Yttrande över Remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har av regionledningskontoret getts möjlighet att avge yttrande över Remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård på Region Stockholms vägnar till Socialstyrelsen.

Inom Region Stockholm bedrivs tvångsvård endast inom SLSO. SLSO:s Psykiatri består av 9 olika vårdande verksamheter som alla bedriver tvångsvård i olika omfattning. SLSO har ett ledningssystem för tvångsvård för att säkerställa att de särskilda krav som gäller för tvångsvård uppfylls.

Ärendet

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft den 1 september 2008.
SOSFS 2008:18 har sedan den trädde i kraft ändrats fyra gånger. Socialstyrelsen har i en förstudie utrett behovet av översyn av SOSFS 2008:18 respektive Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2006:9, om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Sammantaget bedömde myndigheten att SOSFS 2008:18 borde prioriteras för en översyn framför SOSFS 2006:9.

Syftet med översynen är att författningen ska vara aktuell, ändamålsenlig och svara mot de behov som finns av reglering för vård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Genom förslaget till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård vill Socialstyrelsen stärka rättssäkerheten, patientsäkerheten och barnrättsperspektivet för dessa patienter och öka deras delaktighet i vården. Myndigheten vill även öka förutsättningarna för att den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården bedrivs på ett jämlikt sätt över landet samt en reglering som ger patienter i sådan vård en trygg, säker och god vård.

Remissen består av ett förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt en konsekvensbeskrivning. Konsekvensbeskrivningen innehåller utförliga resonemang om bakgrunden till de föreslagna förändringarna.

Förslaget har föregåtts av ett arbete där flera aktörer varit inblandade och SLSO har haft möjlighet att delta både genom att besvara frågor kring delar av förslaget och också genom deltagande i gruppdiskussioner där SLSO getts möjlighet att framföra och redogöra för det aktuella läget gällande olika aspekter av vården och SLSO:s synpunkter på förändringsarbetet. SLSO har gått igenom förslaget till föreskrift och konsekvensutredningen och har följande synpunkter.

Förvaltningens motivering och yttrande
Generellt kan sägas att förslaget ter sig väl genomarbetat och förändringarna är väl motiverade med en förtjänstfull diskussionsdel i konsekvensutredningen. De flesta förändringar är en välbehövlig uppdatering och anpassning till nyare lagstiftning och föreskrifter och förvaltningen väljer att inte kommentera de förändringsförslag där förvaltningen inte har ytterligare synpunkter på.

SLSO har förståelse för den prioritering myndigheten valde att göra men vill framföra att en uppdatering av föreskriften SOSFS 2006:9, om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning också ter sig angelägen.

Från verksamhetens sida hoppas SLSO att man utifrån nya föreskriften utarbetar en ny handbok. Den handbok som fanns tillhörande SOSFS 2008:18 har varit mycket uppskattad och användbar i det konkreta arbetet med att hantera det juridiska regelverket.
SLSO:s synpunkter på förslagen till föreskriften och konsekvensutredningen följer nedan:

Kapitel 1
Ansvar för ledningsuppgifter
Under 2 § anges enbart psykiatrisk tvångsvård. Även rättspsykiatrisk vård torde innefattas av paragrafen och borde läggas till i texten.

Kapitel 4
Vårdplanering
Under 5 § anges som rubrik ”Dokumentering”. I resten av dokumentet används termen ”Dokumentation” vilket SLSO tycker är mer passande även här.

Under 9 § hänvisas i punkt 1 till 7 §, men detta är felaktigt och ska vara 8 §.

Begreppet Intagen/Inskriven
Under 10 § används begreppet ”intagen” även gällande patienter i öppen vård. I den gamla författningen 2008:18, 10 § användes begreppet ”inskriven”. SLSO vet inte varför man valt att göra ändringen och tycker att begreppet ”inskriven” är vedertaget och går att förstå som en administrativ markering. Det nya

begreppet ”intagen” kan tolkas som att man är inlagd på sjukhus. I LPT anges i 3 § p 1 som förutsättning för tvångsvård att patienten ……”har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård)…” Detta gör begreppet problematiskt att använda i sammanhang som rör öppen psykiatrisk tvångsvård. Begreppet ”intagen” kan möjligen vara ändamålsenligt vid permission, men vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård blir begreppet otydligt.

Vårdplaner
Under 12 § där man talar om uppföljning av den samordnade vårdplanen menar SLSO att man behöver förtydliga texten. Man måste vara tydlig med vad som tillhör samordnad vårdplan och vad som tillhör uppföljning av den samordnade vårdplanen. I föreslagen text kan man tolka det som att detta rör ett och samma dokument. Vårdplaner handlar generellt om en planering för framtiden och är framåtsyftande. Här ska patienten förstå vad som gäller från det att planen är skriven och framöver, så även beträffande den samordnade vårdplanen. Uppföljningen av densamma är något annat och ska inte dokumenteras i vårdplanen utan i annan dokumentation som ska bifogas till förvaltningsrätten.

Punkterna under 12 § blir mot bakgrund av ovanstående ologiska. Punkt 2 och 3 hör inte till uppföljning av den samordnade vårdplanen utan tillhör det som en ny samordnad vårdplan ska innehålla.

I konsekvensutredningen 9.4 Information inför vårdplanering blir detta otydligt under Socialstyrelsens förslag s 32, första stycket, där det anges att det i vårdplanen bland annat ska dokumenteras tidpunkt för information och behandlingsåtgärder. SLSO utgår ifrån att man här endast talar om planerade behandlingsåtgärder då inga andra åtgärder ska dokumenteras i vårdplanen. Detta resonemang skulle dock behöva förtydligas.

Kapitel 5 och 6
Tydligare skillnad mellan lagrummen
Dessa kapitel skulle bli enklare att förstå om man kunde ange vad som gäller vid LPT/LRV utan sup, respektive LRV med sup. Med nuvarande skrivning krävs det stor kunskap av läsaren för att reda ut och förstå vilket stycke som gäller för respektive lagrum. När man läser texten kan man lätt föreställa sig att formuleringarna gäller för alla patienter. När man till exempel i Kapitel 5 läser under rubriken Journalföring i 5 § så gäller det för alla lagrum, men när man sedan fortsätter till 6 § så ska läsaren förstå att nu gäller det enbart LRV med sup, trots att detta inte står uttalat i texten. Samma sak gäller i kap 6 där man först under 2 § Journalföring menar alla lagrum för att sedan i 3 § endast gälla LRV med sup.

Permission/Frigång
I kapitel 5 anges redan på första raden att denna typ av utevistelse benämns Permission.

I kapitel 6 anges ingen benämning på denna typ av utevistelse. SLSO menar att det skulle bli tydligare om man kunde ange att man här talar om Frigång.

Förvaltningen noterar att begreppet Frigång inte finns med i denna föreskrift, annat än att det nämns i Kap 6, 1 § där man definierar sjukvårdsinrättningens område. I konsekvensutredningen på sidan 49 sista stycket förtydligas vilka patienter som omfattas av begreppet. Det vore bra om texten i föreskriften kunde innehålla samma information.

I konsekvensutredningen under rubrik 10.3 Förlängning av permission, nämns vid ett par tillfällen under Socialstyrelsens bedömning – förlängning av permission på sidan 43, första stycket, begreppet …”tvång eller indirekt tvång inom den slutna psykiatriska tvångsvården”. Detta är begrepp som är svåra att definiera och SLSO brukar i stället använda begreppet ”utan samtycke” vilket skulle tydliggöra denna text. I annat fall behöver man nog tydligare beskriva vad man här menar med begreppen.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att avge yttrande över Remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård på Region Stockholms vägnar till Socialstyrelsen enligt ovanstående, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör

Kaj Forslund
Bitr. Närsjukvårdschef Psykiatri

Birgitta Rehnberg

Från: Nina Kallin för RLK Funk Registrator
Skickat: den 12 maj 2022 17:06
Till: SLSO Funk Registrator
Ämne: VB: Remiss - Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Dnr 4.1-13690/2022
Bifogade filer: Missiv.pdf; Psykiatriföreskriften 220419.docx; Konsekvensutredning förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård.pdf; Sändlista Nya föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård 220408.docx

Kategorier: Diarieförd - postlistats

Hej!

Remiss till Stockholms läns sjukvårdsområde för handläggning och besvarande direkt på Region Stockholm vägnar.

Vårt diarienummer RS 2022-0440.

Med vänlig hälsning Registraturen

Nina Kallin
Huvudregistrator
Kansli

Direkt: 08-123 142 17
E-post: registrator.rlk@regionstockholm.se

Region Stockholm
Regionledningskontoret
Registraturen
Box 30215, 104 25 Stockholm
Lindhagensgatan 98, plan 5
Telefon: 08-123 142 18
www.regionstockholm.se

Från: Swiech, Kristina <Kristina.Swiech@socialstyrelsen.se>
Skickat: den 10 maj 2022 12:42
Till: region@kronoberg.se; Region Skåne <region@skane.se>; region@regionblekinge.se; region@regionkalmar.se; regionen@rjl.se; region@regionjh.se; region.uppsala@regionuppsala.se; Region Funk Stockholm <kontakt@regionstockholm.se>; region@regionostergotland.se; post@regionsormland.se; region.dalarna@regiondalarna.se; rg@regiongavleborg.se; region.vasternorrland@rvn.se; regionnorrbotten@norrbotten.se; regionen@regionvasterbotten.se; regionen@regionhalland.se; info@regionvarmland.se; region@regionvastmanland.se; regionen@regionorebrolan.se; regiongotland@gotland.se; post@vgregion.se; arbetsmiljoverket@av.se; info@autism.se; info@barnombudsmannen.se; info@capio.com; info@crd.org; info@friskfri.se; info@flisa.nu; forvaltningsrattenigoteborg@dom.se; forvaltningsrattenijonkoping@dom.se; forvaltningsrattenimalmo@dom.se; forvaltningsrattenistockholm@dom.se; forvaltningsratteniumea@dom.se; forvaltningsrattenivaxjo@dom.se; registrator@ivo.se; kammarratten.goteborg@dom.se; camilla@mindsthlm.se; info@nsph.se; registrator.kansli@polisen.se; praktikerservice@ptj.se; regelradet@regelradet.se; rsmh@rsmh.se; kansliet@attention.se; riksforeningenpar@gmail.com; rmv@rmv.se; info@shedo.se; registrator@stat-inst.se; kansli@sfam.se; info@sfbup.se; kanslisten@svenskpsykiatri.se; ordforanden@srpf.se; registrator@skr.se; post@psykologforbundet.se; info@vardforetagarna.se; hanna.tuvesson@psykriks.se; Lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se; kunskapsstyrning-vard@skr.se; hk@kriminalvarden.se; Josefine.cederblad@se.falck.com
Ämne: Remiss - Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Dnr 4.1-13690/2022

Hej,

Bifogar förslag till Socialstyrelsens föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen önskar era synpunkter på bifogat förslag till föreskrift samt konsekvensutredning. Synpunkterna ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast den 22 juni 2022**.

Vi är tacksamma för yttranden per e-post i ett Word-dokument. Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Vänligen ange diarienummer 4.1-13690 i remissvaret.

Bifogas:

- Missiv
- Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Konsekvensutredning
- Sändlista

Med vänlig hälsning
Kristina Swiech

Kristina Swiech

Jurist
075-247 30 49

SOCIALSTYRELSEN
Rättsavdelningen
Hälso- och sjukvårdsjuridik
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00
www.socialstyrelsen.se

Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter

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

Enligt sändlista

Remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslagen och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast den 22 juni 2022**. Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt arbete med att sammanställa svaren. Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.

Vänligen ange diarienumret 4.1-13690/2022 i remissvaret.

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

Med vänlig hälsning

Pär Ödman

Avdelningschef

Bilagor

- Sändlista
- Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Konsekvensutredning

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

Enligt sändlista

Remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslagen och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast den 22 juni 2022**. Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt arbete med att sammanställa svaren. Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.

Vänligen ange diarienumret 4.1-13690/2022 i remissvaret.

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

Med vänlig hälsning

Pär Ödman

Avdelningschef

Bilagor

- Sändlista
- Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Konsekvensutredning

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

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2022-xx-xxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård;

HSLF-FS 2022:xx

Utkom från trycket den xx 20xx

beslutade den xx 2022.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 18 § och 19 § första stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 8 kap. 1 och 2 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § 1 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) samt 2 § 3 och 4 § 4 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. och beslutar följande allmänna råd.

UTKAST

1 kap. Inledande bestämmelser

Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas på sådan vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Ansvar för ledningsuppgifter

2 § Av 4 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att ansvaret för ledningsuppgifter när det gäller psykiatrisk tvångsvård ska utövas av en chefsöverläkare som har specialistkompetens.

Specialistkompetensen ska vara inom någon av de psykiatriska specialiteterna.

2 kap. Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven som ställs i det följande.

Rutiner

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 eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård:

1. Behandling av en patient utan dennes samtycke.
2. Inskränkning i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster.
3. Undersökning av försändelser till en patient.
4. Övervakning av försändelser från en patient.
5. Omhändertagande av otillåten egendom som innehas av en patient.

Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att inskränkning av en patients rätt att ta emot besök endast görs i enlighet med lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.

Vårdgivaren ska även ansvara för att det finns rutiner för hur patienters möjlighet till utomhusvistelse ska tillgodoses och organiseras.

Egenkontroll

3 § Vårdgivaren ska ansvara för att det genom den egenkontroll som ska utövas enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställs att

1. psykiatrisk tvångsvård som ges till en patient uppfyller kraven i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
2. rättspsykiatrisk vård som ges till en patient uppfyller kraven i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, samt
3. psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som ges till en patient uppfyller kraven i dessa föreskrifter.

Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det säkerställs att en patients rättigheter och delaktighet i vården tillgodoses och att användning av tvångsåtgärder förebyggs och begränsas.

UTKAST

I vårdgivarens ansvar ingår även att genom egenkontrollen säkerställa att den rättspsykiatriska vård som ges till en patient enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning motverkar att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag.

3 kap. Undersökning vid fastspänning och avskiljning

Undersökning vid fastspänning

1 § Av 19 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en chefsöverläkare under vissa förutsättningar får besluta att en patient kortvarigt ska spännas fast med bälte eller liknande anordning och, om det finns synnerliga skäl, får besluta att en patient ska hållas fastspänd längre än kortvarigt.

En patient som hålls fastspänd ska minst var fjärde timme undersökas på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen. Undersökningen ska göras av en läkare som har rätt att fatta beslut om fastspänning.

2 § Av 19 a § första och andra styckena lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en chefsöverläkare, under vissa förutsättningar, får besluta att en patient som är under 18 år får spännas fast med bälte högst en timme och att tiden för fastspänning får förlängas genom nya beslut som gäller under högst en timme i taget.

En patient under 18 år som hålls fastspänd ska minst en gång per timme undersökas på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen innan ett beslut fattas om förlängning av fastspänningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen.

Innan det första beslutet om förlängning av fastspänningen tas får undersökningen av patienten på sjukvårdsinrättningen i stället göras av någon annan legitimerad läkare än den beslutande läkaren. Information om undersökningen ska sedan överföras till den beslutande läkaren.

Undersökning vid avskiljning

3 § Av 20 § första och tredje styckena lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en chefsöverläkare, under vissa förutsättningar, får besluta att en patient ska hållas avskild från andra

UTKAST

patienter högst åtta timmar och att tiden för avskiljande genom ett nytt beslut får förlängas med högst åtta timmar.

En patient som hålls avskild ska minst var åttonde timme undersökas på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen.

4 § Av 20 § andra och tredje styckena lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en chefsöverläkare, om det finns synnerliga skäl, får besluta om avskiljning för en bestämd tid över åtta timmar.

Den läkare som ska besluta om avskiljningen ska innan beslutet fattas undersöka patienten på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen. Därefter ska en läkare som har rätt att fatta beslut om avskiljning undersöka patienten på sjukvårdsinrättningen minst var 24:e timme.

5 § Av 20 a § första och andra styckena lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en chefsöverläkare, under vissa förutsättningar, får besluta att en patient som är under 18 år ska hållas avskild från andra patienter högst två timmar och att tiden för avskiljningen får förlängas genom nya beslut som gäller under högst två timmar i taget.

En patient under 18 år som hålls avskild ska minst varannan timme undersökas på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen innan ett beslut fattas om förlängning av avskiljningen. Undersökningen ska göras av den läkare som ska fatta beslut om förlängningen.

Innan det första beslutet om förlängning av avskiljningen tas får undersökningen av patienten på sjukvårdsinrättningen i stället göras av någon annan legitimerad läkare än den beslutande läkaren. Information om undersökningen ska sedan överföras till den beslutande läkaren.

Undersökning vid fastspänning och avskiljning under kvarhållning

6 § Vid fastspänning och avskiljning av en patient under kvarhållning, enligt 6 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller 5 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, ska bestämmelserna om undersökning i 1–3 och 5 §§ gälla.

UTKAST

Bedömningar som ska göras vid en undersökning

7 § Den läkare som undersöker en patient i samband med fastspänning eller avskiljning ska göra en bedömning av om

1. kriterierna för respektive tvångsåtgärd är uppfyllda, och
2. det finns somatiska risker med respektive tvångsåtgärd.

Om det är en legitimerad läkare som inte har rätt att fatta beslut om fastspänning och avskiljning som gör undersökningen, ska den information som han eller hon överför till den legitimerade läkare som har rätt att fatta ett sådant beslut innehålla de uppgifter som denne behöver för att kunna göra bedömningen.

4 kap. Vårdplanering

Vårdplan och samordnad vårdplan

1 § Av 16 § första stycket och 7 a § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 6 § andra stycket, 12 a § första stycket och 16 b § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det när en vårdplan och en samordnad vårdplan för en patient ska upprättas.

Av bestämmelserna som anges i första stycket framgår det även att de bägge vårdplanerna så långt som möjligt ska upprättas respektive utformas i samråd med patienten och om det inte är olämpligt även med dennes närstående.

Information inför samråd om vårdplan och samordnad vårdplan

2 § Patienten ska inför ett samråd om innehållet i vårdplanen respektive den samordnade vårdplanen få information om för honom eller henne relevanta vård- och behandlingsåtgärder som kan ges i den slutna eller öppna psykiatriska vården, i primärvården eller i någon annan hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Patienten ska så långt det är möjligt få den tid på sig som han eller hon behöver för att hinna bilda sig en uppfattning om åtgärderna.

3 § Om patienten är ett barn, ska dess vårdnadshavare få informationen. Om det är lämpligt, ska även andra närstående till barnet få informationen.

Om patienten är en vuxen, ska dennes närstående få informationen, om det är lämpligt.

UTKAST

Informationen till vårdnadshavare eller andra närstående ska ges i samband med att den ges till patienten.

4 § Av 3 kap. 5 § patientlagen (2014:821) framgår det att informationen inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Dokumentering av information

5 § I vårdplanen respektive i den samordnade vårdplanen ska det dokumenteras vid vilken tidpunkt information om vård- och behandlingsåtgärder lämnades till patienten och närstående.

Om informationen inte har getts till patienten och dennes närstående, ska skälen till det dokumenteras. Det ska även dokumenteras om den inte har getts i enlighet med vad som sägs i 2 § andra stycket eller 3 § tredje stycket samt skälen till det.

6 § Om det inte är möjligt att upprätta vårdplanen eller utforma den samordnade vårdplanen i samråd med patienten och dennes närstående, ska skälen till det dokumenteras i respektive vårdplan.

Vårdplanens innehåll

7 § Av 16 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att en vårdplan ska upprättas snarast efter det att en patient har tagits in för tvångsvård.

I samband med att en patient tas in för tvångsvård ska följande uppgifter föras in i vårdplanen:

1. Behandlingsåtgärder i det akuta skedet efter en intagning.
2. Huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården.

Vårdplanen ska uppdateras så snart det finns ett underlag för den fortsatta vården.

8 § Av 16 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att vårdplanen ska innehålla uppgifter om de behandlingsåtgärder och insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultatet av åtgärderna och insatserna ska kunna bestå.

Av vårdplanen ska vidare följande framgå:

UTKAST

1. Patientens behov av somatiska, psykiatriska, psykologiska och omvårdande åtgärder från den psykiatriska slutenvården samt vilka åtgärder som planeras.
2. Patientens behov av åtgärder från den psykiatriska öppenvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samt vilka åtgärder som planeras.
3. Patientens behov av insatser från socialtjänsten samt vilka insatser som planeras.
4. Patientens behov utöver dem som anges i 2 och 3 samt vad som planeras.
5. Formerna för samverkan mellan aktörerna i 2 och 3 samt med andra aktörer som kan tillkomma till följd av vad som sägs i 4.
6. Patientens önskemål om sådana åtgärder och insatser som avses i 1–3.
7. Patientens önskemål när det gäller det som sägs i 4.
8. Åtgärder och insatser för att en patient som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning inte ska återfalla i brottslighet.

Om patienten har behov av åtgärder från primärvården, den psykiatriska öppenvården eller den kommunala hälso- och sjukvården eller insatser från socialtjänsten, ska vårdplanen upprättas i samråd med dessa.

Den samordnade vårdplanens innehåll

9 § Den samordnade vårdplanen ska, utöver vad som framgår av 7 a § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § första stycket och 16 b § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, innehålla uppgifter om

1. patientens önskemål enligt 7 § andra stycket 6 och 7, och
2. huruvida chefsöverläkaren gör bedömningen att det saknas behov av insatser från socialtjänsten.

Chefsöverläkarens ansvar för vårdplanen och den samordnade vårdplanen

10 § Chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är intagen ska ansvara för att vårdplanen och den samordnade vårdplanen upprättas. Chefsöverläkaren ska även ansvara för att vårdplanerna återkommande uppdateras och följs upp av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften.

11 § Om en patient ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska chefsöverläkaren ha en sådan kontakt med

UTKAST

berörda aktörer inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten vad gäller patientens situation att frågan om återintagning till sluten vård eller vårdens upphörande kan prövas fortlöpande.

Uppföljning av den samordnade vårdplanen

12 § Av 9 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § fjärde stycket och 16 b § tredje stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att det till en ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård eller fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård av en patient ska fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Av uppföljningen av den samordnade vårdplanen ska det framgå

1. vilka av de i planen angivna åtgärderna som har vidtagits respektive insatserna som har utförts samt vilken verkan de har haft,
2. om ytterligare åtgärder och insatser bedöms som nödvändiga,
3. om de särskilda villkoren för den öppna psykiatriska tvångsvården eller den öppna rättspsykiatriska vården bör ändras,
4. vilka åtgärder som har vidtagits och insatser som har utförts för att motverka att en patient som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning återfaller i brottslighet av allvarligt slag, samt
5. om det finns beslut om att återta patienten till sluten vård enligt 26 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 3 c § lagen om rättspsykiatrisk vård, under förutsättning att denne inom fyra dagar har återgått till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Individuell plan vid utskrivning

13 § För patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård till frivillig vård ska det upprättas en individuell plan enligt 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

5 kap. Vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område

Tillstånd

1 § Ett tillstånd för en patient att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, permission, får ges för en sammanhängande period av högst fyra veckor. För att tillstånd ska få ges för längre tid än en vecka krävs dock särskilda skäl.

UTKAST

Allmänna råd

Särskilda skäl kan vara att patienten behöver en längre utslussning till ett eget eller särskilt boende eller för studier, arbete eller någon annan sysselsättning.

2 § En permission ska ges för ett bestämt tidsintervall preciserat med datum och klockslag.

Förnyat tillstånd

3 § Om en patient har haft tillstånd till permission i fyra veckor, ska denne återvända till den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen innan ett nytt tillstånd får ges.

4 § Om det finns särskilda skäl, får en patient som vårdas enligt 1 § 1 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och som har haft tillstånd till permission i fyra veckor ges ett nytt tillstånd utan att denne återvänder till sjukvårdsinrättningen där han eller hon är intagen.

Om ett nytt tillstånd enligt första stycket övervägs, ska patienten erbjudas ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal på sjukvårdsinrättningen. Om den läkare som ska besluta om permissionen inte närvarar vid mötet, ska hälso- och sjukvårdspersonalen överföra information från mötet till denne.

Journalföring

5 § Av 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår det vilka uppgifter en chefsöverläkare ska se till att en patients journal innehåller, utöver vad som följer av patientdatalagen (2008:355) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen.

Chefsöverläkaren ska även se till att en patients journal innehåller uppgifter om

1. de särskilda skäl som krävs för ett tillstånd till permission enligt 1 § eller 4 § första stycket, och
2. huruvida patienten önskar ett fysiskt möte enligt 4 § andra stycket och om inte, skälen till det.

Ansökan till förvaltningsrätten

6 § En chefsöverläkares ansökan till förvaltningsrätten om tillstånd till permission för en patient ska innehålla

1. en sådan vårdplan som avses i 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, och

UTKAST

2. uppgifter om risken för att patienten återfaller i brottslighet.

Om en patient själv ansöker om permission hos förvaltningsrätten, ska även det yttrande som rätten ska hämta in från chefsöverläkaren innehålla vad som anges i 1 och 2.

6 kap. Vistelse inom sjukvårdsinrättningens område

1 § Chefsöverläkaren ska definiera omfattningen av det område utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område där en patient som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård kan få vistas på egen hand.

Journalföring

2 § Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om det tillstånd som patienten har fått att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område och skälen till det.

Innehållet i en ansökan till förvaltningsrätten

3 § En chefsöverläkares ansökan till förvaltningsrätten om medgivande för en patient att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område ska innehålla uppgifter om risken för att patienten återfaller i brottslighet.

7 kap. Biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården

1 § Av 47 § andra och tredje styckena lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 27 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det i vilka situationer Polismyndigheten eller Kriminalvården ska lämna biträde på begäran av en chefsöverläkare eller någon annan legitimerad läkare.

Krav innan biträde begärs

2 § En läkare som har rätt att begära biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården för en patient ska se till att patienten motiveras att frivilligt medverka till den åtgärd som läkaren överväger att begära biträde för.

UTKAST

Ett undantag från det kravet får göras om det finns ett uppenbart behov av biträde eller om patienten akut behöver komma till en sjukvårdsinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl.

Allmänna råd

Innan en läkare begär biträde för att göra en undersökning för vårdintyg bör han eller hon överväga om ett beslut om omhändertagande enligt 4 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård bör fattas.

Undersökning för vårdintyg

3 § Om en läkare begär biträde för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg av en patient, ska den ske där denne vistas.

Ett undantag från det kravet får göras om läkaren som begär biträde gör bedömningen att det skulle vara uppenbart olämpligt att genomföra undersökningen på vistelseplatsen.

Om det är okänt var en patient befinner sig när en läkare begär biträde och patienten senare hittas av polisen, får undersökningen för vårdintyg göras på en sjukvårdsinrättning.

Allmänna råd

Det kan vara uppenbart olämpligt att göra en undersökning förvårdintyg där patienten vistas om denne har ett akut behov av att komma till en sjukvårdsinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl.

Det kan vidare vara uppenbart olämpligt om patienten eller någon annan person som är närvarande uppträder så hotfullt eller våldsamt att kravet på god vård vid en undersökning för vårdintyg bättre tillgodoses på en sjukvårdsinrättning.

Det kan även vara uppenbart olämpligt om vistelseplatsen, såsom en offentlig miljö, inte är lämplig för en vårdintygsundersökning.

Journalföring

4 § Chefsöverläkaren ska se till att det av en patients journal framgår om en undersökning för vårdintyg inte har gjorts där patienten vistas samt skälen till det.

Tillgång till vårdintyg

5 § När en chefsöverläkare begär biträde för att föra en patient till en sjukvårdsinrättning sedan ett vårdintyg har utfärdats, ska han eller hon ha tillgång till vårdintyget eller en kopia av det.

UTKAST

Närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

6 § Den läkare som begär biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården, enligt 47 § andra stycket 2–6 lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) eller 27 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, ska göra en bedömning av om hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva närvara vid biträdet. Om läkaren kommer fram till att det finns ett sådant behov på grund av en patients somatiska eller psykiatriska tillstånd, ska hälso- och sjukvårdspersonal vara med vid biträdet.

Allmänna råd

Om läkaren gör bedömningen att behovet är oklart, bör hälso- och sjukvårdspersonal vara med vid biträdet.

Journalföring

7 § Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om huruvida hälso- och sjukvårdspersonal har närvarat vid ett biträde och om inte, skälen till det.

8 kap. Hemsändande av utländsk medborgare

Information till patienten

1 § Enligt 12 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård får Socialstyrelsen besluta att sända hem en patient som är utländsk medborgare och som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, på begäran av patienten eller chefsöverläkaren.

Chefsöverläkaren ska informera patienten om innehållet i 12 § nämnda förordning.

Innehållet i en begäran om hemsändande

2 § En chefsöverläkares begäran om att Socialstyrelsen ska besluta att sända hem en patient ska vara skriftlig. Begäran ska innehålla

1. en kopia av patientens journal,
2. en kopia av patientens pass eller någon annan identitetshandling,
3. kopior av domar som har meddelats av förvaltningsrätten avseende den psykiatriska tvångsvården,
4. uppgifter som visar att patienten tas emot i sitt hemland och kan antas få tillfredsställande vård där,
5. information om den sjukvårdsinrättning i hemlandet där patienten ska vårdas,

UTKAST

6. en redogörelse för patientens inställning till att bli hemsänd,
7. uppgifter om hur länge patienten varit bosatt i Sverige och om han eller hon har anhöriga här,
8. ett medgivande från Migrationsverket att patienten får sändas hem i de fall denne uppger att han eller hon är politisk flykting, samt
9. uppgifter om huruvida biträde av Polismyndigheten behövs och i så fall skälen till det.

9 kap. Övrigt

Långtidsverkande depåläkemedel

1 § Innan ett beslut om intagning av en patient har fattats får han eller hon endast med samtycke ges långtidsverkande depåläkemedel.

Vårdintyg

2 § I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården finns de särskilda formulär som ska användas vid utfärdande av vårdintyg enligt 4 eller 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Underrättelse om beslut om fastspänning av vuxna

3 § Av 19 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård framgår det att Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål ska underrättas om ett beslut att en patient ska hållas fastspänd med bälte eller liknande anordning längre än kortvarigt.

Med längre än kortvarigt ska avses fyra timmar.

Undantag från kravet på specialistkompetens vid delegering

4 § Av 14 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår det att Socialstyrelsen får medge undantag från kravet på läkares specialistkompetens vid delegering enligt 39 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 23 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Tvångsvård på annan vårdinrättning

5 § Av 3 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår det att en sjukvårdshuvudmans ansökan

UTKAST

om tillstånd att för vården använda någon annan vårdinrättning än en sådan som drivs av regionen ska ges in till Socialstyrelsen.

Ansökan ska innehålla uppgifter om den

1. patient som ansökan avser,
2. vårdinrättning som ansökan avser,
3. vårdgivare som driver vårdinrättningen, och
4. läkare som på vårdinrättningen avser att fullgöra chefsöverläkarens uppgifter.

---

1. Denna författning träder i kraft den 1 december 2022.

2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Kristina Swiech

UTKAST

Socialstyrelsen

2022-04-05 Dnr 4.1-13690/2022

Rättsavdelningen
Kristina Swiech
kristina.swiech@socialstyrelsen.se

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd (HSLF:FS 2022:xx) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Innehåll

1. Bakgrund ... 2
2. Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå ... 3
3. Berörda av regleringen ... 3
4. Gällande rätt ... 3
5. Kontakter vid genomförandet av författningsarbetet ... 15
6. Socialstyrelsens förslag – inledning ... 16
7. Socialstyrelsens förslag – definitioner ... 17
8. Socialstyrelsens förslag – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ... 18
9. Socialstyrelsens förslag – vårdplanering ... 24
10. Socialstyrelsens förslag – permission ... 35
11. Socialstyrelsens förslag – frigång ... 47
12. Socialstyrelsens förslag – handräckning av Polismyndigheten och Kriminalvården ... 50
13. Socialstyrelsens förslag – hemsändande av utländska patienter ... 77
14. Socialstyrelsens förslag – långtidsverkande depåläkemedel ... 79
15. Socialstyrelsens förslag – vårdintyg ... 81
16. Socialstyrelsens förslag – underrättelser om tvångsåtgärder ... 81
17. Socialstyrelsens förslag – delegering för en viss patient ... 82
18. Socialstyrelsens förslag – barns rätt till utomhusvistelse ... 84
19. Socialstyrelsens förslag – övriga synpunkter ... 85
20. Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd ... 86

21. Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på 86
22. Barnkonsekvensanalys 87
23. Konsekvenser för jämställdhet 90
24. Agenda 2030 90
25. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser 91
26. Effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt 101
27. Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen 102
28. Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen 102
29. Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser 102
30. Kontaktperson 103

1. Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft den 1 september 2008. Samtidigt upphävdes Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:12) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Den författningen hade då gällt sedan den 1 juli 2000, och ersatte föreskrifter om utfärdande av vårdintyg, delegering av chefsöverläkarens uppgifter och om vårdens underrättelse- och uppgiftsskyldighet.

SOSFS 2008:18 har sedan den trädde i kraft ändrats fyra gånger. Ändringarna har bland annat avsett systematiskt kvalitetsarbetet, definitioner och läkarundersökning vid fastspänning och avskiljning.[1]

Socialstyrelsen har i en förstudie utrett behovet av översyn av SOSFS 2008:18 respektive Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Sammantaget bedömde myndigheten att SOSFS 2008:18 borde prioriteras för en översyn framför SOSFS 2006:9.[2]

Syftet med översynen är att författningen ska vara aktuell, ändamålsenlig och svara mot de behov som finns av reglering för vård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

[1] SOSFS 2013:18, SOSFS 2014:1, HSLF-FS 2020:67 och HSLF-FS 2021:36.
[2] Dnr 4.1-1879/2020.

2. Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå

Patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården befinner sig i en mycket utsatt situation. De vårdas mot sin vilja och kan under vissa förutsättningar utsättas för inskränkningar i sina grundläggande fri- och rättigheter. Genom förslaget till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård vill Socialstyrelsen stärka rättssäkerheten, patientsäkerheten och barnrättsperspektivet för dessa patienter och öka deras delaktighet i vården. Myndigheten vill även öka förutsättningarna för att den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården bedrivs på ett jämlikt sätt över landet. Socialstyrelsen strävar också efter en reglering som ger patienter i sådan vård en trygg, säker och god vård.

3. Berörda av regleringen

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

4. Gällande rätt

4.1 Inledning

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för gällande reglering i lag och annan författning som bedöms vara relevant för bestämmelserna i den nya föreslagna författningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

4.2 Ledningssystem

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[3] Det innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras.[4] Hur det ska göras regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna gäller även för det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).[5]

---

[3] 5 kap. 4 § HSL.

[4] Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården, s. 104.

[5] 1 kap. 2 § SOSFS 2011:9 samt 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet.[6] 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.[7]

Som ett led i kvalitetsarbetet ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.[8] 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.[9] Genom processerna och rutinerna ska det också säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och med myndigheter.[10]

En del i det systematiska förbättringsarbete är att den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen kan t.ex. innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister, målgruppsundersökningar och granskning av journaler, akter och annan dokumentation.[11] Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.[12]

4.3 Delaktighet och vårdplanering

Delaktighet och information

I all hälso- och sjukvård är utgångspunkten att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.[13] Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.[14] Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.[15] Barns rätt till delaktighet följer också av FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen.[16]

---

[6] 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9.
[7] 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.
[8] 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.
[9] 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.
[10] 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.
[11] 2 kap. 1 § och allmänt råd till 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9.
[12] Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s.27.
[13] 4 kap. 1 § patientlagen.
[14] 5 kap. 1 § patientlagen
[15] 5 kap. 3 § patientlagen.
[16] Artikel 12 i barnkonventionen.

