- eller tillsynsgrader som finns vid kliniken, att man kan utse en särskild kontrollant i personalgruppen som har till uppgift

[149] Säkerhetshandboken, s. 21.

att kontrollera var patienterna befinner sig eller att det kan installeras ett enklare larm.[150]

På vilket sätt kontrollen sker och med vilken intensitet kan enligt Socialstyrelsen variera från patient till patient och över tid. En patient som just skrivits in och vars psykiska hälsotillstånd är mycket svårt och obehandlat kan exempelvis behöva kontrolleras oftare än en patient som är i slutet av sin vårdtid. Hur kontrollen görs bör enligt Socialstyrelsen vara en fråga för verksamheterna att avgöra.

Socialstyrelsen bedömer att det saknas skäl att ändra på den formulering som finns i SOSFS 2006:9 om fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig, förutom att det ska vara ett krav på sådan kontroll och inte endast krav på rutiner.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna bör formuleras enligt följande. Vid en avdelning eller del av en avdelning med godtagbar säkerhetsklass ska det fortlöpande kontrolleras var patienterna befinner sig. Det bör enligt myndigheten fortsatt finnas ett krav på rutiner för på vilket sätt verksamheten ska ha en fortlöpande kontroll av var patienter befinner sig då de vårdas på en avdelning med godtagbar säkerhetsklass.

Socialstyrelsens bedömning – små skillnader mellan säkerhetsklass 2 och 3

Många externa aktörer har lyft att skillnaden mellan säkerhetsklass 2 och 3 är liten. Socialstyrelsen konstaterar att skillnaden enligt SOSFS 2006:9 är att det på säkerhetsnivå 2 krävs ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök, vilket det inte gör på klass 3. I praktiken är dock skillnaderna små eftersom det, enligt vad verksamheter själva har uppgett, även på avdelningar med klass 3 kan finnas skalskydd med slussfunktion.

Verksamheter skulle således i vissa fall troligen kunna klassa om en klass 3 avdelning till klass 2. Denna omständighet är dock enligt Socialstyrelsen inte sådan att det i sig bör leda till någon ändrad reglering. Vilken säkerhetsklass en avdelning ska ha är upp till verksamheterna och säkerhetsansvarig att bedöma.[151]

Socialstyrelsens bedömning - inre säkerhet

Det finns i SOSFS 2006:9 inte några direkta krav på de tre säkerhetsklasserna vad gäller den inre säkerheten, som också kallas

[150] Säkerhetshandboken, s. 24 och 25.
[151] 5 kap. 3 § SOSFS 2006:9.

dynamisk säkerhet. Sådan säkerhet kan exempelvis handla om personaltäthet och kompetens.

Av LPT framgår att det vid sjukvårdsinrättningen ska finnas den personal som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.[152] I detta krav ingår såväl att det ska finnas viss bemanning som viss kompetens hos personalen.

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter framgår att arbetsgivare ska anpassa resurserna, såsom kompetens och bemanning, till kraven i arbetet.[153] Det framgår också att arbetsgivaren regelbundet ska undersöka och bedöma vilka risker som kan förekomma i verksamheten och att de ska vidta åtgärder för att komma till rätta med riskerna.[154]

Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt att ställa krav på viss personaltäthet eller kompetens vid de olika säkerhetsklasserna. Detta bland annat eftersom det redan finns reglering med krav vad gäller personalen. Myndigheten konstaterar också att personaltätheten och kompetensen behöver kunna anpassas utifrån varje verksamhets förutsättningar och behov och att det inte är givet att bemanningen och kompetensen behöver variera utifrån just säkerhetsklassen.

En patient som har placerats på förhöjd säkerhetsnivå utifrån risken för fritagning behöver till exempel inte ha en ökad benägenhet att utföra våldshandlingar. Medan en patient som placerats på säkerhetsklass 3 kan vara särskilt våldsbenägen, såsom en patient som kommer till en psykiatrisk akutmottagning eller just skrivits in på en avdelning. Detta eftersom patienten då ofta är obehandlad för det tillstånd som kan orsaka benägenheten att använda våld.

Behovet av kompetens om hot och våld kan även variera över tid beroende på bland annat vilka patienter som vårdas och hur patientsammansättningen ser ut. Hur avdelningar som bedriver vård enligt LPT eller LRV eller enheter för rättspsykiatrisk undersökning väljer att organisera sig är enligt Socialstyrelsen i huvudsak en fråga för respektive vårdgivare att avgöra.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det i de nya säkerhetsföreskrifterna inte bör införas några krav vad gäller bemanning och personalens kompetens på de olika säkerhetsklasserna.

[152] 15 a § LPT.
[153] Se 9 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.
[154] Se 8 och 9 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

Socialstyrelsens bedömning – fler eller färre säkerhetsklasser

De allra flesta externa aktörer har ansett att nuvarande ordning med tre säkerhetsklasser är bra. De har inte lyft att det skulle behövas någon högre säkerhetsklass. Någon har framfört att det skulle kunna vara bra med en lägre säkerhetsklass där avdelningen kan vara mer öppen och där det inte finns krav på att ha kontroll över var patienterna befinner sig. Verksamheter har menat att en fördel med en sådan säkerhetsklass skulle vara att patienter som vårdas frivilligt inte skulle behöva vara på en låst avdelning.

Socialstyrelsen konstaterar att de flesta avdelningar i allmänpsykiatrin är låsta och att även patienter som vårdas frivilligt enligt HSL är placerade där. Att de olika patientkategorierna placeras på samma avdelning är en organisatorisk fråga som ofta handlar om att det inte finns tillräckligt med resurser eller bemanning för separata avdelningar. Myndigheten menar att det är problematiskt att HSL-patienter är placerade på låsta avdelningar. Detta eftersom HSL-patienter vårdas frivilligt och därmed inte får hindras att lämna vårdavdelningen. Det är angeläget att vården klargör detta för HSL-patienter som vårdas på en låst avdelning.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att det utifrån reglering i SOSFS 2006:9 inte finns något som hindrar att en avdelning med säkerhetsklass 3 är olåst, så länge det finns en fortlöpande kontroll av var patienten befinner sig.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att införa ytterligare säkerhetsklasser, dvs. vare sig högre eller lägre klasser än de nuvarande klasserna.

Säkerhetsklassificering av avdelningar och utomhusmiljöer

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2006:9 framgår att det är avdelningar som ska säkerhetsklassas och om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler så ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassas. Det framgår vidare att detta även gäller för avdelningar för rättspsykiatrisk undersökning.

Synpunkter från externa aktörer

IVO har framfört att de anser att begreppet ”del av avdelning” är otydligt.[155] De har även framfört att det är oklart om säkerhetsklassificering ska göras av en avgränsad sektion eller av en korridor. IVO anser även att det är oklart

[155] Av 4 kap. 2 § SOSFS 2006:9 framgår att en säkerhetsklassificering ska göras av en avdelning och en del av en avdelning.

vad som gäller för ett utrymme som flera avdelningar har tillgång till, såsom aktivitetslokal, behandlingsrum, utrymme för fysisk aktivitet eller utemiljö. IVO framförde att det möjligen skulle kunna införas en reglering med krav på säkerhetsklassificering av andra utrymmen än avdelningar och om var patienter får vistas. IVO ställde frågan om patienter från säkerhetsklass 1 får vistas i ett utrymme som har klass 3, såsom en gymnastiksal.

Flera verksamheter har framfört att de anser att utrymmen som exempelvis sportrum, kiosk, samtalsrum och även korridorer ska säkerhetsklassas. De har vidare ansett såväl att en lokal som ligger utanför själva huvudbyggnaden och används av patienter från olika säkerhetsklasser bör säkerhetsklassas, som att det kan bli problematiskt.

När det gäller utomhusmiljöer har verksamheter framfört följande. Utomhusmiljöer på säkerhetsklass 2 är vad de känner till alltid inhägnade, det kan vara en innergård eller ett utrymme som inringats med stängsel. På säkerhetsklass 3 är utomhusmiljön ofta helt öppen, men den kan även vara inhägnad. Om patienter på klass 3 ska gå ut sker det ofta med personal. Det kan vara aktuellt att säkerhetsklassa utomhusmiljön på säkerhetsklass 1 och 2 eftersom den ofta är en del av en avdelning, men inte på klass 3.

Socialstyrelsens bedömning – vad ska säkerhetsklassas

Av Säkerhetshandboken framgår att en avdelning kan vara organiserad så att en del av verksamheten bedrivs i lokaler vid t.ex. klinikens huvudbyggnad, men att det också finns fristående lokaler som organisatoriskt hör till avdelningen. Som exempel anges att det kan vara en fristående villa eller en lägenhet som används för vissa patienter som är i utslussningsfasen.[156]

Det finns inte i författning någon definition av begreppet avdelning inom hälso- och sjukvården. Det finns inte heller i Socialstyrelsens termbank.[157] Däremot finns det i termbanken en definition av begreppet vårdenhet, nämligen ”organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård”. Som anmärkning till definitionen anges att bedömningen av vad som anses vara en vårdenhet i dag inte sker med enhetliga nationella principer utan varje huvudman avgör avgränsningen i det enskilda fallet. Det anges vidare att vårdenhet kan vara t.ex. vårdcentral, sjukhus, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande.

En avdelning kan således se olika ut beroende på hur huvudmannen har valt att organisera verksamheten. En avdelnings fysiska gränser behöver inte vara sammanhängande i en separat lokal som exempelvis ligger i sjukvårdsinrättningens huvudbyggnad, utan kan även inkludera en lokal som byggnadstekniskt inte hänger ihop med huvuddelen av avdelningen. I

[156] Säkerhetshandboken, s. 20.
[157] Termbanken innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg, se länken: https://termbank.socialstyrelsen.se/, hämtad: 2024-05-30.

SOSFS 2006:9 anges att om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler, ska varje sådan del av en avdelning säkerhetsklassificeras.[158]

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att såväl en avdelning som en del av en avdelning säkerhetsklassas, i enlighet med den reglering som nu finns i SOSFS 2006:9. Det innebär enligt myndigheten att en lokal som ligger utanför själva huvudbyggnaden och används av patienter för exempelvis aktiviteter ska säkerhetsklassas. Det innebär också att andra utrymmen som finns inom en avdelning omfattas av säkerhetsklassificeringen, såsom korridorer.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2006:9 framgår att kravet att säkerhetsklassa en del av en avdelning även gäller för avdelningar för rättspsykiatrisk undersökning. Socialstyrelsen konstaterar att kravet på säkerhetsklassning gäller för verksamheter, vilket enligt föreskrifterna inkluderar enheter för rättspsykiatrisk undersökning.[159] Om ett förtydligande om de rättspsykiatriska enheterna endast görs i denna bestämmelse kan det skapa otydlighet vad gäller tillämpningen av bestämmelser där ett sådan förtydligande saknas. Myndigheten bedömer sammantaget att förtydligandet inte bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsens bedömning – säkerhetsklassificering av utomhusmiljöer

I föreskriftsarbetet har det framkommit att det råder oklarhet om utomhusmiljöer där patienter vistas ska säkerhetsklassificeras eller inte. Av Säkerhetshandboken framgår att en inhägnad uteplats som tillhör en avdelning kan ses som en del av en avdelning.[160] Det innebär att en utomhusmiljö ska säkerhetsklassificeras om den hör till en avdelning eller är en del av en avdelning. Socialstyrelsen bedömer att det saknas skäl att införa särskild reglering om säkerhetsklassning av utomhusmiljöer.

Socialstyrelsen är medveten om att patienter som är placerade på säkerhetsklass 3 i allmänpsykiatrin i vissa fall inte ges möjlighet att vistas utomhus. Orsaken är ofta att det saknas säkra utomhusmiljöer, eller möjlighet att ha tillräcklig personalnärvaro under utomhusvistelsen. Detta är problematiskt eftersom tillgång till dagsljus, frisk luft och en möjlighet att röra på sig är grundläggande mänskliga behov, inte minst för patienter som vårdas mot sin vilja. Denna problematik kräver dock enligt Socialstyrelsen andra lösningar än säkerhetsklassning av utomhusmiljön.[161]

---

[158] 4 kap. 1 § andra stycket säkerhetsföreskriften.
[159] Se 1 kap. 1 § författningsförslaget.
[160] Säkerhetshandboken, s. 20.
[161] I betänkandet God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40) föreslås att vuxna patienter som vårdas enligt LPT/LRV ska ges rätt till daglig utomhusvistelse, i likhet med den rätt som barn nu har.

Om en patient vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område är det fråga om så kallad frigång. Det området hör inte till en avdelning, och ska således inte säkerhetsklassificeras.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att i de nya säkerhetsföreskrifterna förtydliga att en utomhusmiljö som hör till en avdelning eller är en del av en avdelning ska säkerhetsklassificeras.

Socialstyrelsens bedömning – var patienter tillfälligt får vistas

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det saknas en reglering i SOSFS 2006:9 om var en patient tillfälligt får vistas.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har framfört följande om var patienter får vistas. Om en patient är placerad på säkerhetsklass 2 behöver alla utrymmen där patienten vistas vara säkerhetsklass 2. Patienter bör även tillfälligt kunna vistas i en lokal som har en högre säkerhetsklass än den avdelning där patienten är placerad, men inte på en lägre. Om en patient ska vistas på en lägre säkerhetsklass än den avdelning där hen är placerad görs det alltid en säkerhetsbedömning på individnivå. IVO har framfört att det vore bra om det av de nya säkerhetsföreskrifterna tydligare framgår var en patient får vistas.

Socialstyrelsens bedömning – var patienter tillfälligt får vistas

Att en patient är placerad på en viss säkerhetsklass innebär att det är där patienten ska få sin vård. Ibland kan en patient dock tillfälligt behöva vistas på en plats utanför sin avdelning. Exempelvis i en aktivitetslokal eller i korridorer utanför avdelningen.

Syftet med att patienter ska placeras på en viss säkerhetsklass är att god säkerhet ska kunna upprätthållas. Det är därmed logiskt att en patient även under en tillfällig vistelse behöver vara i en lokal eller annat utrymme med samma säkerhetsklass som den avdelning där patienten är placerad. Alternativt på en högre säkerhetsklass, eftersom god säkerhet då också borde kunna upprätthållas.

Att en patient vistas på en säkerhetsklass som är högre än den som har bedömts nödvändig av säkerhetsskäl kan emellertid inskränka patientens fri- och rättigheter mer än vad som är motiverat, även om det bara är tillfälligt.

Om en patient som är placerad på säkerhetsklass 3 tillfälligt skulle få vistas i säkerhetsklass 2 skulle det exempelvis kunna innebära att patienten behöver gå igenom en allmän inpasseringskontroll.

Beroende på syftet med vistelsen skulle dock en tillfällig vistelse på högre säkerhetsklass kunna anses vara proportionerlig i förhållande till den inskränkning vistelsen där innebär. Såsom att deltagande i idrott eller slöjd i en lokal med högre säkerhetsklass skulle kunna vara proportionerligt utifrån att sådana aktiviteter har stor betydelse för patientens hälsa och återhämtning.

Samtidigt kan det argumenteras för att vården bör vara organiserad på ett sådant sätt att det finns tillgång till aktivitetslokaler för alla säkerhetsklasser. I praktiken kan det dock finnas hinder för verksamheter att få tillgång till fler lokaler för aktiviteter, såsom brist på ändamålsenliga lokaler. En möjlighet att organisera vården så att det finns en lokal för aktiviteter som är gemensam för patienter från avdelningar med olika säkerhetsklasser kan bidra till att utbudet och omfattningen av aktiviteter ökar.

Utifrån ett säkerhetsperspektiv bör en patient i princip inte få vistas i ett utrymme med lägre säkerhetsklass än den avdelning där patienten är placerad, även om det bara är tillfälligt. En patient som enligt beslut ska vara placerad på exempelvis säkerhetsklass 2 bör inte tillfälligt få vistas på säkerhetsklass 3. Det är därför angeläget att vården är organiserad på ett sådant sätt att en sådan situation inte uppstår. Samtidigt kan det inte uteslutas att det i undantagsfall kan uppstå en situation där en patient tillfälligt behöver vistas i ett utrymme med lägre säkerhetsklass en kort tid. Det kan handla om att en patient behöver passera en korridor i en avdelning med lägre säkerhetsklass.

Socialstyrelsen bedömer att regleringen om god säkerhet i LPT och LRV är tillräcklig även för den situationen att en patient under kort tid tillfälligt behöver vistas i en lokal eller annat utrymme med annan säkerhetsklass än den avdelning där patienten är placerad. Kravet innebär att verksamheter behöver organisera vården så att det kravet kan tillgodoses oavsett var patienten vistas.[162] I föreskriftsarbetet har verksamheter framfört att de i en sådan situation gör bedömningar i det enskilda fallet och vidtar de säkerhetsanpassningar som behövs för att god säkerhet ska kunna upprätthållas.

En reglering i säkerhetsföreskriften om var en patient tillfälligt får vistas under kort tid riskerar enligt myndigheten att få till konsekvens att verksamheter hindras att agera på ett sätt som utgår ifrån lokala förutsättningar och behov.

[162] 15 a § LPT och 6 § LRV.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas en reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna om på vilken säkerhetsklass en patient tillfälligt får vistas.

Socialstyrelsens bedömning – rutiner

Som framgår ovan ska det enligt SOSFS 2006:9 finnas rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna på en avdelning med säkerhetsklass 3 befinner sig. Socialstyrelsen bedömer att det även i de nya säkerhetsföreskrifterna bör finnas ett sådant krav och att det bör tydliggöras att det är vårdgivaren som ansvarar för att sådana rutiner finns.

I rutinerna kan det redogöras för på vilket sätt kontrollen av patienterna ska ske, såsom genom låsta dörrar eller kameraövervakning, och hur kontrollen kan anpassas utifrån patientens behov. Det kan även finnas skäl att i rutinerna redogöra för på vilket sätt det kan säkerställas att rörelsefriheten inte inskränks för patienter som vårdas frivilligt enligt HSL och hur det kan klargöras för dessa patienter att de vårdas frivilligt.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att det av de nya säkerhetsföreskrifterna ska framgå att vårdgivaren ansvarar för att verksamheters avdelningar delas in i säkerhetsklasserna 1–3. Vidare föreslås att regleringen i SOSFS 2006:9 om att den säkerhetsansvarige ska ansvara för att varje avdelning vid en verksamhet säkerhetsklassificeras inte förs över till säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsen föreslår att regleringen i SOSFS 2006:9 om att kravet att säkerhetsklassificera en del av en avdelning även gäller för avdelningar för rättspsykiatrisk undersökning inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsen föreslår att kraven på en avdelning eller del av en avdelning med mycket hög säkerhetsklass förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna, dvs. att det där ska finnas ett skal- och perimeterskydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök. Myndigheten föreslår vidare att det läggs till att perimeterskyddet ska förhindra otillbörlig kontakt genom skalskyddet.

Socialstyrelsen föreslår att kraven på en avdelning eller del av en avdelning med hög säkerhetsklass förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna, dvs. det ska där finnas ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök.

Socialstyrelsen föreslår att kraven på en avdelning eller del av en avdelning med godtagbar säkerhetsklass förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna, dvs. det ska där fortlöpande kontrolleras var patienterna befinner sig.

Socialstyrelsen föreslår också att kravet på rutiner om på vilket sätt det ska finnas en fortlöpande kontroll av var patienter befinner sig förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

2.11 Placering av patienter

Placering av patienter vid avdelning med viss säkerhetsklass

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 1 § första stycket SOSFS 2006:9 framgår att vårdgivaren ska säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur man ska göra en bedömning i det enskilda fallet av risken för fritagning, patientens benägenhet att skada sig själv eller annan och rymningsbenägenheten. Denna bedömning ska ligga till grund för ett beslut om

1. vid vilken avdelning en patient som tas in för vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska vårdas,
2. vid vilken avdelning en patient som tas in för frivillig vård från ett häkte, en kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem ska vårdas, och
3. vid vilken avdelning för rättspsykiatrisk undersökning som en patient ska undersökas.

I 6 kap. 2 § första och andra stycket anges att innan beslut fattas om att placera en patient vid en avdelning ska chefsöverläkaren, med hänsyn till vad som framkommit i 1 §, bedöma vilken säkerhetsnivå som är nödvändig. Vid bedömningen ska särskilt beaktas, om patienten

1. tidigare motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder, eller
2. är beroende av alkohol eller andra droger.

I 6 kap. 3 § första stycket anges att chefsöverläkaren ska fatta beslut om att placera en patient vid en avdelning som har den säkerhetsnivå som motsvarar patientens behov.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter för rättspsykiatrisk vård har framfört att de faktorer som är viktiga vid bedömningen av om en patient ska placeras på säkerhetsklass 1 är risken för fritagning och vad som händer om patienten tar sig ut. De har också uppgett att de flyttar en patient från klass 2 till klass 3 om de får en ledig plats där samt att de följer Kriminalvårdens klassning för de patienter som kommer från Kriminalvården.

Verksamheter för psykiatrisk tvångsvård har uppgett att de bedömer på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras och konstaterar klass 3. De har även framfört att det är problematiskt att de inte kan placera mycket farliga LPT-patienter på en klass 2 avdelning inom rättspsykiatrin, ofta på grund av platsbrist.

Verksamheter har även uppgett att det händer mer säkerhetsincidenter på PIVA (Psykiatrisk intensivvårdsavdelning) än inom rättspsykiatrin. SFBUP har framfört att det skulle kunna förtydligas att en bedömning av barnets bästa behöver göras vid en placering av ett barn.

RMV har menat att det är oklart i vilken utsträckning regleringen om placering ska tillämpas för deras patienter och att den skapar regelkrock för deras del. Detta eftersom den inte går ihop med deras föreskrifter (HSLF-FS 2020:24) om fördelning av rättspsykiatriska undersökningar utifrån upptagningsort. RMV framförde också att detta torde kunna hanteras genom att annan reglering ges företräde framför de nya säkerhetsföreskrifterna, dvs. snarare än att föreskrifterna ändras.

Brukarorganisationer har framfört att det vid beslut om placering är viktigt att chefsöverläkaren har en helhetsbild av patientens situation och väger in dennes behov av en trygg och säker miljö. De har även framfört att de bedömningar som görs inför en placering är schablonmässiga och att patienter blir bedömda på helt olika sätt.

Socialstyrelsens bedömning

Det är enligt Socialstyrelsen angeläget att en patient inte placeras på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt sett ur ett säkerhetsperspektiv. Detta eftersom en placering på en högre säkerhetsklass innebär en större inskränkning i patientens grundläggande fri- och rättigheter än vad som är fallet vid en placering på en lägre säkerhetsklass.

Inskränkningarna handlar särskilt om förekomsten av perimeterskydd, att patienter kan behöva gå igenom allmän inpasseringskontroll och att vissa LRV-patienter på förhöjd säkerhetsklass endast får använda elektroniska kommunikationstjänster som tillhandahålls av vården. Dessa faktorer medför inskränkningar i den personliga integriteten, påtvingat kroppsligt ingrepp, inskränkningar i yttrandefriheten och förstärkt upplevelse av frihetsinskränkning.

De inskränkningar det innebär i en patients fri- och rättigheter att placeras på en viss säkerhetsklass behöver stå i proportion till de säkerhetsrisker som bedöms föreligga vad gäller just den patienten. Det innebär att en placering på en förhöjd säkerhetsklass endast bör ske om det där finns bättre förutsättningar att hantera en viss säkerhetsrisk än på en lägre säkerhetsklass. Såsom att det finns bättre förutsättningar att hantera en

patient med förhöjd risk att bli fritagen på säkerhetsklass 1, eftersom det där finns ett perimeterskydd.