För att patienten ska kunna vara delaktig i sin egen vård har hen rätt till viss information. Det gäller t.ex. information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt väsentliga risker för komplikationer och biverkningar.[17] När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information.[18] Om information, som en patient har rätt att få, inte kan lämnas till patienten ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne.19

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Dessutom ska den som ger informationen så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om hen ber om det. Om patienten önskar avstå från information ska det respekteras.[20]

Vårdplan

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. Vårdplanen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt ska samråd ske också med patientens närstående.[21]

Chefsöverläkaren ska se till att journalen innehåller uppgift om det samråd med patienten och dennes närstående som ska ske vid upprättande av en vårdplan samt om behandlingen under vårdtiden.[22]

Vad gäller tidpunkten för vårdplanens upprättande anges följande i förarbetena. Det är inte lämpligt att ställa krav på att vårdplanen ska upprättas inom en viss angiven tid. Det krävs viss tid för nödvändiga utredningsåtgärder innan en vårdplan kan upprättas. Det gäller i synnerhet när vårdplanen avser en patient som inte är känd sedan tidigare.[23]

Av förarbetena följer att en preliminär vårdplan alltid bör upprättas i anslutning till ett beslut om intagning för tvångsvård. Den preliminärt upprättade planen ska ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet efter intagningen för tvångsvård och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Den preliminärt upprättade vårdplanen ska revideras så snart som det finns underlag för att fastställa den vårdplan som ska ligga till grund för det fortsatta vård- och behandlingsarbetet.[24]

Vad gäller vårdplanens innehåll framgår följande i förarbetena. Begreppet behandlingsplan har bytts ut till vårdplan för att tydliggöra att planen ska omfatta inte bara den medicinska behandlingen utan även omvårdnad samt i många fall

---

[17] 3 kap. 1 § patientlagen
[18] 3 kap. 3 § patientlagen.
[19] 3 kap. 4 § patientlagen
[20] 3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen.
[21] 16 § LPT och 6 § andra stycket LRV.
[22] 2 § 7 FPTRV.
[23] Prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 79-80.
[24] Prop. 1999/2000:44, s. 79-80.

insatser från socialtjänsten. Vårdplanen ska inte bara ange patientens vård- och behandlingsbehov, utan även behoven av bostad, stöd och service samt arbete, utbildning eller annan sysselsättning.

Det åligger chefsöverläkaren att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Detta ska, så långt det är möjligt, ske i samråd med patienten.[25] I förarbetena anges att vårdplanen självfallet ska upprättas i samråd med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården om det visar sig att det finns behov av insatser från kommunen. Vidare anges att vårdplanen också bör klargöra behovet av eftervårdsinsatser och formerna för uppföljning av medicinsk behandling och andra insatser.[26]

När det gäller patientens delaktighet i vårdplaneringen anges det i förarbetena att vårdplaneringen bör utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om sina rättigheter, främst enligt LPT och LRV men även i ett vidare perspektiv de rättigheter som socialtjänstlagen (1980:620) och LSS ger, samt att förslag och klagomål från patienten kan tas om hand och beaktas. Vidare framhålls att ansträngningar självklart därvid bör göras för att ge patienten en individuellt anpassad information som tillgodoser patientens delaktighet. Det framförs också att krav ska ställas på att en vårdplan ska omprövas vid återkommande tillfällen och revideras när det behövs.[27]

Samordnad vårdplan inför ÖPT och ÖRV

En samordnad vårdplan ska upprättas av chefsöverläkaren om hen bedömer att en patient kommer att vara i behov av vissa insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV). Det gäller insatser från regionens hälso- och sjukvård eller kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård.[28]

Så långt möjligt ska den samordnade vårdplanen utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna.[29]

Den samordnade vårdplanen ska innehålla uppgifter om nämnda insatser, beslut om insatser och vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar för respektive insats samt, så långt möjligt, patientens inställning till insatserna i vårdplanen. Den samordnade vårdplanen ska även innehålla uppgifter om eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen.[30]

Chefsöverläkaren ska foga en samordnad vårdplan till en ansökan till domstol om ÖPT eller ÖRV. Vid ansökan om fortsatt sådan vård ska en uppföljning av den samordnade vårdplanen lämnas in.[31]

I förarbetena anges bland annat följande. Utan en grundligt genomförd planering av insatserna från hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns det inte förut-

---

[25] 16 § LPT och 6 § andra stycket LRV.
[26] Prop. 1999/2000:44, s. 78 och 117.
[27] Prop. 1999/2000:44, s.78-79.
[28] 7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV.
[29] 7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV.
[30] 7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV.
[31] 7 §, 7 a § och 9 § LPT samt 12 a § och 16 b § LRV.

sättningar för att på ett framgångsrikt sätt bedriva tvångsvård utanför sjukvårdsinrättningen.[32] Om det efter att vården har påbörjats framkommer att det vore lämpligt att inleda en planering för en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska en samordnad vårdplan upprättas. Detta kan ske relativt snart efter att tvångsvården påbörjats men kan även dröja en längre tid, helt beroende av patientens tillstånd. Då den samordnade vårdplanen upprättas bör givetvis den ordinarie vårdplanen ingå i relevanta delar.[33]

För patienter som ges rättspsykiatrisk vård ska chefsöverläkaren i den samordnade vårdplanen särskilt redogöra för risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för de insatser som har planerats för att motverka återfall i sådan brottslighet.[34]

I förarbetena lyfts att uppföljning, utvärdering och vid behov justeringar av patientens vård och vårdplan är en självklar del av all hälso- och sjukvård. Det uppges följa redan av hälso- och sjukvårdslagens övergripande krav på en god vård.[35]

Samordnad individuell plan vid utskrivning från vård enligt LPT och LRV

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (samverkanslagen) i kraft.[36] I samverkanslagen finns bland annat bestämmelser om att samordnad individuell planering ska ske för en patient som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Samverkanslagen gäller även för patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Det innebär att en individuell plan (SIP) ska upprättas[37] då patienten skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård direkt till öppen hälso- och sjukvård enligt HSL.[38] För patienter som ges ÖPT eller ÖRV ska den samordnade individuella planeringen av insatserna från region och kommun i stället ske enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan i LPT och LRV.[39]

4.4 Permission

Permission – en tillbakablick

Enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) var det möjligt att använda så kallad försöksutskrivning. Den möjligheten togs bort den 1 januari 1992, då LSPV ersattes av LPT och LRV. Då infördes istället en reglering som innebar att permission fick ges för återstoden av vårdtiden, om det fanns skäl att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.[40]

---

[32] Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 98.
[33] Prop. 2007/08:70, s. 99.
[34] Prop. 2007/08:70, s. 99.
[35] Prop. 2007/08:70, s. 100.
[36] Samtidigt upphävdes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
[37] 4 kap. 2 § samverkanslagen, som hänvisar till 16 kap. 4 § HSL.
[38] 4 kap. 2 § samverkanslagen och prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, s. 75.
[39] 4 kap. 1 § andra stycket samverkanslagen.
[40] Prop. 1999/2000:44, s. 12 och 19-20.

I förarbetena framförde regeringen att det inte fanns anledning att föreslå en längsta tid för permissionens varaktighet eller regler om förlängning av permission. De allmänna reglerna om att tvångsvården ska upphöra så snart den inte är absolut nödvändig uppgavs sätta en yttersta gräns för hur länge en permission skulle kunna pågå.[41]

Den 1 juli 2000 avskaffades möjligheten att ge permission till vårdtidens slut. Istället infördes krav på att permission skulle ges för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen. Permission fick också ges för en längre period, om det fanns särskilda skäl att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra.[42] I förarbetena poängterade regeringen att det endast i undantagsfall kunde anses motiverat att låta permission kvarstå under längre tid än ett år.[43]

Den 1 september 2008 upphävdes möjligheten att ge en patient tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område för en längre period, samtidigt som den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård infördes.[44] Av förarbetena framgår att regeringen konstaterade att långa permissioner användes i stor utsträckning och att tanken var att de långa permissionerna skulle ersättas av den nya vårdformen.[45] Av de patienter som hade permission inom den rättspsykiatriska vården hade cirka 45 procent haft permission längre än 6 månader. Cirka 10 procent av patienterna hade haft permission längre än 3 år. För patienter inom den psykiatriska tvångsvården pågick cirka 21 procent av permissionerna längre tid än 6 månader.[46]

Nuvarande reglering om permissioner i LPT och LRV

Bestämmelserna i LPT och LRV om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission) skiljer sig åt för olika patientkategorier.

För patienter som ges psykiatrisk tvångsvård eller som har dömts till rättspsykiatrisk vård utan beslut om särskild utskrivningsprövning (SUP) får chefsöverläkaren besluta om permission.[47]

För patienter som har dömts till rättspsykiatrisk vård med beslut om SUP prövas frågan om permission av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Vid sin prövning ska rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Förvaltningsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att för en viss patient besluta om permission. När det finns skäl för det, får förvaltningsrätten återta denna beslutanderätt.[48]

---

[41] Prop. 1990/91:58, s. 152-155.
[42] Prop. 1999/2000:44, s. 11, 19-22 och 85.
[43] Prop. 1999/2000:44, s. 95.
[44] Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.
[45] Prop. 2007/08:70, s. 78.
[46] Prop. 2007/08:70, s. 66.
[47] 25 § LPT och 9 § LRV.
[48] 10 § LRV.

För patienter som är intagna på kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård och som ges rättspsykiatrisk vård prövar Kriminalvården respektive Statens institutionsstyrelse, SiS, frågan om permission. Det sker efter ansökan av chefsöverläkare eller patienten.[49]

För samtliga patientkategorier som nämnts ovan gäller följande. Permission får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och endast under förutsättning att det är i överensstämmelse med vårdplanen. Tillståndet får förenas med vissa villkor, såsom skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling, skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten. Om chefsöverläkaren har beviljat permission får hen också återkalla tillståndet, om förhållandena kräver det.[50]

Patienter som är häktade eller intagna på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning och som samtidigt genomgår rättspsykiatrisk vård får ges permission under viss kort tid om missbruk inte kan befaras. Tillståndet får ges för att besöka en närstående som är svårt sjuk, närvara vid en närståendes begravning eller om det annars finns synnerliga skäl. Tillståndet prövas av Kriminalvården respektive Rättsmedicinalverket.[51]

Permissionens längd och syfte

I förarbetena framgår följande vad gäller permissionens längd och syfte. Permission bör kunna ges dels för visst tillfälle och viss tid (timmar eller dagar), dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. natt-, dag- eller helgpermission i samband med dag-, natt- respektive veckovård.

Permissioner bör vara reserverade för kortare eller tillfälliga vistelser utanför sjukvårdsinrättningens område och ta sikte på patienter som fortfarande har behov av tvångsvård på en sjukvårdsinrättning. Patienten bör kunna ges permission för att sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården ska kunna upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende.

Permission bör också kunna medges för att patienten successivt ska anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen och möjliggöra bedömningar av patientens anpassningsförmåga i samhället. Permission ska också kunna användas t.ex. vid utbildning eller inför utslussning till eget boende.

En mer långvarig placering på behandlingshem som omfattas av kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453) bör däremot enligt regeringen normalt inte kunna ske i samband med permission. En sådan placering kan istället ske när psykiatrisk tvångsvård ges som öppen psykiatrisk tvångsvård. I syfte att förbereda en smidig övergång till sådan vård kan dock permissioner behöva medges även för vistelse på ett sådant behandlingshem.[52]

---

[49] 11 och 11 a §§ LRV.
[50] 25 § LTP samt 9, 10, 11, 11 a §§ LRV.
[51] 11 b § LRV.
[52] Prop. 2007/08:70, s. 78, 151 och 164.

4.5 Frigång

Bestämmelserna i LPT och LRV om tillstånd till vistelse på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område (frigång) skiljer sig åt för olika patientkategorier.

För patienter som ges psykiatrisk tvångsvård saknas en uttrycklig bestämmelse om frigång i LPT. Frågan om frigång faller enligt förarbetena under 18 § första stycket LPT.[53] Enligt den bestämmelsen får en patient hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas.

För patienter som har dömts till rättspsykiatrisk vård med beslut om SUP får chefsöverläkaren ge tillstånd till frigång endast om förvaltningsrätten har medgivit det. Vid sin prövning ska rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om SUP, risken för återfall i brottslighet, verkan av den vård och behandling som patienten genomgått och säkerhetsförhållandena vid sjukvårdsinrättningen. Medgivandet får ges tills vidare eller för viss tid och får återkallas om förhållandena föranleder det.[54]

För patienter som är intagna i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård och som genomgår rättspsykiatrisk vård får en chefsöverläkare ge tillstånd till frigång endast om Kriminalvården respektive SiS har medgivit det.[55]

Av förarbetena framgår att chefsöverläkaren, efter det att medgivande har lämnats, får bestämma de närmare formerna för varje frigång och i vilken omfattning patienten kan tillåtas sådan vistelse.[56]

4.6 Hälso- och sjukvårdens transportansvar

Ansvaret för sjuktransporter

Av HSL framgår att definitionen hälso- och sjukvård i den lagen inkluderar sjuktransporter.[57] Av HSL framgår också att det är regionen som svarar för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.[58]

Av förarbetena framgår att ansvaret för sjuktransporter innebär att regionen ska bedöma behovet av alla olika slags sjuktransporter inom sitt sjukvårdsområde, överväga hur tillgängliga sjuktransportresurser bäst kan användas och planera de organisatoriska åtgärder som erfordras för att uppfylla lagens krav på en god hälso- och sjukvård. Det anges vidare att målsättningen ska vara att vårdinsatsen ska kunna påbörjas redan när den skadade hämtas på olycks- eller insjuknandeplatsen med t.ex. en helikopter. Enligt förarbetena har sjukvårdshuvudmannen därför också ett ansvar både för att adekvat medicinsk utrustning finns tillgänglig och för att ändamålsenligt utbildad personal finns att tillgå även när sjukvårdshuvudmannen själv inte ombesörjer sjuktransporten.[59]

---

[53] Prop. 1990/91:58, s. 267.
[54] 10 a § LRV.
[55] 10 b § LRV.
[56] Prop. 1994/95:194, s. 38 samt prop. 1999/2000:44, s. 123.
[57] 2 kap. 1 § HSL.
[58] 7 kap. 6 § HSL.
[59] Prop. 1990/91:102 om verksamhet och anslag inom totalförsvaret under budgetåret 1991192, Bilaga 2, s. 11-12.

4.7 Biträde av Polismyndigheten och Kriminalvården

Skyldighet att hjälpa vården i vissa situationer

Polismyndigheten har en skyldighet att i vissa situationer ge hjälp på begäran av en läkare eller chefsöverläkare, dvs. en skyldighet att ge handräckning.[60] Det gäller hjälp för att en undersökning för vårdintyg ska kunna genomföras och för att därefter föra patienten till en sjukvårdsinrättning. Det gäller också hjälp för att återföra en patient till vårdinrättningen om patienten har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd, inte har återvänt dit efter en permission eller efter ett beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård. För rättspsykiatrin ska handräckning även ges när en patient som har dömts till rättspsykiatrisk vård inte inställer sig när vården ska påbörjas.[61]

Kriminalvården har en skyldighet att hjälpa till med transport på begäran av en chefsöverläkare för att i annat fall förflytta en patient som är intagen för vård enligt LPT eller LRV.[62]

En handräckning får dock endast begäras om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att vissa av Polismyndighetens eller Kriminalvårdens särskilda befogenheter behöver tillgripas. Det gäller en polismans befogenhet att i vissa situationer använda våld och fängsel och Kriminalvårdens möjlighet att använda kroppsvisitation och fängsel. Handräckning får även begäras om det annars finns synnerliga skäl.[63]

Av förarbetena framgår att utgångspunkten är att vårdinstitutionen själv ska sköta transporten om det inte finns skäl att befara att polismans eller Kriminalvårdens möjligheter att använda våld eller tvång kan behövas.[64] Att våld eller tvång behöver tillgripas eller det annars finns synnerliga skäl innebär enligt regeringen att de personer som ska komma ifråga för handräckning som regel inte kan förväntas medverka frivilligt.[65]

I förarbetena har det också angetts att det är önskvärt att man så långt som möjligt använder sig av personal inom den psykiatriska vården eller socialtjänsten för att övertyga patienten om att han frivilligt skall följa med till vårdinrättningen.[66]

Av förarbetena framgår också att det är den begärande myndigheten som prövar om förutsättningar föreligger att begära hjälp. Som exempel anges att hjälp kan begäras om det finns någon särskild omständighet som ger anledning att befara att patienten kommer att sätta sig till motvärn eller om han eller hon uttalat hot i samband med tidigare ingripanden. Begäran om hjälp utifrån synnerliga

---

[60] I en situation där det inte finns en begäran om handräckning får Polismyndigheten i vissa fall tillfälligt omhänderta en person i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge hjälp och de får föra personen till en sjukvårdsenhet. Se 47 § första stycket LPT.
[61] 27 § LRV.
[62] 47 § andra stycket LPT och 27 § LRV.
[63] 47 § tredje stycket LPT och 27 § LRV.
[64] Prop. 2016/17:57 Transporter av frihetsberövade, s. 40.
[65] Prop. 2016/17:57, s. 59.
[66] Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård mm, s. 287.

skäl kan enligt förarbetena exempelvis vara en situation där det finns en överhängande risk för att patienten skadar sig själv och att man därför inte kan avvakta med att verkställigheten löses på annat sätt.67

Undersökning för vårdintyg

Bestämmelsen om handräckning vid undersökning för vårdintyg har enligt förarbetena tillkommit främst för att göra det möjligt för den läkare som ska utföra undersökningen att få tillträde till den bostad eller det utrymme där den enskilde befinner sig.[68] I förarbetena har det också framförts att den läkare som är behörig att utfärda vårdintyg kan begära polishandräckning om han behöver skydd för sin personliga säkerhet.[69]

I förarbetena anges också följande. Det är viktigt att den enskilde, om det inte är omöjligt eller uppenbart olämpligt, undersöks där han vistas. Om den som ska undersökas går med på att låta undersöka sig i sin bostad och undersökningen lämpligen kan ske där, bör polishandräckning för transport till en läkarmottagning således inte komma i fråga såvida inte starka skäl talar för detta.[70] Det framhålls även att det inte är tillåtet för vårdpersonal att utöva våld mot patienten i samband med ett omhändertagande för undersökning för vårdintyg och att polis därför får anlitas om det blir nödvändigt.[71]

Vårdens uppgiftsskyldighet

Den som begär handräckning ska utan hinder av sekretess lämna Polismyndigheten eller Kriminalvården de uppgifter om patienten som behövs för planeringen och genomförandet av åtgärden.[72] I förarbetena har det framförts att det är avgörande att den verkställande myndigheten har tillräcklig information om den person som åtgärden avser för att den ska kunna göra en riskbedömning samt planera och genomföra handräckningsåtgärden på ett ändamålsenligt sätt. Informationen är enligt regeringen viktig för att minimera risken för att personer kommer till skada, men också för att personer i ett utsatt läge ska kunna bemötas på ett värdigt och adekvat sätt.[73]

Av förarbetena framgår även att uppgiftsskyldigheten innebär att den som begär hjälp utan uppmaning ska lämna uppgifterna. I första hand avgör den som begär hjälp vilken information som är nödvändig att lämna över. Med hänsyn till att det är den verkställande myndighetens behov av information som ska tillgodoses, ska dock den som begär hjälp därutöver på begäran lämna kompletterande uppgifter.[74] För att informationen ska få en lämplig utformning och omfattning bör, enligt regeringens uppfattning, särskilda rutiner utformas för ändamålet.[75]

Kriminalvården har föreskrifter och allmänna råd om transporter av frihetsberövade personer.[76] Av föreskriften framgår att Kriminalvården i samband med en

---

[67] Prop. 2016/17:57, s. 80.
[68] Prop. 1990/91:58, s. 286.
[69] Prop. 1990/91:58, s. 104.
[70] Prop. 1990/91:58, s. 286.
[71] Prop. 1990/91:58, s. 246.
[72] 47 b § LPT och 27 § LRV.
[73] Prop. 2016/17:57, s. 59.
[74] Prop. 2016/17:57, s. 76.
[75] Prop. 2016/17:57, s. 61.
[76] Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd (KVFS 2020:2) om transporter av frihetsberövade personer.

begäran om handräckning ska kontrollera att den begärande myndigheten har lämnat de uppgifter som behövs för planeringen och genomförandet av transporten och att de får inhämta kompletterande uppgifter.[77]

I ett allmänt råd till Kriminalvårdens föreskrifter anges att uppgiftsskyldigheten innebär att den begärande myndigheten utan uppmaning ska lämna uppgifter till Kriminalvården. Skyldigheten anges i första hand omfatta de uppgifter som utgör grunden för begäran och som avser den aktuella situationen. Det framgår också att även andra uppgifter regelmässigt bör lämnas, bl.a. uppgifter om klientens historik och övriga uppgifter som är relevanta för att bedöma våldsoch rymningsbenägenheten samt uppgifter om klientens hälsotillstånd, läkemedelsbehov samt allmänna tillstånd i övrigt. Det framgår också att den begärande myndigheten även bör lämna information om ändrade eller tillkommande omständigheter.

Ansvaret för vården vid en handräckning

När det gäller ansvaret för vården under en transport har det i förarbetena framförts att den myndighet som begär handräckning behåller ansvaret för den transporterades vård och förutsätts medverka under handräckningen när behov finns.[78] Det har dock bedömts att det inte bör införas något krav på att personal från den beställande myndigheten ska närvara under transporter som utförs av Polismyndigheten eller Kriminalvården. Det skulle enligt regeringen vara alltför kategoriskt att uppställa ett generellt krav på sådan medverkan, även om det många gånger är betydelsefullt från vårdsynpunkt att personal från den beställande myndigheten följer med under en transport. Ett sådant krav kan få till konsekvens att den ordinarie transportpersonalen t.ex. vid samtransporter måste ersättas med medföljande tjänstemän, vilket kan innebära säkerhetsrisker. I förarbetena angavs även att ett absolut krav att personal från den begärande myndigheten ska följa med ofta skulle leda till fördröjning av insatsen, vilket kan medföra risker för patienter och samhällsfunktioner.[79]

I Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd om transporter av frihetsberövade personer anges att transportpersonal ska följa de anvisningar som den begärande, eller avlämnande, myndigheten lämnar om tillhandahållande av läkemedel för en klient under en transport.[80] Av ett allmänt råd framgår att den begärande, eller avlämnande, myndigheten under transporten fortsatt har ansvar för vården av klienten och bör därför lämna tydliga instruktioner om vilka läkemedel som ska tillhandahållas av transportpersonal.

4.8 Hemsändande av utländsk patient

Beslut om hemsändande

Socialstyrelsen får på begäran av en patient eller chefsöverläkare besluta att sända hem en patient som är utländsk medborgare och som vårdas enligt LPT. Ett sådant beslut får meddelas under förutsättning att patienten tas emot i sitt

[77] 12 § KVFS 2020:2.
[78] Prop. 2016/17:57, s. 40.
[79] Prop. 2016/17:57, s. 47.
[80] 16 § KVFS 2020:2.

hemland och kan antas få tillfredsställande vård där. Om begäran inte har gjorts av chefsöverläkaren ska denne höras i ärendet.[81]

En patient får inte sändas hem annat än på egen begäran, om patienten kan anses ha fast anknytning till Sverige på grund av att han eller hon varit bosatt här under en längre tid eller har anhöriga här. En patient får inte sändas hem om någon annan särskild omständighet talar emot detta. Om patienten påstår att han eller hon är politisk flykting får patienten sändas hem endast om Migrationsverket medgett det.[82]

Biträde av Polismyndigheten

När det gäller själva verkställigheten ska Polismyndigheten på begäran av Socialstyrelsen lämna hjälp för att sända hem patienten. En förutsättning för sådan hjälp är att det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att polisens särskilda befogenheter behöver tillgripas eller att det annars finns synnerliga skäl. De särskilda befogenheterna avser en polismans rätt att i vissa situationer använda våld och fängsel.[83]

4.9 Behandling utan samtycke – långtidsverkande depåläkemedel

Enligt regeringsformen är var och en skyddad mot kroppsligt ingrepp från det allmänna.[84] Detta grundlagsskydd är dock en sådan rättighet som kan begränsas genom lag.[85] I LPT och LRV finns sådana begränsningar. En patient som hålls kvar på vårdinrättningen, sedan vårdintyg utfärdats men innan beslut fattats om intagning, får ges nödvändig behandling om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa.[86] För en patient som är intagen för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård får chefsöverläkaren om det är nödvändigt besluta att patienten ges behandling utan samtycke.[87]

När det gäller depåbehandling under psykiatrisk tvångsvård har det i förarbetena bland annat framförts att det i vissa situationer inte är principiellt tillfredsställande att tillåta medicinering med ett läkemedel som kommer att ha avsedd effekt under en lång tid efter det att en rättslig prövning skall äga rum eller tiden för tvångsvård går ut. Av förarbetena följer också att behandling med långtidsverkande depåneuroleptika kan framstå som klart olämpligt särskilt som förstahandsåtgärd i ett inledningsskede av tvångsvård, men att medicinering med läkemedel i depåform i vissa lägen kan vara den enda adekvata åtgärden också under tvångsvård.[88]

---

[81] 12 § första stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (FPTRV).
[82] 12 § andra stycket FPTRV.
[83] 47 § andra och tredje stycket LPT.
[84] 2 kap. 6 § regeringsformen
[85] 2 kap. 20 § regeringsformen
[86] 6 a § andra stycket LPT och 5 § första stycket LRV.
[87] 17 § tredje stycket LPT och 6 § andra stycket LRV.
[88] Prop. 1990/91:58, s. 138-139.

4.10 Underrättelser om beslut om tvångsåtgärder

IVO ska underrättas om vissa tvångsåtgärder. Det gäller fastspänning och avskiljning som pågått viss tid samt beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och beslut om övervakning av försändelser från en patient.[89]. IVO ska även underrättas om ett barn har blivit föremål för någon eller några tvångsåtgärder i form av fastspänning, avskiljning eller inskränkning i sin rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster vid minst tre tillfällen under vårdperioden.[90]

4.11 Delegering av chefsöverläkares uppgifter

En chefsöverläkare får delegera de uppgifter hen har enligt LPT och LRV till en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna. Om det finns särskilda skäl får chefsöverläkaren även delegera sådana uppgifter till en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, med undantag för vissa uppgifter.

Uppgifter som inte får delegeras till läkare utan nämnda specialistkompetens är bland annat beslut om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vårdsamt samt beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning.[91] Av förarbetena framgår att vissa uppgifter har ansetts vara av så ömtålig natur att de inte ska vara möjliga att delegera till en läkare utan specialistkompetens.[92]

Socialstyrelsen får medge undantag från kravet att en chefsöverläkare endast får delegera uppgifter till en läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna.[93]

5. Kontakter vid genomförandet av författningsarbetet

5.1 Kontakter med verksamheter

Projektgruppen har haft kontakt med representanter för verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, såväl för vuxna som för barn. De regioner som deltagit i författningsarbetet är Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Jönköping, Skåne, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland och Östergötland.[94] Urvalet av verksamheterna gjordes genom Sveriges Kommuner och Regioners Nätverk för styrning och ledning av psykiatrin[95], utifrån en strävan att få representanter från såväl större som mindre regioner samt en spridning över landet.

Genom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har samtliga regioner också getts möjlighet att svara på frågor om närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

---

[89] 19-20 a §§ och 22 b §§ LPT samt 8 § LRV.
[90] 22 c § LPT och 8 § LRV.
[91] 39 § LPT och 23 § LRV.
[92] Prop. 1990/91:58, s. 281.
[93] 40 § LPT, 24 § LRV och 14 § FPTRV.
[94] Region Västra Götaland bjöds in, men återkom inte med svar.
[95] Nätverket består av ledande tjänstemän från samtliga regioner med chefs- eller ledningsansvar inom den psykiatriska specialistvården.

vid handräckningstransporter som utförs av Polismyndigheten och Kriminalvården och om handräckning för vårdintygsundersökning. Svar inkom från 16 regioner och inkluderade vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, rättspsykiatrin, ambulanssjukvården och prehospital vård.[96]

5.2 Kontakter med myndigheter, brukarorganisationer m.fl.

Projektgruppen har haft kontakt med representanter för följande myndigheter. Statens institutionsstyrelse (SiS), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Rättsmedicinalverket (RMV), Kriminalvården, Polismyndigheten och Arbetsmiljöverket.

Därutöver har projektgruppen haft kontakt med representanter för Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Svenska psykiatriska föreningen (SPF), SKR, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Autism- och Aspergerförbundet, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Frisk & Fri, SHEDO (Self harm and eating disorder organisation), Riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin (PAR), Civil Rights Defenders (CRD), Flisa (Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård) och Falck Läkarbilar[97].

Projektgruppen har vidare träffat representanter för förvaltningsrätterna i Göteborg, Jönköping, Malmö, Stockholm, Umeå och Växjö samt Kammarrätten i Göteborg.[98] Urvalet av aktörerna har gjorts utifrån deras ansvar för och erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.[99]

Socialstyrelsen 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 i andra sammanhang.[100] 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.

6. Socialstyrelsens förslag – inledning

6.1 Ny författning

Socialstyrelsen har valt att ta fram en ny författning i stället för en ändringsförfattning. Detta utifrån att sakinnehållet och utformning av de bestämmelser som nu föreslås i relativt stor utsträckning skiljer sig från bestämmelserna i SOSFS 2008:18.

---

[96] Svar inkom även från Intresseföreningen för Schizofreni och liknande psykoser (IFS) Skåne, LIBRA Balans Skåne och polisen Region Syd.

[97] Falck Läkarbilar inkom med skriftliga kommentarer, genom Region Skåne.

[98] Förvaltningsrätten i Uppsala och Kammarrätten i Stockholm bjöds in att delta i föreskriftsarbetet, men avstod.

[99] Barnombudsmannen, Sveriges Psykologförbund, Mind och Attention bjöds in att delta i föreskriftsarbetet, men avstod. Svenska Rättspsykiatriska Föreningen skulle ha inkommit med ett skriftligt svar, men det inkom inte.

[100] 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.

I avsnitten nedan redogör Socialstyrelsen för sina bedömningar och förslag. Om en reglering i SOSFS 2008:18 inte tas upp i detta avsnitt innebär det att regleringen förs över till den nya författningen utan ändring i sak, eventuellt med vissa språkliga justeringar.

För att tydliggöra regleringen i den nya författningen föreslås att vissa hänvisningar görs till bestämmelser i LPT, såsom bestämmelser om vårdplaner.

7. Socialstyrelsens förslag – definitioner

7.1 Vissa definitioner bör inte föras över till den nya förskriften

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I 1 kap. 2 § SOSFS 2008:18 finns definitioner av begreppen chefsöverläkare, sjukvårdshuvudman, verksamhetschef och vårdgivare.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – chefsöverläkare

Chefsöverläkare definieras i SOSFS 2008:18 som läkare som har ansvaret för ledningsuppgifter som rör psykiatrisk tvångsvård och har specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna. Av 4 kap. 3 § första stycket HSL framgår att ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård ska utövas av en chefsöverläkare och att denne ska ha specialistkompetens.
Det som anges i SOSFS 2008:18, och inte i HSL, är alltså att specialistkompetensen ska vara inom någon av de psykiatriska specialiteterna. Socialstyrelsen föreslår därför att det i den nya föreskriften regleras att specialistkompetensen ska vara inom någon av de psykiatriska specialiteterna, och därmed att den nu gällande definitionen inte förs över till den nya författningen. (1 kap. 2 § i förslaget till ny författning)

Socialstyrelsens bedömning och förslag – sjukvårdshuvudman

Sjukvårdshuvudman definieras i SOSFS 2008:18 som region eller kommun (som inte ingår i en region) som driver sjukvårdsinrättningar. Begreppet sjukvårdshuvudman används inte i hälso- och sjukvårdens centrala lagar. Såsom HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, patientlagen (2014:821) eller patientdatalagen (2008:355), PDL. Däremot används i HSL det snarlika begreppet huvudman, som i den lagen definieras som den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård.[101]

Begreppet sjukvårdshuvudman i SOSFS 2008:18 utgår ifrån att regionen ”driver” sjukvårdsinrättningar, medan begreppet huvudman i HSL utgår ifrån att regionen ”ansvarar för” att erbjuda hälso- och sjukvård. Utifrån den otydlighet detta innebär föreslår Socialstyrelsen att definitionen av sjukvårdshuvudman inte förs över till den nya författningen.

En möjlighet hade varit att i den nya författningen införa en definition av begreppet huvudman, i stället för sjukvårdshuvudman. Eftersom huvudman redan finns definierat i lag bedömer myndigheten dock att det inte är lämpligt att även ha en definition i föreskrifter.

---

[101] 2 kap. 2 § HSL.

Socialstyrelsen konstaterar att begreppet sjukvårdshuvudman används i en bestämmelse i SOSFS 2008:18.[102] Myndigheten bedömer att det vore olämpligt att inte använda begreppet i den bestämmelsen eftersom den relaterar till begreppet sjukvårdshuvudman i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, FPTRV.[103] Dvs. det begrepp som används i FPTRV bör även användas i den nya författningen.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – verksamhetschef

Verksamhetschef definieras i SOSFS 2008:18 som befattningshavare som svarar för verksamheten. Termen definieras inte i någon annan författning för hälso- och sjukvården. Däremot anges det i HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).[104] Bestämmelsen är ingen formell definition, men förklarar begreppets innebörd. Med beaktande av detta anser Socialstyrelsen att definitionen i SOSFS 2008:18 inte tillför något utöver vad som redan framgår av HSL och föreslår därför att definitionen inte förs över till den nya författningen.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – vårdgivare

Vårdgivare definieras i SOSFS 2008:18 som statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

Definitioner av vårdgivare finns även i HSL,[105] PSL[106] och patientdatalagen[107]. Som tidigare nämnts anser Socialstyrelsen att ett begrep som redan är definierat i lag inte bör definieras i föreskrifter. Myndigheten föreslås därför att definitionen av vårdgivare inte förs över till den nya författningen.

8. Socialstyrelsens förslag – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

8.1 Ansvaret för ledningssystemet

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I SOSFS 2008:18 läggs det övergripande ansvaret för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete på vårdgivaren (2 kap. 2 §). Ansvaret för vissa uppgifter läggs på verksamhetschefen, såsom ansvaret för att det ska finnas vissa rutiner och för uppföljning (2 kap. 4 och 5 §§).

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har ifrågasatt om det ska vara en verksamhetschef som ska ha ansvaret för uppföljning och granskning, och inte en chefsöverläkare.

---

[102] 4 kap.10 § SOSFS 2008:18.
[103] 3 § FPTRV. Bestämmelsen handlar om ansökan att använda någon annan vårdinrättning än en sådan som drivs av en region. En sådan ansökan ska enligt FPTRV göras av sjukvårdshuvudmannen.
[104] 4 kap. 2 § HSL.
[105] 2 kap. 3 §.
[106] 1 kap. 3 §.
[107] 1 kap. 3 §.

Socialstyrelsens bedömning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete pekas endast vårdgivaren ut som ansvarig för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Andra nivåer eller befattningar kan dock pekas ut i andra författningar.[108] I SOSFS 2008:18 har det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet lagts på vårdgivaren, medan verksamhetschefen pekas ut som ansvarig för vissa uppgifter. Såsom att det finns vissa rutiner och att verksamheten följs upp.

Inom hälso- och sjukvården ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten.[109] Inom den psykiatriska tvångsvården ska ansvaret för ledningsuppgifter istället utövas av en chefsöverläkare med specialistkompetens. Om verksamhetschefen inte är en läkare med specialistkompetens ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare.[110]

Av förarbetena framgår att en verksamhet som har inslag av myndighetsutövning som är förenad med medicinska eller liknande bedömningar ska ledas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare), t.ex. psykiatrisk tvångsvård. Det framgår vidare att det innebär att en chefsöverläkare ska utöva verksamhetschefens uppgifter i den del av vården som regleras i LPT och LRV.

Däremot anser regeringen att det bör vara möjligt att utse en yrkesutövare som inte är läkare med specialistkompetens att vara verksamhetschef för en enhet där det bedrivs vård med stöd av LPT och LRV. Det innebär enligt förarbetena att verksamhetschefens och chefsöverläkarens funktioner kan läggas hos en och samma person, eller skiljas åt om vårdgivaren så anser befogat.[111]

Av lagstiftning och förarbeten framgår alltså att ansvaret för ledningsuppgifter vid vård enligt LPT och LRV ska utövas av en chefsöverläkare, men att en verksamhetschef som inte är chefsöverläkare kan ha ansvaret för viss verksamhet. Socialstyrelsen bedömer därmed att verksamhetschefen inte bör pekas ut som ansvarig för vissa uppgifter i det systematiska kvalitetsarbetet. Socialstyrelsen bedömer att inte heller chefsöverläkaren bör pekas ut som ansvarig för vissa uppgifter, eftersom verksamheter kan organiseras på olika sätt.

Enligt myndigheten är det mest ändamålsenligt att i den nya författningen peka på att huvudansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet ligger på vårdgivaren. Av SOSFS 2011:9 följer att vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.[112] Därför behövs det enligt myndigheten inte någon särskild reglering av vårdgivarens ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet i den nya författningen.

---

[108] Socialstyrelsens handbok 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. 17.

[109] 5 kap. 4 § HSL.

[110] 4 kap. 2 och 3 §§ HSL.

[111] Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, s. 133-134 och 179.

[112] Se 3 kap. 3 § SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsens förslag

Ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet läggs helt på vårdgivaren, därmed pekas verksamhetschefen inte ut som ansvarig för vissa uppgifter. (2 kap. i förslaget till ny författning)

8.2 Rutiner

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 2 kap. 4 § SOSFS 2008:18 framgår att det ska finns rutiner som säkerställer att inskränkningar i en patients rätt att inneha viss egendom, ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök och använda telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående endast görs med stöd av lag.

Socialstyrelsens bedömning

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning regleras krav på ytterligare rutiner, än de som framgår av SOSFS 2008:18. Det gäller bland annat rutiner för tvångsåtgärder enligt 18–24 §§ LPT och 8 § LRV, vilket bland annat inkluderar fastspänning, avskiljning och kroppsvisitation.[113] Det finns även krav på rutiner för polishandräckning.[114]

Att det ska finnas rutiner för de åtgärder som specificeras i Socialstyrelsens föreskrifter kan anses följa redan av kraven på rutiner i SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen menar ändå att det finns skäl att särskilt reglera att det ska finnas rutiner för nämnda åtgärder. Detta eftersom åtgärderna innebär allvarliga inskränkningar i en patients grundläggande fri- och rättigheter. Genom rutiner ökar förutsättningarna för att inskränkningar i en patients rättigheter endast vidtas om kriterierna i lagstiftningen är uppfyllda och för att kvaliteten i verksamheten säkras.

Av samma skäl bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att reglera krav på rutiner för ytterligare åtgärder. Det gäller behandling utan samtycke och utomhusvistelse. Enligt nu gällande rätt har barn i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården rätt att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.[115]

I författningsarbetet har det framkommit att verksamheter anser att det är otydligt i vilka situationer undantag kan göras från rätten till utomhusvistelser och hur säkerheten för patienter, personal och andra ska kunna garanteras under utomhusvistelse. Det är därmed angeläget att det finns rutiner för hur utomhusvistelse ska tillgodoses och organiseras.

En utredning har för närvarande i uppdrag att bedöma om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även vuxna möjlighet till daglig utevistelse.[116] Oavsett om en sådan möjlighet införs eller inte är det enligt Socialstyrelsen angeläget

---

[113] 3 kap. 5 § SOSFS 2006:9.
[114] 8 kap. 2 § SOSFS 2006:9.
[115] 31 b § LPT och 6 § LRV.
[116] Kommittédirektiv 2021:36.

med rutiner för utomhusvistelse även för vuxna. Detta utifrån vikten av att patienter som vårdas mot sin vilja ges möjlighet att vistas utomhus, något som vid flera tillfällen har lyfts av JO och Europarådets kommitté mot tortyr (CPT).[117]

I författningsarbetet har det framförts att det bör införas ett krav på rutiner för hur patientens inflytande och lagstadgade rättigheter i vården ska säkerställas. Socialstyrelsen konstaterar att det redan av SOSFS 2011:9 följer att vården ska ha de rutiner som krävs för att säkra de krav som gäller enligt regelverket för hälso- och sjukvården.

Att införa ett krav på rutiner för delaktighet och rättigheter skulle enligt myndigheten bli för övergripande och otydligt. Delaktighet kan exempelvis inkludera såväl att patienten ska ges viss information som möjlighet att uttrycka sin åsikt i en viss fråga. Begreppet rättigheter kan avse såväl rättigheter enligt internationella konventioner som att krav i nationell lagstiftning ska efterlevas. Inom dessa områden behöver verksamheter definiera vilka rutiner de har behov av. Dessutom kan det vara lämpligt att rutiner för delaktighet inkludera såväl patienter som vårdas enligt LPT/LRV som HSL. Den senare patientgruppen inkluderas inte i författningsarbetet.

Socialstyrelsens förslag

Det införs krav på att det ska finnas rutiner för ytterligare åtgärder, nämligen rutiner som säkerställer att behandling av en patient utan dennes samtycke endast vidtas i enlighet med LPT och LRV samt rutiner för hur patienters möjlighet till utomhusvistelse ska tillgodoses och organiseras. (2 kap. 2 § 1 och andra stycket i förslaget till ny författning)

8.3 Uppföljning och granskning

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 2 kap. 5 § första stycket ska verksamhetschefen fortlöpande följa upp att vården ges i överensstämmelse med LPT och LRV. Uppföljningen ska säkerställa att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses samt att andra personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras. Vid uppföljningen ska beaktas att verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet har getts en sådan utformning att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas.

Enligt 2 kap. 5 § andra stycket ska det vid uppföljningen av den rättspsykiatriska vården, vad gäller en patient som ges vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning, särskilt beaktas vilken effekt vården har haft på patientens benägenhet att återfalla i brottslighet av allvarligt slag. Enligt tredje stycket ska verksamhetschefen även, som ett led i uppföljningen, se till att verksamheten regelbundet granskas för att säkerställa att kraven i första stycket är tillgodosedda.[118]

---

[117] Se bland annat Report to the Swedish government om the visit to Sweden carried out by the European Committé for the prevention of torture and inhuman or degrading treratment or punishment (CPT) from 18 to 29 January 2021, JO protokoll dnr 2782-2012.

[118] Den 1 april 2014 togs kravet på granskning av annan än företrädare för verksamheten eller dess sjukvårdshuvudman bort i 2 kap. 5 § SOSFS 2008:18. Orsaken var att kravet visat sig vara svårt att tillämpa på grund av att det saknas

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har framfört att det borde vara tydligare vad det är de ska följa upp, hur omfattande uppföljningen ska vara och hur ofta den ska göras. Verksamheter har också lyft att det borde förtydligas vad begreppen uppföljning och granskning i SOSFS 2008:18 betyder. Det har ansetts otydligt om granskning är det samma som egenkontroll.

Det har framförts att det är otydligt vad som i SOSFS 2008:18 avses med att uppföljningen ska säkerställa att andra personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras, och att det bör förtydligas att även enskilda patienter omfattas. Det har även lyfts att verksamheter bör följa upp vilka åtgärder som har vidtagits för att förebygga användning av tvång.

Socialstyrelsens bedömning – uppföljningens frekvens

I den föreskrift som gällde för systematiskt kvalitetsarbetet då SOSFS 2008:18 togs fram[119] användes begreppen regelbunden uppföljning och regelbunden granskning. I SOSFS 2011:9 finns dock inte dessa begrepp. Däremot har det införts en definition av begreppet egenkontroll, som inkluderar uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Utifrån dessa förändringar menar Socialstyrelsen att begreppen uppföljning och granska i 2 kap. 5 § SOSFS 2008:18 inte bör föras över till den nya författningen, utan ersättas med begreppet egenkontroll.

Hur det systematiska kvalitetsarbetet ska utföras framgår av SOSFS 2009:11 och redogörs också för i tillhörande handbok.[120] När det gäller frekvensen av det systematiska kvalitetsarbetet följer det av HSL att det ska ske fortlöpande. Socialstyrelsen menar att frekvensen behöver anpassas utifrån varje verksamhet och vilket område kvalitetsarbetet avser och bedömer därför att någon närmare precisering av frekvensen inte bör regleras i den nya författningen.

Socialstyrelsens bedömning – uppföljning av vårdens säkerhet

Av 2 kap. 5 § SOSFS 2008:18 följer att verksamheters uppföljning ska säkerställa att personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras. I författningsarbetet har det lyfts att regleringen är otydlig.

Socialstyrelsen konstaterar att formuleringen är bred och skulle kunna tolkas som att den inkludera såväl patientsäkerhet i betydelsen skydd mot vårdskada, som skada till följd av säkerhetsbrister vid vård enligt LPT och LRV.[121] Det patientsäkerhetsarbete som ska göras vad gäller vårdskador gäller generellt för hälso- och sjukvården och omfattas inte av detta författningsarbete.

När det gäller skador till följd av säkerhetsbrister vid vård enligt LPT eller LRV så gäller kravet på egenkontroll i SOSFS 2011:9. Det innebär att verksam-

---

sekretessbrytande bestämmelser som möjliggör en extern granskning. Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:1) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

[119] SOSFS 2005:12.

[120] Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

[121] Se 1 kap. 5 § samt 3 kap. 3 och 6 §§ PSL.

heter som bedriver vård enligt LPT eller LRV ska säkra att de uppfyller lagstiftarens krav på god säkerhet och att verksamheten säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras.[122]

Socialstyrelsen bedömer att bestämmelsen om uppföljning för att säkerställa att personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras inte tillför tillräckligt för att lämpa sig för föreskriftsreglering.

Om det skulle finnas behov av ytterligare reglering vad gäller uppföljning av verksamheters säkerhetsarbete bör det enlig myndigheten regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Den föreskriften omfattas inte av nuvarande författningsarbete.

Socialstyrelsens bedömning – uppföljning av tvångsåtgärder

Av 2 kap. 5 § SOSFS 2008:18 följer att vården ska följa upp hur användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas. Det är enligt myndigheten otydligt vad som här avses med att användningen av tvångsvård ska begränsas. När tvångsvård får ges framgår av LPT och LRV och bedömas i varje enskilt fall, bland annat utifrån patientens behov. Socialstyrelsen bedömer att regleringen rörande tvångsvård här bör tas bort.

Det är enligt myndigheten angeläget att tvångsåtgärder begränsas, men även att de förebyggs. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.[123] En tvångsåtgärd är en allvarlig inskränkning av den enskildes integritet och kan leda till psykisk ohälsa. För att användningen av tvångsåtgärder ska minska är det enligt Socialstyrelsen angeläget att verksamheter följer upp hur de arbetar för att förebygga sådana åtgärder.

Med begränsande åtgärder avses särskilt att tvånget ska vara proportionerligt, att mindre ingripande åtgärder ska användas om det är tillräckligt och att vården genom individuellt anpassad information ska försöka få patienten att medverka frivilligt.[124] Medan det förebyggande arbetet i huvudsak syftar till att skapa förutsättningar för att tvångsåtgärder inte ska behöva användas, och handlar bland annat om lokalernas utformning och personalens kompetens.

Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att göra någon ytterligare ändring vad gäller de områden som ska följas upp.

Socialstyrelsens förslag

Begreppen uppföljning och granskning, som nu används i 2 kap. 5 § SOSFS 2008:18, ersätts i den nya författningen med begreppet egenkontroll. (2 kap. 3 § i förslaget till ny författning)

Det införs ett krav på att verksamheters arbete med att förebygga tvångsåtgärder ska följas upp. (2 kap. 3 § andra stycket i förslaget till ny författning)

Kraven på uppföljning vad gäller verksamheters säkerhetsarbete förs inte över till den nya författningen.

---

[122] 15 a § LPT och 6 § LRV.
[123] 2 kap. 1 § och 3 kap. 2 § HSL.
[124] 2 a och 2 b §§ LPT samt 2 a och 2 b §§ LRV.

8.4 Skriftliga direktiv

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2008:18 ska vårdgivaren ge skriftliga direktiv och säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet innehåller rutiner som säkerställer att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ges i överensstämmelse med LPT respektive LRV.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har framfört såväl att skriftliga direktiv tolkas som skrivna rutiner, att begreppet är luddigt och kan tas bort, som att det inte bör tas bort.

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Socialstyrelsen konstaterar att begreppet skriftliga direktiv fanns i den författning om systematiskt kvalitetsarbete som gällde då SOSFS 2008:18 trädde i kraft.[125] Begreppet saknas dock i nu gällande författning om systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Myndigheten bedömer att begreppet, såsom det används i 2 kap. 2 § SOSFS 2008:18, är otydligt och att det kan ifrågasättas om det tillför något i sak. Med beaktande härav och vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att begreppet inte bör föras över till den nya författningen.

9. Socialstyrelsens förslag – vårdplanering

9.1 Vårdplaner vid vård enligt LPT och LRV

Tre vårdplaner

Inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården kan det bli aktuellt att upprätta tre vårdplaner. Nämligen den vårdplan som ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård,[126] den samordnade vårdplan som ska upprättas inför ÖPT eller ÖRV[127] och den individuella plan (SIP) som i vissa fall ska upprättas i samband med utskrivning från tvångsvården[128]. Den först nämnda planen kommer fortsättningsvis att kallas ordinarie vårdplan, för att inte blandas ihop med övriga planer.

Kravet på ordinarie vårdplanen och samordnad vårdplan är specifika för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården och regleras i LPT och LRV.

Kravet på SIP gäller däremot generellt för hälso- och sjukvården och regleras i HSL och samverkanslagen. Socialstyrelsen bedömer att myndigheten inte har bemyndigande att föreskriva om SIP:en. Den föreslagna nya författningen inkluderar därför inte den vårdplanen, men övriga två vårdplaner.

---

[125] 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.

[126] 16 § LPT och 6 § LRV.

[127] 7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV.

[128] 4 kap. 2 § samverkanslagen.

I författningsarbetet har flera externa aktörer lyft komplexiteten med den mångfald av planer som behöver upprättas och de negativa konsekvenser det kan få för såväl personal som patienter. Socialstyrelsen konstaterar att kraven på nämnda vårdplaner finns i lagstiftning. Eftersom en reglering i föreskrifter behöver vara i enlighet med lagstiftningen kan myndigheten inte ändra på kraven vad gäller de vårdplaner som ska upprättas.[129]

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att i den nya författningen hänvisa till att det för patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård till frivillig vård ska upprättas en individuell plan enligt 4 kap. 2 § samverkanslagen. (4 kap. 13 § i förslaget till ny författning)

9.2 Upprättande av vårdplaner

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 3 kap. 3 § SOSFS 2008:18 ska vårdplaneringen enligt 16 § LPT och 6 § LRV inledas i anslutning till beslutet om intagning. Vårdplanen ska ligga till grund för behandlingen av patienten i det akuta skedet efter intagningen och innehålla huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Vårdplanen ska omprövas så snart det finns ett underlag för att fastställa en sådan för den fortsatta vården.

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har framfört att lagstiftningens krav på att en vårdplan ska upprättas snarast är otydlig. De har framfört såväl att det bör regleras en tidpunkt för vårdplanens upprättande, som att det inte är lämpligt.

Det har uppgetts att det vore bäst om ansvarig läkare i lugn och ro upprättar vårdplanen, i stället för att det görs av en tillfällig jourläkare i samband med intagningsbeslut. Detta bland annat utifrån att patienten initialt ofta inte är redo eller orkar medverka i vårdplanering, utan först efter någon till några dagar.

Som argument mot en given tidsgräns har det framförts att det ofta är svårt att förutsäga när patientens tillstånd tillåter medverkan i vårdplaneringen.

När det gäller den samordnade vårdplanen har externa aktörer framfört att det i föreskrifter bör tydliggöras om en sådan plan behöver upprättas även om det inte finns något behov av insatser från socialtjänsten. Verksamheter har också lyft att det bör förtydligas på vilket sätt privata vårdgivare ska vara involverade i en samordnad vårdplanering.

Socialstyrelsens bedömning – upprättande av ordinarie vårdplan

Socialstyrelsen har inte möjlighet att ändra lagstiftningens krav att en vårdplan ska upprättas snarast efter ett intagningsbeslut.[130] I förarbetena har regeringen

---

[129] Problemet med mångfalden av olika planer har identifierats av flera externa utredningar. Några exempel är följande. Effektiv vård (SOU 2016:12), God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29), Socialutskottets utvärdering Samordnad individuell plan (SIP) (dnr 2017/18:RFR5, 2017) samt Patientkontrakt – Slutrapport (2018), Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner (dnr S2017/02482/FS).

[130] 16 § LPT och 6 § LRV.

framfört att det inte är lämpligt att ställa krav på att vårdplanen ska upprättas inom en viss angiven tid, bland annat eftersom det krävs viss tid för nödvändiga utredningsåtgärder innan en vårdplan kan upprättas. Samtidigt anges att en preliminär vårdplan alltid bör upprättas i anslutning till ett intagningsbeslut och innehålla huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Så snart det går att fastställa den vårdplan som skall ligga till grund för det fortsatta vård- och behandlingsarbetet ska den preliminära vårdplanen revideras.[131]

Utifrån vad som anges i förarbetena bedömer Socialstyrelsen att det inte i föreskrifter bör regleras att vårdplanen ska upprättas inom en viss angiven tid. Myndigheten bedömer att det inte heller bör regleras när en så kallad preliminär vårdplan ska upprättas, eftersom tiden för vårdplanens upprättande redan framgår av lagstiftningen. Däremot bör regleringen i SOSFS 2008:18 om vad den ordinarie vårdplanen inledningsvis ska innehålla föras över till den nya författningen, med visst förtydligande av att det gäller det inledande skedet av vårdplaneringen.

I SOSFS 2008:18 anges nu att vårdplanen ska omprövas så snart det finns ett underlag för att fastställa en sådan för den fortsatta vården. Socialstyrelsen anser att ordet omprövas bör bytas ut till uppdateras. Detta för att bättre spegla att en patients behov av en vårdåtgärd eller annan insats kan förändras över tid. Ordet omprövning kan tolkas som att en tidigare insats var felaktig.

Socialstyrelsens bedömning – upprättande av samordnad vårdplan

Lagregleringen om när en samordnad vårdplan ska upprättas är inte helt entydig. Högsta förvaltningsdomstolen har tolkat lagstiftningen och funnit att det till en ansökan om övergång till eller fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård alltid ska fogas en samordnad vårdplan, dvs. även om patienten inte har behov av insatser från kommunen.[132] Socialstyrelsen konstaterar att frågan således har klargjorts genom praxis.

Socialstyrelsens bedömning – enskilda vårdgivare

När det gäller enskilda vårdgivares roll i den samordnade vårdplaneringen konstaterar Socialstyrelsen att det av lagstiftningen framgår att den samordnade vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren och utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna.[133] Det är alltså chefsöverläkaren som har ansvaret för att upprätta den samordnade vårdplanen. Privata vårdgivare kan delta i utformningen av den samordnade vårdplanen, men har inte i författning ålagts en sådan skyldighet. Socialstyrelsen bedömer därför att myndigheten inte har bemyndigande att i föreskrifter införa krav på enskilda vårdgivares delaktighet i vårdplaneringen.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen införs inte någon reglering av tidpunkten för den ordinarie vårdplanens upprättande. Det förtydligas vad som ska föras in i den ordinarie vårdplanen i samband med att en patient tas in för tvångsvård. Ordet omprövas

---

[131] Prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 79-80.
[132] Högsta förvaltningsdomstolen, beslut den 15 april 2021, mål nr 1361-20.
[133] 7 a § LPT och 12 a § LRV.

byts ut till uppdateras. Ändringarna är inte avsedda att innebära någon ändring i sak. (4 kap. 7 § i förslaget till ny författning)

9.3 Patientens och närståendes delaktighet i vårdplaneringen

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 3 kap. 4 § och 9 § framgår att patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i den ordinarie vårdplaneringen respektive den samordnade vårdplaneringen.

I ett allmänt råd till 3 kap. 9 § anges att upprättandet av den samordnade vårdplanen bör göras i samråd med patientens närstående, om det inte bedöms olämpligt.

Av bestämmelserna framgår också att om det inte är möjligt att upprätta den ordinarie vårdplanen eller den samordnade vårdplanen i samråd med patienten ska orsaken till det anges i planen.

Socialstyrelsens bedömning

Sedan regleringen i SOSFS 2008:18 om patientens delaktighet i vårdplaneringen och i den samordnade vårdplaneringe trädde i kraft har patientlagen tillkommit.[134] I patientlagen finns en bestämmelse som anger att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.[135] Bestämmelserna i SOSFS 2008:18 om patientens delaktighet tillför därmed inte något och bör därför inte föras över till den nya författningen.

När det gäller det allmänna rådet om närståendes delaktighet vid upprättandet av den samordnade vårdplanen finns ett sådant krav nu reglerat i LPT och LRV.[136] Lagstiftaren har alltså infört ett ska-krav, vilket innebär att det allmänna rådet behöver tas bort.

När det gäller krav på dokumentation så framgår det av FPTRV att uppgifter om samråd med patienten och dennes närstående vid upprättandet av vårdplanen ska journalföras.[137] Det är enligt Socialstyrelsen otydligt om regleringen innebär att skälen till att samråd inte skett ska dokumenteras. Ett sådant krav bör därför regleras i den nya författningen. Samma sak bör gälla för den samordnade vårdplanen.

Socialstyrelsens förslag

Bestämmelserna i SOSFS 2008:18 om patientens delaktighet i vårdplaneringen och i den samordnade vårdplaneringen förs inte över till den nya författningen, eftersom reglering om patientens delaktighet numera finns i patientlagen.

Det allmänna rådet om samråd med patientens närstående vid upprättande av den samordnade vårdplanen förs inte över till den nya författningen, eftersom det nu finns ett sådant krav i lag.

I den nya författningen införs bestämmelser med följande innehåll. Om det inte är möjligt att upprätta en vårdplan eller utforma en samordnad vårdplan i samråd med patienten och dennes närstående (vilket inkluderar vårdnadshavare,

---

[134] Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015.
[135] 5 kap. 1 § patientlagen.
[136] 7 a § LPT och 6 § LRV.
[137] 2 § 7 FPTRV.

om patienten är ett barn) ska skälen till det dokumenteras i respektive vårdplan.[138] (4 kap. 6 § i förslaget till ny författning)

9.4 Information inför vårdplanering

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer, särskilt brukarorganisationer, har uppgett att många patienter och anhöriga upplever att det är svårt att vara delaktig i vårdplaneringen, att tillgodogöra sig informationen och förstå vad man kan respektive inte kan påverka. De har framfört att patientens inflytande behöver stärkas och att möjligheten till delaktighet skiftar från läkare till läkare.

Externa aktörer har också betonat att patienten före ett vårdplaneringsmöte behöver få information om sina rättigheter, möjliga behandlingar och andra insatser. Detta för att patienten ska kunna förbereda sig och därmed ges ett reellt inflytande i vårdplaneringen.

Vårdens skyldighet att ge patienten viss information

Enligt patientlagen ska patienten ges viss information. Det gäller bland annat information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling.[139] En patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, liksom om avsikten är att patienten efter heldygnsvården ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller från den regionfinansierade öppna vården.[140]

När det gäller den psykiatriska tvångsvården anges det i förarbetena att vårdplaneringen bör utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om de rättigheter han eller hon har enligt LPT och LRV, men även enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och LSS.[141]

Information är en förutsättning för delaktighet

Socialstyrelsen konstaterar att relevant individanpassad information är en förutsättning för att patienten ska kunna göra informerade val och vara delaktig i sin vårdplanering. Att göra patienten delaktig i sin egen vård är centralt för en personcentrerad vård, dvs. en vård som utgår ifrån att varje person har unika behov, erfarenheter och resurser.

Att patienten ges information om möjlig vård, behandling och andra insatser är också en förutsättning för att arbetsmetoden delat beslutsfattande ska kunna tillämpas. Socialstyrelsens har t.ex. i nationella riktlinjer rekommenderat denna arbetsmetod för patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Metoden innebär att patienten och dennes närstående får vara med och beskriva sina behov och fatta beslut om åtgärder.

---

[138] När det gäller den ordinarie vårdplanen anges det i LPT och LRV att samråd ska ske då vårdplanen *upprättas* (16 § LPT och 6 § LRV). När det gäller den samordnade vårdplanen anges det i LPT och LRV att samråd ska ske då vårdplanen *utformas* (7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV).
[139] 3 kap. 1 § patientlagen.
[140] 3 kap. 2 b § patientlagen.
[141] Prop. 1999/2000:44, s. 78.

Syftet med delat beslutsfattande är att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör hans eller hennes hälsa och livssituation. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge patienten eller brukaren ökad känsla av egenmakt och bättre relation till behandlaren.[142]

En förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig och göra informerade val är också att hen förstår informationen. Patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården lider av en allvarlig psykiatrisk sjukdom och kan generellt eller under perioder ha svårt att ta till sig information.

I fokusgrupper med patienter i rättspsykiatrin och deras anhöriga har det framkommit att såväl patienter som anhöriga upplever att de får bristande information, och att detta påverkar deras möjlighet att vara delaktiga i vården. Medan information som ges på ett sätt som patienten och anhöriga kan ta till sig ger hopp och en känsla av att kunna vara med och påverka.[143]

Socialstyrelsens bedömning – information om vård och behandling i ”god tid”

En förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig i sin egen vårdplanering är enligt Socialstyrelsen att hen får information om möjliga hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Av patientlagen framgår att patienten ska få viss information, bland annat om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling.[144] Patienter som vårdas i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården behöver främst information om vård- och behandlingsåtgärder som kan ges i den slutna eller öppna psykiatriska vården. Patienten kan dock även ha behov av information om åtgärder som kan ges i primärvården och annan hälso- och sjukvårdsverksamhet, såsom den somatiska specialistvården.

Informationen behöver enligt Socialstyrelsen individanpassas och därmed ges utifrån vilka åtgärder som är relevanta för den enskilde patienten. Vilka åtgärder som är relevanta kan förändras över tid. Informationen behöver också anpassa utifrån vilken information patienten har fått tidigare.

Socialstyrelsen menar att det är angeläget att patienten får information om vård- och behandlingsåtgärder redan innan hen deltar i ett samråd inför utformningen av den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen. Detta i syfte att patienten ska ges tid att förbereda sig inför vårdplaneringen, och därmed kunna ges ett reellt inflytande över sin vård.

Hur lång tid en patient kan behöva för att förbereda sig skiljer sig från patient till patient och från situation till situation. I inledningen av tvångsvården kan patientens medicinska tillstånd vara sådant att patienten saknar förutsättningar att ta emot och förstå information och delta i vårdplaneringen. Tidpunkten för information bör därför enligt Socialstyrelsen inte vara knuten till en bestämd tidsrymd, utan till syftet med informationen.

Utifrån det anser Socialstyrelsen att en patient ska få den tid på sig som han eller hon behöver för att hinna bilda sig en uppfattning om åtgärderna, innan ett

---

[142] Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Stöd för styrning och ledning, artikelnummer 2018-9-6, publicerad september 2018, s. 23-24.
[143] Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Erfarenheter av att vårdas eller vara anhörig i rättspsykiatrin i Sverige, Rapport från fokusgrupper med utskrivna patienter, patienter i utslussning och anhöriga, december 2020.
[144] 3 kap. 1 § patientlagen.

samråd om innehållet i vårdplanen eller den samordnade vårdplanen sker. I vissa fall kan situationen emellertid vara sådan att vården inte kan ge patienten information i sådan tid att hen hinner bilda sig en uppfattning om åtgärderna. Det kan exempelvis bero på att patientens vårdtid är kort eller att patientens mående inte hinner stabiliseras tillräckligt för att hen ska kunna förstå informationen. Informationen ska därför så långt det är möjligt ges i sådan tid. Att verksamheter inte har tillräckligt med resurser för att ge patienten informationen i sådan tid hen hinner bilda sig en uppfattning om åtgärderna ska däremot inte inkluderas i begreppet ”så långt det är möjligt”.

Myndigheten har även övervägt om begreppet ”i god tid” bör användas, men kommit till slutsatsen att det är för otydligt för en reglering.

Eftersom utgångspunkten är att patientens närstående, och om patienten är ett barn dess vårdnadshavare, ska vara delaktiga i vårdplaneringen bör dessa också få nämnda information. Det är även angeläget att patientens vårdnadshavare och annan närstående får informationen i sådan tid att de har möjlighet att förbereda sig inför en vårdplanering. De bör därför få informationen i samband med att den ges till patienten. Informationen ska dock endast ges till närstående om det är lämpligt. Det är upp till respektive verksamhet att ta fram rutiner för hur informationen ska ges och av vem.

Av patientlagen framgår att informationen ska anpassas till patientens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det framgår också att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.[145] Det framgår även att informationen inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta samt att mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.[146]

Socialstyrelsens bedömning – information om insatser från andra aktörer

Det är enligt Socialstyrelsen angeläget att patienten i god tid inför en vårdplanering även får information om insatser som kan ges av andra aktörer än regionen, särskilt insatser från socialtjänsten.

Av inspektioner som JO:s Opcat-enhet[147] har gjort av rättspsykiatriska kliniker framgår bland annat följande.[148] Det varierar i vilket skede psykiatrin tar kontakt med kommunen för att planera för en patientens eventuella framtida behov av bistånd från kommunen, i form av exempelvis boende eller sysselsättning. En sådan kontakt kan dröja väldigt länge, ibland flera år. Det framgår även att det varierar i vilket skede patienten inkluderas i vårdplaneringen.

Att patienten informeras om insatser som kan ges av kommunen är enligt Socialstyrelsen en viktig förutsättning för en gemensam vårdplanering och ett led i att den slutna tvångsvården ska kunna övergå till ÖPT/ÖRV och frivillig vård.

---

[145] 3 kap. 7 § patientlagen.

[146] 3 kap. 5 och 6 §§ patientlagen.

[147] Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture).

[148] JO har i ett särskilt ärende inspekterat fem rättspsykiatriska kliniker för att granska vilka omständigheter som motverkar att patienter med långa vårdtider inom rättspsykiatrisk sluten vård skrivs ut till öppen vård (dnr O 1-2021). Opcat-protokoll den 23 februari 2021 (O 4-2021), den 2 mars 2021 (O 6-2021), den 9 mars 2021 (O 7-2021), den 11 mars 2021 (O 8-2021) och den 12 mars 2021 (O 5-2021).

Utifrån det har Socialstyrelsen övervägt om det i föreskrifter bör införas ett krav på samarbete mellan regionen och kommunen för att se till att patienten i god tid får information om möjliga insatser från kommunen.

Socialstyrelsen har dock funnit att det är tveksamt om myndigheten har bemyndigande att meddela föreskrifter om ett sådant samarbete. En reglering om samverkan mellan regioner och kommuner bör också enligt myndigheten ske i lag. Dessutom gäller frågan om samverkan för att ge patienter information om insatser samtliga patienter[149] och inte endast patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården, även om det kan anses vara särskilt angeläget med information till dessa patienter.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det inte i föreskrifter bör införas en reglering med krav på samverkan mellan region och kommun för att se till att patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården i viss tid innan en vårdplanering får information om insatser från kommunen.

Socialstyrelsens bedömning – dokumentation

Det är enligt Socialstyrelsen viktigt att det i efterhand går att följa upp och granska om patienten har fått informationen om vård- och behandlingsåtgärder i sådan tid att hen har möjlighet att tillgodogöra sig informationen, och bilda sig en uppfattning om åtgärderna innan ett samråd om innehållet i vårdplanen eller den samordnade vårdplanen äger rum. Det bör även gå att följa upp om informationen har getts till vårdnadshavare eller annan närstående i samband med att den gavs till patienten.

Tidpunkten när patienten, dennes vårdnadshavare eller annan närstående fick informationen bör därför framgå av vårdplanen respektive den samordnade vårdplanen. Om de inte har fått informationen eller om den inte har getts i föreskriven tid bör skälen till detta dokumenteras.

Socialstyrelsens förslag

En patient ska inför ett samråd om innehållet i vårdplanen respektive den samordnade vårdplanen få information om för honom eller henne relevanta vård- och behandlingsåtgärder som kan ges i den slutna eller öppna psykiatriska vården, primärvården eller någon annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. Patienten ska så långt det är möjligt få den tid på sig som han eller hon behöver för att hinna bilda sig en uppfattning om åtgärderna.

Om patienten är ett barn, ska dessvårdnadshavare få informationen. Om det är lämpligt ska även andra närstående till barnet få informationen. Om patienten är en vuxen, ska dennes närstående få informationen, om det är lämpligt. Informationen till vårdnadshavare eller andra närstående ska ges i samband med att den ges till patienten. (4 kap. 3 § i förslaget till ny författning)

I författningen hänvisas till patientlagens bestämmelse om att informationen inte får lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta. (4 kap. 4 § i förslaget till ny författning)

---

[149] Av 16 kap. 4 § HSL framgår att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Av 4 kap. 1 § samverkanslagen framgår att en samordnad individuell planering ska genomföras om en patient efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

I vårdplanen respektive i den samordnade vårdplanen ska det dokumenteras vid vilken tidpunkt information om vård- och behandlingsåtgärder lämnades till patienten och närstående. Om de inte har fått informationen eller om den inte har getts i föreskriven tid ska skälen till det dokumenteras. (4 kap. 5 § i förslaget till ny författning)

9.5 Innehållet i vårdplanen och den samordnade vårdplanen

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 3 kap. 5 § första stycket SOSFS 2008:18 ska vårdplanen ge en samlad bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala behov. Vidare ska målen för de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska kunna uppnås framgå av planen.

Av andra stycket framgår att vårdplanen för en patient som ges rättspsykiatrisk vård med SUP ska innehålla information om vilka insatser som planeras för att patienten inte ska återfalla i brottslighet. Av tredje stycket framgår att vårdplanen ska innehålla planerade insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården eller den psykiatriska öppenvården och formerna för samverkan.

Synpunkter från externa aktörer

Några externa aktörer har framfört att det av föreskriften bör framgå att patientens omvårdnadsbehov ska finnas med i vårdplanen. Detta eftersom omvårdnad fyller en stor och värdefull funktion för patienter i den psykiatriska tvångsvården. Andra har framfört att det inte behövs någon ändring i föreskriften eftersom vårdplanen ska innehålla medicinska behov, vilket inkluderar omvårdnad.

Externa aktörer har även framfört att patienter ofta har en egen omvårdnadsplan och att det blir otydligt om det ska finnas en vårdplan för varje profession. Det har därför ansetts vara bättre med en vårdplan, som innehåller såväl medicinska behov som behov av omvårdnad. Brukarorganisationer har lyft att vården fokuserar på patientens behov, medan patienten kan ha andra önskemål och att dessa borde vara utgångspunkten för vårdplaneringen och dokumenteras i vårdplanen.

Socialstyrelsens bedömning – omvårdnad

I förarbetena har det framförts att den ordinarie vårdplanen inte endast ska omfatta den medicinska behandlingen, utan även omvårdnad.[150] Externa aktörer har framfört såväl att föreskriften behöver ändras så att det tydligt står att omvårdnadsinsatser ska framgå av vårdplanen, som att det inte behövs.