Socialstyrelsen konstaterar emellertid samtidigt att det är angeläget att en patient placeras på den säkerhetsklass som bedöms nödvändig för att upprätthålla god säkerhet och inte på en för låg nivå.

När en bedömning görs av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras är syftet att en god säkerhet ska kunna upprätthållas. De kriterier för placering som regleras i föreskrifterna ska särskilt beaktas av chefsöverläkaren vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Det är således en samlad bedömning som ska göras av de säkerhetsrisker som anses föreligga utifrån dessa kriterier.

Kriterier för placeringsbedömning

Risk för fritagning och rymningsbenägenhet

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har framfört att risken att en patient fritas eller rymmer fortsatt bör beaktas vid en bedömning av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Ingen har framfört argument mot kriterierna.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att kriterierna om fritagning och rymning bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Myndigheten bedömer dock att det är risken att en patient rymmer som bör beaktas och inte patientens benägenhet att rymma.

Patientens benägenhet att skada sig själv

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har framfört att en patients benägenhet att skada sig själv, liksom suicidrisk, inte bör vara ett kriterium vid bedömningen av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Detta eftersom sådana patienter behöver kunna hanteras på alla säkerhetsklasser och att det snarare är en fråga om vilken vård som kan erbjudas än en säkerhetsfråga.

Några externa aktörer har dock ansett att kriteriet ”skada sig själv” bör vara kvar. Detta bland annat eftersom en patient som skadar sig själv även kan skada andra, att det finns en förhöjd risk att patienten tar in otillåtna föremål och att patienten kan avvika för att skada sig själv. De har också framfört att risken för självskada minskar på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass eftersom det där finns bättre lokaler, högre bemanning och kompetens, tätare tillsyn och möjlighet att använda inpasseringskontroll.

Socialstyrelsens bedömning

De åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att en patient skadar sig själv handlar enligt Socialstyrelsen i huvudsak om hälso- och sjukvård, och inte om säkerhetsinsatser. Enligt myndigheten bör alla avdelningar, oavsett säkerhetsklass, ha tillräckligt med kompetens och kapacitet för att kunna ta hand om dessa patienteter.

Ett skäl som externa aktörer har lyft för att en patients benägenhet att skada sig själv borde vara ett eget bedömningskriterium är att det finns en förhöjd risk att patienten tar in otillåtna föremål. Enligt Socialstyrelsen kan det inte anses visat att det generellt finnas en sådan förhöjd risk. För att det ska vara en säkerhetsfråga krävs dessutom att det ska finnas en risk för att föremålet används på ett sätt som gör att någon annan kan skadas. Om det finns en sådan risk är det dessutom enligt Socialstyrelsen den risken som bör bedömas, och inte att patienten har en benägenhet att skada sig själv.

Ett annat skäl som lyfts för att självskada bör vara ett eget bedömningskriterium är att det kan bli allvarliga konsekvenser om patienten lyckas lämna vårdinrättningen. Det är således inte självskadebeteendet i sig utan den i kombination med risken att patienten lämnar vårdavdelningen som kan ses som en säkerhetsrisk. Socialstyrelsen konstaterar att risken för fritagning och patientens rymningsbenägenhet redan är kriterier som ska beaktas vid en bedömning av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att en patients benägenhet att skada sig själv inte bör vara ett eget kriterium vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Kriteriet bör således inte föras över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Patientens benägenhet att skada annan

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har ansett att risken att en patient skadar någon är ett viktigt kriterium. Verksamheter har framfört att anledningen till att patienter som har en förhöjd risk att utöva hot eller våld placeras på förhöjd säkerhetsklass är att personalen där ofta har mer kompetens och erfarenhet att hantera sådana patienter och att personaltätheten där är högre. Verksamheter har emellertid även framfört att alla avdelningar, oavsett säkerhetsklass, förväntas kunna hantera våldsrisker och att sådana risker hanteras genom bland annat förstärkt bemanning.

IVO har framfört att kriteriet om risk att skada annan möjligen kan ändras till att det finns en hög risk att patienten orsakar allvarlig skada. Verksamheter har ansett att det inte går att bedöma våldsrisk med sådan precision, att bedömningarna är svåra och att det saknas evidens för våldsriskbedömningar.

Någon verksamhet har uppgett att formulering ”våldsbenägenhet” bör användas i stället för ”benägenhet att skada annan”, eftersom även våld mot t.ex. inredning behöver inkluderas. IVO har framfört att kriterierna för placering på säkerhetsklass bör motsvara de krav som finns för de olika säkerhetsklasserna, och att det saknas krav vad gäller hot och våld på förhöjd säkerhetsklass.

Flera externa aktörer har varit tveksamma till att i säkerhetsföreskrifterna införa en generell skrivning för alla säkerhetsklasser med krav på kompetens att förebygga och hantera hot och våld. Detta särskilt utifrån att det redan finns liknande krav i LPT/LRV och att det inte skulle ge något mervärde.

Socialstyrelsens bedömning

Det har i stort sett rått samstämmighet bland externa aktörer om att patientens benägenhet att skada annan fortsatt bör vara ett kriterium vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Socialstyrelsen menar att det finns skäl som talar för att en patients benägenhet att skada någon annan bör vara ett kriterium vid placeringsbedömningar. Såsom att det är en allvarlig säkerhetsrisk som i hög grad påverkar vårdens möjlighet att upprätthålla god säkerhet. Därmed är det också angeläget och rimligt att den omständigheten särskilt ska beaktas vid en placeringsbedömning. Ett skäl mot att det ska vara ett eget kriterium är att det är angeläget att det vid samtliga säkerhetsklasser finns kompetens för att hantera risken att en patient skadar någon annan.

Om risken att en patient skadar någon annan ska vara ett bedömningskriterium är det enligt Socialstyrelsen rimligt att anta att det också finns bättre förutsättningarna att hantera en sådan patient på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass (klass 1 och 2), än på en lägre (klass 3). Som framgår i avsnitt 2.10 har Socialstyrelsen dock bedömt att det inte bör införas särskilda krav på viss bemanning eller kompetens på förhöjd säkerhetsklass. Detta med argumentet att det på alla avdelningar behöver finnas förmåga att hantera patienter som riskerar att skada någon annan.

Enligt vad som framkommit i föreskriftsarbetet finns det dock i praktiken skillnader vad gäller förmågan att hantera hot och våld. Som att det vid avdelningar med förhöjd säkerhetsklass inom rättspsykiatrin ofta finns större erfarenhet och beredskap för att hantera våldsamma patienter, än på avdelningar med lägre säkerhetsklass. Dock har det i föreskriftsarbetet även framkommit att det i allmänpsykiatrin är vanligt med våldsamma patienter på psykiatriska akutmottagningar och PIVA, som har säkerhetsklass 3. Dessa avdelningar har därmed upparbetat en kompetens och beredskap för att hantera dessa patienter.

Socialstyrelsen noterar att de risker som finns för våldsincidenter på en akutmottagning eller PIVA i allmänpsykiatrin kan skilja sig från riskerna på

en rättspsykiatrisk avdelning. Till avdelningarna inom allmänpsykiatrin kommer patienter i ett akut skede. Ofta påverkade av psykoaktiva substanser och omedicinerade, vilket innebär en förhöjd risk för plötsliga våldsincidenter. Patienter på en rättspsykiatrisk avdelning har däremot ofta vårdats en lång tid och är väl medicinerade. Den våldsrisk som finns där kan se annorlunda ut och bland annat handla om patienter med svårbehandlade sjukdomar eller ett stort våldskapital. Dessa olikheter kan ha betydelse för vilka åtgärder och säkerhetsarrangemang som behöver vidtas.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det bör finnas ett kriterium som handlar om risken att en patient skadar annan. Detta särskilt utifrån att möjligheten att förebygga och hantera hot och våld har en avgörande betydelse för möjligheten att upprätthålla god säkerhet. Myndigheten menar att det är *risken* att en patient skadar annan som ska beaktas och inte patientens *benägenhet* att skada annan.

Myndigheten bedömer att risken att skada annan bör inkludera patienter, personal och andra personer i verksamheten, såsom besökare. Däremot inte personer som befinner sig utanför verksamheten, dvs. samhällsskyddet. Den risken täcks enligt myndigheten av kriterierna om fritagning, rymning och risken att en patient begår ett allvarligt brott (se nedan under rubriken ”Risken att patienten begår brott”).

Socialstyrelsen har övervägt om kriteriet även bör inkludera risken att en patient blir våldsam och förstör saker, såsom inredningen, men funnit att den risken inte är av den art att det särskilt bör beaktas vid en bedömning av placering på en avdelning med viss säkerhetsklass.

Socialstyrelsen har övervägt om det i de nya säkerhetsföreskrifterna bör införas en generell bestämmelse om att det, oavsett säkerhetsklass, ska finnas kompetens för att hantera hot och våld. Myndigheten bedömer dock att det är tillräckligt med den reglering som finns i LPT/LRV om att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet skall kunna tillgodoses i verksamheten.[163]

Patient som motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har ansett att den omständigheten att en patient har motsatt sig att medverka till en vårdåtgärd inte bör vägas in i bedömningen av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. De har menat att sådana patienter ska kunna hanteras på alla säkerhetsklasser.

[163] 15 a § LPT och 6 § LRV.

Någon verksamhet har dock ansett att kriteriet är relevant att ha med, eftersom det handlar om hur kraftfullt patienten kan motsäga sig vården. Det kan vara en patient som inte medverkar till att sluta med droger. Någon verksamhet har uppgett att det kan vara enklare att hantera en sådan patient på förhöjd säkerhetsklass eftersom det där t.ex. finns andra ordningsregler.

Någon brukarorganisation har ansett att kriteriet bör vara kvar eftersom det exempelvis är svårare att garantera säkerheten om det finns en psykospatient som inte tar sin medicin, än om patienten tar sin medicin.

Socialstyrelsens bedömning

De flesta externa aktörer har ansett att den omständigheten att en patient har motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder inte bör vara ett kriterium vid bedömning av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Socialstyrelsen konstaterar att en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård och viss rättspsykiatrisk vård är att patienten motsätter sig vården.[164] Syftet med den psykiatriska tvångsvården är att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.[165]

Att en patient motsätter sig psykiatrisk vård och vårdåtgärder är en grundläggande och väntad del i tvångsvården. Enligt Socialstyrelsen bör det därmed vid samtliga säkerhetsklasser finnas sådan kompetens som behövs för att få patienter att frivilligt medverka till vård och för att, då så är tillåtet, genomföra vårdåtgärder mot en patients vilja på ett så skonsamt sätt som möjligt.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att den omständigheten att en patient motsatt sig att medverka till en psykiatrisk vårdåtgärd inte bör vara ett eget kriterium vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Kriteriet bör således inte föras över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Patient som är beroende av alkohol eller andra droger

Synpunkter från externa aktörer

Flera verksamheter och brukarorganisationer har menat att en patients beroende av alkohol eller andra droger inte ska vara ett kriterium vid bedömningen av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Detta eftersom beroende är väldigt vanligt och behöver kunna hanteras på alla säkerhetsklasser.

[164] Se 3 § andra stycket LPT och 4 § LRV.
[165] 2 § andra stycket LPT.

Verksamheter har också uppgett att säkerhetsproblemet egentligen inte handlar om själva beroendet, utan vad det kan leda till. Såsom ökad risk för hot och våld och rymning, vilket i stället kan bedömas utifrån de kriterierna. Verksamheter har dock även framfört att de anser att kriteriet bör finnas kvar.

Socialstyrelsens bedömning

De flesta externa aktörer har ansett att den omständigheten att en patient är beroende av alkohol eller andra droger inte bör vara ett kriterium vid bedömning av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Av Socialstyrelsens patientregister (PAR) framgår att det under åren 2018 till och med 2023 var mellan cirka 20 och 40 barn per år [166] och mellan cirka 2 600 och 2 900 vuxna per år[167] som vårdades i slutenvård enligt LPT med diagnoserna psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. För patienter som vårdades i slutenvård enligt LRV var motsvarande siffra mellan cirka 520 och 610 vuxna per år.[168]

Av Nationellt rättspsykiatriskt register (RättspsyK) för år 2022 framgår att ungefär hälften av kvinnorna och mellan 66 och 72 procent av männen inom rättspsykiatrin har haft en dokumenterad historia av missbruk de senaste åren.[169] På verksamhetsnivå[170] låg år 2022 andelen patienter som erhållit missbruksbehandling inom den rättspsykiatriska slutenvården på mellan 37 och 83 procent.[171]

Socialstyrelsen konstaterar att beroende av alkohol eller andra droger förekommer i relativt hög utsträckning hos patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Att en patient har ett sådant beroende är enligt Socialstyrelsen inte i sig en omständighet som påverkar säkerheten på avdelningen. Det kan dock på individnivå finnas en förhöjd risk att patienten tar in och brukar droger på avdelningen. Det kan i sin tur innebära en förhöjd risk att patienten agerar hotfullt eller våldsamt gentemot andra patienter, personal eller någon annan. Det är således enligt Socialstyrelsen inte själva beroendet utan den ökade risken att patienten skadar någon annan som bör beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass patienten ska placeras. Beroendet har således enligt myndigheten endast en indirekt betydelse för säkerheten.

Socialstyrelsen menar vidare att det är angeläget att det på alla avdelningar, oavsett säkerhetsklass, finns tillräckligt med kompetens för att ge vård och

[166] Av totalt mellan cirka 290 och 470 vårdade barn per år.
[167] Av totalt mellan cirka 11 500 och 11 800 vårdade vuxna per år.
[168] Antalet barn i rättspsykiatrisk vård med substansbruk går inte att redovisa på grund av att de är för få, dvs. av sekretesskäl.
[169] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 19. År 2022 registrerade 25 av 26 verksamheter uppgifter i RättspyK. Täckningsgraden var 85 procent av alla patienter, s. 6.
[170] Gäller verksamheter med minst 10 patienter registrerade.
[171] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 64.

omsorg till patienter som har ett beroende eller är påverkade av alkohol eller andra droger.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att en patients beroende av alkohol eller andra droger inte bör vara ett eget kriterium vid bedömningen av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Kriteriet bör således inte föras över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Risk att patienten begår brott

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

I SOSFS 2006:9 finns ingen reglering om att risken att en patient begår ett brott särskilt ska beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har framfört att risken för återfall i brottslighet och förmågan att begå ett allvarligt brott borde vara ett eget bedömningskriterium. Några har framfört att koppling till eller misstanke om terrorbrott och grov och organiserad brottslighet borde vara ett eget kriterium. Detta särskilt eftersom det kan medföra att patienter nätverkar och utför påtryckningar på personal och patienter. SiS har framfört att brottets karaktär är ett kriterium i deras säkerhetsbedömning.

Externa aktörer har även framfört att de inte ser något behov av att väga in brottslighet vid placeringsbeslut, eftersom kriteriet ”skada annan” innefattar flera typer av allvarliga brott. De har dock även framfört att allvarlig brottslighet särskilt bör nämnas eftersom det inte är säkert att alla sådana brott ryms under ”skada annan”, såsom finansiering av terrorbrott.

Några verksamheter har lyft att det för LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning (SUP) alltid finns en koppling till risken för återfall i allvarlig brottslighet och att de patienterna därmed per automatik skulle placeras på förhöjd säkerhetsklass. De har vidare framfört att patienter kan ha hög risk för återfall i brott men ändå vistas på säkerhetsklass 3, så länge de inte har några utevistelser.

Risken för allvarligt brott

Som utgångspunkt för en bedömning av om risken för brottslig handling bör vara ett bedömningskriterium vid placering av patienter är det enligt Socialstyrelsen av intresse att få en bild av i vilken utsträckning patienter misstänks för eller har begått brottslig handling under vård enligt LPT och LRV. Vissa sådana uppgifter finns för den rättspsykiatriska vården. För den psykiatriska tvångsvården saknas dock sådana samlade uppgifter.

Av RättspsyK framgår att 13 procent av de patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård under 2009-2017 lagfördes för något brott begånget

under sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård.[172] Det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott, näst vanligast var brott mot allmänheten och stat, huvudsakligen våld eller hot mot tjänsteman, därefter tillgreppsbrott, huvudsakligen stölder.[173]

I RättspsyK redogörs också för brott som kommit till personalens kännedom, men inte lagförts. Det kan exempelvis vara brott som patienten själv har berättat om eller en händelse som personalen har polisanmält. Dessa händelser kallas i RättspsyK för återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård. Under 2022 var andelen patienter som återföll i brottslig gärning under pågående slutenvård 13 procent för män och 11 procent för kvinnor. Under öppen rättspsykiatrisk vård var andelen något lägre. De brott som dominerade under slutenvård var narkotikabrott för män (51 procent) och våldsbrott för kvinnor (60 procent).[174]

Ett annat sätt att mäta risken för återfall är att titta på statistik över antalet domar med SUP. Om SUP meddelas ha domstolen bedömt att det finns en risk att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag.[175]Av RättspsyK framgår att andelen domar med SUP har ökat från 2013 och låg 2022 på 85 procent, fördelat på 74 procent för kvinnor och 87 procent för män.[176]

När det gäller vårdens brottspreventiva arbete framgår det av RättspsyK att andelen patienter som har en pågående alternativt har genomgått en brottsbearbetning låg på 48 procent år 2022, och att den andelen har varit relativt oförändrad under åren. Av de insatser som ges är psykologsamtal vanligast och därefter brottsbearbetande samtal.[177]

För- och nackdelar med brott som bedömningskriterium

Om en patient som vårdas enligt LPT eller LRV eller vid en enhet för rättspsykiatrisk undersökning planerar eller utför ett brott kan det påverka vårdens möjlighet att upprätthålla en god säkerhet. Det kan handla om säkerheten för såväl patienter, personal som samhället i övrigt.

Handlingar som hotar säkerheten kan exempelvis vara att patienter utför våldshandlingar gentemot patienter och personal, tar in narkotika på avdelningen eller kontaktar kriminella som befinner sig utanför vårdinrättningen. Det kan även handla om olika former av påtryckningar

[172] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 29. Att lagföras innebär här att åklagare vid domstol åtalar för brott som faller under allmänt åtal. Siffrorna har tagits fram av RättspsyK i samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå).
[173] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 29.
[174] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 29-30. För kvinnorna ska siffrorna tolkas med försiktighet eftersom det rör sig om småtal, 12 kvinnor i slutenvården.
[175] 31 kap. 3 § BrB.
[176] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 6.
[177] RättspsyK, Årsrapport 2022, s. 43.

mot patienter eller personal, såsom att få dem att ansluta sig till kriminella gäng.

På en avdelning med förhöjd säkerhetsklass kan vården vidta vissa åtgärder som ökar förutsättningarna för att förhindra brott, i förhållande till en avdelning med säkerhetsklass 3. Vid vård enligt såväl LPT som LRV har vårdgivaren där möjlighet att ha så kallad allmän inpasseringskontroll. Det innebär att alla personer som passerar in på avdelningen ska kroppsvisiteras i syfte att söka efter föremål som en intagen inte får inneha.[178]

Inom rättspsykiatrisk vård får vissa patienter[179] som vårdas vid förhöjd säkerhetsklass endast använda elektroniska kommunikationstjänster som tillhandahålls av vården.[180] På så sätt finns det större möjligheter att kontrollera patienters kommunikation, såsom kommunikation med kriminella utanför vårdinrättningen. Anledningen till att reglering infördes var bland annat att motverka brottslighet.[181]

Samtidigt finns det på alla säkerhetsklasser en möjlighet att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster genom individuella beslut. En sådan inskränkning kräver dock att inskränkningen ska vara nödvändig med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada.[182] Individuella beslut bör enligt Socialstyrelsen generellt vara mindre effektiva för att förhindra brottslighet än ett generellt förbud.

Argument som rättspsykiatriska verksamheter har framfört mot att risken för brott ska vara ett eget bedömningskriterium vid placering är att det kan få till konsekvens att alla patienter med SUP placeras på förhöjd säkerhetsklass. Detta utifrån att en domstol, för alla patienter med SUP, redan har bedömt att det finns en risk för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag.[183] För att vården ska upphöra krävs också att denna risk inte längre föreligger.[184]

Socialstyrelsen menar att en reglering som skulle medföra att samtliga patienter med SUP skulle placeras på förhöjd säkerhetsklass inte är önskvärd. Detta eftersom det kan vara tillräckligt att placera en patient med SUP på säkerhetsklass 3. Myndigheten bedömer dock att den omständigheten att risk för brottslig handling skulle vara ett bedömningskriterium inte i sig bör få till konsekvens att patienter med SUP alltid placeras på förhöjd säkerhetsklass. Detta eftersom det kriteriet endast

[178] 23 b § LPT och 8 b § LRV.
[179] Det gäller för patienter med SUP, den som är anhållen, häktad eller intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt.
[180] 8 a § LRV.
[181] Prop. 2013/14:119, s. 54.
[182] 20 b § LPT och 8 § LRV.
[183] Se 31 kap. 3 § BrB.
[184] Se 16 § LRV.

är en omständighet av flera som ska beaktads vid den samlade bedömning som ska göras av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Några externa aktörer har argumenterat för att risken för brottslighet inte behöver vara ett eget bedömningskriterium eftersom den risken konsumeras av kriteriet ”skada annan”. Socialstyrelsen bedömer emellertid att det senare kriteriet inte rymmer alla brott som bör kunna beaktas vid en placeringsbedömning. Det kan också vara otydligt om en handling innebär att annan skadas eller inte, såsom narkotikabrott och vissa terroristbrott.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att särskilt beakta risken för brottslighet vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras.

Allvarlig brottslighet

Frågan är vilken typ av brottslighet som bör beaktas vid bedömningen av på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Eftersom en placering på förhöjd säkerhetsklass innebär vissa begränsningar i en patients fri- och rättigheter bedömer Socialstyrelsen att det endast bör vara allvarligare brott som särskilt ska beaktas vid en placeringsbedömning.

Det är enligt myndigheten inte rimligt att i föreskrifter närmare precisera vilka brott som kan anses vara allvarliga. Då verksamheter ska tolka begreppet är det enligt myndigheten lämpligt att söka vägledning i hur begreppet tolkas när det gäller regleringen om SUP vid risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag.[185] Av förarbetena framgår att SUP i första hand ska kunna utnyttjas vid brott som riktar sig mot eller innebär fara för någon annans liv, hälsa eller personliga säkerhet. Det framgår vidare att misshandel beroende på omständigheterna är exempel på ett sådant brott och grov stöld, men att t. ex. störande beteende inte är det. Andra exempel som ges är grov skadegörelse, t. ex. anläggande av brand, och narkotikabrottslighet samt spioneri. I förarbetena anges också att de bör betonas att kravet på att det ska vara fråga om brottslighet som är av allvarligt slag innebär att det ska ske en samlad bedömning där inte bara enskilda gärningar utan även den totala omfattningen av brotten och sambandet mellan dessa får vägas in.[186]

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att risken att en patient begår ett allvarligt brott bör vara ett kriterium som särskilt ska beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Kriteriet bör således tas med i de nya säkerhetsföreskrifterna.

[185] Se 31 kap. 3 § BrB och 16 § LRV.
[186] Prop. 1990/91:58, s. 534.