Enligt Socialstyrelsen har de omvårdande insatser som ges av sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal under psykiatrisk tvångsvård stor betydelse för patientens mående, återhämtning och möjlighet att på sikt ta emot vård frivilligt. Det är därför angeläget att patientens behov av sådana insatser framgår av den ordinarie vårdplanen.

Frågan är om det i föreskrifter bör regleras att omvårdnadsbehov även ska dokumenteras i den samordnade vårdplanen. Under ÖPT och ÖRV ges omvårdnad

[150] Prop. 1999/2000:44, s. 117.

eller liknande insatser i huvudsak av andra aktörer än psykiatrin, såsom av kommunen. Mot bakgrund härav bedömer Socialstyrelsen att patientens omvårdnadsbehov inte behöver dokumentera i den samordnade vårdplanen.

Av förarbetena framgår dessutom att innehållet i den ordinarie vårdplanen i relevanta delar även bör ingå i den samordnade vårdplanen och att det inte behöver finnas flera planer med samma innehåll.[151] Socialstyrelsen bedömer härmed att det är tillräckligt att föreskriva att en patients omvårdnadsbehov ska framgå av den ordinarie vårdplanen.

Socialstyrelsens bedömning – patientens önskemål

Brukarorganisationer har framfört att vården ofta fokuserar på patientens behov, medan patienten kan ha andra önskemål för sin vård. De har utifrån det lyft vikten av att patienten får ge uttryck för sina önskemål, och få dessa dokumenterade.

Att patientens önskemål ska respekteras följer enligt Socialstyrelsen av att hälso- och sjukvårdens utgångspunkt är patientens självbestämmande och integritet. Myndigheten konstaterar vidare att patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården befinner sig i en särskilt utsatt situation, eftersom de vårdas mot sin vilja. Det är därför särskilt angeläget att patientens självbestämmande och integritet respekteras och att hen är delaktig i vårdplaneringen.[152]

Att patienten får uttrycka sina önskemål kan bidra till att patienten känner sig inkluderad i vårdplaneringen och upplever att hen ses som en unik individ med egna behov. Det kan också ses som positiv förstärkning av patientens egen förmåga. Barn och unga med egen erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård har själva särskilt framhållit vikten dels av att ses som en egen individ med unika behov, dels av positiv förstärkning.[153]

Patientens önskemål kan avse vård och behandling som tillhandahålls av en region eller den kommunala hälso- och sjukvården och insatser från socialtjänsten. Det kan även finnas andra insatser som patienten har önskemål om, såsom somatisk specialistvård, tandvård eller insatser från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.

Av LPT framgår att den samordnade vårdplanen, så långt möjligt, ska innehålla patientens inställning till insatserna i vårdplanen.[154] Patientens inställning till åtgärder och insatser som läkare, socialsekreterare eller andra anser att patienten har behov av är inte samma sak som patientens önskemål.

En reglering med krav på dokumentation av patientens önskemål ökar enligt myndigheten förutsättningarna för att patienten ska tillfrågas om sina önskemål och få dem beaktade i vårdplaneringen. Socialstyrelsen menar att det är relevant att dokumentera patientens önskemål såväl i den ordinarie vårdplanen som i den samordnade vårdplanen. Detta särskilt utifrån att många patienter har ÖPT eller LRV under lång tid och att patientens önskemål kan förändras över tid.

---

[151] Prop. 2007/08:70, s. 99 samt prop. 2016/17:106, s. 26.

[152] 4 kap. 1 § patientlagen.

[153] 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. NSPH har genomfört diskussionerna i fokusgrupperna på uppdrag av Socialstyrelsen.

[154] 7 a § LPT samt 12 a och 16 b § LRV.

Patientens önskemål om en insats ska endast behöva dokumenteras om den skiljer sig från en insats hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bedömer att patienten har behov av.

För den samordnade vårdplanen följer det av 7 a § LPT att den ska innehålla uppgifter om patientens behov av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård samt eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen. Av 12 a och 16 b §§ LRV framgår att detta även gäller för den rättspsykiatriska vården. Socialstyrelsen bedömer att det är lämpligt att i den nya författningen hänvisa till att patientens önskemål om sådana insatser ska framgå av den samordnade vårdplanen.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen införs ett krav på att den ordinarie vårdplanen ska innehålla patientens behov av omvårdnad. (4 kap. 9 § 1 i förslaget till nya föreskrifter)

Det införs också ett krav på att den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen ska innehålla patientens önskemål om vissa åtgärder och insatser. Det gäller somatiska, psykiatriska, psykologiska och omvårdande åtgärder från den psykiatriska slutenvården, åtgärder från den psykiatriska öppenvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården, insatser från socialtjänsten samt patientens önskemål utifrån behov därutöver. (4 kap. 8 § 6 och 9 § 1 i förslaget till ny författning)

9.6 Revidering och uppföljning av vårdplaner

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 3 kap. 6 § SOSFS ska chefsöverläkaren ansvara för att en vårdplan upprättas, följs upp och omprövas av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften.

Enligt 3 kap. 10 § första stycket ska chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven ansvara för uppföljningen av den samordnade vårdplaneringen.

Enligt 3 kap. 10 § andra stycket ska chefsöverläkaren ha en sådan kontakt med berörda instanser inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten avseende patientens situation att frågan om återintagning till sluten vård eller vårdens upphörande kan prövas fortlöpande.

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har framfört att det är oklart hur ofta vårdplanen ska uppdateras, och att en reglering behövs om det är så att det ska ske med visst tidsintervall. Det har bland annat föreslagits att vårdplanen bör uppdateras halvårsvis, så att det finns en uppdaterad vårdplan då tvångsvården ska omprövas.

Socialstyrelsens bedömning – revidering och uppföljning av vårdplaner

Av förarbetena framgår att uppföljning, utvärdering och vid behov justeringar av patientens vård och vårdplan är en självklar del av all hälso- och sjukvård.[155] Det

[155] Prop. 2007/08:70, s. 100 och prop. 1999/2000:44, s.79.

gäller inte endast inom den frivilliga hälso- och sjukvården, utan även för de vårdplaner som upprättas inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.

Regleringen i SOSFS 2008:18 om omprövning och uppföljning skiljer sig åt vad gäller den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen. Av 3 kap 6 § framgår att chefsöverläkaren ansvarar för att vårdplanen upprättas, följs upp och omprövas av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften. I 3 kap. 10 § hänvisas till chefsöverläkarens ansvar för uppföljning av den samordnade vårdplaneringen, dvs. inte av själva planen. I bestämmelsen regleras endast uppföljning, och inte upprättande och omprövning.

Socialstyrelsen bedömer att nämnda skillnader inte är motiverade. Enligt myndigheten bör det för såväl den ordinarie vårdplanen som den samordnade vårdplanen regleras att chefsöverläkaren har ansvaret för att vårdplanen upprättas, uppdateras och följs upp av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften.

När det gäller den samordnade vårdplanen specificeras att ansvaret ligger på chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven, vilket inte anges för den ordinarie vårdplanen. Denna skillnad kan vara motiverad utifrån att det under ÖPT och ÖRV är otydligare vilken chefsöverläkare som har ansvaret, jämfört med då patienten vårdas i den slutna vården. För att undvika missförstånd bedömer Socialstyrelsen ändå att det även för den ordinarie vårdplanen bör regleras att ansvaret ligger på chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är intagen.

Hur ofta en vårdplan behöver revideras och följas upp beror på patientens behov och vilka vårdåtgärder och andra insatser som har satts in. Vården behöver därför för varje enskild patient och situation göra en bedömning av när åtgärder och insatser behöver uppdateras och följas upp. Socialstyrelsen bedömer därför att det inte är lämpligt att reglera en viss tid för när uppdatering och uppföljning av vårdplanen eller den samordnade vårdplanen ska ske. Däremot bör det vara tydligt att det ska ske en återkommande uppdatering och uppföljning av en patients vårdplan.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen införs bestämmelser som anger att chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är intagen ansvarar för att den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen upprättas samt återkommande uppdateras och följs upp av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften. Förslaget är inte avsett att innebära någon ändring i sak. (4 kap. 10 § i förslaget till nya föreskrifter)

10. Socialstyrelsens förslag – permission

10.1 Permission för en specificerad tid

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 3 kap. 8 § första stycket SOSFS 2008:18 framgår att en permission får ges dels för ett visst tillfälle och viss tid (timmar eller dagar), dels för återkommande tillfällen och viss tid.

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Att permission får ges för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen framgår av LPT och LRV.[156] Detta bör därför enligt Socialstyrelsen inte regleras även i SOSFS 2008:18.

Socialstyrelsen menar att det är angeläget att det är tydligt när en permission påbörjas och avslutas. Utifrån det bedömer myndigheten att regleringen av tiden för en permission bör specificeras mer än att permissioner får ges för timmar eller dagar.

Socialstyrelsen föreslår därför att det i den nya författningen ska anges att en permission ska ges för ett bestämt tidsintervall preciserat med datum och klockslag. (5 kap. 2 § i den föreslagna nya föreskriften)

Eftersom uppgifter om permission ska journalföras[157] innebär den föreslagna regleringen att även datum och klockslag för permissionens början och slut ska journalföras.

10.2 Maxtid för permission och särskilda skäl

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 3 kap. 8 § andra stycket SOSFS 2008:18 framgår att permission får ges för längre tid om det finns särskilda skäl, dock högst fyra veckor.

Av ett allmänt råd till bestämmelsen framgår att särskilda skäl kan vara att patienten behöver en längre utslussning till ett eget eller särskilt boende eller för studier, arbete eller någon annan sysselsättning.

Synpunkter från externa aktörer – maxtid för permission

Flera verksamheter för psykiatrisk tvångsvård har framfört att fyra veckor är lämpligt som maxtid för permission. Det är lagom för att pröva om patienten kan återanpassas utanför sjukhuset, t.ex. pröva ett boende. Det har även uppgetts att en permission i enstaka fall kan behöva vara längre än fyra veckor, såsom då det är svårt att få igenom en samordnad vårdplanering med socialtjänsten. Företrädare för BUP har framfört att fyra veckor är lång tid för ett barn och att det vid långa permissioner finns en risk för ”hospitalisering i hemmet”.

För patienter inom rättspsykiatrin har det framförts att permissioner ofta pågår fem dagar och som längst upp till två veckor och att patienten därefter behöver återkomma till vårdinrättningen för att kontrollera sin status. Det har dock även framförts att fyra veckors permission kan vara för kort tid. Det har bland annat uppgetts bero på att vårdtiderna inom rättspsykiatrin är långa och att domstolen ibland inte godkänner en aktuell ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV). Det har även framförts att det generellt inte är bra med långa permissioner inom rättspsykiatrin.

SKR har framfört att fyra veckors permission är en bra tidsperiod, som ett mellansteg för utslussning. Brukarorganisationer har inte haft något att invända mot maxtiden fyra veckor. De har lyft att permissioner är en trygghet för patienten eftersom de då är inskrivna på vårdinrättningen och har sin plats. Det blir inget misslyckande att komma tillbaka.

---

[156] 25 § LPT och 9, 10 och 11 §§ LRV.

[157] 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Flera domstolar har uppgett att de inte beviljar längre permissioner än fyra veckor. Någon uppgav att de har bifallit permission på mer än fyra veckor inför utslussning till öppen psykiatrisk tvångsvård. Några domstolar har framfört att de tillämpar regeln om permission i SOSFS 2008:18, andra att de inte gör det och att domstolars kännedom om bestämmelsen är låg.

Kriminalvården framförde att deras klienter ofta får permission under tre till fyra dagar och att de inte behöver längre permissioner än fyra veckor. SiS har framfört att det är väldigt sällsynt att SiS-intagna ges rättspsykiatrisk vård. De uppgav också att de inte ser skäl att ändra maxtiden fyra veckor.

Socialstyrelsens bedömning – maxtid för permission

Enligt SOSFS 2008:18 får en permission ges för högst fyra veckor. Det innebär att chefsöverläkare, domstol, Kriminalvården och SiS inte får fatta beslut om att en permission ska pågå längre tid än fyra veckor. Utifrån vad som framkommit vid kontakter med verksamheter och andra externa aktörer bedömer Socialstyrelsen att det varken för patienter inom den psykiatriska tvångsvården eller inom den rättspsykiatriska vården finns skäl att ändra maxtiden fyra veckor för permission. Ett beslut om permission får således avse max fyra veckor. Inom denna maxtid finns det möjlighet att anpassa permissionens längd utifrån varje enskild patient och tillfälle.

Synpunkter från externa aktörer – särskilda skäl

Verksamheter har framfört att särskilda skäl för en längre permission kan vara att patienten ska pröva ett boende utanför vårdmiljön eller att det är en patient med hög nivå av suicidalitet eller självskadebeteende. Flera verksamheter uppgav att det är bra med krav på särskilda skäl, men kunde inte specificera hur lång en permission ska vara för att det ska krävas särskilda skäl.

Några verksamheter från vuxenpsykiatrin och BUP har ansett att det krävs särskilda skäl om permissionen ska vara längre än en vecka. En verksamhet för rättspsykiatrin framförde att krav på särskilda skäl inte behövs vid permission en vecka, men absolut vid fyra veckor. Ett förslag var att det skulle krävas särskilda skäl vid permission över 14 dagar. Det har även framförts att särskilda skäl inte behöver regleras i föreskrifter, utan kan överlåtas till vården.

SKR framförde att kravet på särskilda skäl inte tillför något i praktiken och att det ligger i sakens natur att det ska finnas särskilda skäl för att ge permission. Någon reglering i den delen ansågs därför inte behövas. SKR menade att möjligheten till permission bör kopplas till patientens kliniska tillstånd, istället för kravet på särskilda skäl.

Brukarorganisationer, Kriminalvården och domstolar framförde att kravet på särskilda skäl för en permission som är ”längre” är otydligt. Domstolar ansåg såväl att det är bra att ha kvar ett krav på särskilda skäl som att kravet kan strykas eftersom en sådan avvägning ändå görs utifrån lagstiftningen. Någon domstol ifrågasatte om det finns en rättslig grund för Socialstyrelsen att kräva särskilda skäl.

Socialstyrelsens bedömning – särskilda skäl för permission

Enligt SOSFS 2008:18 krävs det särskilda skäl för att en permission ska få ges för en längre tid. Externa aktörer har framfört såväl att det är viktigt att det finns krav på särskilda skäl som att det saknas behov av en sådan reglering.

Socialstyrelsen anser i likhet med flera externa aktörer att det är otydligt vad som avses med ”en längre tid” och därmed när det enligt SOSFS 2008:18 krävs särskilda skäl. Om det ska finnas ett krav på särskilda skäl för permissioner behöver det vara tydligt när det kravet inträder. Det är viktigt för rättssäkerheten och ytterst patienters lika rätt till permission.

Socialstyrelsen konstaterar att det vid en prövning av tillstånd till permission behöver göras en avvägning mellan skälen för permissionen och dess längd. På så sätt kan prövningen även utan särskild reglering sägas omfatta krav på starkare skäl ju längre permissionen ska pågå. Socialstyrelsen bedömer dock att det finns skäl att genom reglering tydliggöra att längre permissioner kräver starkare skäl än kortare. Genom ett sådant krav uppmanas till eftertanke och motivering av de särskilda skälen.

Ett krav på särskilda skäl överensstämmer också enligt myndigheten med lagstiftarens intention. I förarbetena anges att permissioner ska vara reserverade för kortare eller tillfälliga vistelser utanför sjukvårdsinrättningens område. Det anges också att en permission bör kunna ges för att patienten succesivt ska kunna anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen.[158]

Frågan är dock från vilken tid det bör krävas särskilda skäl för att bevilja en permission. I författningsarbetet har det framkommit att några verksamheter som ger vård enligt LPT har utvecklat en praxis som innebär att det krävs särskilda skäl om en permission ska vara längre än en vecka. Socialstyrelsen bedömer att det är rimligt med en sådan tidsgräns för krav på särskilda skäl. Samma tidsgräns bör gälla för såväl patienter som ges vård enligt LPT som enligt LRV. Detta särskilt utifrån att maxtiden för permission är densamma för båda patientkategorierna.

Vad som kan vara särskilda skäl framgår nu av ett allmänt råd till 3 kap. 8 § SOSFS 2008:18. Där anges att särskilda skäl kan vara att patienten behöver en längre utslussning till ett eget eller särskilt boende eller för studier, arbete eller någon annan sysselsättning. Socialstyrelsen bedömer att det inte finns skäl att ändra det allmänna rådet.

Permission utifrån patientens medicinska tillstånd

Externa aktörer har framfört att möjligheten till permission bör kopplas till patientens kliniska tillstånd, istället för kravet på särskilda skäl. Socialstyrelsen konstaterar att en permission enligt LPT och LRV endast får ges om den står i överensstämmelse med vårdplanen.[159] Det innebär bland annat att patientens medicinska tillstånd behöver vara sådant att planerade behandlingsåtgärder och andra insatser kan fullföljas på ett ändamålsenligt och säkert sätt även under en permission.

---

[158] Prop. 2007/08:70, s. 78.

[159] 25 § LPT samt 9, 10 och 11 §§ LRV.

Det finns således redan en reglering som kräver att patientens medicinska tillstånd beaktas vid prövningen av frågan om permission. Med beaktande härav bedömer Socialstyrelsen att det saknas behov av ytterligare reglering i denna del.

Journalföring

Av FPTRV följer att ett tillstånd till permission ska journalföras.[160] Däremot finns det i FPTRV inget krav på att skälen för tillståndet ska journalföras. Eftersom ett tillstånd till permission, enligt förslaget till ny författning, kräver särskilda skäl om permissionen ska vara längre än en vecka anser Socialstyrelsen att det är angeläget att skälen journalförs. Socialstyrelsen bedömer därmed att det bör införs ett krav på journalföring i den nya författningen.

Socialstyrelsens förslag

Regleringen i den nya författningen ändras så att det framgår att det krävs särskilda skäl om en permission ska ges för längre tid än en vecka, och att det gäller såväl för vård enligt LPT som enligt LRV. (5 kap. 1 § i förslaget till ny författning)

Chefsöverläkaren ska se till att patientjournalen innehåller uppgifter om de särskilda skäl som krävs för ett tillstånd till permission. (5 kap. 5 § 1 i förslaget till ny författning)

10.3 Förlängning av permission

Synpunkter från externa aktörer

Företrädare för den psykiatriska tvångsvården har uppgett att det inte är bra med permissioner på fyra veckor efter varandra för då behövs i stället ett ställningstagande till ÖPT. Brukarorganisationer har pekat på vikten av att långa permissioner inte ska kunna användas slentrianmässigt. Det ska i stället vara patientens behov som styr, såsom patientens behov att förbereda sig för ett liv utanför vårdinrättningen. Det har även lyfts att en permission endast bör förlängas om det är för patientens bästa.

Företrädare för barn- och ungdomspsykiatrin har framfört att ÖPT inte fungerar för patienter med svåra ätstörningar, särskilt eftersom de behöver stöd från vården för att inte sluta äta. För dessa patienter uppgavs det passa bättre med längre permissioner, där patienten kan sova hemma eller på ett patienthotell och komma till vårdinrättningen dagligen för måltider. Nya beslut om permissioner fattas på vårdinrättningen med olika tidsintervall, såsom för en eller två dagar eller en eller två veckor. I sällsynta fall kan patienten bo väldigt långt ifrån vårdinrättningen, såsom på ett behandlingshem, och då har mötena med patienten inför beslut om ny permission skett via videolänk.

Domstolar har uppgett att maxtiden luckras upp om permission beviljas för upprepade fyra veckorsperioder och att långa permissioner inte går ihop med kravet på oundgängligt behov av dygnetruntvård.

Företrädare för rättspsykiatrin har uppgett att det händer att permissioner om fyra veckor förlängs en gång och ibland även två gånger inför ÖRV. Det kan bero på att domstolen anser att patienten behöver ytterligare tid för att anpassa

---

[160] 2 § 14 FPTRV.

sig till ett liv utanför vårdinrättningen, såsom att pröva ett eget boende. Det har även lyfts att det för patienter som vårdas på en regionklinik kan bli långa resor om patienten behöver återvända till vårdinrättningen för förlängning av en permission.

Brukarorganisationer har framfört att permissioner kan behöva förlängas och att det då är viktigt med ett fysiskt möte, oavsett avstånd. Någon verksamhet berättade att ett vårdteam åker till det boende där patienten vistas för att göra en bedömning av en möjlig förlängning. Om specialistläkaren inte är med fattas beslutet via telefon eller videomöte.

Företrädare för rättspsykiatrin har uppgett att permissioner behöver kunna förlängas på annat sätt än genom fysiskt möte, t.ex. genom digital kontakt eller telefonsamtal. De uppgav också att slutenvårdsplatser beläggs om en patient har fått permission för att pröva boende, detta på grund av platsbristen. SKR framförde att det är ok att förlänga en permission genom ett digitalt möte med patienten alternativt per telefon när det är långa avstånd.

Det har föreslagits att det skulle kunna finnas en övre gräns för upprepade permissioner, t.ex. maximalt tre gånger. Det har också föreslagits att det för rättspsykiatrin skulle kunna införas ett krav på "synnerliga skäl" för förlängning av en permission över fyra veckor.

Förlängning av permission

Ett tillstånd till permission får enligt SOSFS 2008:18 vara max fyra veckor. I föreskriften finns inget uttryckligt förbud mot att fatta ett nytt tillstånd om permission i direkt anslutning till en tidigare permission (hädanefter förlängning av permission), dvs. även om permissionen pågått i fyra veckor. Det är inte heller reglerat på vilket sätt kontakt behöver tas med patienten om en permission ska förlängas, såsom genom ett fysiskt möte eller digitalt.

I handboken till föreskriften anges följande. Om det bedöms att patienten behöver längre tid än fyra veckor för exempelvis utslussning till eget eller särskilt boende är det lämpligt att en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård övervägs.[161]

Som framgår ovan har det vid möten med verksamheter framkommit att tillstånd till permission i direkt anslutning till en tidigare permission används på olika sätt och i olika utsträckning, och att upprepade permissioner särskilt förekommer inom rättspsykiatrin. Socialstyrelsen menar att det finns såväl nackdelar som fördelar med att förlänga en fyraveckors permission.

Nackdelar med förlängning av permission

Socialstyrelsen konstaterar att en permission sker inom ramen för sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård. Därmed behöver kriterierna för sådan vård vara uppfyllda under hela permissionen. Det innebär bland annat att patienten ska ha ett visst behov av att vistas på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård.

För LPT-patienter är kriteriet att patienten ska ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är

[161] Handbok till SOSFS 2008:18, s. 60.

intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.[162] För LRV-patienter är kriteriet att det ska vara påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård.[163]

Om en patient klarar av att vistas utanför sjukvårdsinrättning under en längre tid kan det enligt Socialstyrelsen ifrågasättas om hen har behov av sådan psykiatrisk vård som krävs för sluten tvångsvård. Om patienten inte längre har det ska vården övergå i ÖPT eller ÖRV om kriterierna för sådan vård är uppfyllda, eller så ska tvångsvården upphöra.

En risk med långa permissioner är således att permission ges trots att kriterierna för sluten tvångsvård inte längre är uppfyllda. Därmed finns också en risk att patientens mänskliga fri- och rättigheter allvarligt kränks.

En annan risk är att vårdformen öppen tvångsvård inte ersätter långa permissioner i den utsträckning som var lagstiftarens intention.[164] Långa permissioner kan för vissa patienter innebära en ”hospitalisering i hemmet”. Under långa permissioner kan det vidare vara svårt för vården att ha sådan kontakt med patienten att det går att bedöma om permissionen står i överensstämmelse med vårdplanen.

Fördelar med förlängning av permission

Flera verksamheter har framfört att permission kan vara att föredra framför öppen tvångsvård eftersom det då är enklare att återföra patienten till vårdinrättningen om ett sådant behov skulle uppstå.[165] Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att återintag från en permission enligt förarbetena endast får ske om patientens tillstånd är sådant att man inte ser någon annan utväg än att fortsätta vården genom att patienten vistas på vårdinrättningen.

Brukarorganisationer har lyft att det kan vara tryggare för en patient att ha permission än öppen tvångsvård. Detta eftersom det då är lättare att återvända till vårdinrättningen, och att det inte känns som ett lika stort misslyckande att återvända efter permission som efter öppen tvångsvård.

Vid ÖPT och ÖRV kan en patient ha behov av insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller regionens hälso- och sjukvård.[166] Om sådana insatser inte finns tillgängliga, och ÖPT eller ÖRV därför inte kan ges, kan det vara en fördel för patienten om en permission kan förlängas. Å andra sidan kan det finnas en risk att kommunens eller regionens insatser tar längre tid att planera och tillgängliggöra om patienten är på permission i förhållande till om patienten skulle vara intagen i den slutna tvångsvården. Detta eftersom kommunen eller regionen då skulle kunna anse att insatserna inte är lika brådskande eller angelägna.

---

[162] 3 § LPT.
[163] 4 § LRV och 31 kap. 3 § brottsbalken.
[164] Prop. 2007/08:70, s. 78.
[165] En chefsöverläkare får i vissa fall själv återkalla en permission om förhållandena kräver det (25 § LPT samt 9 och 10 §§ LRV). När det gäller återintag för slutenvård krävs efter viss tid beslut av domstol (26 a § LPT samt 3 c och 3 d §§ LRV).
[166] 7 a § LPT och 12 a och 16 b §§ LRV.

Behov av förlängning av permission kan skilja sig åt

Under föreskriftsarbetet har det framgått att verksamheter hanterar förlängningar på olika sätt och att förutsättningarna och behoven ser olika ut, särskilt mellan allmänpsykiatrin och rättspsykiatrin.

En skillnad mellan vårdformerna är att vårdtiderna är betydligt längre inom rättspsykiatrin än inom allmänpsykiatrin. Inom den psykiatriska tvångsvården vårdas patienter vanligtvis några dagar till månader vid ett vårdtillfälle, medan patienter inom rättspsykiatrin vårdas flera år.[167] Under år 2020 var medianvårdtiden för patienter inom rättspsykiatrin närmare 5 år.[168]

För patienter som under lång tid har vistats inom den psykiatriska tvångsvården krävs det oftare en längre tid för återanpassning till livet utanför tvångsvården än för patienter med relativt kort vårdtid. Patienten kan t.ex. behöva lång tid för att tillgodogöra sig de socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården ska kunna upphöra eller övergå i öppen tvångsvård.

Enligt uppgifter i det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret för år 2020 vårdades 10 procent av patienterna i slutenvården, trots att de bedömdes vara färdiga för ÖRV.[169] Den vanligaste angivna orsaken var brist på boende (56 procent). En annan orsak angavs vara brister i samverkan (12 procent).[170] Enligt Socialstyrelsens kännedom saknas motsvarande uppgifter för den psykiatriska tvångsvården.

Vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård är betydligt fler och mer utspridda över landet än dem för rättspsykiatrisk vård. Patienter inom rättspsykiatrin vårdas inte sällan på en regionklinik. Dessa omständigheter medför att patienter inom rättspsykiatrin oftare är placerade längre ifrån sin hemort än patienter inom den psykiatriska tvångsvården. Därmed kan det också antas att patienter i den rättspsykiatriska vården oftare har permission på annan ort än sin hemort, än patienter inom den psykiatriska tvångsvården.

Socialstyrelsens bedömning – förlängning av permission

Socialstyrelsen konstaterar att en förlängning av en permission som pågått fyra veckor kräver ett nytt tillstånd. Ett sådant tillstånd får endast ges om kriterierna för permission är uppfyllda, dvs. permissionen ska stå i överensstämmelse med vårdplanen. Om patienten inte längre har visst behov av att vara intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård får permission inte ges, eftersom vården då ska övergå till ÖPT/ÖRV eller upphöra.

Generellt bör ÖPT eller ÖRV användas i stället för upprepade permissioner i direkt anslutning till varandra. Denna vårdform lämpar sig dock av medicinska skäl sämre för vissa patienter. Det kan exempelvis vara fallet för patienter med

---

[167] De uppgifter som finns i Socialstyrelsens patientregister (PAR) är inte sådana att de kan ge en samlad statistik över vårdtider.

[168] RättspsyK, Årsrapport 2020, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, s. 46.

[169] Vid inspektioner som JO:s Opcat-enhet har gjort vid rättspsykiatriska kliniker har de ställt frågor om klinikens rapportering till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK. Det framgick då att urvalskriterierna för vilka patienter som bedömts vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård men trots det fortfarande vårdas i slutenvården varierade. Opcat-protokoll den 23 februari 2021 (O 4-2021), den 2 mars 2021 (O 6-2021), den 9 mars 2021 (O 7-2021), den 11 mars 2021 (O 8-2021) och den 12 mars 2021 (O 5-2021).

[170] RättspsyK, Årsrapport 2020, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, s. 33.

svår och livshotande ätstörning som endast äter om tvång eller indirekt tvång används. Eller patienter med psykossjukdom som inte medverkar till behandling, såsom depåinjektioner, under ÖPT och som återkommande visat sig bli svårt sjuka när behandlingen avbryts. Behandlingen kan då endast ges med tvång eller indirekt tvång inom den slutna psykiatriska tvångsvården. För dessa patienter kan det vara lämpligare att ha återkommande permissioner under längre tid, än öppen psykiatrisk tvångsvård.

Om en patient har haft permission fyra veckor och därefter kan behöva ytterligare permission är det angeläget att patienten återvänder till den vårdinrättning där hen är inskriven för en bedömning av om ett nytt tillstånd till permission bör ges. Om patienten befinner sig på vårdinrättningen finns det enligt Socialstyrelsen bättre förutsättningar för vården att bedöma om patienten fortsatt har behov av sluten psykiatrisk tvångsvård, och om så är fallet om en ny permission bör beviljas. Dessutom kan det vara tryggt för patienten att veta att hen får återvända till vårdinrättningen efter en permission som varat fyra veckor.

En patient kan under en permission vistas långt ifrån vårdinrättningen, exempelvis på ett behandlingshem. Ett krav att patienten ska återvända till vårdinrättningen efter fyra veckors permission kan då medföra långa resor för patienten. I ett sådant fall har patienten sannolikt ett komplext sjukdomstillstånd, då det är särskilt viktigt med ett fysiskt möte med behandlande läkare på vårdinrättningen. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att undantag från kravet att återvända till vårdinrättningen inte bör medges i en sådan situation. Detta särskilt utifrån vikten av att permissioner inte förlängs i strid med gällande rätt.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det bör krävas att en patient som har haft permission i fyra veckor återvänder till vårdinrättningen innan ett nytt tillstånd till permission får ges. Det spelar alltså ingen roll om tillstånd till permission har getts vid ett tillfälle för fyra veckor, eller vid flera tillfällen som sammantaget blir fyra veckor utan avbrott.

Hur länge patienten ska vara på vårdinrättningen innan ett nytt tillstånd till permission ges behöver bedömas för varje enskild patient och situation. Socialstyrelsen anser därför att det inte är lämpligt att införa en reglering om detta i föreskrifter.

Socialstyrelsens bedömning – undantag från kravet att återvända till vårdinrättningen

När det gäller vissa patienter som vårdas enligt LRV bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att göra undantag från kravet att patienten ska återvända till vårdinrättningen efter fyra veckors permission. Skälet är att förutsättningarna och behoven skiljer sig åt mellan olika vårdformer, särskilt utifrån att patienter inom rättspsykiatrin har längre vårdtider och ofta kan behöva längre perioder för att förbereda sig för ÖRV. Under en sådan förberedelse skulle det kunna vara negativt för patienten att behöva återvända till vårdinrättningen.

Patienter som får ges ÖRV är patienter som har dömts till rättspsykiatrisk vård med eller utan SUP.[171] Övriga patienter får inte ges ÖRV, dvs. patienter som är

[171] 3 § andra stycket LRV.

anhållna, häktade, intagna på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem.[172]

Socialstyrelsen menar att det inte bör krävas att en patient som har dömts till rättspsykiatrisk vård återvänder till vårdinrättningen för att ett nytt tillstånd till permission ska få ges, dvs. om patienten har vistats utanför sjukvårdsinrättningens område i fyra veckor. Ett nytt tillstånd till permission bör då få ges för ytterligare högst fyra veckor utan att patienten återvänder till vårdinrättningen, dvs. sammanlagt åtta veckors vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område.

Myndigheten har övervägt om ett sådant tillstånd bör kräva synnerliga skäl, men funnit att det bör räcka med särskilda skäl. Ett sådant skäl kan vara att patienten behöver längre utslussning till eget boende eller särskilt boende (vilket framgår av det allmänna rådet).

Socialstyrelsens bedömning – fysiskt möte vid förlängning av permission för patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård

Socialstyrelsen har bedömt att det inte bör krävas att patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård ska behöva återvända till vårdinrättningen för att en permission som pågått fyra veckor ska få förlängas. Detta eftersom det kan få negativa konsekvenser för patienten. Frågan är då vilken rätt patienten bör ha till ett fysiskt möte om hen önskar ett sådant möte.

Socialstyrelsen menar att förutsättningarna för att göra en bedömning av om en permission bör förlängas generellt sett är bättre vid ett fysiskt möte än via digitala hjälpmedel. Detta eftersom ett fysiskt möte ger bättre förutsättningar för ett ömsesidigt samtal och möjlighet till observationer av beteenden, samspel och vårdmiljön. Socialstyrelsen menar också att miljön i ett fysiskt möte gör det enklare för patienten att lyfta frågor, än vid en digital kontakt. Om en patient önskar ett fysiskt möte inför en eventuell förlängning av en permission som pågått fyra veckor bör hen därför inte nekas det.

Socialstyrelsen anser att det bör vara tillräckligt att patienten vid det fysiska mötet träffar annan hälso- och sjukvårdspersonal än den beslutande läkaren. Detta särskilt utifrån att ett beslut om förlängning av en permission inte påverkar patientens fri- och rättigheter på ett sådant sätt att det bör krävas att beslutande läkare närvarar fysiskt. Efter mötet behöver dock närvarande hälso- och sjukvårdspersonal överföra information från mötet till den beslutande läkaren, om denne inte var med på mötet.

Det blir upp till varje verksamhet att avgöra vilken hälso- och sjukvårdspersonal som ska närvara vid mötet, utifrån att den eller de som ska delta har den kompetens som krävs för uppgiften. Vad som avses med hälso- och sjukvårdspersonal framgår av PSL, och är bland annat den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter.[173]

Skyldigheten att erbjuda ett fysiskt möte gäller alltså för patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård av domstol. För patienter med SUP beslutar domstol om

---

[172] 1 § LRV.
[173] 1 kap. 4 § PSL.

permission, om domstolen inte har överlämnat beslutanderätten till en chefsöverläkare.[174] Då chefsöverläkaren ansöker om permission hos domstol eller ger in ett yttrande då patienten ansökt om permission[175] behöver chefsöverläkaren ett underlag. Patienten bör därför enligt Socialstyrelsen erbjudas ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal även då det är en domstol som beslutar om permission.

Om patienten väljer att inte ha ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal gäller allmänna regler om att läkaren behöver ett beslutsunderlag som är sådant att beslutet grundas på god och säker vård samt vetenskap och beprövad erfarenhet. Läkaren behöver därför i varje enskilt fall bedöma på vilket sätt kontakt behöver tas med patienten, såsom genom digitala hjälpmedel.

Socialstyrelsens bedömning – dokumentation

Om en fyraveckors permission förlängs för en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård utan att patienten återvänder till vårdinrättningen krävs särskilda skäl. Vilka dessa skäl är bör enligt Socialstyrelsen journalföras, i likhet med det föreslagna kravet på journalföring av de särskilda skälen då en permission ska vara över en vecka.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att det i patientens journal finns dokumenterat om patienten önskar ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal eller inte, och om inte, skälen därtill.

Dokumentation är enligt Socialstyrelsen angelägen för vårdens uppföljning på såväl verksamhetsnivå som individnivå och vid tillsyn av verksamheten.

Socialstyrelsens förslag

Om en patient har haft tillstånd till permission i fyra veckor ska patienten återvända till den vårdinrättning där han eller hon är intagen innan ett nytt tillstånd till permission får ges. (5 kap. 3 § i förslaget till ny författning)

Om det finns särskilda skäl, får en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård och som har haft tillstånd till permission i fyra veckor ges ett nytt tillstånd till permission utan att denne återvänder till sjukvårdsinrättningen där han eller hon är intagen. (5 kap. 4 § första stycket i förslaget till ny författning)

Om en patient som har dömts till rättspsykiatrisk vård har haft tillstånd att vistats utanför sjukvårdsinrättningens område fyra veckor ska patienten inför en eventuell förlängning av permissionen erbjudas ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal från den sjukvårdsinrättning där patienten är intagen. Om den läkare som ska besluta om permissionen inte närvarar vid mötet ska hälso- och sjukvårdspersonalen överföra information från mötet till den beslutande läkaren. (5 kap. 4 § andra stycket i förslaget till ny författning)

Chefsöverläkaren ska se till att patientjournalen innehåller uppgifter om de särskilda skäl som finns för att förlänga en fyraveckors permission för en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård utan att patienten återvänder till vårdinrättningen. (5 kap. 5 § 1 i förslaget till ny författning)

Chefsöverläkaren ska se till att patientjournalen innehåller uppgifter om en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård önskar ett fysiskt möte med hälso-

---

[174] 10 § LRV.
[175] 22 § LRV.

och sjukvårdspersonal inför en eventuell förlängning av en permission som varat fyra veckor, och om inte, skälen till det. (5 kap. 5 § 2 i förslaget till ny författning)

10.4 Innehållet i en ansökan om permission till domstol

Synpunkter från externa aktörer

Några domstolar har framfört att uppgifterna om återfall i brott ofta är väldigt knapphändiga i ansökningar om permission och att den nya författningen därför borde reglera att en permissionsansökan ska innehålla en aktuell riskbedömning. Någon domstol framförde att det av ansökan om permission borde framgå något om samordnad vårdplanering.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen konstaterar att en domstol prövar en ansökan om permission för en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP. Vid prövningen ska domstolen bedöma om permissionen skulle stå i överensstämmelse med vårdplanen. Domstolen ska vidare särskilt beakta bland annat verkan av den vård och behandling som patienten genomgått och risken för återfall i brottslighet. Ansökan om permission ska göras av chefsöverläkare eller av patienten.[176] Om patienten har ansökt om permission ska domstolen inhämta yttrande från chefsöverläkaren.[177]

Det är enligt Socialstyrelsen angeläget att en domstol får information om de insatser en patient ges och om patientens risk att återfalla i brottslighet. Enligt Socialstyrelsen bör uppgifterna finnas med redan i en ansökan om permission, och inte presenteras först under en muntlig förhandling. Detta för att öka förutsättningarna för att beslutsunderlaget innehåller nödvändig information.

Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det finns anledning att särskilt reglera att chefsöverläkarens ansökan om permission ska innehålla ovan nämnda uppgifter. Eftersom insatserna ska framgå av patientens vårdplan[178] är det enligt Socialstyrelsen lämpligt att den ges in till domstolen. Om en patient, och inte chefsöverläkaren, ansöker om permission bör vårdplanen i stället fogas till det yttrande en chefsöverläkare ska ge in till domstolen.

En domstol kan även behöva andra uppgifter för sin prövning av en ansökan om permission. Vilka dessa uppgifter är kan dock skilja sig från fall till fall. Regleringen i denna del ska därmed inte ses som en uttömmande reglering av vilka uppgifter en domstol kan behöva för sin prövning av en ansökan om permission.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen läggs till en bestämmelse om att chefsöverläkarens ansökan till förvaltningsrätten om permission för en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP ska innehålla patientens vårdplan och uppgifter om risken

---

[176] 10 § LRV.
[177] 22 § LRV.
[178] 16 § LPT, 6 § LRV och 3 kap. 5 § SOSFS 2008:18.

för att patienten återfaller i brottslighet. Om en patient själv ansöker om permission hos förvaltningsrätten, ska även det yttrande som rätten ska hämta in från chefsöverläkaren innehålla sådana uppgifter. (5 kap. 6 § i förslaget till ny författning)

11. Socialstyrelsens förslag – frigång

11.1 Frigångsområdet

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I 3 kap. 7 § SOSFS 2008:18 anges följande. Om en patient på egen hand ska vistas utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område ska chefsöverläkaren, i de fall patienten ges psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning, ange det område som tillståndet avser.

Synpunkter från externa aktörer

Rättspsykiatrin har framfört att de använder frigång. Den psykiatriska tvångsvården, inklusive BUP, har framfört såväl att de använder frigång, som att de inte gör det. Flera verksamheter framförde att de har en karta över frigångsområdet som chefsöverläkaren har bestämt. Någon verksamhet uppgav att chefsöverläkaren bör kunna delegera uppgiften att bestämma frigångsområdet till en säkerhetsansvarig.

Domstolar berättade att frigångsområdet för SUP-patienter inte anges av domstolen, och att det även fortsättningsvis bör göras av ansvarig chefsöverläkare. Kriminalvården framförde att myndigheten medger om frigång får äga rum eller inte för klienter som är intagna på anstalt, andra klienter har inte rätt till frigång. Myndigheten menade att det fortsatt bör vara chefsöverläkaren som anger frigångsområdet för deras klienter, men att Kriminalvården bör ha rätt att säga nej om området inte är säkert.

SiS framförde att de själva tar ställning till frigångsområdet i samband med att de prövar en ansökan om frigång. SiS menade att det är rimligt att samma reglering om frigångsområdet gäller för såväl SiS som Kriminalvården.

Brukarorganisationer lyfte att det i föreskrifter bör finnas en bestämmelse som anger att frigång ska kopplas till vårdplanen. Flera externa aktörer lyfte vikten av att samma frigångsområde gäller för alla patienter, för att undvika missförstånd om vilket område som gäller.

Socialstyrelsens bedömning – frigång och vårdplanen

När det gäller permission anges det uttryckligen i LPT och LRV att permission endast får ges om det står i överensstämmelse med vårdplanen.[179] En motsvarande lagreglering saknas för frigång. Utifrån hur reglering av frigång är utformad i LPT och LRV bedömer Socialstyrelsen att myndigheten saknar bemyndigande för att föreskriva om krav kopplade till vårdplanen för att patienten ska kunna ges frigång.

---

[179] 25 § LPT samt 9, 10 och 11 §§ LRV.

Socialstyrelsens bedömning – frigångsområdet

Socialstyrelsen konstaterar att det i SOSFS 2008:18 regleras att en chefsöverläkare som ger tillstånd till frigång ska ange vilket område som avses när det gäller patienter som ges psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård utan beslut om SUP.

Flera patientkategorier inom rättspsykiatrin omfattas således inte av bestämmelsen. Nämligen patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP, ges rättspsykiatrisk vård då de är intagna på kriminalvårdsanstalt eller på SiS särskilda ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård.

I författningsarbetet har det framkommit att varken domstolar, Kriminalvården eller SiS definierar frigångsområdet då de prövar frågan om frigång. Däremot gör de sin bedömning i förhållande till det frigångsområde som chefsöverläkaren har angett. De har således möjlighet att neka frigång respektive lämna medgivande till frigång utifrån hur frigångsområdet ser ut.

Om domstolar, Kriminalvården och SiS skulle ange frigångsområdet för sina patientkategorier skulle det kunna medföra att frigångsområdet skiljer sig åt för olika patientkategorier. Socialstyrelsen menar, i likhet med vad som framförts av flera externa aktörer, att frigångsområdet bör vara detsamma oavsett patientkategori. Detta för att området ska vara tydligt för såväl patienter som vårdpersonal.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att chefsöverläkare ska bestämma frigångsområdet även för patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP, ges rättspsykiatrisk vård då de är intagna på kriminalvårdsanstalt eller på SiS särskilda ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård.[180] Utifrån vad som framgått i författningsarbetet är det också i enlighet med rådande praxis.

Eftersom frigångsområdet för en sjukvårdsinrättning definieras generellt för samtliga patienter bedömer Socialstyrelsen att området inte behöver framgå av tillståndet för respektive patient, vilket krävs enligt nuvarande reglering i SOSFS 2008:18. Ett krav på att frigångsområdet ska framgå av ett tillstånd överensstämmer inte heller med regleringen i LPT, där det saknas en uttrycklig bestämmelse om tillstånd till frigång.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen införs en bestämmelse om att chefsöverläkaren ska definiera omfattningen av det område utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område där en patient som vårdas enligt LPT eller LRV kan få vistas på egen hand. (6 kap. 1 § i förslaget till ny författning)

De patientkategorier som tillkommer i förhållande till nuvarande reglering är patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP samt patienter som ges rättspsykiatrisk vård då de är intagna på kriminalvårdsanstalt eller på SiS särskilda ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård.

---

[180] 10 b § LRV.

11.2 Journalföring av beslut om frigång

Krav på journalföring

Av 2 § 14 och 16 FPTRV följer att uppgifter om medgivande till frigång från domstol, Kriminalvården och SiS samt avslag på en begäran om medgivande ska journalföras. Vidare ska en domstols återkallande av ett medgivande till frigång journalföras.

För patienter som vårdas enligt LPT och LRV ska journalföring emellertid även ske utifrån krav i andra författningar. Av 3 kap. 6 § patientdatalag (2008:355), PDL, framgår att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Det framgår vidare att en patientjournal alltid ska innehålla bland annat väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

Av 5 kap. 5 § 13 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om vårdplanering.

Av 32 § förvaltningslagen (2017:900), FL, framgår att ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt. Det framgår vidare att motiveringen ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande.

Socialstyrelsens bedömning

I FPTRV finns krav på journalföring av det medgivande till frigång som ges av domstol, Kriminalvården och SiS. Det finns dock inget uttryckligt krav på journalföring av chefsöverläkares tillstånd till frigång, varken för patienter i den psykiatriska tvångsvården eller i den rättspsykiatriska vården.

Av de krav på journalföring som följer av PDL och HSLF-FS 2016:40 kan dock utläsas att tillstånd till frigång ska journalföras. Att ett sådant tillstånd journalförs är enligt Socialstyrelsen en del i en god och säker vård.

Om en patient har rätt till frigång behöver det vara tydligt för såväl patienten som för hälso- och sjukvårdspersonalen. Dokumentation i patientjournalen bidrar till sådan tydlighet. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns skäl att förtydliga kravet på journalföring av tillstånd till frigång.

Av FL följer att beslut ska motiveras, med undantag för om det är uppenbart obehövligt. Socialstyrelsen bedömer att beslut om frigång ska motiveras, eftersom en motivering av beslutet inte är uppenbart obehövligt.

Socialstyrelsens förslag

Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om det tillstånd som patienten har fått att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område och skälen till det. Det gäller alltså såväl för patienter som ges psykiatrisk tvångsvård som rättspsykiatrisk vård. (6 kap. 2 § i förslaget till ny författning)

11.3 Innehållet i en ansökan om frigång till domstol

Socialstyrelsens bedömning

För patienter som döms till rättspsykiatrisk vård med SUP får chefsöverläkaren endast ge tillstånd till frigång efter en domstols medgivande.[181] Då domstolen prövar om medgivande ska ges eller inte ska de bland annat särskilt beakta risken för återfall i brottslighet samt verkan av den vård och behandling som patienten genomgått.[182]

I författningsarbetet har domstolar framfört att de ser ett behov av en reglering i föreskrifter med krav på att en ansökan om medgivande till frigång ska innehålla uppgifter om risken för att patienten återfaller i brottslighet och om samordnad vårdplanering.

I likhet med vad Socialstyrelsen framfört ovan om permissionsansökan anser myndigheten att det är angeläget att domstolen får uppgifter om risken att patienten återfaller i brottslighet redan i ansökan om medgivande till frigång.

När det gäller möjligheten till frigång finns inte samma koppling till vårdplanen som vid permission och insatser från andra aktörer, såsom socialtjänsten, har inte samma betydelse. Utifrån detta och vad som framkommit vid kontakter med domstolar bedömer Socialstyrelsen att det saknas tillräckliga skäl för att införa ett särskilt krav på att vårdplanen ska ges in till domstolen i en ansökan om medgivande till frigång.

Socialstyrelsens förslag

I den nya författningen införs en bestämmelse om att chefsöverläkarens ansökan till förvaltningsrätten om medgivande för en patient, som dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP, att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område ska innehålla uppgifter om risken för att patienten återfaller i brottslighet. (6 kap. 3 § i förslaget till ny författning)

12. Socialstyrelsens förslag – handräckning av Polismyndigheten och Kriminalvården

12.1 Utgångspunkter

Handräckning ska endast begäras undantagsvis

Av HSL framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[183] Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter.[184] Regionen ansvarar för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.[185] Regionens ansvar omfattar även patienter inom den psykiatriska tvångsvården

[181] 10 a § LRV.
[182] 10 a § LRV.
[183] 7 kap. 2 § HSL.
[184] 2 kap. 1 § 2 HSL.
185 7 kap. 6 § HSL.

och den rättspsykiatriska vården, om deras tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

Polismyndighetens och Kriminalvårdens hjälp ska endast begäras undantagsvis, då det finns skäl att befara att deras möjligheter att använda våld eller tvång kan behövas eller om det annars finns synnerliga skäl.[186] Att en person mot sin vilja transporteras av Polismyndigheten eller Kriminalvården är ett stort ingrepp i den enskildes personliga integritet.

Ur ett samhällsperspektiv är det angeläget att motverka att Polismyndighetens och Kriminalvårdens resurser används för att verkställa andra myndigheters beslut i fall där deras särskilda befogenheter inte är nödvändiga.[187]

Socialstyrelsen konstaterar att samverkan och en kontinuerlig dialog mellan hälso- och sjukvården och Polismyndigheten/Kriminalvården är en viktig förutsättning för att handräckning ska fungera patientsäkert, ändamålsenligt och effektivt.[188]

Hur vården använder handräckning varierar

Några verksamheter har framfört att de sällan använder handräckning och ett par att ambulanssjukvården i sådant fall medverkar. Någon verksamhet uppgav att polishandräckning till vårdinrättningen endast används vid mycket akuta fall, t.ex. pågående suicidförsök, eller om man inte vet var patienten befinner sig.

Verksamheter har också framfört att polishandräckning används om de vet att patienten inte medverkar, t.ex. om de inte släpps in i patientens hem eller om de uppfattar patienten som hotfull och potentiellt fysiskt våldsam.

Någon verksamhet uppgav att de använder handräckning om patienten inte svarar i telefon eller har glömt telefonen på inrättningen. Någon uppgav att de nattetid i regel enbart använder handräckning. Rättspsykiatrin har framfört att de inte gör hembesök hos patienten utan hjälp av polis eftersom det i många fall kan vara farligt. Polismyndigheten har framfört att de upplever att verksamheter ibland skjuter över transportansvaret på polisen, eftersom de själva saknar resurser.

Nationella satsningar på den prehospitala vården

Regeringen menar att den prehospitala vården är ett område som behöver förbättras och förstärkas. Detta särskilt utifrån att en utvecklad prehospital vård kan ge patienter ett bättre omhändertagande och samtidigt avlasta akutsjukvård och sjukhus.[189]

Satsningar görs genom bland annat statsbidrag till regioner för utveckling av den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa eller suicidalitet, såsom inrättande av psykiatriambulanser.[190] SKR har i överenskommelser

---

186 Se 47 § tredje stycket LPT och 27 § LRV samt prop. 2016/17:57 Transporter av frihetsberövade s. 40 och 59.
187 Prop. 2016/17:57 s. 44.
188 Av 7 kap. 7 § HSL framgår det att regionerna vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
189 2020/221:01 Utgiftsområde 9, Hälso- och sjukvård, s. 46.
190 Förordning (2021:18) om statsbidrag för utveckling av den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa.

med staten fått i uppdrag att genomföra insatser för att bland annat stödja regionernas arbete med att vidareutveckla mobila lösningar för akutpsykiatriskt omhändertagande och för att utveckla ambulanssjukvården.[191]

12.2 Den enskilde ska motiveras att medverka frivilligt

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 4 kap. 4 § första stycket SOSFS 2008:18 framgår att en läkare som begär polishandräckning för att föra en patient till en vårdinrättning för intagningsbeslut, dessförinnan ska försöka övertala patienten att frivilligt inställa sig på vårdinrättningen, om det bedöms lämpligt.

Synpunkter från externa aktörer

Flera externa aktörer har framfört att det är viktigt att vården prövar den frivilliga vägen innan man använder handräckning, men att det inte alltid sker. Detta eftersom det är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde att bli förd till en vårdinrättning av polis.

Verksamheter har framfört att de försöker få patienten att frivilligt medverka till att inställa sig på vårdinrättningen, bland annat genom kontakt med patienten, föräldrar, anhöriga och boendepersonal.

Polismyndigheten har framfört att deras transportpersonal ofta har uppfattningen att vården inte har gjort så mycket för att få patienten att medverka frivilligt innan de begär handräckning. Vården kan uppge att de ringde patienten, men att patienten inte svarade. Polismyndigheten och Kriminalvården har önskat en reglering med tydligare krav på vården att försöka få patienten att medverka frivilligt innan handräckning begärs.

Verksamheter och andra externa aktörer har lyft frågan om när vården kan anses ha gjort tillräckligt för att försöka etablera kontakt eller på annat sätt få patienten att medverka frivilligt. De har uppgett att det behöver vara tydligt vem som bedömer om patienten kommer att medverka frivilligt eller inte, och att det bör vara läkaren. Enligt Polismyndigheten bör bedömningen av frivilligheten ligga kvar hos vården. De uppgav vidare att oklarheter hanteras bäst av Polismyndigheten själva genom utbildning och att en reglering i den delen skulle kunna leda fel.

Socialstyrelsens bedömning – patientens frivilliga medverkan

En handräckning av Polismyndighetens eller Kriminalvårdens mot en patients vilja är en tvångsåtgärd och ett stort ingrepp i den personliga integriteten. En sådan åtgärd får endast användas om den står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga ska de användas.[192]

Att minimera antalet handräckningar är inte endast angeläget ur ett individperspektiv, utan även ur ett samhällsperspektiv. Detta eftersom en begäran om handräckning från hälso- och sjukvården kan innebära att en annan åtgärd som kräver polisens eller Kriminalvårdens insats inte genomförs eller fördröjs.

---

[191] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021-2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021, En omställning av hälso-och sjukvården med primärvården som nav.

[192] 2 a § LPT och 2 a § LRV.

I förarbetena har det framförts att det är självklart att läkaren innan polishandräckning begärs först försöker, om det är lämpligt, att övertala patienten att frivilligt inställa sig på den sjukvårdsinrättning, där frågan om intagning ska prövas.[193]

Utifrån vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det finns skäl att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att motivera patienten att medverka frivilligt i samtliga situationer där handräckning av Polismyndigheten eller Kriminalvården kan begäras. I SOSFS 2008:18 nämns endast situationen då handräckning begärs för att föra en patient till en vårdinrättning för intagningsbeslut. Genom att vården tar ett aktivt ansvar att försöka motivera patienten i alla de situationer då handräckning kan begäras ökar förutsättningarna för att handräckning av Polismyndigheten och Kriminalvården endast används som en sista utväg.

På vilket sätt och i vilken utsträckning vården bör motivera patienten att medverka frivilligt variera från situation till situation. Det kan exempelvis ske genom hembesök, telefonkontakt med patienten eller med hjälp av närstående. Eftersom vårdens insatser behöver anpassas till varje situation bedömer Socialstyrelsen att en närmare precisering av vilka insatser som ska vidtas eller när vården kan anses ha gjort tillräckligt inte lämpar sig för reglering i föreskrifter.

Socialstyrelsens bedömning – undantag från kravet att försöka motivera patienten

Om det är uppenbart att det finns behov av biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården saknas det enligt Socialstyrelsen skäl att försöka motivera patienten att medverka frivilligt. Det kan vara fallet om det är känt att patienten i den aktuella stunden är hotfull eller våldsam.

I vissa situationer kan det enligt Socialstyrelsen även vara uppenbart olämpligt att försöka motivera patienten att medverka frivilligt. Det gäller om patienten akut behöver komma till en vårdinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl, såsom överhängande risk för självskada eller suicid.[194] Att i en sådan situation ställa krav på att våden ska försöka motivera patienten att medverka frivilligt skulle kunna fördröja insatsen och därmed få allvarliga konsekvenser för patienten.

Socialstyrelsens bedömning – ansvaret för att motivera patienten

Av 4 kap. 4 § första stycket SOSFS 2008:18 framgår att det är läkaren som, om det är lämpligt, ska försöka övertala patienten att medverka frivilligt. Vilken läkare som avses har inte specificerats, men det får antas vara den läkare som får begära handräckningen. När det gäller undersökning för vårdintyg får begäran om handräckning göras av läkare i allmän tjänst eller av en läkare som enligt avtal med regionen har till uppgift att utföra en sådan undersökning[195], dvs. även av läkare i enskild verksamhet. I övriga fall får handräckning begäras av en chefsöverläkare.

---

193 Prop. 1990/91:58 s. 287.

194 Prop. 2016/17:57, s. 80.

195 4 § LPT.

Socialstyrelsen bedömer att det är lämpligt att det är en läkare som får begära handräckning som ansvarar för att försök görs för att motivera patienten att frivilligt medverka till den aktuella åtgärden. Det behöver dock inte vara den läkaren som försöker motivera patienten att medverka frivilligt, utan det kan göras av annan hälso- och sjukvårdspersonal. I vissa fall kan det vara lämpligt att involvera andra personer som patienten känner, såsom vårdnadshavare, personal inom socialtjänsten eller vid ett särskilt boende.

Socialstyrelsens bedömning – vården avgör om en åtgärd kan vidtas frivilligt eller inte

Externa aktörer har lyft att det behöver vara tydligt vem som bedömer om patienten kommer att medverka frivilligt eller inte, och att det bör vara vården. Av förarbetena framgår tydligt vad som gäller.

I förarbetena anges följande. Det är den begärande myndigheten som har att pröva om förutsättningar föreligger att begära hjälp. Polismyndigheten eller Kriminalvården ska pröva om de formella förutsättningarna för handräckning är uppfyllda. Detta innebär att prövningen endast kan omfatta uppdragsgivarens behörighet och frågan om huruvida begäran om handräckningen är lagligen grundad. En handräckning kan i princip inte nekas under hänvisning till resursbrist eller liknande. En polisman eller kriminalvårdstjänsteman har typiskt sett inte den kunskap som kan antas krävas för att t.ex. överpröva en läkares beslut om huruvida en person på grund av sitt sjukdomstillstånd kan befaras bli särskilt våldsam.[196]

Det är alltså hälso- och sjukvården som bedömer om omständigheterna i det enskilda fallet är sådana att Polismyndighetens eller Kriminalvårdens särskilda befogenheter behöver användas. Däri ingår bland annat en bedömning av om patienten kommer att medverka frivilligt eller inte. Socialstyrelsen bedömer att en upplysning om detta inte lämpar sig för reglering i föreskrifter.

Socialstyrelsens förslag

En läkare som har rätt att får begära biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården för en patient ska se till att patient motiveras att frivilligt medverka till den åtgärd som läkaren överväger att begära biträde för. Ett undantag från det kravet får göras om det finns ett uppenbart finns behov av biträde eller om patienten akut behöver komma till en vårdinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl.

Regleringen gäller i alla de situationer då vården kan begära handräckning, och inte som nu endast för den situationen då handräckning kan begäras för att föra en patient till en vårdinrättning för ställningstagande till intagningsbeslut.

12.3 Frivillighet och särskilda befogenheter

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 4 kap. 3 § SOSFS 2008:18 framgår att polishandräckning för utfärdande av vårdintyg endast får begäras när det av omständigheterna framgår att den enskilde håller sig undan eller inte frivilligt går med på en sådan undersökning.

---

[196] Prop. 2016/17:57 s. 75 och 80.

Av 4 kap. 5 § SOSFS 2008:18 framgår att polishandräckning i vissa situationer endast får begäras när det av omständigheterna framgår att patienten inte frivilligt har för avsikt att återkomma till vårdinrättningen. Det gäller då en patient ska återföras till vårdinrättningen efter att ha lämnat inrättningen utan tillstånd, då tiden för en permission har gått ut eller då beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats.

Ändrad reglering i LPT och LRV

Socialstyrelsen konstaterar att det sedan reglering om handräckning infördes i SOSFS 2008:18 har tillkommit krav i LPT och LRV för att handräckning ska få begäras. Nämligen den reglering som infördes den 1 april 2017 och som innebär att handräckning endast får begäras om Polismyndighetens eller Kriminalvårdens särskilda befogenheter behöver användas eller om det annars finns synnerliga skäl.[197]

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Av SOSFS 2008:18 följer att handräckning endast får begäras om det av omständigheterna framgår att patienten inte frivilligt går med på en viss åtgärd, såsom att inställa sig på vårdinrättningen. Externa aktörer har lyft att regleringen kan tolkas som att kravet på särskilda befogenheter inte gäller.

Socialstyrelsen delar den bedömningen och konstaterar att handräckning numera endast få begäras om det kan befaras att Polismyndighetens eller Kriminalvårdens särskilda befogenhet att använda våld behöver användas. Socialstyrelsen bedömer härmed att regleringen om patientens frivillighet inte bör föras över till den nya författningen.

12.4 Begäran om handräckning för vårdintygsundersökning ska göras av läkare

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har framfört önskemål om att det i föreskrifter ska regleras att en begäran om polishandräckning för att utfärda vårdintyg endast får göras av den läkare som själv avser att undersöka patienten.

Reglering i LPT/LRV

Av LPT och LRV framgår att en läkare i allmän tjänst eller en läkare som enligt avtal med regionen har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg får begära hjälp av Polismyndigheten för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg.[198] Av förarbetena framgår att det ansågs lämpligt att begränsa kretsen av läkare som kan begära en sådan polishandräckning.[199] Av lagstiftningen går det enligt Socialstyrelsen inte att utläsa att en handräckning behöver begäras av just den läkare som har för avsikt att utföra undersökning för vårdintyg.

Socialstyrelsen konstaterar att det kan finnas situationer när det inte är möjligt för den läkare som begär handräckning att även utföra undersökningen för

---

[197] 47 § tredje stycket LPT och 27 § LRV.
[198] 47 § andra stycket 1 LPT samt 27 § LRV.
[199] Prop. 1990/91:58, s. 286.

vårdintyg, såsom om den läkaren som har begärt handräckningen inte längre är i tjänst då undersökningen för vårdintyg ska göras.

Socialstyrelsens bedömning

Det vore inte i enlighet med gällande rätt att i föreskrifter ha ett krav på att det ska vara samma läkare som begär polishandräckning som också utför undersökningen för vårdintyg.

12.5 Undersökning för vårdintyg där patienten vistas

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 4 kap. 3 § sista meningen SOSFS 2008:18 framgår att en undersökning för vårdintyg ska utföras där den enskilde vistas, om det är möjligt och bedöms lämpligt. Bestämmelsen finns under rubriken Biträde av polismyndighet och gäller alltså för de situationer då en läkare har begärt polishandräckning för att kunna utföra en undersökning för vårdintyg.

Synpunkter från externa aktörer

Externa aktörer har lyft att det är mycket viktigt att undvika att polis hämtar personer i deras hem för bedömning på en vårdinrättning. Det har också framförts att det inte är rimligt att ta in en patient till en mottagning om vårdintyg sedan inte blir aktuellt. Flera aktörer har därför ansett att det är viktigt att reglera att hembesök ska vara utgångspunkten.

Flera verksamheter för psykiatrisk tvångsvård har uppgett att deras utgångspunkt är att patienten undersöks i hemmet, att polis endast är med vid behov och då så diskret som möjligt. Ett par verksamheter har framfört att ambulans då vanligen är involverad. En verksamhet berättade att de har en överenskommelse med polisen som anger att bedömning för vårdintyg under dagtid ska ske med vårdpersonal närvarande i patientens bostad.

Det har även framförts att polishandräckning till psykiatriakuten endast används om patienten är välkänd och man vet att patienten kan bli farlig. Om det blir hembesök eller inte har uppgetts bero på var patienten bor och hur sjukvården är organiserad, och att det kan vara svårt för läkare att åka hem till patienten i glesbygd.

Från rättspsykiatrin har det framförts att det inte är aktuellt med utfärdande av vårdintyg i patientens hem. För en person som är häktad eller intagen på anstalt kan en undersökning för vårdintyg utföras av exempelvis distriktsläkare, konsultläkare eller läkare inom allmänpsykiatrin på häktet eller anstalten. Alternativt kan undersökningen utföras på en psykiatrisk akutmottagning.

En stor fördel med undersökning i hemmet har ansetts vara att det där finns information som kan användas vid bedömningen av patienten, såsom läkemedelsförpackningar och tomma flaskor. Det har dock även framförts att det inte finns något mervärde i att åka hem till en patient om man vet att handräckning ändå behövs.

Verksamheter har också lyft att en enskilds hem kan vara en väldigt instabil arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket har framfört att arbetsgivare behöver ha ett arbetsmiljötänk och beredskap för att undvika att personal utsätts för hot och våld,

vilket även gäller i en patients hem. De uppgav att arbetsgivaren kan se till att personalen inte arbetar ensamma i situationer där det finns risk för hot och våld.

Regioners synpunkter om när undersökning inte bör göras där patienten vistas

Socialstyrelsen har fått in skriftliga svar från regioner[200] om när de anser att det kan vara motiverat att inte utföra en undersökning för vårdintyg där patienten vistas, utan i stället begära polishandräckning för att föra patienten till en vårdinrättning för en sådan undersökning. Nedan följer en sammanställning av regionernas svar.

Risk för våld

- Extremt våldsamma, utåtagerande personer och drogutlösta psykospatienter.
- Patienten är en fara för sig själv eller andra i sin omgivning.
- Patienter med tidigare tendens till våld, omedicinerade patienter, paranoida patienter, patient som inte öppnar dörren.
- Om patienten befinner sig i en miljö som är farlig med risk för hot och våld mot vårdpersonal eller olämplig på annat sätt. Exempelvis om det i hemmet finns vapen, sprängmedel, aggressiv hund, mögel eller brandfara.

Akuta situationer och behov av somatisk vård

- I situationer där sjukvårdsbehovet är akut, såsom pågående suicid eller somatisk risk vid t.ex. intoxikation.
- Då patienten har somatisk påverkan och kan behöva ambulans.
- Akut behov och långa avstånd, där tid till vård kan kortas genom att transportera patienten till vård istället för vård till patienten.
- Kända patienter där vården inte kan planera in ett akut hembesök, t.ex. under jourtid.

Olämplig vistelseplats

- I en hemmiljö med barn, nyfikna grannar eller anhöriga.
- Om personen befinner sig i en offentlig miljö där undersökning är uppenbart olämplig, exempelvis bibliotek, galleria eller hos en bekant.

Patientens vistelseplats är okänd

- När vården inte vet var patienten befinner sig.
- Om personen inte kan lokaliseras med tillräcklig säkerhet, men t.ex. påträffas eller hittas av polis.

Övrigt

- Patienter som bor avskilt långt ifrån centralorten och där det tar lång tid att få hjälp.

---

[200] Svar har inkommit från 16 regioner och har inkluderat vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, rättspsykiatrin, ambulanssjukvården och prehospital vård.

- När sjukvården känner patienten mycket väl och det är uppenbart att patienten kommer att tas in för psykiatrisk tvångsvård.

I svaren anges också att det är allvarligt att föra ett barn/ungdom till psykiatrisk klinik utan bedömning på plats innan. Det ska vara hög tröskel för att inte göra en vårdintygsundersökning där patienten vistas. Det anges också att vårdintygsundersökningar i patientens hem inte gäller för rättspsykiatrin.

Socialstyrelsens bedömning – undersökning där den enskilde vistas

Av förarbetena framgår följande om handräckning för vårdintygsundersökning. Bestämmelserna om handräckning för genomförande av undersökning för vårdintyg har främst tillkommit för att göra det möjligt för den läkare som ska utföra undersökningen att få tillträde till den bostad eller det utrymme, där den enskilde befinner sig. Det är viktigt att den enskilde, om det inte är omöjligt eller uppenbart olämpligt, undersöks där han vistas. Om den som ska undersökas går med på att låta undersöka sig i sin bostad och undersökningen lämpligen kan ske där, bör polishandräckning för transport till en läkarmottagning enligt regeringen inte komma i fråga såvida inte starka skäl talar för detta.[201]

En undersökning för vårdintyg ska utföras av en legitimerad läkare.[202] Vid vilken verksamhet den läkaren finns varierar och kan vara i primärvården, vuxen psykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, den psykiatriska akutvården, ambulanssjukvården eller jourläkarbilar.

I föreskriftsarbetet har det framkommit att det varierar i vilken utsträckning undersökningar för vårdintyg görs där den enskilde vistas respektive på en vårdinrättning. För vissa verksamheter är utgångspunkten att personen ska undersökas där hen vistas medan andra i högre utsträckning begär polishandräckning till vårdinrättningen.

Enligt Socialstyrelsen är det ytterst angeläget att en handräckning för vårdintygsundersökning utförs med största respekt för den enskildes integritet och utifrån ett patient- och rättighetsperspektiv. Om undersökning sker där den enskilde vistas bör den generellt kunna utföras mer diskret och med större respekt för den enskildes integritet än om den enskilde förs till en vårdinrättning med polishandräckning. Att med tvång föra en person till en vårdinrättning är en inskränkning i den personens grundläggande fri- och rättigheter och får endast användas som en sista utväg och om åtgärden är proportionerlig.

Att vården inleds genom att patienten med tvång förs till vårdinrättningen med polis har också nackdelar ur vårdsynpunkt. Om det å andra sidan skulle visa sig att det inte föreligger förutsättningar för tvångsvård behöver den enskilde på egen hand ta sig tillbaka till vistelseplatsen, vilket kan vara olämpligt utifrån patientens hälsotillstånd.

Barn och unga har i fokusgrupper med representanter från NSPH framfört att ”transporter bör inte ske med hjälp av polis, som genom sina uniformer och tjänstebilar gör situationen mer skrämmande än vad den behöver vara”. De har

---

[201] Prop. 19909/91:58 sid. 286.
[202] 4 § andra stycket LPT och 5 § första stycket LRV.

också uppgett att ”det blev mycket stress och en dålig början på vården när man kommer till akuten med poliser”.[203]

I vissa situationer kan polisen själva tillfälligt omhänderta en person och transportera hen till en vårdinrättning, där det kan bli aktuellt att utföra en vårdintygsundersökning. Det gäller om det finns skälig anledning för polisen att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp.[204] Det kan exempelvis vara fallet då polisen larmas till en plats där en person har ett utagerande och avvikande beteende och ter sig förvirrad eller psykotisk, eller om någon är på väg att göra ett suicidförsök och inte vill följa med till vård. I dessa situationer begärs alltså ingen handräckning, och de inkluderas därför inte i detta avsnitt.

Socialstyrelsens bedömning – arbetsmiljö

En nackdel med att utföra en undersökning för vårdintyg i en persons bostad eller på en liknande plats är att hälso- och sjukvårdspersonalen befinner sig i en utsatt situation, med risk att utsätts för våld eller hot om våld. En risk som även finns om polishandräckning begärs.

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete framgår att arbetsgivare är skyldiga att ha ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär att arbetsgivaren ska undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås.[205]

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1993:2) om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön framgår att arbetsgivaren ska utreda de risker för våld eller hot om våld som kan finnas i arbetet samt vidta de åtgärder som kan föranledas av utredningen.[206] I kommentaren till bestämmelsen anges bland annat att det är viktigt att arbetsgivaren gör en bedömning av risken för våld och hot för enskilda arbetssituationer, t.ex. transport av viss patient.