Risk att en patient tar in otillåten egendom

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har menat att risken att en patient tar in otillåten egendom, såsom vapen och droger, borde vara ett eget kriterium. Andra har menat att det inte bör vara det eftersom alla verksamheter ska kunna ta hand om patienter som riskerar att föra in otillåten egendom och att det finns möjlighet att besluta om visitation.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det finns vissa föremål som en patient inte får inneha. Exempel på sådana föremål är narkotika eller annan egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.[187]

För att föremålet ska vara ett hot mot säkerheten behöver det enligt Socialstyrelsen användas på ett sätt som skadar annan eller på annat sätt innebär en säkerhetsrisk. Det skulle t.ex. kunna vara att patienten blir våldsam efter att ha använt narkotika eller skadar någon med kniv eller annat föremål. Risken att patienten skadar någon är dock redan ett eget bedömningskriterium. Om patienten tar in narkotika och säljer det till andra är det en brottslig handling, som är ett eget bedömningskriterium. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att risken att en patient tar in ett otillåtet föremål inte bör vara ett eget bedömningskriterium.

Placering som motsvarar patientens behov

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Enligt 6 kap. 3 § första stycket SOSFS 2006:9 ska chefsöverläkaren fatta beslut om att placera en patient vid en avdelning som har den säkerhetsnivå som motsvarar patientens behov.

Synpunkter från externa aktörer

Många externa aktörer har lyft att det är otydligt vad som menas med att placeringen ska ske utifrån ”patientens behov”. De anser att det är oklart om behov syftar på patientens vårdbehov, behov att vara utomhus, närhet till närstående, behov av säkerhet eller annat. Flera har tolkat det som att behov syftar på de kriterier som ska bedömas inför placeringsbeslutet, och att bestämmelsen därmed är överflödig och kan tas bort.

Några verksamheter har ansett att kriteriet om patientens behov borde finnas kvar. De påpekar dock samtidigt att det vid placering ofta inte går att ta

[187] 21 § LPT och 8 § LRV.

hänsyn till t.ex. närhet till närstående på grund av den platsbrist som råder. De har även framfört att säkerhet och samhällsskydd bör väga tyngre än patientens behov, dvs. närhetsprincipen kan beaktas om inte säkerhetsaspekter talar mot.

Socialstyrelsens bedömning

Då det i Säkerhetshandboken redogörs för bestämmelsen om patientens behov refereras det tillbaka till bedömningskriterierna.[188] Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund härav och vad som i övrigt framkommit i föreskriftsarbetet att regleringen om placering utifrån patientens behov inte tillför något utöver de bedömningskriterier som särskilt ska beaktas. Därmed bedömer myndigheten att regleringen om patientens behov inte bör föras över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Bedömning av barnets bästa

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det finns ingen reglering i SOSFS 2006:9 om att barnets bästa ska beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass ett barn ska placeras.

Socialstyrelsens bedömning

Av artikel 3 barnkonventionen framgår att det vid alla åtgärder som rör barn i första hand ska beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.[189] Det innebär att chefsöverläkaren ska beakta barnets bästa då hen gör en bedömning av vid vilken säkerhetsklass ett barn ska placeras.

Eftersom krav på en bedömning av vad som är barnets bästa redan gäller enligt barnkonventionen bedömer Socialstyrelsen att det inte bör införas någon reglering om barnets bästa i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Placering på högre säkerhetsklass av annat skäl än säkerhet

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 3 § andra stycket SOSFS 2006:9 framgår att en patient får placeras vid en avdelning som har en säkerhetsnivå som ligger en nivå över den nivå patienten har behov av, om det finns särskilda skäl.

Synpunkter från externa aktörer

[188] Säkerhetshandboken, s. 31.
[189] Barnkonventionen gäller som lag i Sverige. Se lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Flera verksamheter har framfört att det behöver finnas en möjlighet att placera patienter på en högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl. En sådan placering har uppgetts kunna bli aktuell om patienten har använt droger, inte skött sin medicinering eller väntar på att bli förflyttade till en klinik med rätt säkerhetsklass. Ett annat skäl som nämnts är att det inte skulle vara bra för patienten att byta klinik.

Flera verksamheter har uppgett att platsbrist kan vara ett skäl för placering på högre säkerhetsklass än vad patienten har behov av. Några har uppgett att platsbrist är det vanligaste skälet och att det är viktigt att ha en sådan möjlighet. Många verksamheter har lyft att det är fullt på rättspsykiatrin och att de i princip inte har möjlighet att ta emot några LPT-patienter. Även allmänpsykiatrin har framfört att de har platsbrist.

Verksamheter och andra externa aktörer har även ansett att organisatoriska frågor, såsom platsbrist, inte bör vara ett särskilt skäl för att placera en patient på högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt. De har också framfört att det är viktigt att det av säkerhetsföreskrifterna tydligt framgår att de särskilda skälen ska vara knutna till patienten. Sådana skäl kan enligt externa aktörer vara vårdkontinuitet och återhämtning. Externa aktörer har även ansett att de särskilda skälen skulle kunna knytas till ”patientens bästa”.

Någon extern aktör har ansett att det aldrig borde vara tillåtet att placera en patient på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt. Detta eftersom en bedömning av vad som är särskilda skäl väldigt mycket baseras på antaganden från personalen.

IVO har framfört att regleringen om särskilda skäl är något bekymmersam eftersom en placering på högre säkerhetsklass nära närstående egentligen handlar om brist på platser på säkerhetsklass 3. Om regleringen om särskilda skäl ska finnas kvar ser IVO positivt på att den hänvisar till patientens behov och att det blir tydligt att det inte får vara platsbrist.

Några externa aktörer har framfört att patienten bör vara delaktig i ett beslut om placering på högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt eller samtycka till placeringen. Några har menat att det inte går att samtycka till tvångsåtgärder. IVO har uppgett att patientens delaktighet behöver begränsas till då det är lämpligt av säkerhetsskäl.

Socialstyrelsens bedömning – placering på högre säkerhetsklass av annat skäl än säkerhet

Socialstyrelsen bedömer att det i vissa fall fortsatt bör vara möjligt placera en patient på en högre säkerhetsklass än vad som tidigare har bedömts vara nödvändigt av säkerhetsskäl.

Av Säkerhetshandboken framgår att det kan bli aktuellt med placering på högre säkerhetsklass om det utifrån klinisk synpunkt är lämpligt att en patient fortsätter att vårdas vid en avdelning med hög säkerhet trots att patientens faktiska behov av bedömd säkerhetsklass ändrats till godtagbar säkerhet. Exempel som ges är att patients behov av kontinuitet i vården eller av viss hälso- och sjukvårdspersonal i enstaka fall kan motivera placering på högre säkerhetsklass. Det anges också att platsbrist i lägre säkerhetsklasser inte kan anse vara särskilda skäl.[190]

Socialstyrelsen menar att skälen för att placera en patient på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl behöver relatera till patientens behov, såsom patientens behov av vårdkontinuitet eller av att vistas nära närstående. Att en patient har använt droger eller inte skött sin medicinering är dock enligt myndigheten inte skäl som hänför sig till patientens behov. I föreskriftsarbetet har det framgått att vissa verksamheter anser att platsbrist är ett särskilt skäl, medan andra inte gör det. Av handboken framgår tydligt att platsbrist inte är ett särskilt skäl i den mening som avses i SOSFS 2006:9.

Socialstyrelsen konstaterar att flera verksamheter har lyft att det råder platsbrist och att de därför kan ha svårt att placera en patient på den säkerhetsklass som bedömts nödvändig, och att de därför kan behöva använda en ledig plats på en avdelning med högre säkerhetsklass. Socialstyrelsen har förståelse för att bristen på vårdplatser är problematisk och kan vara svår att hantera. Myndigheten bedömer dock att det inte är rimligt att hantera den problematiken genom att placera patienter på högre säkerhetsklass än vad en chefsläkare har bedömt är nödvändigt av säkerhetsskäl. Detta särskilt utifrån den inskränkning i grundläggande fri- och rättigheter det innebär för en patient att placeras på en avdelning med högre säkerhetsklass.

Utifrån vad som framkommit i föreskriftsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att i säkerhetsföreskriften förtydliga att skälen för att placera en patient på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl ska vara att patienten har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning. På så sätt kommer det indirekt framgå att det inte kan ske på grund av organisatoriska frågor, såsom platsbrist.

Socialstyrelsen har övervägt om begreppet ”patientens bästa” bör användas i stället för patientens behov, men funnit att det inte är att föredra eftersom begreppet är relativt otydligt och inte i övrigt används i regelverket för hälso- och sjukvården.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att en patient ska kunna placeras på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är

[190] Säkerhetshandboken, s. 32.

nödvändig av säkerhetsskäl om patienten har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning.

För att tydliggöra vad behoven kan vara bedömer Socialstyrelsen att det bör införas allmänna råd med exempel på sådana behov. De exempel som enligt myndigheten bör ges är vårdkontinuitet och vistelse nära närstående.

Socialstyrelsens bedömning – beslut av chefsöverläkare

Socialstyrelsen konstaterar att det av SOSFS 2006:9 framgår att en patient får placeras vid en avdelning som har en säkerhetsnivå som ligger en nivå över den nivå patienten har behov av. Det anges emellertid inte vem som ska bedöma behovet eller om det behöver fattas ett beslut eller inte. Socialstyrelsen menar att det är angeläget att det i dessa fall fattas ett beslut och att det görs av chefsöverläkaren, eller den chefsöverläkaren har gett ett sådant uppdrag till.

Socialstyrelsens bedömning – patientens synpunkter

Enligt Socialstyrelsen är det angeläget att en patient får lämna synpunkter innan en chefsöverläkare fattar beslut om att placera patienten på en högre säkerhetsnivå än vad som behövs av säkerhetsskäl. Detta eftersom det är patientens behov som ska ligga till grund för beslutet och det därmed är angeläget att patienten får ge uttryck för sina behov och även lämna andra synpunkter på placeringen.

I patientlagen finns bestämmelser om att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.[191] Regleringen gäller alltså delaktighet i frågor som handlar om hälso- och sjukvård. En placering på en avdelning med viss säkerhetsklass är enligt Socialstyrelsens bedömning inte primärt en fråga om hälso- och sjukvård. Enligt artikel 12 i barnkonventionen har barn rätt att vara delaktiga i alla frågor som rör barnet, någon motsvarande bestämmelse finns inte för vuxna.

Den reglering som finns om delaktighet är enligt Socialstyrelsen inte tillräcklig för att säkerställa att patienter ges möjlighet att lämna synpunkter inför beslut om placering på högre säkerhetsklass. Det bör därför i de nya säkerhetsföreskrifterna införas ett krav på att patienten ska ges möjlighet att lämna synpunkter på en placering på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som behövs av säkerhetsskäl, innan chefsöverläkaren fattar ett sådan beslut.

Som framgår ovan har ett par externa aktörer framfört att en placering på högre klass än patienten har behov av borde kräva patientens samtycke. Socialstyrelsen menar att en patient inte kan samtycka till en sådan

[191] 5 kap. 1 § patientlagen.

placering, eftersom ett samtycke till ökat tvång inte kan ses som ett reellt samtycke. Därmed kan samtycke inte heller vara ett krav för placering på högre säkerhetsklass.

Placering av patienter som vårdas enligt LPT

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 4 § SOSFS 2006:9 framgår att en patient som tas in för vård enligt LPT ska vårdas vid en avdelning med godtagbar säkerhetsnivå, om det inte är särskilt påkallat att patienten bedöms och placeras i enlighet med bestämmelserna i 1–3 §§.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter och andra externa aktörer har framfört att de tycker det är bra att utgå ifrån att LPT-patienter ska vårdas på säkerhetsklass 3, och att nuvarande formulering i SOSFS 2006:9 är bra. Verksamheter har uppgett att de har placerat LPT-patienter på förhöjd klass inom rättspsykiatrin i akuta situationer, t.ex. då patienter har varit mycket våldsamma eller farliga. Det uppges dock i princip inte ske längre, eftersom det är fullt på rättspsykiatrin.

Flera verksamheter har framfört att de tycker att det är oklart vad som menas med att en bedömning av placering på förhöjd säkerhetsklass ska göras om det är ”särskilt påkallat”. De menar att begreppet behöver förtydligas, såsom att det kan handla om rymningsbenägenhet, hög risk för fritagning eller farlighet. De har vidare föreslagits att ”särskilt påkallat” skulle kunna tonas ned till ”påkallat”. Några verksamheter har tyckt att begreppet är bra och tydligt nog.

Socialstyrelsens bedömning

Enligt reglering i SOSFS 2006:9 ska en LPT-patient som utgångspunkt placeras på en avdelning med säkerhetsklass 3, och en bedömning av placering på högre säkerhetsklass endast göras om det är särskilt påkallat.

I föreskriftsarbetet har det framkommit att verksamheter tycker det är otydligt när de ska göra en bedömning av om en LPT-patienten bör placeras på en högre säkerhetsklass, dvs. när det kan anses vara ”särskilt påkallat”. Av Säkerhetshandboken framgår att det i vissa fall kan finnas omständigheter som talar mot att en LPT-patient placeras på säkerhetsklass 3, och att de då ska bedömas i enlighet med de bedömningskriterier som finns för LRV-patienter.[192]

Socialstyrelsen delar externa aktörers bedömning att begreppet ”särskilt påkallat” är något otydligt och har därför övervägt att byta ut det till annan

[192] Säkerhetshandboken, s. 32.

formulering. Ett alternativ skulle kunna vara att en bedömning av om det finns skäl att placera en LPT-patient på förhöjd säkerhetsklass ska göras om det är sannolikt att något eller några av de bedömningskriterier som särskilt ska beaktas vid placering av LRV-patienter föreligger för en LPT-patient.

En sådan reglering riskerar dock enligt myndigheten att få till följd att en bedömning behöver göras i relativt stor omfattning, utan att det egentligen är motiverat. Såsom om det finns en risk att en patient skadar annan. Myndigheten menar att en sådant krav riskerar att medföra en administrativ börda som inte kan anses motiverad. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att regleringen i SOSFS 2006:9 är ändamålsenlig och därmed bör föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Placering av patienter som vårdas på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning

Synpunkter från RMV

RMV har framfört att det är oklart hur säkerhetsföreskrifterna ska tillämpas när det gäller placering av personer som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning på en avdelning med viss säkerhetsklass, eftersom det även finns annan reglering om var en sådan undersökning ska genomföras.

Placering vid enhet för rättspsykiatrisk undersökning

Av SOSFS 2006:9 framgår att regleringen om placering av patienter vid viss säkerhetsklass även gäller för en person som ska placeras på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning.[193]

Av förordningen (1991:1413) om rättspsykiatrisk undersökning framgår att en rättspsykiatrisk undersökning ska utföras på en undersökningsenhet inom det upptagningsområde där den misstänkte är bosatt eller, om han inte har stadigvarande bostad i landet, inom det upptagningsområde där han vistas. Undantag får göras om särskilda skäl föranleder annat.[194]

Av förordningen framgår också att RMV för ett visst fall får besluta eller för en viss tid föreskriva att rättspsykiatriska undersökningar ska utföras vid någon annan undersökningsenhet än som följer av indelningen i upptagningsområden, om det behövs med hänsyn till arbetsbelastningen vid enheterna.[195]

I Rättsmedicinalverkets föreskrifter **(**HSLF-FS 2020:24**)** om fördelning av rättspsykiatriska undersökningar och läkarintyg enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m. på undersökningsenheter finns

[193] 6 kap. 1 § SOSFS 2006:9.
[194] 2 § förordningen om rättspsykiatrisk undersökning.
[195] 3 § förordningen om rättspsykiatrisk undersökning.

bestämmelser om fördelning av rättspsykiatriska underökningar. Av bilaga 1 till föreskrifterna framgår att rättspsykiatriska undersökningsenheten i Göteborg ansvarar för fyra län och motsvarande enhet i Stockholm ansvarar för 14 län.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det i förordningen om rättspsykiatrisk undersökning och HSLF-FS 2020:24 finns särskild reglering om var en person ska genomgå en rättspsykiatrisk undersökning. Huvudregeln är att det ska göras på den rättspsykiatriska undersökningsenhet som hör till det upptagningsområde där personen är bosatt eller vistas, men att undantag kan göras om det föreligger särskilda skäl.

I SOSFS 2006:9 finns en reglering om att en chefsöverläkare ska besluta på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras utifrån vissa kriterier som särskilt ska beaktas.

Frågan är om dessa regelverk i vissa situationer skulle kunna stå i strid med varandra. Det skulle möjligen kunna vara fallet om en person i enlighet med förordningen om rättspsykiatrisk undersökning och HSLF-FS 2020:24 ska placeras på en viss undersökningsenhet, men det där saknas den säkerhetsklass som chefsöverläkaren har bedömt är nödvändig utifrån regleringen i säkerhetsföreskrifterna. I en sådan situation bör det vara den särskilda reglering som finns i förordningen om rättspsykiatrisk undersökning som har företräde. Detta eftersom en förordning enligt normhierarkin har företräde framför myndighetsföreskrifter.

Av förordningen om rättspsykiatrisk undersökning framgår emellertid att det finns en möjlighet att göra undantag från huvudregeln om placering om det föreligger särskilda skäl. Ett sådant skäl torde enligt Socialstyrelsen kunna vara att en chefsöverläkare har bedömt att det ur ett säkerhetsperspektiv är nödvändigt att en patient placeras på viss säkerhetsklass.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte bör göras någon ändring i de nya säkerhetsföreskrifterna i förhållande till vad som gäller enligt SOSFS 2006:9 beträffande de placeringsbedömningar som ska göras för personer som ska vistas på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Det innebär att en bedömning ska göras på samma sätt som för personer som vårdas enligt LRV.

Beslut om placeringen

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 3 § första stycket framgår att det är en chefsöverläkare som ska fatta beslut om att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass.

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har ansett att det fortsatt bör vara chefsöverläkaren som har ansvaret för att fatta placeringsbeslut. De har även framfört att sådana beslut bör kunna överlåtas till annan, och att det bör vara till en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna.

Anledningar som har framförts till att uppgiften bör kunna överlåtas är särskilt att det annars skulle bli för betungande för chefsöverläkaren, att det behövs under jourtid och att andra läkare än chefsöverläkaren ofta har bättre kännedom om patienten. Några verksamheter har framfört att chefsöverläkare redan i dag överlåter placeringsbeslut till specialistläkare.

Argument som några externa aktörer har lyft mot att chefsöverläkaren ska kunna överlåta placeringsbeslut är att det kan bli problematiskt om flera läkare har möjlighet att fatta beslut, särskilt om de har olika åsikter. Några har lyft att ett beslut att placera en patient på en högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl kanske inte bör kunna överlåtas. Det har även framförts att det är tveksamt om en chefsöverläkare bör kunna överlåta en bedömning av om en LPT-patient behöver placeras på förhöjd säkerhetsklass. Främst utifrån att sådana bedömningar sällan görs.

Ett par verksamheter har framfört att det kan finnas skäl att införa ett krav på att chefsöverläkaren ska samråda med säkerhetsansvarig om placeringen. Flera verksamheter har emellertid ansett att chefsöverläkaren inte ska behöva samråda med säkerhetsansvarig. Detta har i huvudsak motiverats med att ett placeringsbeslut är en medicinsk fråga, att säkerhetsansvarig inte alltid är i tjänst samt att det ligger i chefsöverläkarens roll att inhämta den information som anses nödvändig för att kunna fatta beslutet.

Någon verksamhet har framfört att det är oklart vilken chefsöverläkare som ska bestämma säkerhetsklass för en patient som byter klinik, dvs. om det är chefsöverläkaren på den klinik där patienten varit placerad eller mottagande klinik. Flera har dock menat att det är tydligt att det är chefsöverläkaren på den klink där patienten ska vara placerad som bestämmer säkerhetsklass, och att det inte behövs någon särskild reglering om det.

Socialstyrelsens bedömning

Bedömningar och beslut om placering

Socialstyrelsen bedömer att det fortsatt bör vara en chefsöverläkare som har ansvaret för att fatta beslut om vid vilken avdelning med viss säkerhetsklass en patient ska placeras. Av LPT och LRV framgår att det med chefsöverläkare avses chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.[196] Socialstyrelsen bedömer att det saknas skäl att i säkerhetsföreskriften ytterligare reglera vilken chefsöverläkare som ska fatta placeringsbeslutet, utan menar att det redan är tillräckligt tydligt att det är chefsöverläkaren på den sjukvårdsinrättning där patienten ska vara inskriven som ska fatta beslutet.

Socialstyrelsen konstaterar att en chefsöverläkare får uppdra åt en erfaren läkare, vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas, med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt LPT och LRV.[197] Det gäller bland annat beslut om intagning och fastspänning.

Mot bakgrund av vilka beslut som kan överlåtas enligt LPT och LRV bedömer Socialstyrelsen att det är rimligt att även bedömningar och beslut om att placera en patient på en avdelning med viss säkerhetsklass ska kunna överlåtas. Myndigheten har även vägt in att chefsöverläkaren kan behöva avlastas, eftersom placeringsbeslut generellt sett behöver fattas relativt ofta.

Den omständigheten att flera läkare, som har olika åsikter om placeringar, kan ha rätt att göra bedömningar och fatta beslut om placeringar är enligt myndigheten inte ett tillräckligt skäl för att en överlåtelse av uppgifterna inte bör få ske. En sådan situation kan även uppstå i fråga om andra uppgifter som har överlåtits och behöver lösas internt inom verksamheten.

Myndigheten bedömer att placeringsbeslut bör kunna överlåtas till en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna, men däremot inte till annan läkare. Detta utifrån de konsekvenser ett placeringsbeslut får för patienten.

När det gäller patienter som vårdas enligt LPT sker, enligt vad som framkommit i föreskriftsarbetet, sällan bedömningar av om en patient ska placeras på förhöjd säkerhetsklass. Det finns således inte samma behov av avlastning för en chefsöverläkare i den psykiatriska tvångsvården som i den rättspsykiatriska vården. Om det är sällanhändelser kan kunskapen om placeringsbedömningar vara mindre och det kan därför finnas skäl att

[196] 1 § LPT och 2 § LRV.
[197] Se 39 § LPT och 23 § LRV.

begränsa antalet beslutsfattare för att öka förutsättningarna för en enhetlig praxis.

Av särskilt dessa skäl har myndigheten övervägt att inte möjliggöra överlåtelse från chefsöverläkare av bedömningar och beslut om placering för LPT-patienter. Samtidigt konstaterar myndigheten att det är möjligt att placeringar av LPT-patienter på förhöjd säkerhetsklass kommer att ske i högre utsträckning framöver.[198] Trots nämnda nackdelar bedömer Socialstyrelsen att det är rimligt att en chefsöverläkare ska kunna överlåta bedömningar och beslut om placeringar av LPT-patienter.

Myndigheten har även övervägt att inte låta en chefsöverläkare överlåta beslut att placera en patient på en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som behövs av säkerhetsskäl. Detta eftersom ett sådant beslut innebär att patientens mänskliga rättigheter kan inskränkas mer än vad som egentligen är nödvändigt. Samtidigt bedömer Socialstyrelsen att det vid en jämförelse med andra uppgifter som en chefsöverläkare kan överlåta enligt LPT/LRV är rimligt att chefsöverläkaren ska kunna överlåta sådana placeringsbeslut. En sådan möjlighet bidrar också till att verksamheter kan organiseras utifrån lokala behov och förutsättningar.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att en chefsöverläkare bör få uppdra uppgiften att besluta att placera en patient på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om patienten har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning.

Samråd med säkerhetsansvarig

Enligt Socialstyrelsen bör det inte införas något krav på att chefsöverläkaren ska samråda med en säkerhetsansvarig inför placeringsbeslut. Bedömningen grundas i huvudsak på att det bör vara upp till chefsöverläkaren att inför varje beslut avgöra om det behövs information från säkerhetsansvarig eller inte. Ett krav på samråd skulle dessutom kunna få till konsekvens att vården behöver organisera sig så att säkerhetsansvarig finns närvarande även under jourtid. En sådan konsekvens är enligt myndigheten inte rimlig eller kostnadseffektiv.

[198] En anledning till att det möjligen kan bli fler avdelningar med förhöjd säkerhetsklass för LPT-patienter är att verksamheter under föreskriftsarbetet har uppgett att de har behov av klass 2 avdelningar. En annan anledning är att det finns ett förslag om att LPT-patienter endast kortvarigt i särskilda undantagsfall ska kunna placeras i rättspsykiatrisk vård, se betänkandet God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40).

Verkställighet av placeringsbeslut

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Det saknas reglering om när ett beslut om placering vid viss säkerhetsklass ska verkställas.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det kan uppstå viss fördröjning mellan ett beslut om placering på viss säkerhetsklass och när själva placeringen äger rum. En patient kan exempelvis befinna sig på säkerhetsklass 2 då beslut fattas om placering på säkerhetsklass 3. Myndigheten bedömer dock att det saknas skäl att införa en reglering om när beslutet om placering ska verkställas. Detta särskilt eftersom placeringen förväntas ske utifrån de generella krav som gäller om exempelvis proportionalitet för tvång och god och säker vård.

Frekvens för övervägande om säkerhetsklass

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 3 § tredje stycket SOSFS 2006:9 framgår att chefsöverläkaren fortlöpande ska överväga vilken säkerhetsnivå som är lämplig.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har uppgett olika tidsintervall för när de gör en bedömning av vid vilken säkerhetsklass en patient fortsatt ska vara placerad. De har bland annat uppgett att patienter på säkerhetsklass 1 bedöms var annan till tredje vecka, patienter på nivå 2 bedöms i samband med veckoronder och att en större bedömning därefter görs en gång i månaden samt att patienter på säkerhetsklass 3 i huvudsak bedöms när det finns anledning, såsom vid en särskild händelse. Någon verksamhet har framfört att de funderar över patientens situation och placering dagligen i samband med ronden. Verksamheter har också framfört att tidsintervallet beror på omständigheterna i det enskilda fallet och att t.ex. risken för fritagning inte behöver bedömas så ofta.

När det gäller begreppet ”fortlöpande” har såväl verksamheter som andra externa aktörer ansett att det är bra eftersom det ger utrymme för att anpassa intervallen utifrån situationen. Andra har menat att fortlöpande inte är bra eftersom det låter som att en bedömning behöver göras varje dag och att regelbundet då är bättre. Någon myndighet har framfört att det inte är bra att specificera hur ofta bedömningar ska göras, eftersom det minskar dynamiken i säkerheten.

Externa aktörer har även ansett att det borde förtydligas vad som avses med ”fortlöpande”. Det har framförts att det rimligen borde betyda att bedömning av säkerhetsklassen ska göras kontinuerligt utifrån vårdbehov och säkerhetsrisk. Några verksamheter har framfört att det borde införas ett minimikrav för hur ofta placeringsbedömningar ska göras. Förslag på tidsintervall som har getts är en gång i veckan, var tredje månad, var sjätte månad och en gång om året.

Externa aktörer har också framfört att det är rimligt med bedömning minst var sjätte månad vid vård enligt LRV men att det vid vård enligt LPT bör ske fortlöpande, eftersom vårdtiderna där är kortare. IVO har framfört att fortlöpande är bra, men att det möjligen kan införas ett minimikrav för hur ofta säkerhetsklassen minst ska övervägas. IVO gav som exempel att det minst ska ske vid domstolsprövning om förlängning av vården, vilket blir minst två gånger om året. SiS framförde att de utvärderar en patients säkerhetsplacering varannan månad.

Socialstyrelsens bedömning

Av Säkerhetshandboken framgår att bestämmelsen om att chefsöverläkaren ska överväga säkerhetsklassningen fortlöpande innebär att en omprövning av vilken säkerhetsklass som är lämplig ska ske kontinuerligt. Det framgår vidare att avsikten är att en patient så snart det är praktiskt möjligt ska flyttas och vårdas i en säkerhetsklass som motsvarar hans eller hennes behov.[199]

Socialstyrelsen konstaterar att anledningen till att säkerhetsklassen behöver övervägas primärt är att en patient inte ska vara placerad på en säkerhetsklass som är högre än vad som är nödvändigt, eftersom det skulle vara en oproportionerlig inskränkning i patientens grundläggande fri- och rättigheter. Det är emellertid även viktigt att en patient inte är placerad på en för låg säkerhetsklass, eftersom det kan innebära förhöjd risk för säkerhetsincidenter.

Det skulle kunna argumenteras för att bedömning av lämplig säkerhetsklass bör ske mer frekvent ju högre säkerhetsklassen är, eftersom inskränkningarna i en patients fri- och rättigheter måste anses vara större ju högre säkerhetsklassen är. Det skulle även kunna argumenteras för att bedömningarna bör kunna ske mer sällan för exempelvis LRV-patienter än för LPT-patienter. Detta eftersom vårdtiderna ofta är betydligt längre för LRV-patienter och patientens situation därmed är mer stabil och statisk, än för LPT-patienter.

Socialstyrelsen menar dock att dessa argument är för generella och att det avgörande för frekvensen i stället bör vara omständigheterna i det enskilda fallet. Det bör därmed finnas en viss flexibilitet vad gäller frekvensen.

[199] Säkerhetshandboken, s. 32.

Socialstyrelsen bedömer därför att det inte är lämpligt att ha krav på visst tidsintervall. Myndigheten bedömer att det inte heller är lämpligt med minimikrav för när en bedömning minst ska göras. Detta särskilt för att det kan få till konsekvens att bedömningarna av lämplig säkerhetsklass kommer att ske mer sällan än vad som annars varit fallet.

Frågan är då om nuvarande krav på att säkerhetsklassen fortlöpande ska övervägas är ändamålsenlig eller om det bör införas något annat begrepp, såsom vid behov eller regelbundet. Enligt Socialstyrelsen kan en reglering som hänvisar till behov får till konsekvens att bedömningar inte görs tillräckligt ofta. Begreppet regelbundet indikerar att något ska ske med viss symmetri, medan fortlöpande mer tar sikte på kontinuiteten. Eftersom Socialstyrelsen menar att bedömningarna bör kunna individanpassas och ske med viss flexibilitet bedömer myndigheten att begreppet fortlöpande är mer ändamålsenligt än regelbundet.

Enligt SOSFS 2006:9 är det chefsöverläkaren som fortlöpande ska överväga vilken säkerhetsklass en patient ska vara placerad på.[200] Som framgår ovan under rubriken ”Beslut om placering” föreslår Socialstyrelsen att chefsöverläkaren ska få uppdra åt en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att bedöma och fatta beslut om placering. Socialstyrelsen bedömer att det är rimligt att den läkare som har fått ett sådant uppdrag även ska kunna göra den fortlöpande kontrollen av vilken säkerhetsklass som är nödvändig för patienten.

Socialstyrelsen bedömer således att chefsöverläkaren fortlöpande bör överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig för de patientkategorier som det alltid ska fattas ett placeringsbeslut för[201] samt för LPT-patienter som är placerade på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass. Det innebär att chefsöverläkaren inte behöver fortlöpande överväga säkerhetsklass för LPT-patienter som vistas på en avdelning med godtagbar säkerhetsklass. Däremot behöver chefsöverläkaren alltid fortlöpande överväga om en patients behov av att vara placerad på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl kvarstår. Sådana överväganden ska även kunna göras av den läkare som har fått i uppdrag att fatta beslut om placering på viss säkerhetsklass.

Journalföring

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Av 6 kap. 1 § andra stycket och 2 § tredje stycket SOSFS 2006:9 framgår att chefsöverläkarens bedömning av på vilken säkerhetsklass en patient ska

[200] Se 6 kap. 3 § sista stycket SOSFS 2006:9.
[201] Dvs. patienter som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, tas in för frivillig vård från ett häkte, en kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem och genomgår en rättspsykiatrisk undersökning vid en enhet för rättspsykiatrisk undersökning.

placeras och den fastställda säkerhetsnivån ska dokumenteras i patientens journal.

Synpunkter från externa aktörer

IVO har framfört att det ofta finns journalföring om vid vilken säkerhetsklass en patient har placerats, men att det nästan alltid saknas anteckningar i patientjournalen om skälet för placeringen. IVO har efterfrågat tydlig dokumentation för den situationen att en patient placeras på en avdelning med en säkerhetsklass över av den som är nödvändig av säkerhetsskäl.

Verksamheter har ansett att det är oklart om det är bedömningen av säkerhetsklass och patientens behov som ska journalföras eller om det är själva beslutet. Det har även ansetts oklart om den faktiska förflyttningen till viss säkerhetsklass ska journalföras, eftersom den kan ske vid en annan tidpunkt än själva beslutet.

Verksamheter för allmänpsykiatrin har undrat om regleringen om journalföring av säkerhetsklass gäller för LPT-patienter och vad som ska journalföras om de ber rättspsykiatrin om placering på exempelvis säkerhetsklass 2, men de inte har någon plats att erbjuda. De har vidare uppgett att de i praktiken inte journalför bedömningar av behov av klass 2.

SKR har framfört att allmänpsykiatrin behöver dokumentera bedömningar av behov av klass 2, även om de sedan får nej till placeringar. Detta eftersom det är viktigt att synliggöra om vården inte kan möta upp behov av säkerhet för LPT-patienter.

Socialstyrelsens bedömning

Journalföring - placering av LRV-patienter

Socialstyrelsen konstaterar att det i SOSFS 2006:9 finns krav på att chefsöverläkarens bedömning av på vilken säkerhetsklass en LRV-patient ska placeras och den fastställda säkerhetsklassen ska dokumenteras i patientens journal.

Enligt Socialstyrelsen bör det för LRV-patienter fortsatt finnas krav på journalföring av beslut om placering på viss säkerhetsklass och skälen för det. Dokumentationen behövs särskilt för det interna kvalitetsarbetet, extern tillsyn och för att patienten och anhöriga i efterhand ska kunna ta del av skälen för placeringen.

Journalföring - placering av LPT-patienter

När det gäller LPT-patienter är kravet på journalföring i SOSFS 2006:9 otydligt. I Säkerhetshandboken anges att det är lämpligt att i patientens journal anteckna när det framkommit omständigheter som motiverar ett

avsteg från huvudregeln om att en LPT-patienten ska placeras på säkerhetsnivå 3.

Socialstyrelsen bedömer att det inte bör krävas journalföring av att en patient är placerad på säkerhetsklass 3, eftersom en sådan placering är utgångspunkten och inte kräver något beslut.

Frågan är vilka krav på journalföring som bör gälla om chefsöverläkaren har ansett att det är särskilt påkallat att göra en bedömning av om patienten bör placeras på förhöjd säkerhetsklass. En situation som lyfts i föreskriftsarbetet är att chefsöverläkaren har bedömt att det finns ett behov att placera en LPT-patient på förhöjd säkerhetsklass, men att en sådan placering sedan inte går att genomföra. Vilket kan bli fallet eftersom det i allmänpsykiatrin knappt finns några platser på förhöjd säkerhetsklass och om rättspsykiatrin inte kan ta emot LPT-patienten på grund av platsbrist eller av andra skäl.

Socialstyrelsen anser att en chefsöverläkares bedömning att det finns behov av att placera en LPT-patient på förhöjd säkerhetsklass bör journalföras, även om det sedan inte leder till en sådan placering. Journalföringen är enligt Socialstyrelsen angelägen för att det i efterhand ska kunna påvisas att vården har uppmärksammat att ett sådant behov förelåg. Den är också ett viktigt underlag för internt kvalitetsarbetet och för att kunna bedöma behov av avdelningar med förhöjd säkerhetsklass inom allmänpsykiatrin. Dessutom är dokumentationen relevant för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha kännedom om bedömningen och därmed ha bättre förutsättningar att förebygga och hantera eventuella säkerhetsincidenter.

Om en LPT-patient tas emot på förhöjd säkerhetsklass är det chefsöverläkaren på den avdelningen som ska fatta beslutet om placering och därmed även journalföra beslutet och skälen för det.

Journalföring - placering på förhöjd säkerhetsklass av annat skäl än säkerhet

Det finns i SOSFS 2006:9 inte något krav på journalföring av de särskilda skäl som en chefsöverläkare bedömt föreligga för att placera en patient på en säkerhetsklass över den som bedömts nödvändig. I Säkerhetsanboken anges dock att det är lämpligt att det antecknas i patientens journal när särskilda skäl har bedömts föreligga samt att dessa preciseras.

Socialstyrelsen har föreslagit att det i säkerhetsföreskrifterna ska förtydligas att chefsöverläkaren får besluta att placera en patient vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om en patient har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning. Myndigheten bedömer att det i de nya

säkerhetsföreskrifterna bör införas krav på journalföring av sådana beslut och skälen för beslutet.

Rutiner för placeringsbedömningar

Socialstyrelsens bedömning

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2006:9 framgår att det ska finnas rutiner för hur man ska göra en bedömning i det enskilda fallet av risken för fritagning, patientens benägenhet att skada sig själv eller annan och rymningsbenägenheten.

Socialstyrelsen har övervägt om det även i de nya säkerhetsföreskrifterna bör införas krav på rutiner för hur chefsöverläkare ska göra en bedömning av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Myndigheten bedömer dock att det bör vara upp till verksamheterna att bedöma om sådana rutiner behövs och därmed att det inte bör införas krav på sådana rutiner. Socialstyrelsen har vid denna bedömning särskilt beaktat vikten av att inte ålägga verksamheterna en alltför tung administrativa börda.

Socialstyrelsens förslag

Bedömningskriterier

Socialstyrelsen föreslår att vissa av de kriterier som enligt SOSFS 2006:9 särskilt ska beaktas vid bedömningen av vid vilken avdelning med viss säkerhetsklass en patient ska placeras ska föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Det gäller kriterierna fritagning, rymning och skada annan. Socialstyrelsen föreslår emellertid att det ska vara *risken* för att en patient ska rymma eller skada någon annan som ska bedömas, inte patientens *benägenhet* att utföra dessa handlingar.

Socialstyrelsen föreslår att risken att en patient begår ett allvarligt brott tas med som ett nytt kriterium för placeringsbedömningar och således förs in i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsen föreslår att följande kriterier för placeringsbedömningen inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Patientens benägenhet att skada sig själv, att patienten tidigare har motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder, patientens beroende av alkohol eller andra droger och patientens behov.

Placering av LPT-patienter

Socialstyrelsen föreslår vidare att bestämmelsen i SOSFS 2006:9 om att en LPT-patient som utgångspunkt ska placeras på en avdelning med säkerhetsklass 3, och att en bedömning av placering på förhöjd

säkerhetsklass ska göras om det är särskilt påkallat förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

Placering av annat skäl än säkerhet

Socialstyrelsen föreslår att chefsöverläkaren får besluta att patienten ska placeras vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om en patient har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning. Myndigheten föreslår också att patienten, innan chefsöverläkaren fattar ett sådant beslut, ska ges möjlighet att lämna synpunkter på en sådan placering.

Överlåtelse av uppgifter

Myndigheten föreslår också att chefsöverläkaren ska få uppdra åt en annan läkare inom verksamheten att bedöma och fatta beslut om placering av patienter samt fortlöpande överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig. Läkaren ska ha specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och vara erfaren på området.

Fortlöpande övervägande av säkerhetsklass

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelserna om att chefsöverläkaren fortlöpande ska överväga vilken säkerhetsklass en patient ska vara placerad vid förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna. Det förtydligas att detta även gäller för patienter som är placerade på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl. När det gäller LPT-patienter förtydligas att kravet på fortlöpande övervägande av säkerhetsklass endast gäller för LPT-patienter som är placerade på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass. Myndigheten föreslår vidare att de fortlöpande övervägningarna även ska kunna göras av en läkare som har fått chefsöverläkarens uppdrag att göra bedömningar och fatta beslut om placering av patienter vid en avdelning med viss säkerhetsklass.

Journalföring

Socialstyrelsen föreslår att det i den nya säkerhetsföreskriften införs krav på att chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om vilket eller vilka beslut som har fattats om att placera patienten på en avdelning med en viss säkerhetsklass samt de skäl som ligger till grund för beslutet eller besluten.

Myndigheten föreslår också att patientens journal ska innehålla uppgifter om de bedömningar som har gjorts av om en LPT-patient ska placeras på avdelning med förhöjdsäkerhetsklass då bedömningen inte resulterat i ett sådant placeringsbeslut.

Rutiner

Socialstyrelsen föreslår att kravet på rutiner för placeringsbedömningar inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna.

2.12 Anmälan och utredning vid brister i säkerheten m.m.

Socialstyrelsens bemyndigande att meddela föreskrifter

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

I 7 kap. SOSFS 2006:9 finns föreskrifter om anmälan av brister i säkerheten som kompletterar 3 kap. 6 § PSL. I 7 kap. 1 § finns en hänvisning till nyss nämnda bestämmelse i PSL och i 7 kap. 2 § finns krav kring vem som ska svara för anmälningsskyldigheten. Bestämmelserna i 7 kap. 3–5 §§ reglerar hur anmälan ska göras, vad utredningen som ska ges in i samband med anmälan ska innefatta samt när den senast ska ges in och vilken information som ska ges till patient eller närstående.

Aktuellt bemyndigande

Socialstyrelsen hade tidigare bemyndigande att meddela föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras när det gäller både anmälan om vårdskada enligt lex Maria och brister i säkerheten enligt bestämmelser i dåvarande lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS.[202] Sedan IVO inrättades den 1 juni 2013 är det emellertid den myndigheten som enligt 8 kap. 6 § PSF meddelar *föreskrifter om anmälningsförfarandet* avseende lex Maria och brister i säkerheten enligt 3 kap. 5 och 6 §§ PSL. IVO har meddelat föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

IVO arbetar för närvarande med att ta fram nya föreskrifter gällande anmälningsförfarandet avseende brister i säkerheten, så de bestämmelser i SOSFS 2006:9 som rör detta kommer följaktligen inte att föras över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Myndigheterna ska samordna utskicken av författningsförslagen på extern remiss och tanken är att båda författningarna ska träda i kraft samtidigt så att det inte blir någon dubbelreglering

[202] Enligt det ursprungliga bemyndigandet i 3 § 3 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Bemyndigandet fördes senare över till patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

alternativt en period då det saknas reglering vad gäller anmälningsförfarandet.

När PSL trädde i kraft och ersatte LYHS år 2011 infördes en ny bestämmelse om vårdgivarnas *utredningsskyldighet* vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Motsvarande utredningsskyldighet infördes även för den som bedriver verksamhet vid sjukvårdsinrättningar där det får ges psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, för händelser som medfört eller hade kunnat medföra en annan allvarlig skada till följd av säkerhetsbrister.[203] Sådan utredning ska ges in till IVO i samband med anmälan. Socialstyrelsen har getts rätt att meddela föreskrifter om verkställigheten av patientsäkerhetslagen och av PSF.[204]

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund av ovan redovisade bemyndigande som har gått över till IVO att bestämmelser i SOSFS 2006:9 som rör anmälningsförfarandet när det gäller brister i säkerheten inte ska föras över till den nya säkerhetsföreskriften. Vilka bestämmelser det rör sig om framgår i avsnitten nedan.

Socialstyrelsen konstaterar att myndigheten har möjlighet att meddela föreskrifter om den utredningsskyldighet som åligger verksamheterna vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en annan allvarlig skada till följd av säkerhetsbrister.[205] Detta med stöd av bemyndigandet i PSF som gäller föreskrifter om verkställigheten av PSL och av PSF. Socialstyrelsen bedömer också att myndigheten, med stöd av samma bemyndigande, kan meddela föreskrifter om information till patienter och även till personal som berörs av en sådan händelse.

Övergripande synpunkter

Synpunkter från externa aktörer

Flera verksamheter har framfört att de tycker det är otydligt när de ska göra en anmälan om skada till följd av säkerhetsbrister respektive en anmälan om vårdskada (enligt lex Maria). Några verksamheter har framfört att de inte

[203] Se 3 kap. 3 § PSL. Av prop. 2009/10:210 s. 88 framgår att en bestämmelse om utredningsskyldighet för vårdgivare i lagrådsremissen enbart föreslogs för händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Lagrådet påpekade emellertid i sitt yttrande att Socialstyrelsen redan hade föreskrifter om att händelser inom psykiatrin ska utredas om de omfattas av anmälningsskyldighet (SOSFS 2006:9). Enligt Lagrådet talade detta för att händelser som avses i de föreslagna 3 kap. 5 och 6 §§ ska anmälas och utredas enligt gemensamma rutiner. Regeringen delade Lagrådets uppfattning och föreslog därför en bestämmelse med innebörd att vårdgivare vid sjukvårdsinrättningar där det får ges psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt enheter för rättspsykiatriska undersökningar ska utreda sådana allvarliga skador för vilka anmälningsskyldighet föreligger enligt 3 kap. 6 §.
[204] Se 8 kap. 5 § andra stycket första meningen PSF.
[205] Se 3 kap. 3 § andra stycket PSL och 3 kap. 5 § andra stycket PSL.

sällan anmäler en händelse till IVO utifrån såväl brister i säkerheten som lex Maria, eftersom de överlappar varandra.

Även SKR och IVO har påpekat att det kan vara svårt för verksamheterna att hålla isär anmälningar enligt lex Maria respektive brister i säkerheten samt att händelser i vissa fall kan uppfylla kraven för båda.

IVO har meddelat att under åren 2012-2018 kom cirka 70 procent av anmälningarna om brister i säkerheten till IVO Region syd. Nu är det mer jämnt fördelat. De sista två åren (2021 och 2022) har IVO fått totalt 33 anmälningar om brister i säkerheten, ca 20-25 kommer från rättspsykiatrin. De vanligaste orsakerna är våld mot medpatient, rymningar eller avvikelser samt frihetsberövande, t.ex. att en patient har vårdats med tvång utan stöd i lag.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det finns två olika anmälningsförfaranden inom hälso- och sjukvården för att uppmärksamma händelser som har medfört eller hade kunnat medföra skada. Det gäller dels anmälningar om allvarliga vårdskador enligt lex Maria, dels anmälan om annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister vid sjukvårdsinrättningar eller enheter som avses i 7 kap. 7 § PSL. Förutsättningarna för när en anmälan ska göras regleras i 3 kap. 5 § respektive 3 kap. 6 § PSL.

Socialstyrelsen inser att det kan uppkomma frågor kring bestämmelsernas tillämpning i förhållande till varandra och när en anmälan ska göras enligt den ena eller den andra bestämmelsen eller eventuellt enligt båda två. Eventuella oklarheter i detta avseende är emellertid inte en fråga som kan lösas inom ramen för detta författningsarbete, utan är en fråga för lagstiftaren. Socialstyrelsen bedömer därmed att de synpunkter som framförts inte bör medföra någon reglering i föreskrifterna.

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

I 7 kap. 1 § SOSFS 2006:9 anges att av 3 kap. 6 § PSL framgår det att en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen anser att bestämmelsen i 7 kap. 1 § bör vara kvar för att tydliggöra kopplingen till PSL och grunden för föreskrifterna i kapitlet. Myndigheten anser emellertid att en hänvisning även bör göras till 3 kap. 6 § *andra stycket* PSL som anger att vårdgivaren eller enheten samtidigt med

anmälan eller snarast därefter till Inspektionen för vård och omsorg ska ge in den utredning av händelsen som föreskrivs i 3 § andra stycket.