I föreskriften anges också att en arbetsuppgift inte får utföras som ensamarbete om den innebär en påtaglig risk för våld eller hot om våld.[207] I kommentaren till bestämmelsen anges att det är av särskild betydelse att beakta risken för hot och våld vid planering av ensamarbete när arbetstagaren arbetar med patienter.

Socialstyrelsen konstaterar att arbetsgivare är skyldiga att ha ett systematiskt arbetsmiljöarbete för att förebygga att personal utsätts för hot och våld. På så sätt är arbetsgivarens arbetsmiljöarbete en viktig förutsättning för att vårdintygsundersökningar ska kunna ske på ett säkert och tryggt sätt där den enskilde vistas.

---

[203] 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, s. 3. NSPH har genomfört diskussionerna i fokusgrupperna på uppdrag av Socialstyrelsen.

[204] 47 § första stycket LPT. Polisen kan även ha befogenhet att ingripa utifrån polislag (1984:387) eller lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

[205] 1 och 2 §§ AFS 2001:1.

[206] 2 § AFS 1993:2.

[207] 8 § AFS 1993:2.

Socialstyrelsens bedömning – undantag vid våldsamma situationer

Utgångspunkten ska enligt Socialstyrelsen vara att en undersökning för vårdintyg ska utföras där patienten vistas. Det finns dock situationer då undantag från den utgångspunkten bör få göras, och då undersökningen i stället får göras på en vårdinrättning.

En undantagssituation som regioner särskilt har lyft är då den enskilde är utagerande, aggressiv eller tidigare haft tendens till våldsamhet och att det därmed finns en risk att patienten skadar vårdpersonal, andra personer eller sig själv. Socialstyrelsen konstaterar att det är just i situationer där vårdpersonalen befarar att polisens mandat att använda våld behövs, som de har rätt att få bistånd av polisen för att kunna utföra en vårdintygsundersökning. Det ligger således i sakens natur att det finns en fara för att en våldsam situation kan uppstå då en vårdintygsundersökning utförs med polisbiträde i exempelvis patientens hem. Det är därför polisen är där.

Om en vårdintygsundersökning inte behöver göras där patienten vistas om det finns risk för våld skulle det innebära att patienten i princip alltid skulle föras till vårdinrättningen med polis i en sådan situation. Det är inte i enlighet med lagstiftarens intention.

Socialstyrelsen konstaterar att polisen finns på plats för att ingripa om situationen skulle bli våldsam och urarta. I förarbetena anges att den läkare som är behörig att utfärda vårdintyg kan begära polishandräckning om han behöver skydd för sin personliga säkerhet.[208]

Att det kan befaras att polisen behöver använda våld är därför enligt Socialstyrelsen inte tillräckligt för att vårdintygsundersökningen ska få utföras på en vårdinrättning. Att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till vistelseplatsen kan bidra till att situationen lugnar ner sig och att risken för hot och våld därmed minskar, i förhållande till om bara polisen kommer till platsen.

Det kan å andra sidan finnas tillfällen då patienten eller någon annan person på platsen är så våldsam att det skulle vara bättre att utföra vårdintygsundersökningen på en vårdinrättning, än där patienten vistas. Såsom då patienten är så aggressiv att hen behöver hållas fast av polisen eller förses med handfängsel. En annan situation kan vara att andra personer än patienten uppträder våldsamt och hindrar vårdintygsundersökningen. I sådana situationer kan patientens rätt till god vård enligt Socialstyrelsen bättre tillgodoses på en vårdinrättning, än på den plats där patienten vistas. Detta särskilt utifrån att patientens behov av trygghet och säkerhet bättre kan tillgodoses på vårdinrättningen.[209]

Ytterligare en aspekt som har lyfts av regioner är att andra personer som vistas på platsen kan fara illa om situationen är våldsam, särskilt barn. Socialstyrelsen konstaterar att polisen är på plats just för att förhindra att personer skadas. Om även vårdpersonal kommer till platsen kan de skapa trygghet. Inte minst för barn. För ett barn kan det vara traumatiskt att vara i en våldsam miljö, men även att se sin förälder bli bortförd av polis.

---

[208] Prop. 1990/91:58, s. 104.
[209] 5 kap. 1 § HSL.

Socialstyrelsen bedömer att det inte bör införas ett generellt undantag från kravet på undersökning på plats utifrån att det finns barn närvarande på vistelseplatsen. Vad som är barnets bästa behöver bedömas i varje enskilt fall av den läkare som begär handräckningen. En bedömning som kan vara svår i en akut situation med begränsade uppgifter om situationen på vistelseplatsen, men likväl behöver göras utifrån artikel 3 i FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen.

I en sådan situation är det även viktigt att vården agerar i enlighet med de skyldigheter de har gentemot barn som anhöriga. Nämligen att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning eller utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.[210] Om hälso- och sjukvårdspersonal får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa har de också en skyldighet att genast anmäla det till socialnämnden.[211]

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att undantag från kravet på vårdintygsundersökning där patienten vistas bör få göras om patienten eller andra personer på vistelseplatsen uppträder så hotfullt eller våldsamt att kravet på god vård vid undersökningen bättre tillgodoses på en vårdinrättning, än den plats där patienten vistas.

Socialstyrelsens bedömning – undantag vid akut behov av somatiska eller psykiatriska skäl m.m.

Andra undantag från kravet på vårdintygsundersökning där den enskilde vistas kan enligt Socialstyrelsen vara följande. Att den enskilde har akut behov att komma till en sjukvårdsinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl, på grund av exempelvis intoxikation, självskada eller suicidförsök. Att undantag görs för akuta situationer kan även underlätta då vårdintygsundersökningar behöver göras under jourtid, såsom kvällar, nätter och helger, då personalresurser är begränsade.

Det kan också vara så att den fysiska plats där patienten vistas är uppenbart olämplig för en vårdintygsundersökning, såsom en offentlig miljö. I vissa fall kan den enskildes vistelseplats vara okänd för vården då polishandräckning begärs för vårdintygsundersökning. Då polisen sedan hittar eller påträffar den enskilde är det angeläget att de direkt kan ta den enskilde till en vårdinrättning. I en sådan situation bör det därför inte krävas att vårdintygsundersökningen utförs där den enskilde vistas.

Andra undantagssituationer som har lyfts av regioner är då patienten vistas på en plats dit det tar lång tid för vården och polisen att inställa sig. Socialstyrelsen konstaterar att det på vissa platser kan vara mycket långa avstånd till patienten för såväl hälso- och sjukvården som polisen. Insatsen behöver dessutom koordineras så att båda aktörerna är på plats hos patienten samtidigt. Dessa faktorer kan leda till att det dröjer avsevärt innan en vårdintygsundersökning kan utföras och patienten få den vård hen har behov av.

---

[210] 5 kap. 7 § HSL.
[211] 14 kap 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

I vissa sådana situationer skulle det därför kunna vara bättre om en undersökning för vårdintyg sker på en vårdinrättning, än där patienten vistas. När det gäller långa avstånd till patienten och fördröjd vård spelar dock många faktorer in vid en bedömning av om det skulle vara uppenbart olämpligt att utföra vårdintygsundersökningen där patienten vistas, eller inte. Såsom patientens medicinska status och om det finns någon polisbil i närheten.

Ytterligare skäl för undantag som lyfts av regioner är bland annat att vården känner patienten väl och det är uppenbart att hen kommer att tas in för tvångsvård, samt osäkerheten med patienter som har drogutlösta psykoser eller paranoida patienter. Socialstyrelsen anser inte att nämnda skäl i sig är sådana att undantag ska få göras från kravet att en vårdintygsundersökning ska utföras där den enskilde vistas, dvs. då den sker med polishandräckning.

Socialstyrelsens bedömning – undantag om det är ”uppenbart olämpligt”

Socialstyrelsen bedömer att undantag från kravet att en vårdintygsundersökning ska göras där den enskilde vistas bör få göras om det är uppenbart olämpligt att utföra undersökningen på vistelseplatsen under en polishandräckning. Socialstyrelsen har övervägt om undantag endast borde medges vid synnerliga skäl, men funnit att ett sådant krav skulle vara för strängt i förhållande till de undantagssituationer som myndigheten har identifierat.

Myndigheten har även övervägt om vårdens möjlighet att göra undantag bör vara mindre omfattande när det gäller vårdintygsundersökning av barn, än vuxna. Detta utifrån att det kan anses särskilt angeläget att barn mot sin vilja inte förs till en vårdinrättning med polis. Myndigheten bedömer dock att de undantagssituationer som har identifierats även bör gälla för barn. Detta eftersom det generellt bör vara för barnets bästa att i sådana situationer undersökas på en vårdinrättning, och inte på vistelseplatsen. En bedömning av barnets bästa måste dock alltid göras i varje enskilt fall i enlighet med artikel 3 i barnkonventionen

Socialstyrelsen bedömer att det finns skäl att ge vården viss vägledning om hur begreppet uppenbart olämpligt ska tolkas, och menar att det bör göras med exempel på sådana situationer i ett allmänt råd. Om det är olämpligt eller inte ska bedömas utifrån ett patientperspektiv, och inte verksamheters förutsättningar utifrån exempelvis resurser och organisation. Om det är uppenbart olämpligt eller inte behöver dock alltid bedömas för varje enskild person och situation.

Bedömningen av om det är uppenbart olämpligt att utföra en vårdintygsundersökning där den enskilde vistas, under en polishandräckning, bör enligt Socialstyrelsen göras av den läkare som begär handräckningen.

Socialstyrelsens förslag – vårdintygsundersökning med polishandräckning

Utifrån vad som har framkommit i föreskriftsarbetet anser Socialstyrelsen att föreskriftsregleringen behöver skärpas för att öka förutsättningarna för att en undersökning för vårdintyg, som sker med biträde av Polismyndigheten, utförs där den enskilde vistas. Syftet är att regleringen och tillämpningen bättre ska överensstämma med lagstiftarens intention, att stärka patient- och barnrättsperspektivet och öka förutsättningarna för att den enskildes grundläggande fri- och rättigheter endast inskränks i enlighet med gällande rätt.

Socialstyrelsen föreslår därför att om en läkare begär biträde för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg av en patient ska undersökningen ske där

denne vistas. Ett undantag från det kravet får göras om läkaren som begär biträde bedömer att det skulle vara uppenbart olämpligt att utföra undersökningen där. (7 kap. 3 § första och andra styckena i förslaget till ny författning)

Om det är okänt var en patient befinner sig när en läkare begär biträde och patienten senare hittas av polisen får undersökningen för vårdintyg göras på en sjukvårdsinrättning. (7 kap. 3 § tredje stycket i förslaget till ny författning)

I ett allmänt råd till bestämmelsen anges följande exempel på när det kan vara uppenbart olämpligt att utföra undersökningen där patienten vistas. Det kan vara uppenbart olämpligt att göra en undersökning för vårdintyg där patienten vistas om denne har ett akut behov av att komma till en sjukvårdsinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl. Det kan vidare vara uppenbart olämpligt om patienten eller någon annan person som är närvarande uppträder så hotfullt eller våldsamt att kravet på god vård vid en undersökning för vårdintyg bättre tillgodoses på en sjukvårdsinrättning än där patienten vistas. Det kan även vara uppenbart olämpligt om platsen där patienten vistas, såsom en offentlig miljö, inte är lämplig för en vårdintygsundersökning.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – dokumentation

Om den läkare som begär polishandräckningen bedömer att det skulle vara uppenbart olämpligt att utföra vårdintygsundersökningen där den enskilde vistas är det enligt Socialstyrelsen angeläget att skälen för den bedömningen dokumenteras i patientens journal. Genom en sådan dokumentation är det möjligt att systematiskt följa upp i vilka fall vården gör undantag från utgångspunkten att en undersökning för vårdintyg ska utföras där den enskilde vistas. På så sätt kan kvaliteten i verksamheten utvecklas och förutsättningarna för en likvärdig vård öka. Genom dokumentationen ges också IVO underlag för sin tillsyn.

Socialstyrelsens föreslår därför att chefsöverläkaren ska se till att det av patientjournalen framgår om en undersökning för vårdintyg, som sker med polishandräckning, inte har utförts där patienten vistas och skälen till det. (7 kap. 4 § i förslaget till ny författning)

12.6 Beslut om omhändertagande vid begäran om polishandräckning för vårdintygsundersökning

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av ett allmänt råd till 4 kap. 3 § SOSFS 2008:18 framgår att ett beslut om omhändertagande[212] bör övervägas innan en begäran görs om polishandräckning för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg.[213] I handboken till SOSFS 2008:18 anges att ett sådant beslut bör ha fattats innan en polishandräckning begärs.[214]

212 Av 4 § andra stycket LPT framgår att en läkare får besluta att omhänderta en patient om en undersökning för vårdintyg inte kan utföras med patientens samtycke. Av 5 § LRV framgår att den bestämmelsen även gäller för vissa patienter som ges rättspsykiatrisk vård.

213 Allmänt råd till 4 kap. 3 § SOSFS 2008:18.

214 Handbok till SOSFS 2008:18, s. 71.

Lagstöd för husrannsakan och liknande intrång

Av RF framgår att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot husrannsakan och liknande intrång och att detta skydd under vissa förutsättningar får begränsas genom lag.[215] Av förarbetena framgår att uttrycket husrannsakan i grundlagen används för att beteckna en myndighets undersökning av hus, rum eller slutet förvaringsställe oavsett syftet med undersökningen.[216] Det anges även att intrång i bostäder och andra lokaler eller utrymmen, som utgör inskränkningar i skyddet mot husrannsakan, inte alltid kan betecknas som undersökningar. Som exempel på sådana intrång nämns att polisen ingriper för att avstyra ett lägenhetsbråk.[217]

Socialstyrelsen konstaterar att det alltså krävs stöd i lag för att polisen ska kunna ta sig in i en persons bostad eller annan vistelseplats för att en läkare ska kunna göra en undersökning för vårdintyg. Kravet på lagstöd bör enligt Socialstyrelsen gälla oavsett om polisen behöver tillträde till den enskildes bostad, eller annan plats, för att en läkare ska kunna utföra undersökningen där eller för att hämta den enskilde för undersökning på vårdinrättning.

Polismyndigheten har ifrågasatt om de har tillräckligt lagstöd för att göra en husrannsakan eller liknande intrång för att möjliggöra en undersökning för vårdintyg. För att få ett sådant stöd önskar de att det i föreskrifter införs ett krav på beslut om omhändertagande innan vården begär handräckning för att utföra vårdintygsundersökning.

Polisens befogenheter

Av polislagen (1984:387) framgår att en polisman med laga stöd får använda våld för att bereda sig tillträde till en bostad då denne biträder någon i myndighetsutövning.[218] I förarbetena anges att det bör anmärkas att bestämmelsen som sådan inte är avsedd att kunna åberopas till stöd för en begränsning av någon annan grundläggande fri- eller rättighet än skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp, exempelvis skyddet mot husrannsakan.[219]

Av polislagen följer också att en polisman får bereda sig tillträde till en persons bostad eller till annat hus, rum eller ställe som tillhör eller disponeras av denne om hen med laga stöd ska omhändertas.[220]

Av förarbetena till LPT och LRV framgår att bestämmelsen om polisens skyldighet att lämna hjälp för att en läkare ska kunna genomföra en undersökning för vårdintyg har tillkommit främst för att göra det möjligt för läkaren att få tillträde till den bostad eller det utrymme där den enskilde befinner sig.[221] Frågan är dock om regleringen i LPT och LRV kan anses vara ett tillräckligt lagstöd för en husrannsakan eller liknande intrång.

---

215 2 kap. 6 och 20 §§ RF.

216 Prop. 1975/76:209 om ändring i regeringsformen, s. 147.

217 Prop. 1973/90 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning mm, s. 246.

218 10 § 6 polislagen. I 24 kap. 2 § BrB finns bestämmelser om bl.a. polisens befogenhet att i vissa situationer använda våld i förhållande till frihetsberövade.

219 Prop. 1983/84:111 med förslag till polislag m.m., s. 87.

220 20 § polislagen.

221 Prop. 1990/91:58, s. 286.

Polismyndigheten menar att deras laga grund för att bereda sig tillträde till en persons bostad eller annan vistelseplats stärks om det finns ett beslut om omhändertagande. Detta eftersom man då skulle kunna tillämpa bestämmelsen om husrannsakan och liknande intrång i polislagen.

Socialstyrelsens bedömning – beslut om omhändertagande

Eftersom lagstödet för husrannsakan och liknande intrång är något otydligt har Socialstyrelsen övervägt om det för den psykiatriska tvångsvården[222] bör införas ett krav på omhändertagandebeslut innan en handräckning för vårdintygsundersökning får begäras. Anledningen skulle vara att öka förutsättningarna för att en undersökning för vårdintyg kan utföras med polishandräckning i de fall polisen behöver bereda sig tillträde till den enskildes bostad eller liknande vistelseplats.

Ett beslut om omhändertagande får fattas om en undersökning för vårdintyg inte kan utföras med patientens samtycke.[223] Av förarbetena framgår att vården får pröva om ett beslut om omhändertagande ska fattas om patienten på något sätt ger uttryck för att han motsätter sig undersökningen.[224]

Om det i föreskrifter ska införas ett krav på ett omhändertagandebeslut måste ett sådant beslut kunna fattas i samtliga de fall en handräckning för vårdintygsundersökning kan begäras. Om så inte är fallet kan ett krav på beslut om omhändertagande förhindra handräckning i situationer där Polismyndigheten är skyldig att hjälpa vården enligt LPT och LRV.

Socialstyrelsen bedömer att kriterierna för beslut om omhändertagande i regel bör vara uppfyllda då polishandräckning begärs för vårdintygsundersökning. Eftersom det behöver göras en bedömning i varje enskilt fall kan det emellertid inte uteslutas att det kan uppstå en situation då kriterierna för beslut om omhändertagande inte är uppfyllda, men däremot kriterierna för handräckning för vårdintygsundersökning. En sådan situation bedöms i huvudsak kunna bli aktuell då handräckning begärs utifrån att det finns synnerliga skäl för en begäran, såsom risk för självskada eller suicid.

Ett krav på beslut om omhändertagande skulle således kunna medföra att vården i vissa situationer inte kan begära en polishandräckning som de har rätt till, eftersom kriterierna för ett beslut om omhändertagande inte är uppfyllda. Ett sådant krav skulle därmed kunna strida mot lagstiftningen.

Det kan även ifrågasättas om det skulle vara i enlighet med lagstiftningen att införa ett ska-krav när lagstiftningen anger att en läkare *får* fatta ett beslut om omhändertagande, dvs. det är inget krav utan en möjlighet.

Det bör också beaktas att ett beslut om omhändertagande innebär en inskränkning i den enskildes fri- och rättigheter och behöver vara proportionerligt och endast användas om mindre ingripande åtgärder inte är tillräckliga.

Att tydliggöra den laga grunden för polisens befogenheter är enligt Socialstyrelsen dessutom främst en fråga för lagstiftaren.

---

[222] Inom rättspsykiatrin blir det inte aktuellt med beslut om omhändertagande eftersom en undersökning för vårdintyg där endast görs av personer som redan är frihetsberövade. Se prop. 1990/91:58, s. 298.
[223] 4 § LPT och 5 § LRV.
[224] Prop. 1990/91:58, s. 245.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det i den nya författningen inte bör införas ett krav på att ett beslut om omhändertagande ska ha fattats innan polishandräckning får begäras för att kunna utföra en vårdintygsundersökning.

Socialstyrelsens förslag

Det allmänna rådet till 4 kap. 3 § SOSFS 2008:18 om att ett beslut om omhändertagande bör övervägas innan en polishandräckning för vårdintygsundersökning begärs förs över till den nya författningen.

12.7 Hälso- och sjukvårdspersonals närvaro vid handräckning

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Det finns inte någon reglering i SOSFS 2008:18 om närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid en handräckning som utförs av Polismyndigheten eller Kriminalvården.

Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård under en transport

När Polismyndigheten och Kriminalvården är skyldiga att bistå vården med en handräckningsåtgärd[225] har de också ansvaret för verkställigheten av åtgärden. Medan hälso- och sjukvården har ansvaret för vården av den person som handräckningen avser.

I förarbetena har det framförts att den myndighet som begär handräckning behåller ansvaret för den transporterades vård och förutsätts medverka under handräckningen när behov finns.[226]

JO har framfört att en myndighet som har gjort en begäran om handräckning hos polisen har kvar det övergripande ansvaret för den person åtgärden avser. JO konstaterar att en företrädare för den begärande myndigheten därför som regel bör närvara när handräckningen genomförs. Vidare har JO uppgett att utgångspunkten bör vara att polisens fordon används och att polisens personal, och inte den begärande myndighetens, svarar för den närmare verkställigheten av åtgärden.[227]

Synpunkter från externa aktörer

Brukarorganisationer har framfört följande. Det bästa vore om vårdpersonal är med vid handräckningar. Det skulle kunna hända att en patient avlider under en polistransport och då är det vårdens ansvar. Ansvaret för att medverka borde inte ligga på hälso- och sjukvårdspersonal vid primärvården eftersom det kan medföra att andra viktiga uppdrag kan fördröjas. Det bör inte heller ligga på psykiatriakuten eftersom det där saknas sådan bemanning. En ambulans borde ha störst möjlighet att transportera patienter i dessa situationer.

SKR har framfört bland annat följande. Det får inte bli normaliserande att använda ambulanser vid handräckningstransporter. Regionerna behöver själva be-

---

[225] 47 § LPT och 27 § LRV.
[226] Prop. 2016/17:57, s. 40.
[227] Se JO-beslut daterade 2014-04-03 med dnr 273-2013 och 1537-2013. Ärendena gällde handräckning enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

stämma vilket ansvar som ska ligga på ambulanssjukvården respektive psykiatrin. Vid en handräckning bör det vara polisens eller Kriminalvårdens fordon som används, och inte vårdens. Det är dock bra om vården i möjligaste mån medverkar under handräckningstransporter. Det är också viktigt att den enskildes integritet respekteras.

Polismyndigheten har framfört att det vore bra om det av föreskriften framgår att det är hälso- och sjukvården som ansvarar för den transporterades vård under transporten. De framförde också att det vore bra om kraven på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid transporter skärps. De ser bara positivt på hur det fungerar i Region Skåne med medverkan av ambulans. Samtidigt tydliggjorde polisens representanter att de inte har polisorganisationen med sig för att säga att det bör införas ett generellt ska-krav på medverkan från vården.

Polisen lyfte även att medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal tar tid och är en resursfråga. I regioner i Norrland kanske det bara finns 1–2 polispatruller i tjänst. Det framfördes vidare att det vid längre transporter, såsom mellan Skåne och Stockholm, kanske inte går att ha samma krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal som vid kortare transporter. Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan behöver anpassas utifrån situationen. Många handräckningar uppgavs ske på grund av hälso- och sjukvårdens brist på resurser och beredskap för bedömningar och transporter.

Kriminalvården önskar ett förtydligande av att de inte har vårdansvar för den transporterade patienten. De uppgav att Kriminalvårdens transportpersonal inte är sjukvårdsutbildade och saknar möjlighet att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Om ett sådant behov finns under en transport bör det i stället tillgodoses genom medföljande personal från begärande sjukvårdsinrättning.

Synpunkter från regioner – närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsen har fått in skriftliga svar från regioner på frågor om närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckning som utförs av Polismyndigheten eller Kriminalvården.[228] Nedan följer en sammanfattning av regionernas svar på frågor om vilka för- och nackdelar som finns med att hälso- och sjukvårdspersonal (från ambulanssjukvården eller annan del av hälso- och sjukvården) närvarar vid handräckningar samt när det finns ett sådant behov.

I) Fördelar med närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal:
Vård i tidigt skede

- Medicinsk kompetens att bedöma och behandla patienten redan på plats och under transporten.
- Medicinsk kompetens vid suicidförsök, trauma, alkohol/substansintag och omfattande sårskador.
- Möjlighet att ge läkemedelsbehandling.
- Vid behov kan patienten föras direkt till en somatisk akutenhet för vård, i stället för till psykiatrisk akutenhet. Exempelvis vid förgiftningstillstånd och abstinens.

[228] Svar har inkommit från 16 regioner och har inkluderat vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, rättspsykiatrin, ambulanssjukvården och prehospital vård.

Kompetent bemötande och mindre våld och tvång

- Transporten kan upplevas tryggare och ha en lugnande inverkan på patienten.
- Ett humanare och kompetent bemötande, som kan minska risken för konflikt. Särskilt om personalen känner patienten.
- Risken att patienten agerar hotfullt eller våldsamt kan minska.
- Behovet att använda tvångsåtgärder kan minska.
- Reducerar stigma.

Ökad patientsäkerhet

- Patientsäkerheten kan öka, bland annat utifrån att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om sjukdomstillstånd och ibland personlig kännedom om patienten.

II) Nackdelar med närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal:
Resursbrist och negativ påverkan på annan vård

- Resurskrävande och i vissa fall omöjligt att bemanna transporter med hälso- och sjukvårdpersonal. Detta bland annat på grund av långa avstånd, som kan vara upp mot 40–45 eller 60 mil.
- Risk att ordinarie vårdverksamhet försämras om hälso- och sjukvårdpersonal behöver lämna avdelningen. Särskilt sårbart under jourtid.
- Resurser skulle behöva fördelas till en beredskap som ytterst sällan kommer till användning.
- Om ambulanssjukvården ska närvara under en transport utan att det föreligger ett behov av sådan vård medför det utträngningseffekter. Det kan leda till att en patient i akut behov av ambulans inte får hjälp i tid på grund av att resursen är upptagen med handräckningstransport.
- Att dygnet runt ha tillgång till vårdpersonal som kan lösgöras för eventuell handräckning är en tveksam prioritering utifrån att nyttan av vårdinsatser under transport är mycket begränsad och att närvaron av vårdpersonal som patienten inte känner är av tveksamt värde.

Fördröjning av transporter och vård av patienten

- Om insatsen måste koordineras mellan hälso- och sjukvården och polisen finns en risk att transporten till den plats där patienten vistas fördröjs. Det kan få allvarliga följder i akuta ärenden, till exempel suicidärenden, och leda till en utdragen svår situation på plats.
- Skulle ta mycket längre tid innan polis är på plats, eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen skulle behöva bli hämtad av polis eller åka taxi.

Hot och våld

- Stor ökad risk för hälso- och sjukvårdspersonal att utsättas för hot och våld, särskilt då de saknar utbildning för eller mandat att använda våld.
- Ambulansfordon är inte byggda för fasthållning av utåtagerande/våldsamma patienter. Finns akut vårdbehov är det oundvikligt, men att regelmässigt kräva

ett fordon som primärt är anpassat för en annan uppgift innebär en onödig arbetsmiljörisk.
- Risk att vårdpersonal tvingas handla i nödvärn, vilket skulle vara en oacceptabel ur ett arbetsgivarperspektiv.
- Hälso- och sjukvårdspersonals närvaro kan provocera patienten.

Oklar ansvarsfördelning

- Kan leda till oklar ansvarsfördelning mellan vården och polisen/Kriminalvården.
- Risk att sjukvården, psykiatrin, polisen och Kriminalvården har olika uppfattning om patientens vårdbehov.
- Vid gemensamma insatser mellan vården och polisen/Kriminalvården kan ansvaret för arbetsmiljön och säkerheten för personal bli oklart.

Ökade kostnader

- Skulle ställa krav på organisationsförändringar med ökade kostnader för exempelvis primärvård, akutmedicin och/eller psykiatri.
- Ökade kostnader, för exempelvis övertid.
- Medföljande sjukvårdspersonal behöver hemtransport, vilket kan vara både kostsamt och tidsödande.

III) Behov av närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal i vissa situationer.
Medicinska skäl och trygghet för patienten

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska närvara om det behövs av medicinska eller omvårdande skäl eller om övervakning är nödvändig. Det ska vara patientens vårdbehov som avgör.
- Närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal kan behövas i undantagsfall, sannolikt främst vid instabila somatiska tillstånd.
- Närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal behövs då sjukvårdskunskaper är av vikt för att säkerställa och trygga en transport av t.ex. barn.
- För barn och unga är det viktigt att anhörig eller sjukvårdpersonal är med under transporter som utförs av polisen eller Kriminalvården. Det skulle vara en fördel om det i föreskrifter framgår att yngre barn aldrig ska transporteras utan anhörig/personal.
- Ambulanssjukvården ska alltid medverka vid transport om inte beslut om annat fattas av ansvarig läkare.
- Ambulanssjukvårdens närvaro torde behövas när patienten behöver somatisk behandling eller övervakning. Om det enbart rör det psykiska hälsan så är en bättre lösning att personal från psykiatrin medföljer.
- Ambulans kan behövas om en patient ska flyttas mellan vårdinrättningar för somatisk vård.
- Vid transporter som utförs av Kriminalvården är det svårare för sjukvården att närvara. Däremot kunde Kriminalvården ha personal anställd med adekvat sjukvårdsutbildning.

Bedömningen av det medicinska behovet ska göras av en läkare

- Det ska vara vården som avgör patientens vårdbehov och inte polisen eller Kriminalvården, eftersom de inte har den kompetensen.
- Bedömningen av behovet behöver göras av den läkare som begär bistånd av polisen eller Kriminalvården.
- Läkaren ska också bedöma vilken typ av hälso- och sjukvårdspersonal som krävs. Det kan beroende på behovet vara personal från psykiatrisk eller somatisk verksamhet.

Synpunkter från regioner – behov av reglering

Av de regioner som lämnat synpunkter har omkring hälften framfört att det finns ett behov att i föreskrifter reglera när det ska krävas närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckningstransporter, och omkring hälften att det inte finns ett sådant behov.

De skäl regioner har framfört för en reglering är bland annat att nuvarande reglering är otydlig, att närvaro av hälso- och sjukvårdpersonal inte ska vara godtycklig samt att det borde vara en självklarhet men inte är det.

De skäl regioner har framfört mot en reglering är bland annat att en reglering låser fast vid lösningar som inte i alla situationer är de bästa samt att det finns en oro för en reglering med krav på närvaro av hälso- och sjukvårdpersonal i alla handräckningssituationer.

Region Skånes modell med närvaro av ambulanssjukvård vid handräckningstransporter

Region Skåne har tagit fram ett regionalt vårdprogram för prehospital psykiatri.[229] Vårdprogrammet gäller även för patienter som vårdas enligt LPT och LRV, och då transporter utförs med biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården. Enligt vårdprogrammet ska ambulanssjukvården alltid medverka vid transport om inte beslut om annat fattas av ansvarig läkare. Modellen med ambulansmedverkan startade för 10 år sedan. Ambulanspersonalen har fått utbildning i att ta hand om och bemöta psykiskt sjuka.

Vid Socialstyrelsens möte med Region Skåne uppgavs bland annat följande. Det är inkonsekvent att personer som har en svår psykiatrisk sjukdom transporteras som kriminella, medan personer som har en somatisk sjukdom transporteras av hälso- och sjukvården. Att ambulanssjukvården medverkar vid handräckningstransporter kan inte ge en undanträngningseffekt för andra patienter, om svårt psykiskt sjuka ses som svårt sjuka. Det handlar då om prioriteringar och att ambulanser är till för de sjukaste.

I regel går en transport snabbare om den sker med ambulans än med polis. När en koordinering behövs mellan ambulans och polis kan det bli viss väntan för den enskilde. Vid en polishandräckning åker patienten i ambulansen. Ibland är polisen med i ambulansen, ibland åker polisbilen efter ambulansen. Det är ytterst sällsynt att polisen transporterar patienten. Psykiatripersonal är sällan med.

---

[229] Region Skåne, Prehospital psykiatri, Regionalt vårdprogram, version 7, 2021

Om det första omhändertagandet sköts av sjukvården blir vårdresultatet bättre. Många patienter följer med frivilligt då ambulanspersonal kommer. Deras medverkan ger bättre allians och mindre tvång.

Det finns ingen statistik som kan visa om antalet handräckningstransporter har minskat med deras modell, men intrycket är att antalet handräckningar och även intagning för tvångsvård har minskat. När det gäller Kriminalvården så är transporterna planerade i förväg och patienten är i bättre skick. Kriminalvården har inte samma erfarenhet av att arbeta med ambulanssjukvården som polisen har.

Falck Läkarbilar Skåne

Falck Läkarbilar i Region Skåne har i skrift framfört bland annat följande. Alla läkare i akut läkarverksamhet har genomgått utbildning i att hantera hot- och våldssituationer. Då ambulans och polis väl är på plats är det ytterst sällan som polisen behöver ingripa. De flesta patienter följer då frivilligt med i ambulansen. Uppskattningsvis behöver polisen ingripa fysiskt i ett fall av 20.

Samordningen mellan polis och ambulans är dock en stor flaskhals, främst på grund av polisen. Tyvärr vägrar ambulanspersonal oftast att köra ut innan polisen är på plats, utifrån farhågan att de vid behov inte kan få skyndsam hjälp av polisen. Det medför att läkaren på plats ibland får vänta flera timmar, vilket i sin tur medför att andra patienter med brådskande bedömningsbehov får vänta.

Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård (Flisa)

Flisa har bland annat framfört följande. Det är hälso- och sjukvården som ska ansvara för transporter av sjuka. Precis som när man är somatiskt sjuk ska det vara rätt transport för rätt sjukdom, vilket inom psykiatrin ibland kan vara ambulans men ibland en privat bil, sjuktransport etc.

Det finns olika åsikter om det är just ambulanser som ska ansvara för transport av psykiskt sjuka patienter. Om det blir våldsamt i ambulansen så har inte ambulanspersonalen utbildning att hantera detta. Om patient ber om att bli utsläppt så släpps de ut. Det är polisen som ska avväpna våldsamma personer.

Det borde generellt inte vara något större bekymmer för ambulanssjukvården att implementera en organisation med närvaro vid handräckningstransporter. Om vården ska vänta på polisen kan det dock bli väldiga fördröjningar. Det finns exempel där läkaren fått vänta på polisen i flera timmar tillsammans med en våldsam patient. Handräckningstransporter kan vara väldigt tids- och resurskrävande.

Socialstyrelsens bedömning – fördelar med krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

Det finns stora fördelar med att hälso- och sjukvårdspersonal[230] närvara vid en handräckningsåtgärd som utförs av polisen eller Kriminalvården. De personer som kan bli föremål för en handräckning har ett allvarligt sjukdomstillstånd. Om hälso- och sjukvårdspersonal finns med under handräckningen kan en bedömning av hälsotillståndet och vid behov vårdåtgärder påbörjas redan då patienten påträffas, och inte först vid ankomsten till vårdinrättningen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har också tillgång till journaldata om patientens tidigare vårdkontakter samt vilka bedömningar som gjorts och insatser som

[230] Med hälso- och sjukvårdspersonal avses här personal enligt definitionen i 1 kap. 4 § PSL.

getts. Sådan information bidrar till ökad patientsäkerhet. Sammantaget kan närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal bidra till god och patientsäker prehospital vård.

Om patienten möts av personer som har kunskap om hur patienter med psykisk sjukdom bör bemötas och kanske även känner patienten sedan tidigare kan situationen bli tryggare och ha en lugnande inverkan på patienten. Vid ett sådant bemötande kan riskerna för hot och våld minska och därmed även risken att patienten skadas såväl fysiskt som psykiskt.

Att patienter med psykisk sjukdom möts av hälso- och sjukvårdspersonal, och inte bara poliser eller personal från Kriminalvården, bidrar även till en ökad jämlikhet i förhållande till patienter med somatisk sjukdom. Det kan också minska den stigmatisering som finns av personer med psykisk sjukdom.

Socialstyrelsens bedömning – nackdelar med krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

Det finns även nackdelar med krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal under handräckningar. Om ambulanssjukvården i större utsträckning ska närvara under handräckningar finns en risk att väntetiden för andra patienter som behöver sådan vård ökar.