Socialstyrelsen anser vidare att det bör införas en upplysningsbestämmelse i likhet med den i 3 kap. 8 § HSLF-FS 2017:40 att det i IVO:s föreskrifter HSLF-FS XXXX-XX finns bestämmelser om hur en anmälan enligt 3 kap. 6 § PSL ska göras.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen i 7 kap. 1 § med hänvisning till 3 kap. 6 § PSL förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna med tillägget att det av bestämmelsen även framgår att en utredning av händelsen ska ges in till IVO.

Socialstyrelsen föreslår även att det införs en upplysningsbestämmelse om att det i IVO:s föreskrifter HSLF-FS XXXX-XX finns bestämmelser om hur en anmälan enligt 3 kap. 6 § PSL ska göras.

Anmälningsansvariges ställning

Nuvarande reglering i säkerhetsföreskriften

Enligt 7 kap. 2 § SOSFS 2006:9 ska vårdgivaren utse en befattningshavare som ska svara för anmälningsskyldigheten. Den anmälningsansvarige ska ha en sådan ställning i verksamheten att han eller hon har möjlighet att delta i säkerhetsarbetet.

Synpunkter från externa aktörer

Någon verksamhet har uppgett att det är verksamhetschefen som ansvarar för anmälan vid brister i säkerheten, men att det är chefsöverläkaren som gör utredningen på uppdrag av verksamhetschefen.

Socialstyrelsens bedömning

Av 2 kap. 1 § PSL framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn enligt PSL ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas. Av 2 kap. 1 § PSF framgår att en anmälan enligt 2 kap. 1 § PSL ska innehålla uppgifter om bland annat vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ PSL. Hur en anmälningsansvarig utses är emellertid inte reglerat. Socialstyrelsen bedömer att bestämmelsen om att vårdgivaren ska utse en någon som ska svara för anmälningsskyldigheten bör vara kvar för tydlighetens skull. Det föreslås bara några mindre språkliga förändringar av bestämmelsen samt att en hänvisning till 2 kap. 1 § första stycket 4 PSF läggs till.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen om anmälningsansvarig får följande lydelse.

Av 2 kap. 1 § första stycket 4 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår det att en anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 6 § samma lag.

Vårdgivaren ska utse någon som ska vara anmälningsansvarig. Den som är anmälningsansvarig ska ha en sådan ställning i organisationen att han eller hon har möjlighet att delta i säkerhetsarbetet.

Utredningsskyldighet

Nuvarande reglering i SOSFS 2006:9

Enligt 7 kap. 3 § SOSFS 2006:9 ska anmälan göras skyndsamt till Inspektionen för vård och omsorg på blanketten ”Anmälan av brister i säkerheten” (bilagan). Anmälan ska kompletteras med en intern utredning som ska ha kommit in till Inspektionen för vård och omsorg senast två månader efter den dag då den anmälda händelsen ägde rum.

Den interna utredningen ska innefatta

1. en redogörelse för händelseförloppet,
2. den korrigering av säkerhetsanpassningen som vidtagits omedelbart,
3. identifierade orsaker till den säkerhetsrelaterade händelsen,
4. en riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande säkerhetsrelaterade händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser,
5. säkerhetsrelaterade händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten, och
6. åtgärder som har vidtagits för att anpassa säkerheten med utgångspunkt från riskbedömningen.

Synpunkter från externa aktörer

Flera verksamheter har framfört att de tycker att regleringen i säkerhetsföreskriften om anmälan av skada till följd av brister i säkerheten är bra. De har uppgett att de krav som finns på innehållet i den interna utredningen fungerar bra. Någon verksamhet och IVO har framfört att det vore fördelaktigt om kraven på innehåll i utredningen är snarlika kraven på innehåll i en utredning enligt lex Maria.

Brukarorganisationer och CRD har framfört att det är viktigt att vården fångar upp patienters redogörelse av den händelse som orsakade skadan, dvs. de patienter som berörs av en skada till följd av säkerhetsbrister.

Brukarorganisationer har också uppgett att det ska vara frivilligt för patienten att ge sin bild av händelsen. De har även lyft att vården behöver stödja patienten och följa upp hur denne påverkats av skadan. CRD har också framfört att en händelse kan behöva polisanmälas och har ställt frågan hur det säkerställs att vårdgivaren gör detta samt att den egna interna utredningen inte inväntas i sådana fall.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att regleringen i 7 kap. 3 § första stycket numera omfattas av IVO:s föreskriftsrätt avseende anmälningsförfarande och ska därmed inte föras över till den nya säkerhetsföreskriften.

Socialstyrelsen har dock föreskriftsrätt vad gäller krav på innehållet i den utredningen som ska tas fram enligt 3 kap. 3 § PSL. Syftet med utredningen ska enligt 3 kap. 3 § PSL vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt

2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

I förarbetena till bestämmelsen anförs bl.a. följande.

Begreppet händelse kan leda tanken till att det är en särskild åtgärd eller underlåtenhet att agera som lett till en vårdskada, men det kan även vara en rad mänskliga handlingar, latenta tillstånd i verksamheten och tillfälliga omständigheter som tillsammans genom tillfälliga interaktioner urholkat patientsäkerheten. Att vårdgivaren så långt som möjligt ska klarlägga händelseförloppet och påverkande faktorer innebär att det inte är tillräckligt att t.ex. konstatera vad som hänt, dvs. den direkta händelsen. Vårdgivaren måste dessutom försöka få en förklaring till varför det kunde ske. En utredning ska om möjligt inte bara öka kunskapen om varför det inträffade kunde ske, utan också innehålla förslag till åtgärder för att minska sannolikheten för att det ska hända igen. [206]

Verksamheterna har generellt framfört att de tycker att de krav som finns på innehållet i den interna utredningen är bra. Någon verksamhet och IVO har emellertid anfört att det vore fördelaktigt om kraven på utredningens innehåll är snarlika de krav som ställs på en utredning enligt lex Maria. Frågan är således om kraven i föreskrifterna bör ändras eller kompletteras på något sätt utifrån de krav som ställs i HSLF-FS 2017:40. Det kan noteras att det i HSLF-FS 2017:40 ställs olika krav på utredningens innehåll beroende på om det rör sig om en allvarlig vårdskada eller inte. I säkerhetsföreskriften

[206] Se prop. 2009/10:210 s. 195 f.

finns dock inte anledning att göra någon sådan distinktion eftersom utredningsskyldigheten enligt 3 kap. 3 § andra stycket enbart avser *annan allvarlig skada än vårdskada*. Vilka krav som ställs på utredningen av allvarliga vårdskador framgår av 3 kap. 4 – 6 §§ HSLF-FS 2017:40.

Socialstyrelsen konstaterar att 7 kap. 3 § i SOSFS 2006:9 i stort sett omfattar de krav som ställs på utredningen enligt lex Maria i 3 kap. 4 och 5 §§ HSLF-FS 2017:40. Bestämmelsen innehåller även krav på en del ytterligare uppgifter som inte finns med i HSLF-FS 2017:40, såsom den korrigering av säkerhetsanpassningen som vidtagits omedelbart, en riskbedömning och uppgifter om händelser av liknande art som tidigare inträffat i verksamheten. Med hänsyn till att verksamheterna uttryckt att de generellt är nöjda med kraven på utredningens innehåll samt att Socialstyrelsen ser att uppgifterna fyller en funktion, finner myndigheten att de bör finnas kvar. Det görs bara några mindre språkliga förändringar i dessa delar.

Det finns dock vissa uppgifter som ska lämnas i en utredning om lex Maria enligt 3 kap. 4 § HSLF-FS 2017:40 som inte omfattas av kraven på utredningen enligt SOSFS 2006:9. Det gäller t.ex. kravet på att lämna *uppgifter om när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades* (3 kap. 4 § p. 2 HSLF-FS 2017:40). Socialstyrelsen anser att detta är grundläggande uppgifter som är viktiga för att få en helhetsbild av händelsen och som även bör ingå i en utredning om brister i säkerheten. En bestämmelse med motsvarande innehåll bör därför införas i de nya säkerhetsföreskrifterna med tillägget att det är uppgifter om när händelsen rapporterades *till vårdgivaren* som ska lämnas.[207]

I SOSFS 2006:9 är det inte heller lika tydligt föreskrivet som i 3 kap. 4 § p. 3 HSLF-FS 2017:40 att utredningen ska innehålla uppgifter om *vilka konsekvenser* som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienten. I 7 kap. 3 § andra stycket p. 4 framgår visserligen att utredningen ska innefatta en riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande säkerhetsrelaterade händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser, men är inte lika tydlig i detta avseende. Socialstyrelsen anser att det torde vara en viktig del för att förstå vad som har hänt att verksamheten utreder vilka konsekvenser bristerna i säkerheten har fått eller kunde ha fått för patienter som varit involverade i händelsen och andra patienter på avdelningen, men även för andra personer. Myndigheten bedömer därför att en bestämmelse i likhet med 3 kap. 4 § p. 3 HSLF-FS 2017:40 bör införas i den nya säkerhetsföreskriften. Eftersom konsekvenserna av en brist i säkerheten i en verksamhet kan drabba både patienter, personal och andra personer, bör utredningen inte avgränsas till att enbart omfatta konsekvenser för patienter, utan gälla samtliga personer som drabbats. Det kan handla om att beskriva konsekvenserna av en händelse för t.ex. personal, närstående och andra patienter som berörts av situationen. Om händelsen har skett

[207] Rapporteringsskyldigheten i detta avseende framgår av 6 kap. 4 § PSL.

utanför vårdinrättningen kan även konsekvenserna för personer från allmänheten behöva tas med.

När det gäller krav i utredningen kring *vilka åtgärder som har vidtagits för att anpassa säkerheten* finns detta reglerat i 7 kap. 3 § andra stycket 2 och 6 SOSFS 2006:9. I HSLF-FS 2017:40 finns en bestämmelse om krav på utredningen kopplat till åtgärder i 3 kap. 5 §. Bestämmelsen i HSLF-FS 2017:40 ställer dock fler krav på utredningen när det gäller uppgifter om vem som är ansvarig för att åtgärderna vidtas, en tidsplan för när åtgärderna ska vara vidtagna, vem som ansvarar för uppföljning av åtgärderna och om information till hälso- och sjukvårdspersonal för att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

Socialstyrelsen anser att åtgärder för att åstadkomma säkerhet är viktiga för att undvika att en liknande händelse sker igen. Myndigheten anser att de krav på ytterligare uppgifter som ställs på utredningen i HSLF-FS 2017:40 framstår som ändamålsenliga och rimliga att ställa även när det gäller utredningar till följd av brister i säkerheten. Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund av detta och önskemålet från bl.a. IVO att det vore fördelaktigt om kraven på utredningens innehåll i säkerhetsföreskriften är snarlika de krav som ställs på en utredning enligt lex Maria, att bestämmelsen i 7 kap. 3 § andra stycket 2 och 6 SOSFS 2006:9 bör ersättas av en ny bestämmelse. Denna föreslås omfatta dels bestämmelserna i den nuvarande föreskriften, dock något språkligt förändrade för att förtydliga innebörden[208], dels ett antal ytterligare krav på uppgifter om åtgärder utifrån bestämmelsen i 3 kap. 5 § HSLF-FS 2017:40.

När det gäller krav i utredningen på uppgift om hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras för att bidra till lärande, föreslår Socialstyrelsen att en ny bestämmelse införs. Denna bör hänvisa till den förslagna bestämmelsen (se avsnittet Information till personal nedan) om att personalen ska informeras om resultatet av utredningar och de lärdomar som har dragits med anledning av händelserna i detta avseende. Det blir då en tydlig koppling mellan kravet på utredningen och det aktuella kravet på att ge information till personalen. Skälen för att använda begreppet personal och inte hälso- och sjukvårdspersonal i detta avseende redovisas i avsnittet nedan.

I 3 kap. 6 § HSLF-FS 2017:40 finns också krav på att utredningen ska innehålla uppgifter om *patientens beskrivning och upplevelse av händelsen* (vid händelse som medfört allvarlig vårdskada). Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, ska i stället det anges. Det finns även ett allmänt råd att om patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, bör denna möjlighet erbjudas en närstående. Detta under förutsättning att det inte finns

[208] Begreppet säkerhetsanpassning kommer inte att föras över till den nya säkerhetsföreskriften, se avsnitt 2.4 Begreppsförklaringar.

hinder enligt bestämmelser om sekretess. En motsvarande bestämmelse saknas i SOSFS 2006:9. I 7 kap. 4 § första stycket sista meningen SOSFS 2006:9 framgår emellertid att patienten ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.

Socialstyrelsen instämmer i brukarorganisationernas synpunkt att det är viktigt att vården fångar upp berörda patienters redogörelse av händelsen som orsakat skadan samt att det ska vara frivilligt att ge sin bild av händelsen. Myndigheten anser att detta kan vara avgörande för att få en förståelse för händelsen och vad som orsakat den. Såsom också påpekats är det viktigt att patienten känner sig trygg med att göra sin röst hörd, inte minst då det kan handla om brott som begåtts mot patienten. Socialstyrelsen anser därför att det bör införas en ny bestämmelse med innebörden att patientens beskrivning och upplevelse av händelsen ska ingå i utredningen. Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, ska i stället det anges i utredningen. Socialstyrelsen anser att begreppet patient bör omfatta både patienter som själva har medverkat i en säkerhetsrelaterad händelse och patienter som har utsatts för den. För det fall patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, bedömer Socialstyrelsen att ett allmänt råd bör införas med innebörden att denna möjlighet då i stället bör erbjudas en närstående. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelser om sekretess i OSL. Socialstyrelsen bedömer således att en bestämmelse liknande den som finns i 3 kap. 6 § HSLF-FS 2017:40 bör införas i den nya säkerhetsföreskriften. Bestämmelsen i 7 kap. 4 § första stycket sista meningen SOSFS 2006:9 förs härmed inte över till den nya säkerhetsföreskriften.

Socialstyrelsen bedömer vidare att en *redogörelse från den personal* som varit involverad i händelsen också är viktig för utredningen och förståelsen för händelseförloppet. Med involverad personal avses t.ex. personal som har ingripit i händelseförloppet och försökt att deskalera det, personal som utsatts för våld eller som själv varit våldsam. Myndigheten bedömer därmed att det bör införas en ny bestämmelse med krav på att utredningen också ska innehålla uppgifter om involverad personals beskrivning och upplevelse av händelsen. Eftersom även annan personal än hälso- och sjukvårdspersonal kan ha varit involverade i händelsen föreslås det bredare begreppet personal för att inkludera även andra personalkategorier.

I vissa situationer kan även redogörelser från andra än patienter och personal vara viktiga för utredningen. Så kan till exempel vara fallet om en patient utsatt en utomstående för våld. Socialstyrelsen konstaterar dock att det kan vara svårt och tidskrävande för vårdgivaren att efter en händelse få kontakt med personer utanför verksamheten och att få deras redogörelse av händelsen. Det har heller inte under arbetet med konsekvensutredningen framkommit att det finns ett behov av att redogörelser från andra än patienter och personal ingår i utredningen. Socialstyrelsen lämnar därför

inga förslag på ett sådant krav, men konstaterar att det inte finns något som hindrar att redogörelser även från andra personer inkluderas i utredningen.

Flera verksamheter har uttryckt att det är oklart om en händelse ska anmälas till IVO enligt lex Maria eller som en skada till följd av säkerhetsbrister. I HSLF-FS 2017:40 finns under 3 kap. 1 § ett allmänt råd om vad som kan avses med en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Socialstyrelsen har övervägt om ett liknande allmänt råd borde införas när det gäller händelser som medfört eller hade kunnat medföra en annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Myndigheten noterar att det allmänna rådet bygger på förarbetsuttalandena om begreppet händelse som hänvisats till ovan.[209] I förarbetena hänvisas i texten till händelser som medfört eller hade kunnat medföra en *vårdskada* och det är därför enligt myndighetens mening inte självklart att resonemanget går att överföra rakt av när det gäller händelser på grund av brister i säkerheten och som orsakat annan allvarlig skada än vårdskada. Socialstyrelsen bedömer därför att ett allmänt råd om vad en händelse kan vara inte bör införas.

CRD har också framfört att en *händelse kan behöva polisanmälas* och har ställt frågan hur det säkerställs att vårdgivaren gör detta samt att den egna interna utredningen inte inväntas i sådana fall. Socialstyrelsen konstaterar att regler kring när uppgifter som är sekretessbelagda och som rör misstanke om ett begånget brott får lämnas av hälso- och sjukvården till Polismyndigheten finns i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Socialstyrelsen anser att det är angeläget att misstänkta brott anmäls till Polismyndigheten men konstaterar att det inte finns någon sådan skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal och att det kan finnas flera aspekter att ta hänsyn till innan en anmälan görs. Socialstyrelsen föreslår emellertid att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten. Rutinerna kan exempelvis innehålla information om när och hur en polisanmälan kan göras samt relevanta sekretessbestämmelser (se avsnitt 2.5 under rubriken Rutiner om patienter som brottsoffer).

Socialstyrelsen anser vidare att det bör införas en *upplysningsbestämmelse* i likhet med 3 kap. 1 § i HSLF-FS 2017:40 med hänvisning till 3 kap. 3 § första och andra stycket PSL. Det är 3 kap. 3 § som ställer krav på den som bedriver verksamhet som avses i 7 kap. 7 § PSL att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en sådan allvarlig skada som avses i 3 kap. 6 § PSL till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

[209] Se prop. 2009/10:210 s. 195 f

Socialstyrelsens förslag

Myndigheten föreslår att det införs en inledande upplysningsbestämmelse om den utredningsskyldighet som åligger den som bedriver verksamhet som avses i 7 kap. 7 § med hänvisning till 3 kap. 3 § PSL.

Socialstyrelsen föreslår vidare att en första bestämmelse om vad utredningen ska innehålla ska ha följande lydelse. En utredning av en händelse enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innefatta

1. uppgifter om när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades till vårdgivaren,
2. en redogörelse för händelsens förlopp,
3. uppgifter om orsaken eller orsakerna till händelsen,
4. uppgifter om vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienter, personal och andra personer,
5. en riskbedömning som anger sannolikheten för att liknande händelser kommer att inträffa igen och tänkbara konsekvenser, och
6. uppgifter om händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten.

Socialstyrelsen föreslår vidare en ny bestämmelse om att det i utredningen ska redovisas

1. vilka åtgärder som har vidtagits omedelbart efter händelsen,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att liknande händelser inte ska inträffa igen, och
3. vilka åtgärder som ska vidtas för att liknande händelser inte ska inträffa igen.

Det föreslås även att uppgifter om vem eller vilka som ansvarar för genomförande och uppföljning av åtgärderna ska framgå av utredningen samt att en tidsplan för de åtgärder som ännu inte har genomförts ska bifogas utredningen.

Socialstyrelsen föreslår vidare att det införs en ny bestämmelse om att vad gäller den patient som har medverkat i eller har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse ska dennes beskrivning och upplevelse av händelsen ingå i utredningen. Av bestämmelsens andra stycke föreslås det framgå att om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, ska i stället det anges i utredningen.

Socialstyrelsen föreslår även ett allmänt råd med innebörden att om patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen, bör denna möjlighet i stället erbjudas en närstående. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).Denna bestämmelse

ersätter bestämmelsen i 7 kap. 4 § första stycket sista meningen SOSFS 2006:9.

Socialstyrelsen föreslår också att det införs en ny bestämmelse att vad gäller personal som har varit involverade i en säkerhetsrelaterad händelse ska deras beskrivningar och upplevelser av händelsen även ingå i utredningen.

Det föreslås slutligen införas en bestämmelse med lydelsen att det av utredningen ska framgå hur personal har informerats eller ska informeras om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem.

Information till patient eller närstående

Nuvarande reglering i säkerhetsföreskriften

Av 7 kap. 4 § SOSFS 2006:9 framgår följande. Patienten ska underrättas om att en säkerhetsrelaterad händelse som hänför sig till denne har föranlett en anmälan enligt 3 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), om det inte finns hinder mot detta enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Patienten ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående, om det inte finns hinder mot detta enligt offentlighets- och sekretesslagen.

En anteckning om att patienten eller en närstående underrättats om en anmälan ska göras i patientens journal. Det ska även antecknas om informationen inte lämnats och anledningen till detta.

Av 7 kap. 5 § framgår följande. Den som är anmälningsansvarig svarar för att patienten eller en närstående utan dröjsmål blir informerad om och får en kopia av Inspektionen för vård och omsorgs beslut efter en anmälan. Detta gäller inte om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

Synpunkter från externa aktörer

Brukarorganisationer har uppgett att det är viktigt att patienten och närstående informeras om utredningen av skadan. De har vidare uppgett att det kan finnas risker med att ta upp vissa saker med en patient som orsakat skadan. Patienten måste känna sig trygg med att göra sin röst hörd, bland annat eftersom det kan handla om ett brott. CRD har framfört att det vore bra om föreskrifterna kompletterades med krav på att patienten ska ges information om var hen kan vända sig med klagomål på vården samt till rättsvårdande myndigheter om händelsen skulle kunna utgöra ett brott.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det i 3 kap. 8 § PSL finns en skyldighet för vårdgivaren att snarast informera patienter om inträffade vårdskador, men att motsvarande skyldighet saknas avseende sådan annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister. Det står heller inget skrivet om detta i förarbetena till bestämmelsen i 3 kap. 6 § PSL. Vilken information som ska ges till patienten i dessa fall regleras således enbart av Socialstyrelsens föreskrifter i 7 kap. 4–5 §§ SOSFS 2006:9. I handboken till föreskrifterna anges att en patient ska få veta när en säkerhetsrelaterad händelse som har med honom eller henne att göra har lett till en anmälan. Det gäller både säkerhetsrelaterade händelser som patienten själv har medverkat i och händelser som patienten har drabbats av. Socialstyrelsen anser att det framstår som rimligt att patienten har rätt till information oavsett om hen själv har medverkat i en händelse eller utsatts för den. Myndigheten noterar vidare när det gäller begreppet säkerhetsrelaterad händelse att det både kan omfatta situationer då någon har drabbats av men också utsatts för *risk* att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.[210]

Socialstyrelsen konstaterar vidare att det idag finns två olika bestämmelser om information till patienten, varvid den ena reglerar information om att en säkerhetsrelaterad händelse som hänför sig till patienten föranlett en anmälan och den andra reglerar information om IVO:s beslut efter en anmälan. Bestämmelserna skiljer sig dock åt när det gäller bl.a. hänvisning till offentlighets- och sekretessbestämmelser, lämplighetsbedömning, information till närstående och anteckning i patientens journal. Myndigheten bedömer att det saknas skäl för detta och anser att det finns anledning att förenkla regleringen av information till patienten. Socialstyrelsen bedömer därför att det bör införas en ny bestämmelse om informationsskyldigheten i förhållande till patienten som reglerar både information om anmälan och IVO:s beslut, i likhet med regleringen om information vid allvarlig vårdskada.[211] Socialstyrelsen anser vidare att regleringen om information till närstående bör göras enhetlig och att det bör införas en separat bestämmelse för detta ändamål. Det bör även införas en separat bestämmelse om journalföring.

CRD har framfört att det bör finnas krav på att patienten ges information om var hen ska vända sig med klagomål på vården samt till rättsvårdande myndigheter om händelsen skulle kunna utgöra ett brott. I PSL finns krav på vårdgivaren att vid en vårdskada informera patienten, bl.a. om möjligheten att anmäla klagomål till IVO. Motsvarande skyldighet finns inte vid skador som orsakats av brister i säkerheten. Socialstyrelsen anser att frågan är av

[210] Se 3 kap. 6 § PSL.
[211] Se 4 kap. 5 § HSLF-FS 2017:40.

sådan art att den torde vara en fråga för lagstiftaren, och därmed inte löses inom ramen för detta föreskriftsarbete.

Brukarorganisationer har uppgett att det kan finnas risker med att ta upp vissa saker med en patient som orsakat skadan. Socialstyrelsen har förståelse för detta perspektiv. Enligt de nuvarande föreskrifterna ska en bedömning göras av om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt att patienten eller en närstående ges information och får en kopia av IVO:s beslut efter en anmälan. Ett sådant undantag saknas när det gäller information om att en säkerhetsrelaterad händelse som hänför sig till patienten har föranlett en anmälan. När det gäller anmälan ska patienten dock inte underrättas om det finns hinder mot detta i OSL. Socialstyrelsen anser att det är mycket viktigt att berörda patienter får den information som föreskrivs i SOSFS 2006:9. Patientens intresse av information behöver dock i dessa situationer enligt myndighetens uppfattning vägas mot eventuella risker för personal och andra. Socialstyrelsen ser att det till exempel skulle kunna vara olämpligt att informera en patient som har orsakat skadan om det finns fog för att tro att hen skulle bli väldigt aggressiv eller om det finns risk att säkerhetsrelaterad information sprids till patienter när detta inte är lämpligt. I vissa fall kanske anmälan handlar om en brist i säkerhetssystemet, till exempel att ett larm varit urkopplat, vilket drabbat flera patienter, men där det kan finnas en fara i att patienterna känner till detta. Information ska heller inte ges om det finns hinder mot detta enligt offentlighets- och sekretesslagstiftningens regler. Socialstyrelsen bedömer därför att information inte bör ges till patienten om det i det enskilda fallet bedöms som olämpligt eller om regler om sekretess hindrar detta.

Socialstyrelsen anser vidare att all information som lämnas till patienten bör ske utan dröjsmål, dvs. även när det gäller information om att en säkerhetsrelaterad händelse som hänför sig till patienten har föranlett en anmälan till IVO.

En annan fråga är om någon bör utpekas som ansvarig för att patienten informeras. I 7 kap. 4 § SOSFS 2006:9 anges inget om detta medan i 5 § pekas den anmälningsansvarige ut. När det gäller allvarliga vårdskador pekas vårdgivaren ut som ansvarig för att informera patienten. Socialstyrelsen anser att det framstår som ändamålsenligt att ansvaret när det gäller information m.m. till patienter och närstående ligger på vårdgivaren även när det gäller skador på grund av brister i säkerheten. Vårdgivaren får sedan planera och organisera sin verksamhet så att informationen ges av en lämplig person i varje enskilt fall.

Socialstyrelsen anser vidare att förutsättningarna för när information i stället ska lämnas till patientens närstående bör regleras i en separat bestämmelse. Bestämmelsen ska vara gemensam för de situationer när information ska lämnas till patienten. Myndigheten anser att information ska lämnas till patientens närstående, dels om patienten begär det, dels om patienten inte

själv kan ta del av informationen. Detta under förutsättning att det inte finns hinder mot detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt. Detta stämmer också i huvudsak överens med hur regleringen ser ut i 4 kap. 6 § HSLF-FS 2017:40 avseende information till närstående vid allvarlig vårdskada. Socialstyrelsen anser att det är en fördel för verksamheterna om regleringen, i den utsträckning det är möjligt, överensstämmer för att förenkla hanteringen av vårdskador respektive skador pga. brister i säkerheten. Socialstyrelsen vill framhålla att en situation då patienten inte kan ta del av informationen, avser patientens egna förutsättningar att ta emot informationen, t.ex. då en patient är medvetslös eller är ur stånd att ta emot informationen av liknande skäl. Det kan alltså inte handla om skäl hänförliga till verksamheten, t.ex. personalbrist, som medför att information inte kan ges.

Myndigheten ser också att det kan finnas situationer när patienten kan men inte vill ta emot informationen och Socialstyrelsen anser då att patienten bör kunna begära att den i stället ska ges till en närstående. Informationen ska då ges till den närstående så länge det inte finns hinder mot detta enligt offentlighets eller sekretesslagen eller om det bedöms olämpligt i det enskilda fallet.

I SOSFS 2006:9 saknas vidare reglering om hur information ska ges om patienten är ett barn. I patientlagen (2014:821) finns reglering men den omfattar inte sådan information som ska ges på grund av anmälan av händelser till följd av säkerhetsbrister enligt 3 kap. 6 § PSL. Inte heller Barnkonventionen reglerar detta. Det saknas därmed tydlig reglering om hur information ska ges till barn och deras vårdnadshavare i en situation såsom den som är aktuell här. Myndigheten anser därför att det finns skäl att förtydliga detta i föreskriften genom att införa reglering liknande den som finns i 3 kapitlet patientlagen om hur information ska ges när patienten är ett barn. Socialstyrelsen bedömer härmed att det bör införas en bestämmelse om att när patienten är ett barn ska också barnets vårdnadshavare få den information som anges ovan. Information får dock inte lämnas till vårdnadshavare om bestämmelser om sekretess hindrar detta eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

Socialstyrelsen anser vidare att det bör införas en ny bestämmelse, i likhet med vad som gäller information som ges enligt patientlagen, att all information som lämnas efter händelsen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Bestämmelsen ska således gälla när information ges till såväl barn som vuxna. Om mottagaren önskar avstå från information, ska det respekteras.

När det gäller anteckning i patientens journal anser myndigheten att det framstår som motiverat att anteckna all information som lämnas, dvs. både information om den anmälan som har gjorts till IVO, och om IVO:s beslut i

ärendet. Socialstyrelsen anser att detta gäller oavsett om informationen har lämnats till patienten, närstående eller vårdnadshavare. Det framstår också motiverat att det antecknas i patientens journal när sådan information inte lämnats samt skälen till detta, det vill säga om det bedömts vara olämpligt att lämna information eller om det föreligger sekretess. Myndigheten anser dock inte att skälen till *varför* det bedömts olämpligt att lämna information behöver redovisas i journalen. Socialstyrelsen anser att en ny separat bestämmelse bör införas med motsvarande lydelse. Socialstyrelsen anser vidare att det bör vara chefsöverläkarens ansvar att se till att en patients journal innehåller dessa uppgifter. Detta stämmer överens med hur det är reglerat i 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsens förslag

Vårdgivaren ska utan dröjsmål informera en patient som har medverkat i eller har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse om att en anmälan har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg och om dess beslut i ärendet. Vårdgivaren ska även lämna en kopia av beslutet till patienten. I bestämmelsen ska även anges att skyldigheten att ge informationen inte gäller om det finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

Socialstyrelsen föreslår vidare att det införs en ny bestämmelse att om patienten begär det eller själv inte kan ta del av informationen enligt föregående bestämmelse, ska den i stället lämnas till dennes närstående. Detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

Socialstyrelsen föreslår även att det införs en bestämmelse om att om patienten är ett barn, ska barnets vårdnadshavare få information enligt bestämmelsen ovan. Detta gäller under förutsättning att det inte finns hinder enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

En ny bestämmelse föreslås vidare om att all information som lämnas efter händelsen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Om mottagaren önskar avstå från information, ska det respekteras.

Socialstyrelsen föreslår slutligen en ny bestämmelse om att chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om att information lämnats enligt bestämmelserna som redogjorts för ovan. Enligt andra stycket ska det även antecknas ifall informationen inte har lämnats och om skälet till

detta är hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det har bedömts olämpligt.

Information till personal

Nuvarande reglering i säkerhetsföreskriften

Det saknas reglering om informationsskyldighet i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personal.

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har framfört att det är viktigt att personalen får information om vad som framkommit i en utredning om skada till följd av säkerhetsbrister och vilka åtgärder som vidtagits. IVO har också nämnt att inom LPT-vården är kunskapen om anmälningar pga. säkerhetsbrister låg.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att det i 4 kap. 1- 3 §§ i HSLF-FS 2017:40 finns bestämmelser med krav på vårdgivaren att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om olika frågor. Även externa aktörer har påpekat att det är viktigt att personal får information. IVO har också nämnt att kunskapen om anmälningar pga. säkerhetsbrister är låg inom den allmänpsykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen instämmer i vikten av att personal får information och ser att det kan vara avgörande för säkerheten i en verksamhet dels att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till sin rapporteringsskyldighet när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister enligt 6 kap. 4 § andra stycket PSL, dels att berörd personal får relevant information om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser, lärdomar som dragits med anledning av dem samt anmälningar till och beslut från IVO. Detta för att öka personalens delaktighet i säkerhetsarbetet samt att hålla dem informerade om säkerhetsrisker och förberedda på olika situationer som kan uppkomma samt ha kunskap om hur sådana situationer kan hanteras.

Socialstyrelsen bedömer sett mot denna bakgrund att det bör införas bestämmelser i de nya säkerhetsföreskrifterna om en skyldighet för vårdgivaren att informera personalen, i likhet med 4 kap. 1–3 §§ HSLF-FS 2017:40. Socialstyrelsen bedömer att detta skulle kunna medföra en viss ökad arbetsinsats från vårdgivarens sida, men anser att det är oklart hur stor den ökade arbetsbördan skulle komma att bli eftersom myndigheten inte känner till i vilken utsträckning vårdgivare redan idag informerar personalen i dessa avseenden.

Myndigheten anser mot bakgrund av detta att det bör införas en skyldighet för vårdgivaren att informera hälso- och sjukvårdspersonal om deras

rapporteringsskyldighet enligt 6 kap. 4 § andra stycket PSL. I likhet med vad som gäller i HSLF-FS 2017:40 ska informationen ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande.

Det bör också införas en bestämmelse om att vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personal om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Här används hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personal eftersom informationen kan vara av relevans även för andra personalkategorier än enbart hälso- och sjukvårdspersonal. Vilken personal som ska informeras får bedömas i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Socialstyrelsen anser slutligen att det bör införas en bestämmelse om att vårdgivaren ska ge information till den personal som varit involverad i en säkerhetsrelaterad händelse om anmälningar till och beslut från IVO. Med involverad personal avses samma grupp som inom ramen för utredningen ska få beskriva händelsen. Såsom anges ovan kan det handla t.ex. om personal som har ingripit i händelseförloppet och försökt att deskalera det, personal som utsatts för våld eller som själv varit våldsam. Eftersom även annan personal än hälso- och sjukvårdspersonal kan ha varit involverade i händelsen föreslås det bredare begreppet personal för att inkludera även andra personalkategorier. I förslaget till bestämmelse om information till en patient om anmälningar till och beslut från IVO ska vårdgivaren ge sådan information *utan dröjsmål*. I HSLF-FS 2017:40 anges att vårdgivaren ska ge motsvarande information *snarast* vilket även är ett krav som också åligger vårdgivaren enligt 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen när denne ska informera patienten om inträffade vårdskador. När det gäller information till personal om anmälningar till och beslut från IVO enligt 4 kap. 3 § HSLF-FS 2017:40 finns inget skyndsamhetskrav. Socialstyrelsen anser att det är mer angeläget att ha ett skyndsamhetskrav när det gäller information till patienten än när det gäller information till personal, eftersom patienten är i en särskilt utsatt situation på grund av tvångsvården. Myndigheten anser vidare att vårdgivaren själv i högre utsträckning kan avgöra när det är möjligt och lämpligt att informera sin personal. Mot bakgrund av detta föreslås inget skyndsamhetskrav i detta avseende.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att en ny bestämmelse införs som anger att vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras rapporteringsskyldighet enligt 6 kap. 4 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659). Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande.

Det föreslås även att en ny bestämmelse införs som anger att information vidare ska ges om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Vilken hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som ska informeras får vårdgivaren bedöma i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Socialstyrelsen föreslår vidare att ytterligare en bestämmelse införs med innebörden att vårdgivaren ska ge information till den personal som varit involverad i en säkerhetsrelaterad händelse om anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg.

Skador som inträffat i en annan vårdgivares verksamhet

I 4 kap. 4 § HSLF-FS 2017:40 finns en bestämmelse om att om utredningen av en händelse som har medfört en vårdskada visar att den helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet, ska denne underrättas om det inträffade. Detta gäller om det inte finns hinder enligt OSL eller tystnadsplikt enligt PSL.

Det är ingen extern aktör som lyft att det finns ett behov av en motsvarande bestämmelse när det gäller skador till följd av säkerhetsbrister. Socialstyrelsen noterar att det är naturligt att när det inträffat en vårdskada i en vårdprocess kan finnas flera vårdgivare, både offentliga och privata, som är inblandade vilket motiverar en sådan bestämmelse med hänsyn till patientsäkerhetsarbetet. Att flera vårdgivare är inblandade är mer ovanligt inom den psykiatriska tvångsvården. Myndigheten har övervägt om det finns skäl att införa en liknande bestämmelse i den nya säkerhetsföreskriften, men har kommit fram till att det är oklart vilken nytta en sådan reglering skulle ha inom ramen för säkerhetsarbetet.

3. Alternativa lösningar

3.1 De alternativ som finns för att uppnå förändringen

Alternativa lösningar till författningsförslaget redovisas i avsnitt 2 och hänvisas därför till.

3.2 Fördelar och nackdelar med de olika alternativen

Fördelar och nackdelar med alternativa lösningar till författningsförslaget redovisas i avsnitt 2 och hänvisas därför till.

3.3 Det eller de alternativ som bedöms lämpligast och skälen till det

Det författningsförslag som Socialstyrelsen bedömt lämpligast och skälen för det redovisas i avsnitt 2 och hänvisas därför till.

4 Konsekvenser av förslagen

4.1 Berörda av regleringen

Berörda av regleringen är de offentliga vårdgivare som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt staten genom Rättsmedicinalverket som har enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Även personal som är verksamma och patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården eller vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning berörs av regleringen. I viss mån berörs även närstående till patienter. Dessutom berörs samhället i övrigt.

Patienter som vårdas frivilligt enligt HSL omfattas inte av författningsförslaget. Inom allmänpsykiatrin vårdas dock i regel patienter som ges vård enligt HSL på samma avdelning som patienter som ges vård enligt LPT. På så sätt kan viss reglering indirekt påverka HSL-patienter. Exempelvis genom att kravet på säkerhetsutbildning även stärker kompetensen för personal som vårdar HSL-patienter och att krav på rutiner om lokalers användning och utformning även får betydelse för HSL-patienter.

I tabell 1 presenteras antal verksamheter som berörs uppdelat per verksamhetsform enligt IVO:s säkerhetsregister.

Tabell 1. Antal verksamheter som berörs

Verksamhetsform	Antal
Psykiatrisk tvångsvård	82
Rättpsykiatrisk vård	33
Rättpsykiatrisk undersökning	3[212]
Uppgift saknas	3
Summa	**121**

Källa: IVO:s Säkerhetsregister, hämtat augusti 2024.

Viktigt att notera är dock att en verksamhet kan ge vård enligt mer än en ett lagrum. Antalet unika verksamheter är enligt IVO 98 stycken.

[212] Enligt uppgift från RMV har de två enheter för rättspsykiatrisk undersökning. I tabellen redogörs för uppgifterna i IVO:s säkerhetsregister.

4.2 Kostnader och intäkter för kommunerna

Socialstyrelsen föreslår att den nya säkerhetsföreskriften ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Sådana sjukvårdsinrättningar och enheter bedrivs av regioner respektive staten.

Socialstyrelsen föreslår att det ska finnas krav på rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med bland annat den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten. Rutinerna ska alltså handla om hur samverkan kan möjliggöras, men ställer inget krav på samverkan eller rutiner från kommunen. Socialstyrelsen bedömer därmed att förslaget inte innebär några kostnader eller intäkter för kommuner.

4.3 Kostnader och intäkter för regionerna

Författningsförslaget, som avser att förbättra säkerheten vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, kommer medföra kostnadsmässiga konsekvenser för regionala vårdgivare. Totalkostnaderna för en enskild verksamhet kan variera beroende på verksamheternas storlek och arbetssätt. Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna både kan uppstå i form av engångskostnader och återkommande kostnader.

För att få insyn i vilka typer av kostnader som skulle kunna uppstå på grund av författningsförslaget har Socialstyrelsen haft kontakt med flera vårdgivare som berörs av säkerhetsföreskrifterna. Utifrån dessa aktörers svar och vad som i övrigt framkommit i författningsarbetet kommer Socialstyrelsen fram till att författningsförslaget medför kostnader i den omfattning som redovisas i detta avsnitt.

Socialstyrelsen har i huvudsak räknat på kostnaderna för de förslag till reglering i säkerhetsföreskrifterna som skiljer sig i sak från den reglering som nu finns i SOSFS 2006:9. Socialstyrelsen har även räknat på förslag som har ambitionshöjande syfte i förhållande till regleringen i SOSFS 2006:9.

De kostnadsmässiga konsekvenserna som Socialstyrelsen beskriver i denna konsekvensutredning baseras på uppskattad arbetstid för sjukvårdsinrättningar som ger sluten psykiatrisk tvångsvård, sluten rättspsykiatrisk vård och enheter för rättspsykiatrisk undersökning att

uppfylla kraven som ställs i de föreslagna föreskrifterna. I tabell 2 redovisas timkostnaden för de yrkeskategorier som Socialstyrelsen valt att utgå från i de kostnadsmässiga beräkningarna.

Tabell 2. Lönekostnader

Yrkeskategori	Månadslön, kr	Månadslön, kr inkl. sociala avgifter och tillägg*	Timlön, kr
Chefsöverläkare**	92 200	169 648	1060
Enhetschef	56 300	103 592	647
Säkerhetsansvarig	58 000	106 720	667
Verksamhetschef	78 900	145 176	907

Källa: SCB:s lönestatistik 2022.
*Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.
**I SCB:s lönestatistik ingår lönen för chefsöverläkare i den genomsnittliga lönen för enhetschefer. Eftersom chefsöverläkare är specialistläkare i grunden har dock Socialstyrelsen i stället valt att utgå ifrån lönen för en specialistläkare i beräkningarna rör chefsöverläkare.

Författningsförslaget kan även medföra positiva samhällsekonomiska effekter eftersom ökad säkerhet och ett förbättrat säkerhetsarbete kan förebygga brott och skador för både patienter och personal och samhället i övrigt.

Rutiner

Socialstyrelsens författningsförslag innehåller dels krav på nya rutiner, dels förtydligande av vissa krav på rutiner som finns i SOSFS 2006:9.

Individuellt anpassade åtgärder

Förslaget att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att varje patient ges individuellt anpassade insatser som ska minska risken för att denne agerar på ett sätt som leder till att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas är framförallt ett förtydligande av det krav på rutiner som finns i SOSFS 2006:9. Förslaget bör därför inte medföra några kostnadsmässiga konsekvenser för berörda verksamheter.

Tvångsåtgärder

Förslaget att rutiner för vissa tvångsåtgärder förs över från SOSFS 2006:9 till HSLF-FS 2022:62 bedöms inte innebära någon förändring som medför kostnadsmässiga konsekvenser för verksamheter.

Säkerhetshandling

Vidare föreslår Socialstyrelsen att rutinerna om upprättande av

säkerhetshandling inte ska föras över till säkerhetsföreskrifterna. I stället föreslås införande av krav på att vårdgivaren ska ansvara för att varje avdelning vid en verksamhet har en säkerhetshandling och att den ska uppdateras kontinuerligt. Eftersom SOSFS 2006:9 endast kräver att det ska finnas rutiner om säkerhetshandling kan det vara så att vissa verksamheter inte har upprättat säkerhetshandlingar, även om nuvarande reglering kan tolkas som ett indirekt krav på att det ska finnas en säkerhetshandling. Socialstyrelsen bedömer dock att de flesta verksamheterna redan har upprättat en säkerhetshandling, men för de verksamheter som inte har gjort det kommer kostnadsmässiga konsekvenser uppstå i samband med att en sådan upprättas. Det kan även uppstå återkommande kostnadsmässiga konsekvenser för att hålla den uppdaterad, även om kravet på rutiner i SOSFS 2006:9 inkluderar kontinuerlig uppdatering.

Baserat på uppgifter till Socialstyrelsen från vårdgivare som berörs av författningsförslaget uppskattas kostnaden för att ta fram en säkerhetshandling till 40 020 kronor givet en tidsåtgång om 60 timmar för en säkerhetsansvarig att ta fram handlingen. Arbetet med att uppdatera säkerhetshandlingen uppskattar Socialstyrelsen medför en kostnad om 6 670 kronor per tillfälle givet en tidsåtgång om 10 timmar för en säkerhetsansvarig. Socialstyrelsen saknar uppgifter om hur ofta en handling vanligtvis behöver uppdateras och kan därför inte beräkna de årliga kostnaderna för detta arbete.

Genomsökning av patientrum

Socialstyrelsen föreslår införande av krav på att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner om genomsökning av patienters rum. Detta är ett nytt krav i förhållande till SOSFS 2006:9. Om verksamheterna inte redan har rutiner för detta kommer de behöva upprätta sådana. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 40 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 36 280 kronor per verksamhet.

Patienter som brottsoffer

Socialstyrelsen inför ett nytt krav att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten. Om verksamheterna inte redan har rutiner för detta kommer de behöva upprätta sådana. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 40 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 36 280 kronor per verksamhet.

Lokaler

Författningsförslaget innebär även ett nytt krav på att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård. Genom rutinerna ska vårdgivaren vidare säkerställa att lokalernas användning och

utformning fortlöpande utvärderas. I tillhörande allmänna råd specificerar Socialstyrelsen vad rutinerna bör innehålla. Om verksamheterna inte redan har rutiner för detta kommer de behöva upprätta sådana. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 60 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 54 420 kronor per verksamhet.

Samverkan

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelserna om rutiner för samverkan om säkerheten ändras i förhållande till kravet i SOSFS 2006:9. I stället för krav på att det ska finnas rutiner för samverkan om säkerheten med beroendevården och primärvården införs en ny bestämmelse som anger att det ska finnas rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med den övriga regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvård och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten. I tillhörande allmänna råd anges vad rutinerna bör innehålla. Eftersom kravet på rutiner för samverkan om säkerheten har ändrats i förhållande till kravet i SOSFS 2006:9 behöver verksamheterna justera sina rutiner. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 20 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 18 140 kronor per verksamhet.

Säkerhet vid tillfällig patientkontakt

Socialstyrelsen föreslår vidare att det införs ett nytt krav på rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och hantera händelser som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas då personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter. Om verksamheterna inte redan har rutiner för detta kommer de behöva upprätta sådana. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 40 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 36 280 kronor per verksamhet.

Säkerhetsutbildning

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter ges en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med nyanställning samt därefter erbjuds regelbunden kompetensutveckling. I allmänna råd specificerar Socialstyrelsen vilka områden som utbildningen bör ge personalen kunskap om. I SOSFS 2006:9 finns krav på rutiner om att hälso- och sjukvårdspersonal ska få genomgå regelbunden säkerhetsutbildning, därigenom finns redan ett indirekt krav på säkerhetsutbildning. Socialstyrelsen konstaterar vidare att det i författningsarbetet har framkommit att verksamheter ger säkerhetsutbildning till hälso- och sjukvårdspersonal, men att omfattning och innehållet varierar.