Det bör emellertid inte leda till undanträngningseffekter i bemärkelsen att patienter som behöver handräckning av polisen eller Kriminalvården prioriteras framför patienter med större behov. Detta eftersom utgående larm från en larmcentral ska prioriteras utifrån vissa reglerade prioriteringsgrader, prio 1–3, som utgår från patientens behov av hälso- och sjukvård.[231] Däremot kan en insats som har högre prioriteringsgrad än en handräckningsinsats fördröjas om ambulanssjukvården är upptagen med en sådan insats. Det kan alltså medföra att en akut prehospital insats fördröjs.

Om hälso- och sjukvårdspersonal från psykiatrin ska närvara under en handräckning kan möjligheten att bedriva sådan vård för andra patienter påverkas negativt. Detta kan leda till sämre tillgång till medicinsk kompetens för de patienter som är på vårdinrättningen. Om hälso- och sjukvårdspersonal tas från andra delar av hälso- och sjukvården, såsom primärvården, kan det på samma sätt medföra sämre tillgång till medicinsk kompetens för andra patienter.

Risken att andra patienter drabbas gäller särskilt i regioner med långa avstånd till vården och polisen/Kriminalvården eller då patienten behöver transporteras långa sträckor vid exempelvis förflyttningar mellan vårdinrättningar. Under jourtid är frånvaro av hälso- och sjukvårdspersonal särskilt sårbart, eftersom bemanningen då generellt är låg samtidigt som andra patienter kan vara i akut behov av vård.

En annan nackdel är att transporten av patienten kan komma att fördröjas och därmed även den vård patienten har behov av. Detta utifrån den koordinering och samverkan mellan hälso- och sjukvården och polisen/Kriminalvården som krävs för att dessa ska vara på plats samtidigt. Sådana förseningar drabbar i sin tur även andra personer som behöver insatser från polisen eller Kriminalvården.

---

[231] 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m..

Ytterligare en negativ aspekt som lyfts av regioner är att ökat krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal skulle medföra att personalen i ökad utsträckning riskerar att utsättas för hot och våld. Socialstyrelsen konstaterar att polisen och Kriminalvården har befogenhet att bemöta hot och våld. Samtidigt finns reella risker för personalen.

Socialstyrelsens bedömning – situationer då det bör krävas närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt Socialstyrelsen bör det inte införas ett generellt krav på att hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka vid handräckningstransporter som utförs av polisen eller Kriminalvården. Det har också regeringen framfört i förarbetena, där de särskilt lyft risken att insatsen fördröjs och att det drabbar patienter och samhällsfunktioner.[232] Frågan är då i vilka situationer det bör finnas ett krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdspersonal kan behövas såväl på den plats där patienten vistas som under själva transporten.

Socialstyrelsen har övervägt om det i föreskrifter bör finnas ett högt ställt krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal under samtliga handräckningstransporter, såsom undantag endast vid synnerliga skäl. Ett sådant krav skulle medföra flera positiva konsekvenser, såsom god prehospital vård och jämlik vård.

Ett högt ställt krav kan dock även få negativa konsekvenser, såsom minskad tillgång till hälso- och sjukvårdsresurser för andra patienter. En effekt av den konsekvensen kan emellertid bli att regioner i ökad utsträckning arbetar för att stärka och effektivisera vården och sina sjuktransporter. Ett sådant arbete skulle dock enligt Socialstyrelsen inte i sig vara tillräckligt för att säkra vården för andra patienter. Detta eftersom det råder brist på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som läkare och sjuksköterskor, särskilt i glesbygden.[233]

För att minska de negativa effekterna av ett högt ställt krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal har Socialstyrelsen övervägt om ett krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal endast bör gälla i vissa handräckningssituationer. En sådan situation bör t.ex. vara handräckning för intagningsbeslut, eftersom patientens hälsotillstånd då generellt kan antas vara dåligt.

I vissa andra situationer bör behovet av medverkan från hälso- och sjukvårdspersonal i regel vara mindre. Till exempel då Kriminalvården transporterar patienten mellan vårdinrättningar. Med en reglering som gör åtskillnad mellan handräckningssituationer finns det dock en risk att närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal inte prioriteras i de situationer som är oreglerade.

Socialstyrelsen menar att utgångspunkten bör vara behovet av vård utifrån patientens somatiska och psykiatriska tillstånd. Regioner har framfört att närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal främst behövs om patienten har medicinska behov eller omvårdnadsbehov.

Somatiska vård kan exempelvis vara undersökning av patientens vitalfunktioner som respiration och puls, stoppa yttre blödningar efter exempelvis självskada eller annat riskbeteende samt avancerad hjärt- och lungräddning. Psykiatrisk vård kan inkludera samtalsstöd samt observation vid psykos, drogpåverkan,

---

[232] Prop. 2016/17:57, s. 47.

[233] Socialstyrelsen, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2021, publicerad februari 2021, artikelnummer 2021-2-7200

trauma och risk för självskada eller suicid. Läkemedelsbehandling kan behövas av såväl somatiska som psykiatriska skäl.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det bör införas en reglering med krav på närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal, vid handräckningar som utförs av Polismyndigheten eller Kriminalvården, om patientens aktuella somatiska eller psykiatriska tillstånd är sådant att sådan närvaro behövs. En sådan reglering ökar, enligt Socialstyrelsens uppfattning, förutsättningarna för hälso- och sjukvården att ta sitt ansvar för patientens vård under en handräckning.

När det gäller handräckning för utfärdande av vårdintyg föreslår Socialstyrelsen en särskild reglering, som innebär utökat krav på att läkare ska göra en vårdintygsundersökning där patienten vistas (se avsnitt 12.5).

Socialstyrelsens bedömning – handräckning avseende barn

Några regioner har framfört att det är särskilt viktigt med närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckning av barn och unga. De har även lyft vikten av att anhöriga närvarar. Socialstyrelsen har övervägt om det bör vara en striktare reglering vad gäller närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckning av barn.

Socialstyrelsen bedömer dock att de negativa konsekvenser som har identifierats vad gäller högt ställda krav på sådan närvaro även gäller för barn. Ett krav på närvaro riktat till barnets vårdnadshavare eller annan närstående kan inte regleras i förskrifter.

Den reglering Socialstyrelsen föreslår är ett minimikrav. Hälso- och sjukvården kan i varje enskilt fall bedöma att hälso- och sjukvårdspersonal ska närvara i större utsträckning än vad som regleras i föreskriften. Det kan särskilt bli aktuellt om det bedöms vara för barnets bästa enligt artikel 3.1 i barnkonventionen. En sådan bedömning kan således medföra att hälso- och sjukvården behöver agera för att vårdnadshavare närvarar under handräckning eller att hälso- och sjukvårdspersonal närvarar i högre utsträckning än vad som regleras i föreskriften.

Socialstyrelsens bedömning – bedömningen av det medicinska behovet

Bedömningen av om en patient har behov av närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal under en handräckning behöver enligt Socialstyrelsen göras av hälso- och sjukvården, och inte av den verkställande myndigheten. Att en sådan ordning bör gälla har också lyfts av vissa regioner.

Enligt Socialstyrelsen bör det vara den läkare som begär handräckning av polisen eller Kriminalvården som i det aktuella fallet bedömer patientens behov. Det kan vara behov utifrån patientens somatiska eller psykiatriska tillstånd. Utifrån patientens behov behöver läkaren även ta ställning till vilken hälso- och sjukvårdspersonal som bör närvara vid handräckningen, såsom personal från ambulanssjukvården, den somatiska vården eller den psykiatriska vården.

I vissa situationer kan det vara svårt för läkaren att bedöma om patientens hälsotillstånd är sådant att hen har behov av närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal eller inte under en handräckning. Särskilt i en akut situation. De uppgifter läkaren har att grunda sitt beslut på kan då vara begränsade.

I andra situationer kan det vara enklare, såsom då Kriminalvården ska transportera en patient mellan vårdinrättningar. En sådan transport kan på ett helt annat sätt planeras i förväg och med hänsyn till patientens förutsättningar och hälsa.

I vissa situationer kan den läkare som begär handräckningen ha begränsad information om patientens hälsotillstånd, och patientens medicinska behov därmed vara oklart. I en sådan situation bör hälso- och sjukvårdspersonal vara närvarande under handräckningen.

Hur regionerna organiserar sin transportverksamhet och vilka vårdresurser som ska finnas i beredskap för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna närvara vid handräckningsinsatser behöver avgöras i varje region utifrån lokala förhållanden och förutsättningar.

Socialstyrelsens bedömning – transportfordon

Av förarbetena följer att regeringen menade att medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckningstransporter kan innebära säkerhetsrisker. Detta utifrån att den ordinarie transportpersonalen, t.ex. vid samtransporter, måste ersättas med medföljande tjänstemän.[234] Regeringen utgick här således ifrån att transporten skedde i polisens fordon.

JO har i ett ärende angett att utgångspunkten vid en handräckning bör vara att polisens fordon används och att polisens personal, och inte den begärande myndighetens, svarar för den närmare verkställigheten av åtgärden.[235]

Socialstyrelsen konstaterar att det är Polismyndigheten respektive Kriminalvården som ansvarar för verkställigheten av en handräckningsbegäran. Den verkställande myndigheten behöver således avgöra om transporten ska utföras i deras fordon för att verkställigheten ska kunna ske på ett ändamålsenligt och säkert sätt.

Om hälso- och sjukvården bedömer att det finns behov av närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal under själva transporten kan det organiseras på olika sätt. Samtliga regioner som har kommit in med skriftliga synpunkter har framfört att valet av fordon behöver avgöras utifrån dels patientens behov av vård och medicinsk övervakning, dels av den aktuella hot och- våldssituationen.

Om hälso- och sjukvården kommer överens med polisen om att patienten ska transporteras i transportfordon som tillhandahålls av vården kan det organiseras på olika sätt. Fordon som kan användas är särskilt ambulans, psykiatriambulans, fordon som hör till mobila team eller andra former av sjuktransporter. I region Skåne används en modell där patienten i huvudsak färdas i ambulans, och verkställande polisen åker efter i sitt fordon. I andra situationer kan det vara lämpligt att polispersonal finns med i ambulans eller annat transportfordon.

Vad som är mest ändamålsenligt behöver bedömas i varje enskilt fall och i samverkan mellan vården och den verkställande myndigheten. En samverkan

---

[234] Prop. 2016/17:57, s. 47.

[235] Se JO-beslut daterade 2014-04-03 med dnr 273-2013 och 1537-2013. Ärendena gällde handräckning enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

mellan myndigheterna är avgörande för att handräckningstranporter ska kunna ske på ett säkert och ändamålsenligt sätt.[236]

Socialstyrelsen bedömer således att det inte bör införas någon föreskriftsreglering om vilket fordon som ska användas vid en handräckning.

Socialstyrelsens bedömning – dokumentation

För att vården genom egenkontroll ska kunna kvalitetssäkra och utveckla sin verksamhet vad gäller handräckningstransporter behöver det finnas dokumentation. Socialstyrelsen anser därför att det bör införas ett krav på journalföring av om hälso- och sjukvårdspersonal var närvarande under en handräckning eller inte, och om inte, skälen till det. Sådana uppgifter behövs också för extern tillsyn och granskning.

Socialstyrelsens förslag

Den läkare som begär biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården, enligt 47 § första stycket 2—6 LPT eller 27 § LRV, ska göra en bedömning av om hälso- och sjukvårdspersonal ska närvara vid biträdet. Om läkaren kommer fram till att behov finns på grund av patientens somatiska eller psykiatriska tillstånd ska sådan personal vara med vid biträdet (7 kap. 6 § i förslaget till ny författning)

Det ska införas ett allmänt råd med följande innehåll. Om läkaren bedömer att behovet är oklart bör hälso- och sjukvårdspersonal närvara under handräckningen.

Chefsöverläkaren ska se till att patientjournalen innehåller uppgifter om huruvida hälso- och sjukvårdspersonal har närvarat vid ett biträde och om inte, skälen till det. (7 kap. 7 § i förslaget till ny författning)

12.8 Hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I 4 kap. 6 § SOSFS 2008:18 anges att det i en begäran om polishandräckning ska anges vilken av punkterna i 47 § LPT eller 27 § LRV som avses.

Synpunkter från externa aktörer

Kriminalvården har framfört önskemål om att det i Socialstyrelsens föreskrifter införs en reglering om vilka uppgifter hälso- och sjukvården ska lämna till den verkställande myndigheten vid en begäran om handräckning samt när och hur de ska lämnas. De menade att inspiration kan hämtas från Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd (KVFS 2020:2) om transporter av frihetsberövade personer och eventuellt föras över till Socialstyrelsens föreskrifter.

Polisen har framfört att de får en del återkopplingar om att det saknas uppgifter från vården. De anser dock att det är tveksamt om det skulle blir bättre med en reglering av vilka uppgifter som vården ska lämna till polisen.

---

[236] Vikten av samverkan har lyfts av JO i Slutrapport från Opcat-enheten 2021 - Transporter av frihetsberövade personer.

Nuvarande lagreglering och handräckningsblanketter

I LPT och LRV finns bestämmelser om hälso- och sjukvårdens skyldighet att lämna Polismyndigheten och Kriminalvården de uppgifter om patienten som behövs för planeringen och genomförandet av en handräckningsåtgärd.[237]

I KVFS 2020:2 finns ett allmänt råd om vilka uppgifter den begärande myndigheten utan uppmaning ska lämna till Kriminalvården. Där anges bland annat att uppgifter som behövs för planeringen och genomförandet av transporten regelmässigt bör lämnas, bl.a. uppgifter om klientens historik och övriga uppgifter som är relevanta för att bedöma vålds- och rymningsbenägenheten.[238]

Sedan den 31 mars 2021 finns en ny blankett för begäran om biträde av polisen. Polismyndigheten har tagit fram blanketten i samråd med SKR. I blanketten finns fritextfält för uppgifter om bland annat de konkreta omständigheterna för begäran om handräckning och för kända risker, såsom suicid och våld mot annan.[239]

Socialstyrelsens bedömning

Att en chefsöverläkare eller annan legitimerad läkare vid en begäran om biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården anger grunden till begäran får enligt Socialstyrelsen anses givet. En särskild reglering därom bedöms därmed inte behövas.

Av lagstiftningen framgår det tydligt att hälso- och sjukvården har en skyldighet att lämna de uppgifter som verkställande myndighet behöver för att kunna utföra sitt uppdrag.[240] Det finns också en nyligen framtagen nationell blankett för begäran av handräckning av polisen, som ger vården stöd för vilka uppgifter de ska lämna. Med beaktande härav och vad som framkommit i författningsarbetet bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att ytterligare reglera vilka uppgifter vården behöver lämna till Polismyndigheten och Kriminalvården.

Socialstyrelsens förslag

Regleringen i 4 kap. 6 § SOSFS 2008:18 om att det i en begäran om polishandräckning ska anges vilken av punkterna i 47 § LPT eller 27 § LRV som avses förs inte över till den nya författningen. Någon ytterligare reglering av uppgiftsskyldigheten föreslås inte.

13. Socialstyrelsens förslag – hemsändande av utländska patienter

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Enligt 4 kap. 8 § ska chefsöverläkaren informera en patient som är utländsk medborgare, och som vårdas enligt LPT, om att Socialstyrelsen enligt 12 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård på patientens begäran kan besluta att han eller hon ska sändas hem.

---

[237] 47 b § LPT och 27 § LRV.
[238] Allmänt råd till 12 § KVFS 2020:2.
[239] Se länken: https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2021/mars/nya-blanketter-for-begaran-om-hjalpbitrade-av-polis-fran-31-mars/, 2021-08-31.
[240] 47 b § LPT och 27 § LRV.

Enligt 4 kap. 9 § ska en chefsöverläkares begäran, enligt 12 § första stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, om att Socialstyrelsen ska besluta att sända hem en patient som är utländsk medborgare vara skriftlig. Av begäran ska det framgå att patienten kan tas emot i sitt hemland och kan antas få tillfredsställande vård där. De handlingar som ska bifogas begäran är

1. en kopia av patientens journal,
2. kopior av domar som har meddelats av förvaltningsrätten,
3. uppgifter om den vårdinrättning i hemlandet där patienten ska vårdas,
4. en redovisning av patientens inställning till att bli hemsänd inklusive uppgift om eventuell fast anknytning till Sverige, och
5. ett medgivande från Migrationsverket att patienten får sändas hem i de fall patienten uppger att han eller hon är politisk flykting.

Socialstyrelsens bedömning – information till patienten

Av 4 kap. 8 § SOSFS 2008:18 framgår att chefsöverläkaren ska informera en patient som är utländsk medborgare, och som vårdas enligt LPT, om att Socialstyrelsen på patientens begäran kan besluta att hen ska sändas hem. Det anges dock inte att patienten ska informeras om att även chefsöverläkaren kan ge in en sådan begäran. Socialstyrelsen menar att sådan information är relevant för patienten och menar därför att ett informationskrav därom bör läggas till i den nya författningen.

Socialstyrelsens bedömning – innehållet i chefsöverläkarens begäran

I 4 kap. 9 § SOSFS 2008:18 anges vilka uppgifter och handlingar chefsöverläkaren ska ge in till Socialstyrelsen vid en begäran om hemsändning.[241] Enligt myndigheten finns det skäl att precisera vissa uppgifter och lägga till ytterligare uppgifter.

Möjligheten att sända hem en patient gäller för utländska medborgare. För att veta vem ansökan gäller behöver Socialstyrelsen kopia av pass eller annan identitetshandling.

I SOSFS 2008:18 anges nu att kopior av domar som har meddelats av förvaltningsrätten ska ges in. Socialstyrelsen menar att det finns skäl att förtydliga att det gäller domar avseende den psykiatriska tvångsvården.

I SOSFS 2008:18 anges att chefsöverläkarens begäran om hemsändande ska innehålla uppgifter om eventuell fast anknytning till Sverige. Socialstyrelsen menar att det i stället bör anges att begäran ska innehålla uppgifter om hur länge patienten varit bosatt i Sverige och om hen har anhöriga här. Av 12 § FPTRV framgår att det är dessa faktorer som inkluderas i begreppet fast anknytning.

Enligt FPTRV får en patient inte sändas hem om någon särskild omständighet talar emot detta. Socialstyrelsen anser därför att omständigheter som chefsöverläkaren bedömer vara av sådan art ska framgå av begäran om hemsändande. Vad en sådan särskild omständighet kan vara behöver Socialstyrelsen bedöma i varje enskilt fall, och bör därför inte närmare preciseras i den nya författningen.

---

[241] Vad en patients ansökan bör innehålla framgår av Socialstyrelsens hemsida. Krav riktat till patienten lämpar sig inte för reglering i föreskrifter.

När det gäller en eventuell verkställighet av hemsändning har Socialstyrelsenbehov av uppgifter för att kunna bedöma om Polismyndighetens hjälp bör begäras. Om chefsöverläkaren anser att det kan befaras att polisens särskilda befogenheter kan behöva användas eller om det annars föreligger synnerliga skäl bör det därför framgå av begäran om hemsändande.

Att vissa uppgifter ges in redan i en begäran om hemsändning, och inte i ett senare skede, är enligt Socialstyrelsen avgörande för en effektiv och rättssäker ärendehantering. En sådan ärendehantering är särskilt angelägen då den som berörs vårdas inom den psykiatriska tvångsvården.

Socialstyrelsens förslag

Regleringen i 4 kap. 8 och 9 §§ SOSFS 2008:18 förs över till den nya författningen med följande ändringar och tillägg.

I den nya författningen läggs till att chefsöverläkaren även ska informera en patient om att Socialstyrelsen på begäran av en chefsöverläkare kan besluta att patienten ska sändas hem, dvs. inte endast utifrån en begäran av patienten själv. (8 kap. 1 § andra stycket i förslaget till ny författning)

I den nya författningen läggs till att en chefsöverläkares ansökan om hemsändande ska innehålla

- en kopia av patientens pass eller någon annan identitetshandling,
- en redogörelse för patientens inställning till att bli hemsänd,
- uppgifter om hur länge patienten varit bosatt i Sverige och om han eller hon har anhöriga här, och
- uppgifter om huruvida biträde av Polismyndigheten behövs och i så fall skälen till det. (8 kap. 2 § i förslaget till ny författning)

14. Socialstyrelsens förslag – långtidsverkande depåläkemedel

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

Av 3 kap. 1 § SOSFS 2008:18 framgår att en patient inte får ges långtidsverkande depåläkemedel innan ett beslut om intagning har fattats.

I handboken till SOSFS 2008:18 anges att omständigheterna kan vara sådana att tvångsmedicinering är oundgängligen nödvändig innan ett intagningsbeslut hinner fattas. Det anges också att det är lämpligt att använda korttidsverkande läkemedel innan intagningsbeslut fattats, i de fall patientens sjukdomstillstånd tar sig sådant uttryck att medicinering är oundgängligen nödvändig. Av handboken följer också att det inte är önskvärt att patienten har kvarstående effekt av medicinering som patienten inte vill ha, särskilt om patienten inte tas in för tvångsvård.[242]

Synpunkter från externa aktörer

Verksamheter har uppgett att de tolkar bestämmelsen som att långtidsverkande depåläkemedel inte får ges mot patientens vilja innan ett intagningsbeslut beslut fattats, men däremot med patientens samtycke. Verksamheter uppgav att det är

[242] Handbok till SOSFS 2008:18, s. 50.

sällsynt att sådan behandling ges med patientens samtycke, men att det t.ex. kan ske om det är en känd patient som redan tar långtidsverkande depåläkemedel.

Verksamheter och andra externa aktörer framförde även att frivilligheten kan ifrågasättas då behandling ges innan intagningsbeslut och särskilt om det finns ett beslut om kvarhållning. Det lyftes också att det finns en risk att behandlingen sker med informellt tvång eftersom patienten kan känna sig tvingad att säga ja efter övertalning av läkaren. Det uppgavs därför vara bättre att avvakta med att ge långtidsverkande depåläkemedel till efter ett intagningsbeslut, även om patienten samtycker.

Någon verksamhet framförde att vården numera nästan aldrig har behov av att använda långtidsverkande depåläkemedel eftersom det nu finns t.ex. Cisordinol Acutard, som är ett korttidsverkande depåläkemedel. Det uppgavs också att det vore bra om man definierar vad som avses med långtidsverkande, det vill säga hur lång verkningstid det rör sig om.

Socialstyrelsens bedömning – långtidsverkande depåläkemedel

Bestämmelsen om långtidsverkande depåläkemedel syftar till att patienten genom tvång inte ska kunna ges läkemedel som stannar kvar i kroppen under en längre tid. Detta eftersom patienten kanske inte tas in för tvångsvård, och läkemedlet då skulle verka under tid då patienten inte vårdas med tvång.

Externa aktörer har framfört att det är otydligt om bestämmelsen betyder att långtidsverkande depåläkemedel inte heller får ges med patientens samtycke. Socialstyrelsen delar den bedömningen och menar att det finns skäl att förtydliga att regleringen gäller behandling utan patientens samtycke.

Socialstyrelsen bedömer att det inte bör regleras att långtidsverkande depåläkemedel innan intagningsbeslut inte heller får ges med patientens samtycke. Detta även med beaktade av den risk som finns för att patienten utsätts för informellt tvång. Enligt Socialstyrelsen är det angeläget att patientens rätt till självbestämmande och integritet respekteras även innan ett intagningsbeslut. Patienten bör kunna samtycka till behandling med långtidsverkande depåläkemedel innan intagningsbeslut, liksom patienten kan samtycka till annan behandling under vårdtiden. Det kan exempelvis vara så att patienten redan står på långtidsverkande depåläkemedel, och skulle gå miste om ett ordinarie dostillfälle om det inte vore möjligt att samtycka till behandling.

Några externa aktörer har efterlyst en definition av långtidsverkande depåläkemedel, dvs. i förhållande till korttidsverkande. Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt med en sådan reglering i föreskrifter, bland annat utifrån att läkemedels egenskaper är föränderliga över tid.

Socialstyrelsens förslag – långtidsverkande depåläkemedel

I den nya författningen förtydligas regleringen så att det tydligt framgår att en patient endast med samtycke får ges långtidsverkande depåläkemedel innan ett intagningsbeslut har fattats. (9 kap. 1 § i förslaget till ny författning)

15. Socialstyrelsens förslag – vårdintyg

Socialstyrelsens förslag

I 4 kap. 1 § SOSFS 2008:18 görs en hänvisning till bestämmelser om vårdintyg i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. Föreskriften om intyg upphävdes den 1 mars 2019, samtidigt trädde Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården i kraft.

Socialstyrelsen föreslår att det i den nya författningen hänvisas till HSLF-FS 2018:54 och de särskilda formulär som finns där för utfärdande av vårdintyg i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. (9 kap. 2 § i förslaget till ny författning)

16. Socialstyrelsens förslag – underrättelser om tvångsåtgärder

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I 4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18 anges följande. Chefsöverläkaren ska på blanketten ”Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande” (*bilaga 1*) fullgöra underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård i de fall då en patient ska hållas fastspänd med bälte eller en liknande anordning under en längre tid än fyra timmar.

I andra stycket samma bestämmelse anges följande. Chefsöverläkaren ska på blanketten ”Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande” (*bilaga 1*) fullgöra underrättelseskyldigheten enligt 20 § tredje stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 8 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.

I tredje stycket samma bestämmelse anges följande. Chefsöverläkaren ska på blanketten ”Underrättelse om beslut om inskränkning i patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster samt övervakning av försändelser från en patient” (*bilaga 2*) fullgöra underrättelseskyldigheten enligt 22 b § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 8 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.

Såväl Socialstyrelsen som IVO får föreskriva om underrättelser

Socialstyrelsen har ett så kallat verkställighetsbemyndigande till LPT och LRV.[243] Det innebär att myndigheten får ta fram föreskrifter om när IVO ska underrättas om tvångsåtgärder.

IVO har bemyndigande att meddela föreskrifter om hur chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet ska fullgöras.[244] Då SOSFS 2008:18 togs fram var det Socialstyrelsen som hade ett sådant bemyndigande.

---

[243] 19 § FPTRV.
[244] 16 § FPTRV.

IVO har tagit fram förslag till föreskrifter om hur underrättelse- och uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Socialstyrelsen och IVO har haft en dialog om respektive myndighets föreskriftsreglering och har för avsikt att samtidigt skicka respektive myndighets förslag till föreskrifter på remiss.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – när underrättelser ska ske

Av 4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18 följer att en underrättelse ska ske till IVO om en fastspänning ska pågå längre än fyra timmar.[245] Bestämmelsen gäller sedan den 1 juli 2020 endast för fastspänning av vuxna, eftersom det sedan dess finns andra tidsgränser för underrättelser för barn.[246]

Genom regleringen i SOSFS 2008:18 preciseras bestämmelsen i LPT om att en underrättelse ska ske om en patient ska hållas fastspänd längre än kortvarigt.[247] Socialstyrelsen bedömer att en föreskriftsreglering där kortvarigt preciserad till fyra timmar fortsatt bör finnas kvar, vilket verksamheter också har ansett vara angeläget.

I övrigt bedömer Socialstyrelsen att det saknas skäl att i myndighetens föreskrifter ytterligare reglera när underrättelser ska ske. Detta utifrån att IVO tar fram nya föreskrifter om vårdens underrättelse- och uppgiftsskyldighet och vad som framkommit vid myndigheternas dialoger.

Socialstyrelsens bedömning och förslag – hur underrättelseskyldigheten ska fullgöras

Eftersom IVO nu har bemyndigande att föreskriva om hur underrättelseskyldigheten ska fullgöras ska regleringen i den delen i SOSFS 2008:18 inte föras över till den nya föreskriften. Det gäller den reglering som anger att underrättelseskyldigheten ska fullgöras på särskilda blanketter, samt blanketterna för underrättelse. Blanketterna finns som bilagor till föreskriften och omfattar underrättelser om fastspänning, avskiljning, inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och övervakning av försändelser från en patient.

17. Socialstyrelsens förslag – delegering för en viss patient

Nuvarande reglering i SOSFS 2008:18

I 4 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 anges följande. Om en chefsöverläkare uppdrar åt en annan läkare att fullgöra uppgifter som ankommer på chefsöverläkaren och då finner att det inte är möjligt att upprätthålla kravet på specialistkompetens vid enheten, får han eller hon, vad avser de uppgifter som anges i 39 § 1–10 lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 23 § 1–10 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, för en viss patient lämna ett sådant uppdrag åt en legitimerad läkare som genomgår specialiseringstjänstgöring inom någon av de psykiatriska specialiteterna och som har fullgjort praktisk tjänstgöring inom verksamhetsområdet motsvarande ett och ett halvt års heltidstjänstgöring.

---

[245] 4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18.
[246] 19 a § LPT.
[247] 19 § LPT.

I andra stycket samma bestämmelse anges att Socialstyrelsen i övriga fall prövar frågan om undantag från kravet på specialistkompetens.

Synpunkter från externa aktörer

De allra flesta verksamheter har framfört att de inte tillämpar bestämmelsen i SOSFS 2008:18 om chefsöverläkarens möjlighet att för viss patient delegera uppgifter till en legitimerad läkare under utbildning. En verksamhet framförde att de tillämpar bestämmelsen i undantagsfall, t.ex. vid sjukdomsfall under semestertid. En verksamhet framförde att det för några år sedan var vanligt med delegation för en viss patient men att det nu är ytterst ovanligt.

SKR framförde att bestämmelsen tillämpades i vården vid brist på personal för kanske fem år sedan, men att verksamheter till dem nu har uppgett att bestämmelsen aldrig eller sällan används. SKR och flera verksamheter har framfört att bestämmelsen borde tas bort, eftersom den inte överensstämmer med lagstiftningens krav vid delegering. En brukarorganisation har framfört att delegation för viss patient kan påverka hela verksamheten negativt om det leder till att patienter behandlas olika.

Socialstyrelsens bedömning

I SOSFS 2008:18 ges en chefsöverläkare möjlighet att delegera samtliga uppgifter som åligger denne enligt LPT och LRV till en läkare utan specialistkompetens, men då endast för en viss patient. Det gäller om chefsöverläkaren finner att det inte är möjligt att upprätthålla kravet på specialistkompetens vid enheten.

Det innebär att uppgifter som enligt LPT och LRV endast kan delegeras till specialist får delegeras till läkare utan sådan kompetens när delegeringen gäller för en viss patient, och inte generellt. Sådana uppgifter är exempelvis intagningsbeslut, behandling mot patientens vilja och beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning.[248]

Socialstyrelsen får medge undantag från kravet på specialistkompetens.[249] Det görs genom beslut i enskilda fall och innebär att en viss läkare, efter delegation, får utföra samtliga de uppgifter chefsöverläkaren har enligt LPT och LRV. Lagstiftaren har alltså överlåtit till en myndighet att besluta om undantag från kravet på specialistkompetens. En reglering som ger chefsöverläkaren en sådan möjlighet genom föreskrifter är därmed enligt myndigheten tveksam, även om det sker för en viss patient.

Om bestämmelsen tas bort bör det enligt myndigheten endast får ringa konsekvenser för berörda verksamheter. Detta utifrån att det i författningsarbetet har framkommit att bestämmelsen endast används i begränsad omfattning.

Socialstyrelsens förslag

Bestämmelsen i 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18 om delegering till icke-specialist för viss patient förs inte över till den nya författningen.

---

[248] 39 § LPT och 23 § LRV.
[249] 40 § LPT, 24 § LRV och 14 § FPTRV.

18. Socialstyrelsens förslag – barns rätt till utomhusvistelse

Synpunkter från externa aktörer

Några verksamheter har framfört att regleringen i LPT och LRV om barns rätt att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det, är otydlig. De har ansett att det behöver förtydligas vad utomhusvistelse innebär, om det exempelvis inkluderas vistelse på en innergård eller en balkong eller om det krävs att patienten är utanför byggnaden.

När det gäller begreppet medicinska skäl har verksamheter ansett att det är oklart vad det kan vara för skäl och om det inkluderar exempelvis psykiatriska skäl, såsom risk för suicid. Andra har menat att det är självklart att psykiatriska skäl omfattas av medicinska skäl och att det är viktigt att inte skilja på begreppen.

Socialstyrelsens bedömning – begreppet utomhusvistelse

Barn som vårdas enligt LPT eller LRV har rätt att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.[250] I författningsarbetet har det framkommit att verksamheter anser att det är otydligt hur begreppet utomhusvistelse ska tolkas. Socialstyrelsen har därför övervägt om begreppet bör tydliggöras i föreskrifter.

Av förarbetena följer att utomhusvistelse innebär att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Som exempel nämns en inhägnad park eller en gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. I förarbetena anges också att vilken typ av vistelse utomhus som patienten ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl.[251]

Enligt Socialstyrelsen skulle en reglering som endast hänvisar till att patienten ska ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd inte tillföra tillräckligt i sak. En reglering som närmare preciserar vad som avses med utomhusvistelse skulle emellertid inte heller vara lämplig. Detta utifrån att en bedömning av vilken utomhusmiljön som är lämpligt bör göras i varje enskilt fall och beror på vilka krav som bör ställas utifrån den enskilda patienten. Vid en sådan bedömning är patientens rätt till god vård en central utgångspunkt.[252]

Socialstyrelsen konstaterar dessutom att en särskild utredare har fått i uppdrag att bland annat utreda om det bör införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.[253] Uppdraget ska redovisas senast den 1 juli 2022. Vid översynen av SOSFS 2008:18 är det inte känt vilka förslag utredningen kommer att lämna beträffande utomhusvistelse. Det är enligt myndigheten ytterligare ett skäl till att det inte är lämpligt att i föreskrifter närmare reglera innebörden av begreppet utomhusvistelse.

---

[250] 31 b § LPT och 6 § LRV.
[251] Prop. 2019/20:84 Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården, s. 60.
[252] Prop. 2019/20:84 Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården, s. 47 och 60.
[253] Kommittédirektiv 2021:36.

Socialstyrelsens bedömning – medicinska skäl

Barns rätt till utomhusvistelse gäller inte om det finns medicinska skäl som talar mot det. I författningsarbetet har det framkommit att verksamheter anser att det är otydligt hur begreppet medicinska skäl ska tolkas. Socialstyrelsen har därför övervägt om begreppet bör tydliggörs i den nya författningen.

I förarbetena framgår att medicinska skäl för att inte medge vistelse utomhus t.ex. kan vara akuta livshotande tillstånd som gör att fysiska aktiviteter eller vistelse utomhus kan innebära allvarliga risker för patienten.[254] I förarbetena har alltså exempel getts på vad som kan vara medicinska skäl, det kan även finnas andra skäl. Socialstyrelsen menar att det inte är lämpligt att närmare specificera vad som kan vara sådana medicinska skäl att undantag kan göras från rätten till utomhusvistelse. En sådan bedömning behöver enligt myndigheten göras för varje enskild patient och situation.

I HSL inkluderar definitionen hälso- och sjukvård bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det görs ingen åtskillnad mellan somatiska och psykiska sjukdomar. Att medicinska skäl kan vara såväl somatiska som psykiatriska torde vara vedertaget och bör enligt myndigheten inte kräva särskild reglering. Om begreppet medicinsk används på olika sätt i regelverken finns det en risk att begreppets vedertagna betydelse försvagas.

Socialstyrelsens förslag

Begreppen utomhusvistelse och medicinska skäl i 31 b§ LPT förtydligas inte i den nya författningen.

19. Socialstyrelsens förslag – övriga synpunkter

I författningsarbetet har externa aktörer lyft att det finns behov av reglering inom ytterligare områden än de som nämns ovan. Enligt Socialstyrelsen ryms de områdena inte inom nuvarande författningsarbete. Anledningen är i huvudsak att en sådan reglering behöver göras i författning på högre normgivningsnivå än föreskrifter. De områden som har lyfts är särskilt följande.