Socialstyrelsen har frågat vårdgivare som berörs av föreskrifterna om kostnaderna för att säkerhetsutbilda personal i dagsläget. Utifrån dessa svar

uppskattar Socialstyrelsen den genomsnittliga kostnaden för att säkerhetsutbilda hälso- och sjukvårdspersonal vid nyanställning och regelbundet under anställningen till 1,5 miljoner kronor årligen per verksamhet.

Omfattningen av en verksamhets kostnader kan dock variera baserat på hur de väljer att utbilda personalen, hur många anställda de har samt hur många nyanställningar som görs årligen. I sammanhanget bör betonas att de sjukvårdsinrättningar som Socialstyrelsen haft kontakt med under föreskriftsarbetet redan utbildar sin personal i säkerhetsfrågor och myndigheten förutsätter därför att denna kostnad redan är inkluderad i de flesta verksamheternas budget.

Socialstyrelsens allmänna råd om vad som bör ingå i utbildningen kan emellertid medföra kostnader för verksamheter vars utbildningar inte redan inkluderar dessa områden. Dessutom kan utvidgningen av målgruppen till att säkerhetsutbildning även ska ges till personal som har kontinuerlig kontakt med patienter göra att verksamheterna behöver utbilda fler anställda än enligt SOSFS 2006:9. Kostnaden för en enskild verksamhet att anpassa utbildningen till Socialstyrelsens förslag kan variera mycket beroende på vad som ingår i säkerhetsutbildningen i dagsläget, varför det varit svårt för myndigheten att beräkna denna kostnad. Utifrån den genomsnittliga kostnaden för att utbilda personal som presenterades ovan gör dock Socialstyrelsen ett generellt antagande att kostnaden för att justera utbildningen samt utbilda fler uppgår till 750 000 kronor per verksamhet. Huruvida kostnaderna blir återkommande eller inte bero på vilka justeringar som verksamheterna behöver göra i utbildningen av personal.

Säkerhetskontroller

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter genomgår regelbundna säkerhetskontroller. I allmänna råd ges exempel på vad dessa kontroller bör vara vid rekrytering och under pågående anställning. I SOSFS 2006:9 föreskrivs att det ska finnas rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen får genomgå regelbundna säkerhetskontroller, därigenom finns redan ett indirekt krav på säkerhetskontroller.

De kostnadsmässiga konsekvenserna av förslaget kan variera beroende på antal anställda verksamheten har och hur ofta som verksamheterna bedömer att säkerhetskontroller behöver göras. Utifrån information från vårdgivare som berörs av säkerhetsföreskrifterna uppskattar Socialstyrelsen kostnaden för säkerhetskontroller vid rekrytering till 647 kronor per person givet en tidsåtgång om en timme för en enhetschef. Hur mycket de totala kostnaderna blir för en enskild verksamhet kommer variera beroende på hur många nyanställningar som görs. Baserat på uppgifter från berörda vårdgivare

uppskattar Socialstyrelsen att en genomsnittlig verksamhet som berörs av säkerhetsföreskrifterna har ungefär 200 anställda som är hälso- och sjukvårdspersonal eller personal som har kontinuerlig kontakt med patienter. Om man antar en personalomsättning med 10 procent skulle det innebära att en verksamhet genomför ungefär 20 nyanställningar per år. Enligt denna exempelräkning skulle kostnaderna för en genomsnittlig verksamhet vara 12 940 kronor årligen för säkerhetskontroller vid nyrekrytering.

Kravet att säkerhetskontroll även ska göras av personal under anställning, exempelvis genom säkerhetssamtal, uppskattar Socialstyrelsen innebär en tidsåtgång om 30 minuter per anställd. Detta innebär kostnader om 324 kronor för en enhetschef per säkerhetskontroll. Socialstyrelsens förslag innebär ett något mer omfattande krav än regleringen i SOSFS 2006:9, vilket kan medföra högre kostnader för verksamheter. Totalkostnaden för en enskild verksamhet kommer som nämnt ovan variera beroende på verksamhetens storlek, men med utgångspunkten att den genomsnittliga verksamheten har ungefär 200 anställda blir totalkostnaderna per verksamhet 64 800 kronor per år.

Som nämnt ovan finns dock redan ett indirekt krav på säkerhetskontroller av personal innan och under anställning, dessa kostnader bör därför redan ingå i verksamheternas budget.

Säkerhetsklassificering

Författningsförslaget avseende kraven på de tre säkerhetsklasserna är förtydliganden av vad som redan gäller enligt SOSFS 2006:9. Myndigheten bedömer därför att förslaget inte kommer medföra några kostnader för verksamheter.

Placering av patienter

Socialstyrelsen föreslår att kriterierna risk att en patient blir fritagen, rymmer eller skadar någon annan fortsatt ska beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras. Eftersom dessa kriterier redan finns i SOSFS 2006:9 bedömer Socialstyrelsen att förslaget inte kommer medföra några kostnadsmässiga konsekvenser för verksamheter.

Socialstyrelsen föreslår att kriterierna patientens benägenhet att skada sig själv, om patienten tidigare motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder eller om patienten är beroende av alkohol eller droger tas bort som kriterier som ska beaktas vid placering av patienter. Socialstyrelsen föreslår vidare att risken att en patient begår ett allvarligt brott tas med som ett nytt kriterium för placeringsbedömningen.

Socialstyrelsen bedömer att förslagen om vilka kriterier som ska beaktas vid en placeringsbedömning inte nämnvärt kommer att påverka den tid det tar för en chefsöverläkare att bedöma på vilken säkerhetsklass en patient ska

placeras. Eftersom det blir nya bedömningskriterier behöver dock vårdgivarna göra nya placeringsbedömningar. Nya bedömningar kommer i huvudsak att behöva göras för patienter som vårdas enligt LRV. Patienter som vårdas enligt LPT ska enligt huvudregeln placeras på säkerhetsklass 3, vilket sker utan beslut i enskilda fall. Med hjälp av uppgifter från vårdgivare som berörs av författningsförslaget uppskattar Socialstyrelsen tiden för att göra en ny bedömning och fatta beslut om på vilken säkerhetsklass en patient ska placeras till 1 timme för en chefsöverläkare. Detta innebär kostnader om 1060 kronor per patient. Totalkostnaderna per verksamhet för att se över patienters placeringar kommer variera beroende på verksamhetens omfattning. I tabellen nedan presenterar därför Socialstyrelsen en exempelberäkning som visar på totalkostnaderna för tre verksamheter av olika omfattning. Kostnaderna för detta kan alltså variera mellan 26 500 och 159 000 kronor per verksamhet.

Tabell 3. Exempelberäkning

Antal patienter	Kostnader för översyn av placering
25	26 500 kronor
50	53 000 kronor
150	159 000 kronor

Vidare föreslår Socialstyrelsen att det ska förtydligas att en patient endast får placeras på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om patienten har behov som enbart kan tillgodoses på en sådan avdelning. Detta är framförallt ett förtydligande av nuvarande föreskrift och bör därför inte medföra några kostnader för verksamheter. Socialstyrelsen föreslår också att en patient ska ges möjlighet att lämna synpunkter på en sådan placering innan chefsöverläkaren fattar ett placeringsbeslut. Myndigheten bedömer att denna möjlighet innebär en marginell arbetsinsats för chefsöverläkaren och att förslaget således inte kommer att medföra några ekonomiska konsekvenser för verksamheter.

Enligt författningsförslaget ska chefsöverläkaren se till att en patients journal innehåller uppgifter om beslut att placera en patient på viss säkerhetsklass och skälen för beslutet samt en bedömning av om en patient som ges vård enligt LPT ska placeras på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass som inte resulterar i ett sådant beslut. Detta innebär både ett förtydligande och en utökning av kraven i SOSFS 2006:9. Myndigheten bedömer att det rör sig om en marginell arbetsinsats att dokumentera detta och att det inte kommer att medföra några ekonomiska konsekvenser för verksamheter.

Överlåtelse av placeringsbeslut

Socialstyrelsen föreslår att chefsöverläkaren ska få uppdra åt en annan läkare inom verksamheten att bedöma och fatta beslut om placering av patienter samt fortlöpande överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig. Läkaren ska ha specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och vara erfaren på området. Socialstyrelsen anser inte att detta förslag kommer få kostnadsmässiga konsekvenser för verksamheterna, utan snarast underlätta deras arbete med placeringsbeslut.

Anmälan vid brister i säkerheten

De föreslagna föreskriftsändringarna innebär att utredningen om brister i säkerheten som ska göras vid anmälan till IVO blir mer omfattande. Utöver de krav som finns idag ska utredningen även innefatta uppgifter om när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades till vårdgivaren, vilka konsekvenser som händelsen har eller hade kunnat medföra för olika grupper, mer detaljerade uppgifter som rör de åtgärder som vidtas samt hur personalen har eller ska informeras om resultatet av utredningar och de lärdomar som dragits. Vidare ska utredningen innehålla patientens och involverad personals beskrivning och upplevelse av händelsen. Detta gäller patienter som har medverkat i eller har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse. Om patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen bör möjligheten att göra detta i stället erbjudas en närstående.

Vilken information som vårdgivaren ska ge patienten är densamma som tidigare. De situationer då informationen i stället ska lämnas till en närstående utökas och det föreslås också en bestämmelse som anger att information ska lämnas till vårdnadshavare när patienten är ett barn om inte bestämmelser om sekretess hindrar detta eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt. Det föreslås vidare en ny bestämmelse om att all information som lämnas efter händelsen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Chefsöverläkaren ska se till att patientens journal innehåller uppgifter om att patienten eller närstående har fått informationen. Om informationen inte har lämnats ska skälen till det även antecknas. Föreskrifterna i denna del medför att kravet på journalföring blir något utvidgat då förslaget avser alla situationer när information getts till patienten, vårdnadshavare eller annan närstående.

Socialstyrelsen föreslår även flera nya krav att vårdgivaren ska ge information till hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personal. Kravet gäller information till hälso- och sjukvårdspersonal om deras skyldighet att rapportera risker för andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en sådan skada. Informationen ska ges när en anställning, ett

uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Vårdgivaren ska också informera hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personal om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Vilken personal som ska informeras får vårdgivaren bedöma i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Slutligen ska personal som varit involverad i en säkerhetsrelaterad händelse informeras om anmälningar till och beslut från IVO.

Vilka kostnadsmässiga konsekvenser dessa krav får beror på hur många och hur ofta som brister i säkerheten uppstår per verksamhet. Som beskrivits tidigare i denna konsekvensutredning fick IVO 33 anmälningar om brister i säkerheten under 2021 och 2022, där ungefär 20–25 kommer från rättspsykiatrin. Detta innebär att det för varje verksamhet uppstår brister i säkerheten färre än en gång per år i genomsnitt.

På grund av de nya krav som Socialstyrelsen föreslår riskerar de interna utredningarna om brister i säkerheten bli mer omfattande och tidskrävande för personalen. Enligt uppgifter från vårdgivare som berörs av föreskrifterna tar en intern utredning vanligtvis ungefär 25 timmar att genomföra. Det är svårt att på förhand uppskatta hur mycket denna tid kommer öka eftersom det i så stor utsträckning beror på hur verksamheterna arbetar idag och omständigheterna när det gäller situationen som har föranlett en anmälan till IVO. Socialstyrelsen gör därför ett generellt antagande om att tiden för den interna utredningen kommer att ta ytterligare 25 timmar, vilket alltså innebär att en utredning totalt kommer ta 50 timmar. Detta innebär ytterligare kostnader om 16 675 kronor per utredning givet att den utförs av en säkerhetsansvarig. Dessa är återkommande kostnader som kommer variera beroende på hur ofta brister i säkerheten uppstår. Som nämnts ovan tyder informationen som Socialstyrelsen fått från IVO på att det i genomsnitt uppstår brister i säkerheten färre än en gång per år för varje enskild verksamhet. Kostnaderna för detta bör således bli lägre än 16 675 kronor årligen.

Den utökade journalföringen samt informationen som ska ges till patient, vårdnadshavare eller annan närstående bör innebära en mindre arbetsinsats och därför även en försumbar kostnad. Vidare bedömer Socialstyrelsen att informationen som ska ges till personalen kan ges dels vid introduktion när hälso- och sjukvårdspersonal påbörjar sin anställning, uppdrag eller verksamhetsförlagd utbildning, dels under personalmöten eller APT, och att det därför endast innebär en mindre arbetsinsats att göra detta. Socialstyrelsen bedömer därför att även detta krav endast rör sig om en försumbar kostnad.

Med anledning av de föreslagna ändringarna kan vissa verksamheter behöva justera eller upprätta rutiner för hur anmälan om brister i säkerheten ska

göras. Om vårdgivarna inte redan har rutiner för detta kommer de behöva upprätta sådana. Socialstyrelsen uppskattar detta arbete till en tidsåtgång om 40 timmar för en verksamhetschef till en kostnad om 36 280 kronor per verksamhet.

Totalkostnad

Som beskrivits i denna konsekvensutredning kommer de sammanlagda kostnadsmässiga konsekvenserna för en enskild verksamhet bero på hur verksamheten arbetar idag samt verksamhetens omfattning. I nedanstående tabell presenteras samtliga kostnader som beskrivits i denna utredning samt en uppskattning av totalkostnaden per verksamhet.

Tabell 4. Totalkostnad

Åtgärd	Kostnad, kr
Upprättande av säkerhetshandling	40 020
Uppdatering av säkerhetshandling	6 670
Ta fram rutiner för genomsökning av patienters rum	36 280
Ta fram rutiner för patienter som misstänks vara brottsoffer	36 280
Rutiner om lokalers utformning och inredning	54 420
Justering av rutiner om samverkan	18 140
Säkerhetsutbildning för personal	750 000
Rutiner för säkerhetsåtgärder vid tillfällig patientkontakt	36 280
Säkerhetskontroller av nyanställda	12 940 årligen
Säkerhetskontroller under anställning	64 800 årligen
Se över patienters placering utifrån ändrade kriterier	26 500 – 159 000
Utredning om brister i säkerheten	16 675
Rutiner för anmälan om brister i säkerheten	36 280
Totalkostnad per verksamhet	**1 135 285 – 1 267 785**

Totalkostnaden uppskattas således till 1 135 285 – 1 267 785 kronor per verksamhet. Som beskrivits i avsnitt 4.1 *Berörda av regleringen* bedömer Socialstyrelsen att 98 verksamheter berörs av de föreslagna föreskriftsändringarna. Totalkostnaden för samtliga verksamheter som berörs av föreskrifterna blir således 111 257 930 – 124 242 830 kronor. I

sammanhanget är det dock viktigt att notera att kostnaden för att justera säkerhetsutbildningen, som uppskattas till 750 000 kronor, är osäker och att Socialstyrelsen bedömer att många av vårdgivarna redan uppfyller detta krav. För många verksamheter bör kostnaderna således bli lägre än den totalkostnaden som beräknas här.

4.4 Konsekvenser för kommunala självstyret

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 till nya säkerhetsföreskrifter bedöms vara nödvändiga med hänsyn till ändamålet att upprätthålla god säkerhet vid sjukvårdsinrättningar där det får ges sluten vård enligt LPT och LRV och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Socialstyrelsen bedömer att ändamålet med författningsförslaget inte kan uppnås på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt.

4.5 Kostnader och intäkter för staten

Eftersom Rättsmedicinalverkets enheter för rättspsykiatrisk undersökning berörs av föreskrifterna kommer föreskriftsförslaget även få kostnadsmässiga konsekvenser för staten. Dessa konsekvenser bör dock vara av samma omfattning som de som kan uppstå för regionala vårdgivare. Socialstyrelsen hänvisar därför till de kostnader som beskrivs i avsnitt 4.3 *Kostnader och intäkter för regionerna.*

4.6 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda

Föreskriftsförslaget innebär inga kostnader eller intäkter för företag.

4.7 Konsekvenser för patienter

Inledning

Socialstyrelsens förslag till nya säkerhetsföreskrifter berör patienter på flera olika sätt. I detta avsnitt redogör myndigheten i huvudsak för

konsekvenserna av de författningsförslag som är nya i förhållande till vad som gäller enligt SOSFS 2006:9.

Krav på rutiner

Socialstyrelsen föreslår dels att vissa av de krav på rutiner som finns i nuvarande säkerhetsföreskrift förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna och i vissa fall förtydligas, dels att det införs nya krav på rutiner. Nedan redogörs för de nya kraven på rutiner.

Lokalers utformning

Socialstyrelsen föreslår krav på rutiner för hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård samt för hur lokalerna fortlöpande ska utvärderas. I allmänna råd ges exempel på vad som bör framgå av rutinerna när det gäller åtgärder i verksamhetens lokaler. Exempel som ges är bland annat åtgärder för att patienter och personal inte ska uppleva trängsel och för att patienter ska kunna få tillgång till rum för återhämtning. Ett annat exempel som ges är åtgärder för att personalen ska kunna observera patienterna.

Att verksamheter tar fram sådana rutiner bör enligt Socialstyrelsen bidra till att lokalerna används och utformas på ett sätt som gör att säkerhetsincidenter kan förebyggas och att personalen kan ingripa i ett tidigt skede för att deskalera en våldsam situation. Såsom att åtgärder för minskad trängsel kan förebygga friktion mellan patienter, som kan leda till hot och våld.

Patienter som brottsoffer

Socialstyrelsen föreslår krav på rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten. Med sådana rutiner ökar förutsättningarna för att verksamheter är förberedda och vet hur de bör agera om en patient har utsatts för eller misstänks ha utsatts för ett brott, såsom vilka åtgärder som bör vidtas och vilka personer i verksamheten som ska involveras. Det kan exempelvis handla om vilket stöd en patient som är brottsoffer ska erbjudas samt när och hur en polisanmälan bör göras. På så sätt kan patienter ges ett bättre stöd, vilket bör få till konsekvens att de kan känna sig tryggare, må bättre och ha bättre förutsättningar att vidta rättsliga åtgärder.

Genomsökning av patienters rum

Socialstyrelsen föreslår krav på rutiner om genomsökning av patienters rum. Enligt Socialstyrelsen kan sådana rutiner bidra till att det blir tydligare för personalen när och hur en sådan genomsökning får ske. Det kan i sin tur leda till att genomsökningar av patientrum görs på ett mer enhetligt sätt såväl

inom en verksamhet som mellan verksamheter, dvs. till ökad jämlikhet för patienter. Rutinerna kan även öka förutsättningarna för att patienters fri- och rättigheter inte inskränks mer än vad som är tillåtet enligt gällande rätt, såsom att patienters personliga integritet respekteras i högre omfattning.

Samverkan med annan hälso- och sjukvård och socialtjänsten

Socialstyrelsen föreslår viss förändring av nuvarande krav på rutiner om samverkan om säkerheten med annan hälso- och sjukvård och socialtjänsten. För att förtydliga vilken typ av samverkan det kan handla om föreslår myndigheten att det ges exempel på vad rutinerna bör innehålla i allmänna råd. Det exempel som ges är att det bör framgå vilken samverkan, såsom t.ex. utbyte av information, som behövs för att förhindra att en patient agerar så att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas då denne vistas på ett hem eller någon annan institution för vård eller behandling eller på en avdelning för sluten somatisk vård.

Samverkan kan då handla om informationsutbyte om exempelvis hur patienten bör bemötas eller andra åtgärder som kan vidtas för att förebygga att patienten skadar sig själv eller utsätter andra för säkerhetsincidenter. Samverkan kan på detta sätt öka förutsättningarna för att säkerhetsincidenter inte inträffar och bidra till förbättrad återhämtning och psykiskt mående för patienter.

Säkerheten vid tillfällig patientkontakt

Socialstyrelsen föreslår krav på rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och hantera händelser som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas då personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.

Det kan exempelvis handla om vilka åtgärder som bör vidtas för att förebygga säkerhetsincidenter då lokalvårdare eller hantverkare kan komma i kontakt med patienter. Såsom vilken information dessa personer ska ges, hur de bör ha uppsikt över verktyg och hur patienter bör bemötas. Genom sådana rutiner ökar enligt myndigheten förutsättningarna för att säkerhetsincidenter förebyggs, vilket gynnar patienter.

Ansvaret för rutiner

I SOSFS 2006:9 är det något otydligt om ansvaret för att säkerställa att de rutiner som krävs enligt föreskrifterna ligger på vårdgivaren eller den säkerhetsansvarige. I de nya säkerhetsföreskrifterna förtydligas att det är vårdgivarens ansvar. Genom en tydlig reglering ökar förutsättningarna för att de rutiner som krävs också finns, vilket i sin tur ökar förutsättningarna för att patienter vårdas i en miljö med god säkerhet.

Säkerhetsutbildning

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter ges en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med nyanställning och därefter erbjuds regelbunden kompetensutveckling. I nuvarande säkerhetsföreskrifter finns endast krav på rutiner om säkerhetsutbildning.

För att tydliggöra vad en sådan utbildning kan vara ges i allmänna råd exempel på vad utbildningen bör ge personalen kunskap om. Exempel som ges är kunskap om vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga hot och våld, hur relationen mellan patienter och personal kan stärkas samt hur användningen tvångsåtgärder kan förebyggas. Ett annat exempel är kunskap om hur patienter kan görs delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet som bedrivs i verksamheten.

Tydligare krav på säkerhetsutbildning och råden om vad utbildningen bör ge personal för kunskap ökar enligt Socialstyrelsen förutsättningarna för att säkerhetsincidenter kan förebyggas och hanteras på ett sätt som är säkert för patienter. Om vården blir säkrare kan patienter känna sig tryggare i sin vårdmiljö, vilket kan bidra till återhämtning och ett bättre psykiskt mående. Säkerhetsutbildningen ökar enligt myndigheten även förutsättningarna för att patienters rätt till god vård främjas, bland annat genom att patienters relationer till personalen stärks och respekten för deras integritet ökar.

De allmänna råden om utbildningens innehåll kan vidare bidra till att personalens kunskaper om säkerhetsfrågor blir mer jämlik över landet, och därmed att patienters rätt till en säker och god vår blir mer jämlik. Om utbildningen leder till att tvångsåtgärder förebyggs får det till konsekvens att patienters fri- och rättigheter inskränks i mindre omfattning, och därmed minskar psykiskt lidande och trauman för patienter.

Säkerhetskontroller av personal

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter ska genomgå regelbundna säkerhetskontroller. I nuvarande säkerhetsföreskrifter finns endast krav på rutiner om säkerhetskontroller.

För att det ska vara tydligt vad som avses med säkerhetskontroller föreslår Socialstyrelsen att syftet med kontrollerna ska tydliggöras, nämligen att minska risken att personalen agerar på ett sätt som gör att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas. För att ytterligare förtydliga vad säkerhetskontroller kan vara föreslår myndigheten att det i allmänna råd ges exempel på sådana kontroller. De exempel som ges är utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister och fördjupad

referenstagning i samband med rekrytering och genomförande av säkerhetssamtal under pågående anställning.

Om regleringen leder till att säkerhetskontroller görs i större utsträckning än vad som är fallet i dag kan det få till konsekvens att det i ökad utsträckning går att undvika att personer som är olämpliga ur ett säkerhetsperspektiv rekryteras eller innehar en viss tjänst. På så sätt kan förutsättningarna öka för att säkerhetsincidenter undviks, såsom att personal utsätter patienter för brott eller försöker värva dem till brottslig verksamhet.

Placering av patienter på avdelning med viss säkerhetsklass

Kriterier som tas bort

Socialstyrelsen föreslår att vissa av de kriterier som enligt SOSFS 2006:9 särskilt ska beaktas vid bedömningen av vid vilken säkerhetsklass en patient ska placeras inte förs över till de nya säkerhetsföreskrifterna. Det är kriterierna ”patientens benägenhet att skada sig själv”, ”om patienten tidigare har motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder” och ”patientens beroende av alkohol eller andra droger”.

Att dessa kriterier tas bort bör få till konsekvens att en patient som uppfyller något eller några av dessa kriterier kan placeras på en avdelning med säkerhetsklass 3 i stället för klass 1 eller 2, dvs. om patienten inte i övrigt uppfyller något av de kriterier som särskilt ska beaktas vid en placering. Därmed inskränks patientens fri- och rättigheter i mindre utsträckning. Detta bland annat eftersom det på en avdelning med säkerhetsklass 3 inte får finnas allmän inpasseringskontroll och inte heller allmän inskränkning av patienters rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster.

Att nämnda kriterier tas bort är också en signal om att patienter som har ett självskadebeteende, motsätter sig vård eller har ett beroende ska kunna vårdas på alla säkerhetsklasser. På så sätt stärks också fokuset på god vård.

Kriterier som blir kvar

Socialstyrelsen föreslår att bedömningskriterierna ”fritagning” och ”rymning” förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna. Detta utifrån att det på säkerhetsklass 1 och 2 finns bättre förutsättningar att förhindra att patienter olovligen lämnar avdelningen, genom att det där ska finnas skal- och perimeterskydd respektive skalskydd som kan stå emot rymning och fritagning.

Om en patient hindras från att olovligen lämna avdelningen kan de negativa konsekvenser det innebär för patienten undvikas. Såsom att patienten begår

brottsliga handlingar, försämras i sitt psykiskt mående och blir återintagen med förlängd tvångsvård som följd.

Socialstyrelsen föreslår vidare att kriteriet ”skada annan” förs över från SOSFS 2006:9 till de nya säkerhetsföreskrifterna. Socialstyrelsen menar att detta kriterium bör finnas kvar eftersom det ökar förutsättningarna för verksamheter att upprätthålla en säker vård. En sådan vård gynnar patienter.

Kriterier som läggs till

Socialstyrelsen föreslår vidare att det införs ett nytt bedömningskriterium, nämligen risken att en patient begår ett allvarligt brott. Orsaken är i huvudsak att det på förhöjd säkerhetsklass finns bättre förutsättningar att förhindra brott (såsom genom allmän inpasseringskontroll och generella begränsningar vad gäller användning av elektroniska kommunikationstjänster).

Att förbereda eller utföra brottsliga handlingar är skadligt såväl för den patient som utför handlingen som för andra patienter. Medpatienter kan dels dras in i brottsliga handlingar, dels utsättas för sådana. En konsekvens av att det nya kriteriet införs är att verksamheternas förutsättningar att förhindra att patienter utför eller utsätts för brott ökar.

Placering på högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl

Socialstyrelsen föreslår att det i de nya säkerhetsföreskrifterna förtydligas att en patient endast kan placeras vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om patienten har behov som enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning. Myndigheten föreslår också att det av allmänna råd ska framgå att patienten t.ex. kan ha behov av kontinuitet i vården och av att få vistas nära närstående.

Vårdkontinuitet kan exempelvis handla om att patienten har behov av att vara kvar på en avdelning där hen har varit länge och känner personalen, trots att patienten egentligen skulle kunna förflyttas till en avdelning med lägre säkerhetsklass. Ett annat behov kan vara att vårdas nära anhöriga. Med förtydligandet att placeringen ska handla om patientens behov och exemplen i de allmänna råden blir det tydligt att placeringen inte kan handla om organisatoriska frågor, såsom platsbrist.

Konsekvensen av författningsförslaget blir därmed enligt Socialstyrelsen att förutsättningarna ökar för att patienter endast placeras på högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt om det handlar om patientens egna behov och önskemål. Patientens mänskliga rättigheter och tillgång till god vård stärks på så sätt, bland annat genom ökad respekt för patientens självbestämmande och integritet.

För att öka patientens delaktighet i beslut om placering på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl föreslår Socialstyrelsen att det införs ett krav på att patienten, innan chefsöverläkaren fattar ett beslut, ska ges möjlighet att lämna synpunkter på placeringen.

Journalföring

Socialstyrelsen föreslår ett förtydligande och utökat krav på journalföring av uppgifter om placeringar. Enligt förslaget ska beslut om att placera en patient på en avdelning med viss säkerhetsklass och skälen för beslutet journalföras. Dessutom ska bedömningar av om en LPT-patient ska placeras på förhöjd säkerhetsklass som inte resulterar i ett beslut om sådan placering journalföras.

Genom kraven på journalföring ökar transparensen och möjligheten för patienter att ta del av bedömningar som gjorts vad gäller hens placering på avdelning med viss säkerhetsklass.

Säkerhetshandling

Socialstyrelsen föreslår att det införs ett krav på att varje avdelning vid en verksamheter ska ha en säkerhetshandling och att den ska uppdateras kontinuerligt. I SOSFS 2006:9 finns endast krav på rutiner om säkerhetshandling.

Kravet på säkerhetshandling ökar enligt Socialstyrelsen förutsättningarna för att god säkerhet kan tillgodoses, vilket medför ökad säkerhet för patienter.

Anmälan och utredning vid brister i säkerheten

Socialstyrelsen föreslår att utredningen av en händelse i verksamheten som medfört eller har kunnat medföra en allvarlig skada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten, bl.a. ska innehålla uppgifter om vilka konsekvenser som händelsen medfört eller hade kunnat medföra för patienter. Det föreslås också att den ska innehålla uppgifter om patientens beskrivning och upplevelse av händelsen, vilket omfattar både patienter som själva medverkat i en säkerhetsrelaterad händelse och patienter som utsatts för den. Dessa krav ökar enligt Socialstyrelsen vårdgivarens kunskap och medvetenhet om hur säkerhetsrelaterade händelser påverkar patienter och kan leda till en förbättrad förståelse för patientens perspektiv och behov vid sådana händelser. Kraven kan således enligt myndighetens mening bidra till en ökad trygghet för patienten samt förbättrade förutsättningar för att en god säkerhet kan upprätthållas. Att även närstående föreslås bör ges en möjlighet att beskriva händelsen för det fall patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse, kan också innebära en ökad trygghet för patienterna.

Socialstyrelsen föreslår vidare att all information som ska lämnas efter en säkerhetsrelaterad händelse ska anpassas efter mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Kravet ökar enligt Socialstyrelsens mening förutsättningarna för att patienter ska kunna tillgodogöra sig informationen som ges.

Socialstyrelsen föreslår även undantag från skyldigheten att ge information till patienten om det finns hinder mot detta enligt offentlighets- eller sekretesslagen eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt. Eftersom förslaget gäller i samtliga situationer då information ges innebär det att det i något fler fall än idag kan bedömas vara olämpligt att ge patienten information. Detta kan således få konsekvenser för patienter såsom att patienter med ökad benägenhet att utföra våldshandlingar inte ges information om anmälningar till eller beslut från IVO. Detta medför ökad säkerhet för patienter.

Socialstyrelsen föreslår också att chefsöverläkaren ska se till att patientens journal innehåller uppgifter om samtliga situationer då en patient, vårdnadshavare eller närstående fått information. Det ska även antecknas om information inte lämnats och om skälet för det. Genom det utökade kravet på journalföring ökar transparensen och patienten har själv möjlighet att kontrollera när information lämnats till denne själv eller närstående och när bedömning har gjorts att information inte kan lämnas.

Sammanfattning

Socialstyrelsen menar att författningsförslaget ökar förutsättningarna för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas i verksamheter där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Detta bland annat genom att förutsättningarna ökar för att säkerhetsincidenter kan förebyggas och deskaleras samt hanteras på ett säkert sätt.

En annan konsekvens av förslagen är enligt myndigheten att förutsättningarna ökar för att patienters fri- och rättigheter stärks. Såsom att patienter inte placeras på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt för att bibehålla en god säkerhet samt att användningen av tvångsåtgärder minskar. Förslagen bedöms också gynna en god vård, bland annat genom att patienters möjlighet till självbestämmande och respekt för deras integritet ökar.

De ökade kraven på journalföring medför ökad transparens och möjlighet att använda dokumentationen i det systematiska kvalitetsarbetet, i syfte att öka säkerheten. Myndigheten bedömer vidare att författningsförslaget kan leda till att patienter i högre utsträckning görs delaktiga i frågor som rör säkerheten. Om säkerheten ökar och patienter i högre utsträckning får vara

delaktiga ges patienter bättre förutsättningar för återhämtning och förbättrat psykiskt mående.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att förslaget till nya säkerhetsföreskrifter ökar förutsättningarna för en god säkerhet, god vård samt för ökad jämlikhet, rättssäkerhet och respekt för mänskliga rättigheter.

4.8 Barnkonsekvensanalys

Inledning

De konsekvenser förslaget till nya säkerhetsföreskrifter får för patienter gäller såväl för vuxna som barn (se avsnitt 4.7). I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för de särskilda konsekvenser förslagen får för barnet utifrån artiklarna i barnkonventionen.

Socialstyrelsen redogör i huvudsak för konsekvenserna av de förslag till reglering som är nya i förhållande till vad som nu gäller enligt SOSFS 2006:9.

Skydd mot övergrepp och sexuellt utnyttjande

Av artikel 19 i bankonventionen framgår att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård.

Av artikel 34 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna åtar sig att skydda barnet mot alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp.

Socialstyrelsen föreslår bland annat att det i de nya säkerhetsföreskrifterna införs krav på:

- Säkerhetsutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter.
- Säkerhetskontroller av hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter.
- Rutiner för hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård samt för hur lokalernas användning och utformning fortlöpande ska utvärderas.

- Rutiner om vilka åtgärder som ska vidtas då en patienthar blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller annan person på sjukvårdsinrättningen.

Förslagen medför enligt Socialstyrelsen att förutsättningar ökar för att personal ska kunna förebygga och deskalera våldsincidenter samt stödja barn som utsatts för eller misstänks vara utsatta för brott. På så sätt skyddas barn från olika former av övergrepp, inklusive sexuellt utnyttjande. Förslagen får därmed enligt Socialstyrelsen till konsekvens att barnets rätt till skydd mot övergrepp och sexuellt utnyttjande stärks i enlighet med artikel 19 och 34 i barnkonventionen.

Rätt till liv och överlevnad samt bästa möjliga hälsa

Av artikel 6 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna till det yttersta av sin förmåga ska säkerställa barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling.

Av artikel 24 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna ska erkänna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering samt att de ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Som redogörs för ovan bedömer Socialstyrelsens att förslaget till nya säkerhetsföreskrifter ökar förutsättningarna för att våldsincidenter förebyggs och deskaleras och att tvångsåtgärder förebyggs. Om det förekommer mindre våldsincidenter på en avdelning skapas en vårdmiljö med ökad trygghet för barnet med bättre möjligheter till återhämtning och förbättrat psykiskt mående.

Om enskilda barn bemöts och behandlas på ett sätt som minskar behovet av tvångsåtgärder kan psykiskt lidande och trauman förhindras eller lindras. I förlängningen kan det medföra att barnets vård under tvång förkortas. Förslagen får därmed enligt Socialstyrelsen till konsekvens att barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling samt bästa möjliga hälsa stärks i enlighet med artikel 6 och 24 i barnkonventionen.

Rätt till delaktighet

Av artikel 12 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna ska 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.

Socialstyrelsen föreslår att det ska införas allmänna råd om vad en säkerhetsutbildning bör ge personalen kunskap om. Ett av råden handlar om

hur patienter kan göras delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet. Ett annat förslag är att det införs krav på att en patient ska ges möjlighet att lämna synpunkter innan chefsöverläkaren fattar beslut om placering på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl. Ytterligare ett förslag är att information till en patient som medverkat i eller utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse ska anpassas till bl.a. mottagarens ålder, mognad erfarenhet och andra individuella förutsättningar. Socialstyrelsen bedömer att förslagen får till konsekvens att barnets rätt till delaktighet stärks i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen.

Barnets bästa

Av artikel 3 i barnkonventionen framgår att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

Socialstyrelsen konstaterar att vad som är barnets bästa bland annat ska tolkas utifrån övriga artiklar i barnkonventionen. Myndigheten har ovan redogjort för konsekvenserna av vissa förslag och funnit att de stärker vissa av barnets rättigheter, såsom rätten till skydd mot övergrepp och rätten till delaktighet. Enligt myndighetens bedömning är förslagen också i enlighet med vad som är barnets bästa.

Socialstyrelsen bedömer att även följande förslag är för barnets bästa:

- Förslaget att vissa omständigheter inte längre särskilt ska beaktas vid en chefsöverläkares bedömning av på vilken säkerhetsklass en patient ska placera, såsom risken att patienten motsätter sig vårdåtgärder eller är beroende av alkohol eller andra droger. Enligt Socialstyrelsen ökar förslaget förutsättningarna för att ett barn inte placeras på en avdelning med högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl. Konsekvensen av förslaget blir därmed en minskad risk för oproportionerliga inskränkningar i barnets fri- och rättigheter.
- Förslaget om krav på rutiner om samverkan om säkerheten och allmänna råd om vad sådana rutiner kan innehålla. Enligt Socialstyrelsen ökar förslaget förutsättningarna för att personal på ett hem eller någon annan institution för vård eller behandling samt en avdelning för sluten somatisk vård får information om ett barns psykiska mående och hur hen bör bemötas. Ett sådant informationsutbyte kan enligt myndigheten få till konsekvens att ett barn bemöts och behandlas på ett sätt som minskar risken att barnet blir agiterat eller inte vill ta mot behandling. Det kan förebygga våldsincidenter och stärka barnets integritet och möjlighet till ökat välmående.
- Förslaget att det ska finnas rutiner om genomsökning av patienters rum ökar enligt Socialstyrelsen förutsättningarna för att genomsökning av

barns rum sker i enlighet med gällande rätt och att det görs på ett jämlikt sätt över landet. Konsekvensen av förslaget blir därmed att risken för intrång i barnets personliga integritet minskar.

Vårdnadshavares råd till barnet

Av artikel 5 i barnkonventionen framgår att konventionsstaterna ska respektera det ansvar och de rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar och vårdnadshavare, att på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i barnkonventionen. Ett förslag som relaterar till detta är förslaget att när en patient som medverkat i eller utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse är ett barn, ska även barnets vårdnadshavare få information om anmälningar till och beslut från IVO. Information får dock inte lämnas om bestämmelser om sekretess hindrar detta eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

Enligt Socialstyrelsen kan förslaget öka vårdnadshavares insyn i säkerhetsincidenter som barnet varit inblandad i vilket kan medföra att vårdnadshavaren kan utgöra ett bättre stöd för barnet och ge ledning och råd då barnet utövar sin rätt till liv, överlevnad och utveckling.

4.9 Andra relevanta konsekvenser

Konsekvenser för jämställdhet

Förslaget till nya säkerhetsföreskrifter gäller lika för alla individer och dess konsekvenser bedöms vara desamma oavsett en patients könstillhörighet, könsidentitet, könsuttryck eller sexuella läggning. Förslagen bedöms inte få några konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män.

Agenda 2030

Genom Agenda 2030 och de 17 globala målen för hållbar utveckling har världens länder enats om mål och delmål för att uppnå en global hållbar utveckling till 2030. Förslaget till nya säkerhetsföreskrifter bidrar enligt Socialstyrelsen till att genomföra målen i Agenda 2030, särskilt mål 3 om god hälsa och välbefinnande.

Mänskliga rättigheter är en central utgångspunkt för att genomföra målen i Agenda 2030. Enligt Socialstyrelsen bidrar den föreslagna regleringen i säkerhetsföreskrifterna till att stärka de mänskliga rättigheterna för patienter som vårdas i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården och på enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Det gäller särskilt de förslag som syftar till att förebygga och deskalera våldsincidenter, förebygga

användningen av tvångsåtgärder och öka patientens delaktighet. Om förutsättningarna ökar för att vården i högre utsträckning bedrivs i enlighet med dessa syften bör det i sin tur bidra till målet om god hälsa och välbefinnande för såväl vuxna som barn.

4.10 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet

Socialstyrelsen har i författningsarbetet haft kontakt med ett flera externa aktörer som på olika sätt kommer att beröras av författningsförslaget. Ingen av dessa aktörer har lyft att förslagen skulle medföra särskilt omfattande kostnader eller begränsningar för berörda verksamheter. Mot bakgrund härav och utifrån den ekonomiska konsekvensanalys som har gjorts bedömer Socialstyrelsen att de ändringar som föreslås är proportionerliga i förhållande till syftet med författningsförslaget.

4.11 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU

Socialstyrelsen bedömer att förslagen till de nya säkerhetsföreskrifterna överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU.

5 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

5.1 Ikraftträdande

Tid för ikraftträdande

Socialstyrelsen föreslår att de nya säkerhetsföreskrifterna ska träda i kraft den 15 januari 2026 (med undantag för vissa bestämmelser). Socialstyrelsen har bedömt att tidpunkten för ikraftträdandet ger de verksamheter som ska tillämpa föreskrifterna förutsättningar att anpassa sin verksamhet efter de nya krav och rekommendationer som förslagen innebär.

Socialstyrelsen föreslår att ändringarna i HSLF-FS 2022:62 träder i kraft samtidigt som de nya säkerhetsföreskrifterna, dvs. den 15 januari 2026.

5.2 Övergångsbestämmelser

När de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft kommer det att finnas patienter som är placerade på en avdelning med viss säkerhetsklass, efter en bedömning som en chefsöverläkare har gjort utifrån de kriterier som gäller enligt SOSFS 2006:9. Det innebär att nya beslut kommer behöva fattas utifrån kriterierna i de nya säkerhetsföreskrifterna.

Socialstyrelsen har därför övervägt om det behövs övergångsbestämmelser för regleringen om placering av patienter. Med en övergångsbestämmelse skulle beslut som har fattats enligt SOSFS 2006:9 om att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass kunna vara giltiga en viss tid efter det att de nya säkerhetsföreskrifterna trätt i kraft. På så vis skulle verksamheterna ges viss tid för att fatta nya placeringsbeslut.

Socialstyrelsen bedömer att det finns anledning att ge verksamheter viss tid för att fatta nya placeringsbeslut. När det gäller patienter som vårdas enligt LPT är huvudregeln att patienterna ska placeras på säkerhetsklass 3, utan att det behöver fattas något beslut därom. Men patienterna kan även placeras vid en avdelning med förhöjd säkerhetsklass. Såvitt myndigheten känner till är det emellertid relativt ovanligt. För de patienter som är placerade på förhöjd säkerhetsklass behövs dock viss tid för att kunna fatta nya placeringsbeslut.

Hur lång övergångsperioden bör vara beror särskilt på hur många nya beslut en chefsöverläkare behöver fatta. I Socialstyrelsens patientregister finns uppgifter om hur många patienter som är inskrivna för vård enligt LPT och LRV vid ett visst tillfälle. Av PAR framgår däremot inte hur många patienter som finns vid en avdelning vid en viss tidpunkt. Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet och Socialstyrelsens kännedom bedömer myndigheten att en avdelning har som mest omkring 20 patienter vid samma tillfälle. Vid en avdelning finns det enligt myndighetens kännedom oftast en chefsöverläkare som ska fatta besluten och möjligen även en specialistläkare

som fått chefsöverläkarens uppdrag att fatta sådana beslut. Det skulle även kunna förekomma att en chefsöverläkare ansvara för placeringsbeslut för ytterligare en avdelning.

Socialstyrelsen bedömer, utifrån från vad som framkommit i författningsarbetet, att det i genomsnitt tar en timme för en chefsöverläkare att göra bedömningar och fatta beslut om placering för en patient.

Enligt Socialstyrelsen är det angeläget att placeringsbeslut fattas relativt skyndsamt. Detta eftersom den säkerhetsklass som en patient är placerad på utifrån en bedömning av kriterierna i SOSFS 2006:9 kan skilja sig från den säkerhetsklass som patienten bör vara placerad på utifrån kriterierna i de nya säkerhetsföreskrifterna. Myndigheten konstaterar vidare att det såväl enligt SOSFS 2006:9 som enligt förslaget till nya säkerhetsföreskrifter krävs att chefsöverläkaren fortlöpande överväger vid vilken säkerhetsklass en patient ska vara placerad. Utifrån det finns det således ett skyndsamhetskrav vad gäller placeringsbeslut.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att den tid som verksamheter bör få på sig för att fatta nya placeringsbeslut bör vara en månad. Socialstyrelsen föreslår utifrån detta att det ska finnas en övergångsbestämmelse som anger att beslut om att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass som har fattats enligt SOSFS 2006:9 ska gälla en månad från det att de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft, dvs. till den 15 februari 2026.

5.3 Informationsinsatser

Information om den nya säkerhetsföreskriften kommer att publiceras på Socialstyrelsens hemsida och i Socialstyrelsens nyhetsbrev.

5.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas

Socialstyrelsen har en beslutad process för uppföljning av författningar. Syftet med processen är att säkerställa att Socialstyrelsens författningar (föreskrifter och allmänna råd) följs upp på ett systematiskt sätt. Målet med processen är att identifiera och analysera eventuella behov av ändringar i Socialstyrelsens författningar i syfte att säkerställa att författningarna uppfyller krav på att vara aktuella och ändamålsenliga. Den föreslagna författningen kommer att följas upp i enlighet med denna process.

Socialstyrelsen har för avsikt att utvärdera förslagen fem år efter ikraftträdandet.

Rättsavdelningen
Kristina Swiech
kristina.swiech@socialstyrelsen.se

Sändlista – förslag till föreskrifter och allmänna råd (HSLF:FS 2025:xx) om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning

1. Arbetsgivarverket
2. Arbetsmiljöverket
3. Autism Sverige
4. Barnombudsmannen
5. Bromölla kommun
6. Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers tekniska högskola
7. Civil Rights Defenders
8. Domstolsverket
9. Frisk & Fri
10. Inspektionen för vård och omsorg
11. Kriminalvården
12. Mind
13. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
14. Nationellt programområde psykisk hälsa
15. Polismyndigheten
16. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor
17. Psykologförbundet
18. Region Blekinge
19. Region Dalarna
20. Region Gotland
21. Region Gävleborg
22. Region Halland
23. Region Jämtland Härjedalen
24. Region Jönköpings län
25. Region Kalmar län
26. Region Kronoberg
27. Region Norrbotten
28. Region Skåne
29. Region Stockholm
30. Region Sörmland
31. Region Uppsala
32. Region Värmland
33. Region Västerbotten

34. Region Västernorrland
35. Region Västmanland
36. Region Örebro län
37. Region Östergötland
38. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
39. Riksföreningen för Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin
40. Rättsmedicinalverket
41. Schizofreniförbundet
42. SHEDO (Self Harm and Eating Disorder Organisation)
43. Statens institutionsstyrelse
44. Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
45. Stockholms stad
46. Sundsvalls kommun
47. Svensk sjuksköterskeförening
48. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
49. Svenska läkaresällskapet
50. Svenska Psykiatriföreningen för Skötare
51. Svenska Psykiatriska Föreningen
52. Svenska Rättspsykiatriska Föreningen
53. Sveriges Kommuner och Regioner
54. Sveriges läkarförbund
55. Vårdförbundet
56. Västra Götalandsregionen
57. Åklagarmyndigheten
58. Älvkarleby kommun