- Om ett intagningsbeslut vid konvertering från frivillig vård till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § LPT kan tas på en privat vårdinrättning.
- Vilken kompetens en läkare ska ha som får fatta beslut om kvarhållning enligt 6 § LPT.
- Tydliggörande av från vilken tidpunkt 24-timmarsfristen för intagningsbeslut enligt 6 b § LPT gäller i de fall då patienten inte har vårdintyg vid ankomsten till vårdinrättningen.
- Läkare i öppenvården bör få en större roll vid ÖPT, såsom möjlighet att fatta beslut och ansöka om fortsatt ÖPT.
- Gränsen mellan inskränkning av rätten att använda elektronisk kommunikationstjänster och omhändertagande av otillåten egendom, såsom en telefon med kamera.

---

[254] Prop. 2019/20:84, s. 60.

- Rätt till utevistelse för vuxna.
- Sekretess.

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

Alternativa lösningar till förslagen finns redovisade ovan för respektive förslag, och hänvisas därför till i detta avsnitt.

Om ingen reglering kommer till stånd blir effekten enligt Socialstyrelsen minskad rättssäkerhet och sämre tillgång till en jämlik, god och säker vård för patienter som vårdas i den psykiatriska tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården. En annan effekt bedöms bli försämrade förutsättningarna för att vården genomförs i samråd med patienten och dennes närstående och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

21. Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

Den föreslagna regleringen i de nya föreskrifterna och allmänna råden om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård grundar sig på följande bemyndiganden:

- 18 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, FPTRV. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vårdplanens innehåll.
- 19 § första stycket FPTRV. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av LPT, LRV och FPTRV.
- 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 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 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 § 1 PSF. Av bemyndigandet framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).
- 8 kap. 5 § andra stycket 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. (bemyndigandeförordningen). Av bemyndi-

gandet 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.

22. Barnkonsekvensanalys

22.1 Inledning

Socialstyrelsens förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård berör barn på flera olika sätt. I detta avsnitt redogör myndigheten för huvuddelen av förslagen och vilka konsekvenser de bedöms få för barn.

22.2 Systematiskt kvalitetsarbete

När det gäller verksamheters systematiska kvalitetsarbete föreslår Socialstyrelsen bland annat att det ska finnas ytterligare rutiner. Det gäller dels rutiner som ska säkerställa att behandling utan samtycke endast används i enlighet med LPT och LRV, dels rutiner för hur utomhusvistelse ska tillgodoses och organiseras för barn och vuxna. Det införs också ett krav på att vårdgivaren genom egenkontroll ska säkerställa att användning av tvångsåtgärder förebyggs.

Genom nämnda krav ökar förutsättningarna för att tvångsåtgärder endast används som en sista utväg och, om åtgärderna används, att det sker så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. På så sätt bedöms barn ges skydd mot fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp i enlighet med artikel 19 i barnkonventionen. Genom rutiner för utomhusvistelse förväntas förutsättningarna öka för att barn ges rätt till vila, fritid, lek och rekreation i enlighet med artikel 31 i barnkonventionen.

22.3 Vårdplanering

Socialstyrelsen ger flera förslag som syftar till att öka förutsättningarna för att barn ska vara delaktiga i planeringen och utformningen av sin egen vård och omsorg. Ett sådant förslag är att barn, så långt det är möjligt, ska ges information om relevanta vård- och behandlingsåtgärder i viss tid innan barnet deltar i ett samråd om innehållet i den ordinarie vårdplanen respektive den samordnade vårdplanen. Tiden har specificerats till att patienten ska få den tid på sig som han eller hon behöver för att hinna bilda sig en uppfattning om åtgärderna innan samrådet.

I samband med att barnet ges informationen ska den även ges till barnets vårdnadshavare, och om det är lämpligt även till annan närstående. På så sätt ges barnet och vårdnadshavarna och andra närstående tid att fundera på vilka åtgärder de vill att barnet får del av. Syftet är att öka barnets möjlighet till delaktighet i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen, och även vårdnadshavarnas möjlighet att ta sitt ansvar för barnets utveckling och stötta barnet i att få sina rättigheter uppfyllda i enlighet med artikel 5.

För att barnets och vårdnadshavarnas rätt till delaktighet ska kunna följas upp och kvaliteten i vårdplaneringen utvecklas föreslår Socialstyrelsen att det i vårdplanerna ska dokumenteras när informationen gavs alternativt skälen till att informationen inte gavs eller inte gavs i föreskriven tid.

För att ytterligare stärka barnets delaktighet i vårdplaneringen föreslår Socialstyrelsen att innehållet i vårdplanerna ska utökas med uppgifter om barnets omvårdnadsbehov och barnets önskemål om hälso- och sjukvårdsåtgärder och andra insatser. Att barnets önskemål inkluderas bidrar enligt myndigheten till att öka förutsättningarna för en personcentrerad vård.

22.4 Permission och frigång

Det är enligt Socialstyrelsen angeläget att barn ges permission när så är motiverat och det kan ske i överensstämmelse med vårdplanen. Det behöver dock säkerställas att tillstånd till permission ges på ett rättssäkert sätt och på lika villkor oavsett var i landet barnet vårdas.

Socialstyrelsen föreslår att det ska krävas särskilda skäl för att en permission ska få ges för en längre tid än en vecka. Av nuvarande föreskrifter framgår det inte för vilken tidsperiod det krävs särskilda skäl. Tydliggörandet bidrar enligt myndigheten till en ökad rättssäkerhet.

Ett annat förslag är att en patient som har haft permission fyra veckor, dvs. maxtiden för ett tillstånd till permission, behöver återvända till vårdinrättningen för att ett nytt tillstånd till permission ska få ges. Genom ett fysiskt möte med beslutande läkare på vårdinrättningen bedöms förutsättningarna öka för att permission endast ges om kraven för sluten tvångsvård är uppfyllda, bland annat att barnet har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård. Regleringen har utformats med beaktande av att barn med svåra ätstörningar kan ha behov av längre permissioner med dygnsvila i hemmet eller annat boende utanför vårdinrättningen.

När det gäller barn som dömts till rättspsykiatrisk vård av domstol görs undantag från kravet att patienten måste återvända till vårdinrättningen för att ett nytt beslut om permission ska kunna ges, då permissionen pågått i fyra veckor. Undantaget görs i huvudsak utifrån att dessa patienter ofta kan ha långa vårdtider, vilket gör att de kan behöva längre tid att planera en utslussning till ÖRV. Om barnet önskar ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal ska hen dock ha rätt till det. De barn som berörs av bestämmelsen bedöms vara få, men det är naturligtvis ändå viktigt att regleringen tar hänsyn till dessa barn.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att den föreslagna regleringen ökar förutsättningarna för att ett barn inte ges permission om vården i stället kan ges genom den mindre ingripande vårdformen ÖPT eller ÖRV, eller om tvångsvården ska upphävas. En sådan reglering är i enlighet med artikel 37 i barnkonvention om att inget barn olagligt eller godtyckligt får berövas sin frihet. Myndigheten anser även att förslagen kan öka barns rätt till delaktighet enligt artikel 12, genom att barnet garanteras ett fysiskt möte med hälso- och sjukvårdspersonal om en förlängning övervägs av en permission som pågått fyra veckor.

När det gäller frigång föreslår Socialstyrelsen att chefsöverläkaren ska definiera frigångsområdet för samtliga patienter som ges rättspsykiatrisk vård, vilket

även inkluderar barn. Förtydligandet bedöms öka rättssäkerheten och förutsättningarna för en jämlik vård. Vidare föreslås att tillstånd till frigång samt skälen för tillståndet ska journalföras. En sådan reglering innebär en ökad möjlighet att följa upp hur frigång används för barn och därmed att förbättra eventuella brister.

22.5 Handräckning av Polismyndigheten eller Kriminalvården

Socialstyrelsen föreslår en reglering som syftar till att hälso- och sjukvårdens begäran om handräckning av Polismyndigheten eller Kriminalvården endast sker i enlighet med lagstiftarens intention. Ett annat syfte är att barnet ges en god och säker prehospital vård i samband med en handräckning.

Att ett barn mot sin vilja transporteras av polis eller Kriminalvård är ett stort ingrepp i barnets integritet. För att undvika att en sådan situation uppstår föreslår Socialstyrelsen att en läkare ska se till att barnet motiveras att frivilligt medverka till den aktuella åtgärden innan handräckning begärs. Det ska gälla i alla handräckningssituationer, och inte som enligt gällande reglering endast inför en begäran om handräckning till en vårdinrättning för intagningsbeslut. Undantag ska endast få göras om det är uppenbart att det finns behov av biträde av polisen eller Kriminalvården eller om patienten akut behöver komma till en vårdinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl.

Ett annat förslag är att införa en striktare reglering vad gäller kravet att en undersökning för vårdintyg, som sker med polishandräckning, ska utföras där den enskilde vistas. Undantag ska endast få göras om det skulle vara uppenbart olämpligt. Exempel på sådana situationer ges i ett allmänt råd. Ett exempel är att den enskilde har ett akut behov av att komma till en sjukvårdsinrättning av somatiska eller psykiatriska skäl eller om situationen på vistelseplatsen är så hotfull eller våldsam att kravet på god vård vid en undersökning för vårdintyg bättre tillgodoses på en vårdinrättning än där barnet vistas. Genom förslaget bedöms barnets integritet stärkas och förutsättningarna öka för att vårdintygsundersökningar med polishandräckning sker i enlighet med artikel 3 i barnkonventionen om barnets bästa.

Socialstyrelsen föreslår vidare att skälen till att en undersökning för vårdintyg inte har utförts där barnet vistas ska journalföras. Dokumentationen är enligt myndigheten avgörande för att vården ska kunna följa upp och utveckla kvaliteten när det gäller handräckning för vårdintygsundersökning.

För att stärka barnets rätt till en god och säker prehospital vård föreslår myndigheten vidare att hälso- och sjukvårdspersonal i vissa fall ska närvara under en handräckning. Det gäller om den läkare som begär handräckningen bedömer att det finns ett sådant behov på grund av patientens somatiska eller psykiatriska tillstånd. Om läkaren finner att det är oklart om patienten har ett sådant behov föreslås ett allmänt råd om att hälso- och sjukvårdspersonal då bör närvarar under handräckningen.

Socialstyrelsen bedömer att förslagen är i enlighet med artikel 24 i barnkonventionen om barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonals närvaro bedöms även vara i enlighet med artikel 37 (c), som anger att varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och

med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Dessutom bedöms förslagen bidra till att barn med psykisk sjukdom tillförsäkras rätten till hälso- och sjukvård utan åtskillnad i förhållande till barn med somatisk sjukdom, i enlighet med artikel 2 i barnkonventionen.

22.6 Delegering, behandling utan samtycke m.m.

Socialstyrelsen föreslår att regleringen i SOSFS 2008:18 om att en chefsöverläkare i vissa fall får delegera samtliga sina uppgifter till icke-specialist för en viss patient inte förs över till den nya författningen. Det gäller exempelvis intagningsbeslut, behandling mot patientens vilja och beslut om förlängning av fastspänning och avskiljning. Genom förslaget bedöms förutsättningarna öka för att den läkare som fattar beslut som inskränker barns grundläggande fri- och rättigheter har den kompetens som krävs.

Ett annat förslag är att det i den nya författningen förtydligas att långtidsverkande depåläkemedel inte får ges till en patient mot dennes vilja innan ett intagningsbeslut har fattats, men däremot med patientens samtycke. På så sätt kan barn som har behov av långtidsverkande depåläkemedel och samtycker därtill ges det redan innan ett intagningsbeslut har fattats, när det är för barnets bästa.

Socialstyrelsen föreslår också att vården ska ge in ytterligare uppgifter till myndigheten vid en ansökan om hemsändande av en utländsk patient som vårdas enligt LPT. Det skulle enligt myndigheten kunna bidra till en mer effektiv handläggning och kortare till beslut, vilket också skulle gynna barn.

22.7 Sammanfattning

Sammantaget anser Socialstyrelsen att förslaget till nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård stärker barnets rättigheter och är för barnets bästa i enlighet med artikel 3 i barnkonventionen. Förslagen bedöms även stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och patientsäkerheten för barn i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården samt öka förutsättningarna för att barn får en jämlik samt trygg, säker och god vård.

23. Konsekvenser för jämställdhet

Förslagen gäller lika för alla individer och dess konsekvenser bedöms vara desamma oavsett en patients kön, könsidentitet eller könsuttryck. Förslagen bedöms inte få några konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män.

24. 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.[255] Förslaget till ny författning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård bidrar enligt Socialstyrelsen till att genomföra målen i Agenda 2030, särskilt mål 3 om god hälsa och välbefinnande.

---

[255] Agenda 2030 är namnet på de globala utvecklingsmål som Förenta Nationerna, FN, beslutade 2015.

Mänskliga rättigheter är en central utgångspunkt för att genomföra målen i Agenda 2030. Enligt Socialstyrelsen bidrar den föreslagna regleringen till att stärka de mänskliga rättigheterna för patienter som vårdas i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Det gäller särskilt de förslag som syftar till att minska användningen av tvång, öka patientens rätt till delaktighet och tillgång till en god vård. 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.

25. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

25.1 Inledning

Vissa av de föreslagna bestämmelserna i den nya författningen kan komma att innebära kostnadsmässiga konsekvenser för de verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. I detta avsnitt kommer en uppskattning av kostnaderna som kan uppstå till följd av dessa förslag att presenteras. Bestämmelser som förs över från SOSFS 2008:18 utan ändring i sak, och därmed inte innebär några nya åtaganden för de berörda verksamheterna, kommer endast i begränsad omfattning att redovisas.[256]

Kostnadsberäkningarna bygger bland annat på uppgifter som framkommit i de intervjuer om ekonomiska konsekvenser som genomförts med representanter för allmänpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, rättspsykiatrin och allmänmedicin.[257] Enligt uppgifter från IVO:s säkerhetsregister finns det totalt 123 verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.

Tabell 1: Antal verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård i Sverige.

Organisationstyp	Antal verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård enligt LPT	Antal verksamheter som bedriver rättspsykiatrisk vård enligt LRV	Totalt
Region	92	31	123

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO), hämtad 2022-01-25

Eftersom privata aktörer inte får bedriva psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård är det i huvudsak offentliga aktörer som berörs av föreslaget till ny författning. Förslaget om att en undersökning för vårdintyg ska göras där den enskilde vistas kan dock även komma att påverka privata vårdcentraler samt privata psykiatriska öppenvårdsmottagningar som har avtal med en region om att utföra vårdintygsundersökningar.[258] Myndigheten har inte funnit någon statistik över antalet psykiatriska öppenvårdsmottagningar och inte heller hur många av dessa som bedrivs av privata aktörer, varför detta inte kommer att redovisas.

I tabell 2 redovisas antalet privata vårdcentraler. Det genomsnittliga antalet läkare som arbetat på vårdcentralen används som en uppskattning över storleken

[256] För mer utförliga resonemang om förslagen, se tidigare avsnitt.
[257] Region Stockholm, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Skåne samt Svensk förening för allmänmedicin, SFAM.
[258] 4 § andra stycket LPT.

på vårdcentralen. Uppgifterna är hämtade från Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verksamhetsstatistik för 2020, ytterligare vårdcentraler kan ha tillkommit eller försvunnit sedan dess.

Tabell 2: Antal vårdcentraler

Genomsnittligt antal läkare* som arbetat på vårdcentralen under 2020	Vårdcentraler i privat regi	Vårdcentraler i offentlig regi	Totalt
Uppgift om antal läkare saknas	145	52	197
Vårdcentraler med 1 läkare	22	33	55
Vårdcentraler med 2 läkare	50	79	129
Vårdcentraler med 3 läkare	87	81	168
Vårdcentraler med 4 läkare	49	101	150
Vårdcentraler med 5–10 läkare	144	280	424
Vårdcentraler med fler än 10 läkare	18	29	47
Totalsumma	**515**	**655**	**1 170**

Källa: SKR:s verksamhetstabeller 2011 – 2020
* Inkluderar inte läkare under utbildning.

25.2 Kostnadsberäkningar av förslagen till nya föreskrifter

Socialstyrelsen har tagit fram exempelberäkningar för att uppskatta de ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för de berörda verksamheterna. I dessa exempelberäkningar används löneuppgifter som är hämtade från Statistiska Centralbyråns (SCB) lönestatistik för 2020. Den genomsnittliga lönenivån har sedan multiplicerats med schablonvärdet 1,84, som inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Timlönen har beräknats utifrån en heltidstjänst om 226 arbetsdagar per år (1808 arbetstimmar).[259]

Tabell 4: Personalkostnader

Personalkategori	Månadslön, kr	Månadslön ink. schablonkostnad, kr	Årslön, kr	Timlön,kr
Specialistläkare	79 200	145 728	1 748 736	967
Sjuksköterska*	40 000	73 600	883 200	488
Ambulanssjuksköterska	40 500	74 520	894 240	495
Skötare	29 400	54 096	624 864	359
Kurator	35 600	65 504	786 048	435
Undersköterska	29 500	54 280	651 360	360
Verksamhetsutvecklare	50 600	93 104	1 117 248	618
Verksamhetschef	67 300	123 832	1 485 984	822

Källa: SCB lönestatistik, 2020
*I tabellen redovisas den genomsnittliga lönen för en psykiatrisjuksköterska

[259] Tillväxtverket, Ekonomiska effekter av nya regler, 2017.

Myndigheten har beräknat de ekonomiska konsekvenserna för de nya åtaganden som uppstår till följd av förslaget till ny författning. Kostnaderna kan dock variera mellan olika regioner beroende på lokala förutsättningar och hur de är organiserade. Utifrån den information som Socialstyrelsen har tagit del av finns det stora skillnader i hur regionerna organiserar sig, hur de arbetar och vilka förutsättningar de har för sin verksamhet. Det är också svårt att uppskatta i vilken utsträckning förslagen kommer att påverka antalet patientärenden som vården hanterar. Sammantaget har det därmed varit svårt för myndigheten att uppskatta en totalkostnad för förslaget till ny författning.

För de förslag som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal behöver lämna vårdinrättningen, exempelvis för att närvara vid en handräckning eller träffa en patient som har permission, har Socialstyrelsen i sina räkneexempel endast beräknat personalkostnaden för den arbetstid som uppdraget kan ta. Myndigheten har däremot inte kunnat beräknat kostnader för övriga delar av hälso- och sjukvården. Detta eftersom det ligger inom varje regions ansvar att avgöra hur de ska organisera och dimensionera sig för uppdragen.

25.3 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen föreslår att ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet helt läggs på vårdgivaren, och att verksamhetschefen inte pekas ut som ansvarig för vissa uppgifter. Förslaget bedöms inte medföra några ekonomiska konsekvenser.

Socialstyrelsen föreslår också att det ska införas krav på rutiner för behandling utan samtycke och utomhusvistelse. Enligt de krav som finns för systematiskt kvalitetsarbete i SOSFS 2009:11 bör verksamheterna i huvudsak redan ha sådana rutiner som föreslås. Förslaget kan dock innebära ett visst utökat krav och myndigheten uppskattar att det tar 8 timmar för en verksamhetsutvecklare att ta fram respektive rutin. Kostnaden uppgår då till 9 887 kronor per rutin.

25.4 Vårdplanering

Dokumentation av patientens och närståendes delaktighet i vårdplaneringen

Socialstyrelsens förslag innebär att det införs ett nytt krav på att i respektive vårdplan dokumentera orsaken till att det inte är möjligt att utforma en vårdplan eller en samordnad vårdplan i samråd med patientens närstående. Myndigheten bedömer att det rör sig om en marginell arbetsinsats att dokumentera detta, som endast medför en försumbar kostnad.

Information inför vårdplanering

Förslaget till ny författning innebär ett utökat krav på hälso- och sjukvården att ge patienter information om för patienten relevanta hälso- och sjukvårdsåtgärder i viss tid innan vårdplaneringsmöten, nämligen i sådan tid att patienten kan bilda sig en uppfattning om åtgärderna. Informationen ska då även ges till patientens närstående, och om patienten är ett barn till barnets vårdnadshavare.

Socialstyrelsen konstaterar att patienter enligt lagstiftningen redan har rätt till viss information, såsom om vård och behandling. Det nya åtagandet gäller att in-

formationen ska ges i viss tid. Hur mycket extra tid det tar för vården att ge information enligt författningsförslaget, i förhållande till de krav som redan gäller enligt lagstiftningen, är svårt att uppskatta.

Verksamheterna behöver organisera sin verksamhet så att informationen kan ges till såväl patienten som närstående i sådan tid som föreskrivs. Det kan bland annat göras genom att befintliga rutiner kompletteras eller nya rutiner tas fram och genom information till personalen. Hur patienten och dess närstående ges informationen kan organiseras på olika sätt.

När det gäller framtagande av rutiner och information till personal uppskattar Socialstyrelsen att det tar 8 timmar för en verksamhetsutvecklare att ta fram respektive rutin, vilket medför en kostnad på 9 887 kronor per rutin.

Socialstyrelsen uppskattar att det extra arbetet att informera patient och närstående i god tid innan vårdplaneringen tar en timme per patient och gång att förbereda. Vem som gör detta kan variera, och kan exempelvis vara en läkare, sjuksköterska eller kurator. Den uppskattade kostnaden uppgår då till cirka 435 – 967 kronor per gång. Eftersom det inte finns någon statistik som tar hänsyn till att en och samma patient kan ges information vid flera olika tillfällen har myndigheten inte kunnat göra en totalkostnadsberäkning.

Förslaget innebär även att tidpunkten för när patienten, vårdnadshavare eller annan närstående gavs informationen ska dokumenteras i respektive vårdplan. Om informationen inte getts eller inte getts i föreskriven tid ska skälen till det dokumenteras. Myndigheten bedömer att dokumenteringen är en marginell arbetsinsats som endast medför en försumbar kostnad.

Innehållet i vårdplanen

Socialstyrelsens förslag att den ordinarie vårdplanen ska innehålla patientens behov av omvårdnad är främst ett förtydligande, eftersom omvårdnad redan bör ses som en del av en patients medicinska behov. Förtydligandet kan dock medföra att omvårdnadsbehov kommer att dokumenteras i större utsträckning än vad som görs för närvarande. En sådan dokumentation bedöms dock endast medföra marginella kostnader.

Däremot innebär förslaget ett nytt krav på att den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen ska innehålla patientens önskemål om vård- och behandlingsåtgärder, insatser från socialtjänsten och andra åtgärder och insatser som patienten kan ha behov av. Myndigheten uppskattar att det tar 30 – 60 minuter att fråga patienten om dess önskemål samt dokumentera detta.

Det kan exempelvis vara en läkare eller kurator som frågar patienten om dennes önskemål. Kostnaden uppgår då till ca 220 – 970 kronor per gång. Myndigheten har svårt att uppskatta den totala arbetsinsatsen eftersom det beror på hur många patienter som berörs och hur ofta vårdplaneringen sker, varför ingen totalkostnadsberäkning kan redovisas.

25.5 Permission

Permission från och till visst datum och klockslag

Socialstyrelsen föreslår att en permission ska ges för ett bestämt tidsintervall som ska preciserat med datum och klockslag. Regleringen bedöms inte medföra några merkostnader för de berörda verksamheterna.

Särskilda skäl för permission

Socialstyrelsen föreslår att det i den nya författningen förtydligas att särskilda skäl krävs för en permission om den ska vara längre än en vecka. Myndigheten bedömer att förtydligandet inte får några ekonomiska konsekvenser.

Förlängning av permission och erbjudande om fysiskt möte

Socialstyrelsens förslag är att en patient som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården som har haft en permission i fyra veckor ska återvända till vårdinrättningen innan ett nytt tillstånd till permission får ges.

För vissa patienter som ges rättspsykiatrisk vård föreslår Socialstyrelsens att patienten om det finns särskilda skäl får ges ett nytt tillstånd till permission för ytterligare högst fyra veckor utan att patienten återvänder till vårdinrättningen. Däremot ska patienten erbjudas ett fysiskt möte inför en eventuell förlängning.

Att patienten behöver komma in till vårdinrättningen för en ny bedömning kan innebära ökade kostnader för resor, givet att vården ersätter patientens resa. Regionerna kan ersätta olika typer av resor, såsom resor med kollektivtrafik, bil och i vissa fall även taxi.[260] Regionens kostnad beror därför på färdmedel, avstånd och vilken ersättningsmodell som regionen har.

Eftersom priset på en resa med exempelvis bil eller taxi beror på väldigt många parametrar har det varit svårt för myndigheten att uppskatta en kostnad för detta. Däremot har försök gjorts att uppskatta kostnaden för en tur- och returresa med kollektivtrafik, se nedan. Det har dock inte varit möjligt att beräkna en totalkostnad eftersom det är svårt för Socialstyrelsen att uppskatta hur många resor som kommer att uppstå till följd av den föreslagna regleringen.

När det gäller den rättspsykiatriska vården har det av intervjuerna framkommit att vårdpersonal i vissa fall åker till patienten inför en bedömning av om en permission ska förlängas eller inte. Ytterligare ett räkneexempel för vårdpersonalens lönekostnad för resan kommer därför att redovisas nedan. Inte heller här har myndigheten någon information över hur många ytterligare resor som kan komma att uppstå till följd av förslaget.

En annan kostnad som möjligen skulle kunna uppstå är om patienten behöver stanna kvar någon natt på vårdinrättningen innan hen återvänder till platsen för permissionen, t.ex. på grund av långa resor. Hur ofta det skulle kunna ske är svårt att uppskatta. Socialstyrelsen bedömer dock att omfattningen bör vara begränsad och har därför inte beräknat de ekonomiska konsekvenserna därav.

Om patienten kommer till vårdinrättningen

I tabell 5 framgår den eventuella kostnaden för att regionen ersätter patientens resa till och från vårdinrättningen med kollektivtrafik. Uppgifterna är en sammanställning utifrån respektive regions redovisade ersättningsnivå på 1177, vårdguiden.[261] Kostnaden för resan kan variera beroende på avståndet samt vilken ersättningsmodell som regionerna har. Räkneexemplet utgår från att den lägsta kostnaden för en tur och returresa uppgår till 50 kronor och den högsta

---

[260] 1177 vårdguiden – sjukresor (https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/sjukresor-och-fardtjanst/sjukresor/)

[261] 1177, Vårdguiden, https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/sjukresor-och-fardtjanst/sjukresor/.

kostnaden till 1 150 kronor. Regionens kostnad uppskattas således variera mellan 0 – 1 150 kronor beroende på om full ersättning ges eller om egenavgiften överstiger kostnaden för resan.

Om patienten åker in till vårdinrättningen kan personal från patientens boende följa med. En följdeffekt av förslaget till ny fattning skulle då kunna bli att boendepersonalen följer med i större utsträckning än tidigare och att kostnader för personalens tidsåtgång för att följa med samt resekostnader skulle uppstå. Socialstyrelsen har ingen uppfattning om och i vilken omfattning boendepersonalen kommer att följa med som följd av förslaget, varför ingen kostnadsberäkning för detta kan göras. Enligt myndighetens kännedom bör det dock inte inträffa särskilt ofta. Myndigheten ställer inte heller något krav på att boendepersonal ska följa med.

När det gäller privata aktörer som bedriver dessa typer av boenden bedömer myndigheten sammantaget att förslaget inte kommer att få betydande effekter för deras arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.[262]

Tabell 5: Regionens kostnader för patientresor med kollektivtrafik

Ersättning från region*	Kostnad regionen**	
	Min	Max
Full ersättning kollektivtrafik	50	1 150
Egenavgift patient (40 kr tur-retur)	10	1 110
Egenavgift patient (70 kr tur-retur)	0	1 080

Källa: 1177 vårdguiden, sjukresor samt respektive regions hemsida där ersättningsuppgifter för resor med kollektivtrafiken beroende på avstånd framgår.
*Uppgifter om hur stor ersättning patienten kan få har hämtats från 1177 vårdguiden – sjukresor för respektive region. Därefter har en sammanställning gjorts utifrån dessa uppgifter.
** Socialstyrelsen har gjort en uppskattning av minimi- och maxkostnad av en tur- och returresa med kollektivtrafik utifrån regionernas kostnadsuppgifter.

Om vårdpersonal åker till patienten

En patient som vårdas i den rättspsykiatriska vården ska erbjudas ett fysiskt möte inför en eventuell förlängning av en fyraveckors permission. Patienten kan då antingen åka in till vårdinrättningen, men i vissa fall kan hälso- och sjukvårdpersonal (exempelvis skötare, sjuksköterska eller läkare) åka till patienten. Om vårdpersonalen åker till patienten för ett fysiskt möte så uppstår både resekostnader samt eventuella undanträngningseffekter för annan vård kopplat till restiden. Vårdpersonalen kommer troligen antingen åka i egen bil, klinikbil eller i taxi. Eftersom resekostnaden beror på flera olika parametrar har myndigheten emellertid inte uppskattat reskostnaden.

Eftersom vårdpersonalen inte har möjlighet att utföra andra arbetsuppgifter under restiden har myndigheten uppskattat kostnaden för detta bortfall. I tabell 6 uppskattas kostnaden för arbetsbortfallet, utifrån olika restider, till cirka 180 – 3 870 kronor per patient som en skötare, sjuksköterska eller läkare besöker.

[262] 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Tabell 6: Kostnader för arbetsbortfall

Restid tur och retur	Kostnad för sköterskans restid	Kostnad för sjuksköterskans restid	Kostnad för läkarens restid
30 min	180	244	484
60 min	359	488	967
120 min	718	977	1 934
240 min	1 436	1 954	3 869

* Kostnaderna utgår från de olika personalkategoriernas timlön

Dokumentation

Socialstyrelsen föreslår att det ska journalföras om en patient som vårdas i den rättspsykiatriska vården vill ha ett fysiskt möte inför en eventuell förlängning av en permission utöver fyra veckor, och om inte skälen till det. Myndigheten bedömer att det rör sig om en marginell arbetsinsats att dokumentera detta och att det inte kommer att medföra några ekonomiska konsekvenser.

Innehållet i en ansökan om permission till förvaltningsrätt

Socialstyrelsen föreslår att det ska införas ett krav på att en ansökan om permission till förvaltningsrätt ska innehålla patientens vårdplan och uppgifter om patientens risk för återfall i brottslighet. Förslaget innebär i huvudsak att kravet har förtydligats och att uppgifterna ska lämnas in till domstolen redan i en ansökan om permission, och inte vid ett senare tillfälle. Författningsförslaget reglerar inte hur omfattande riskbedömningen ska vara. Av de intervjuer som myndigheten har haft har det framkommit att det inte innebär något merarbete att en ansökan om permissionen ska innehålla vårdplanen och uppgifter om patientens risk för återfall i brottslighet, eftersom det är uppgifter som läkaren ändå skulle behövt lämna vid ett senare tillfälle.

25.6 Frigång

Frigångsområdet

Förslaget att chefsöverläkaren ska bestämma frigångsområdet för samtliga patientkategorier innebär enligt Socialstyrelsens bedömning inga merkostnader. Detta eftersom det enligt myndighetens kännedom redan är den praxis som tillämpas.

Innehållet i en ansökan om frigång till förvaltningsrätt

Förslaget innebär att chefsöverläkaren i sin ansökan till domstol om medgivande till frigång för en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård ska beskriva patientens risk för återfall i brottslighet. Förslaget innebär i huvudsak att kravet har förtydligats och att uppgifterna ska lämnas in till domstolen redan i en ansökan om frigång, och inte vid ett senare tillfälle. Föreskriftsförändringen reglerar inte hur omfattande riskbedömningen ska vara. Av de intervjuer som myndigheten haft har det framkommit att det inte innebär något merarbete att ansökan om permissionen ska innehålla uppgifter om patientens risk för återfall i brottslighet, eftersom det är uppgifter som läkaren ändå skulle behövt lämna vid ett senare tillfälle.

Journalföring av tillstånd till frigång

Socialstyrelsen föreslår att tillstånd till frigång ska journalföras. Myndigheten bedömer att förslaget i huvudsak är ett förtydligande av det krav på dokumentation som redan gäller enligt regelverket för journalföring och att det därför inte kommer att uppstå några kostnadsmässiga konsekvenser till följd av förslaget.

25.7 Delegering för en viss patient

Förslaget att inte föra över bestämmelsen om delegering till icke-specialist för en viss patient till den nya författningen bör enligt Socialstyrelsen endast medföra marginella kostnader för verksamheterna. Detta utifrån att det i föreskriftsarbetet har framkommit att bestämmelsen endast används i mycket begränsad omfattning.

25.8 Biträde av Polismyndigheten eller Kriminalvården

Patienten ska motiveras att medverka frivilligt

Socialstyrelsens förslag innebär att en läkare, innan en begäran om handräckning görs, ska se till att patienten motiveras att medverka frivilligt i alla de situationer där vården kan begära handräckning. Det är ett utökat krav i förhållande till nuvarande reglering, som endast omfattar situationen då handräckning övervägs för att föra en patient till en vårdinrättning för intagningsbeslut. Genom föreskriftsregleringen vill myndigheten öka förutsättningarna för att vården ökar sina ansträngningar för att få patienten att medverka frivilligt.

Av de intervjuer myndigheten haft har det framförts att det är en marginell arbetsinsats att motivera patienten till frivillig medverkan. Förslaget skulle dock enligt myndigheten kunna innebära ökade kostnader om personalen i större utsträckning försöker motivera patienten att medverka frivilligt, exempelvis genom ett hembesök. Lönekostnaderna för de olika yrkeskategorierna varierar beroende på vilken tid på dygnet som de genomför uppdraget. I tabell 7 framgår personalkostnaden beroende på om arbetet utförs under jourtid eller inte. Uppgifter om ersättning till läkare för arbete under jourtid baseras på vad verksamheterna har angett. Eftersom det skiljer sig över hela landet vilken ersättning övriga yrkeskategorier har vid obekväma arbetstider har myndigheten i detta räkneexempel gjort antagandet att dessa har samma tillägg som läkarna.

Tabell 7: Lönetillägg vid arbete jourtid

Tidpunkt	Tillägg	Timlön läkare	Timlön sjuksköterska	Timlön skötare
Vardagar kl. 07:00–21:00	1	967	488	359
Måndag–torsdag kl. 21:00–24:00	1,5	1 451	733	539
Vardagar kl. 00:00–07:00, fredag kl. 21:00–24:00 och helger	2	1 934	977	718
Storhelg	3	2 902	1 465	1 077

Källa: bearbetad information av Socialstyrelsen utifrån information från verksamheterna samt SCB:s lönestatistik

I tabell 8 ges ett räkneexempel över kostnaden för att vårdpersonal åker till patienten för att motivera denne till frivillig medverkan. Kostnaden beror på hur länge vårdpersonalen är borta samt när på dygnet det sker. I räkneexemplet utgår

myndigheten från att detta kan ta mellan 30 minuter och 8 timmar beroende på hur långt bort patienten befinner sig. Lönekostnaden för en läkare varierar då mellan 484 – 23 213 kronor, för en sjuksköterska varierar lönekostnaden mellan 244 – 11 724 kronor och för en skötare varierar den mellan 180 – 8 617 kronor per tillfälle som de åker till patienten för att motivera till frivillig medverkan.

Tabell 8: Räkneexempel kostnad för motivering till frivillig medverkan

Antal timmar	Tillägg	Lönekostnad läkare	Lönekostnad sjuksköterska	Lönekostnad skötare
0,5	1	484	244	180
	1,5	725	366	269
	2	967	488	359
	3	1 451	733	539
8	1	7 738	3 908	2 872
	1,5	11 607	5 862	4 309
	2	15 476	7 816	5 745
	3	23 213	11 724	8 617

Undersökning för vårdintyg ska utföras där patienten vistas

Socialstyrelsens förslag innebär ett utökat krav på att en undersökning för vårdintyg, som sker med polishandräckning, ska ske där den enskilde vistas.

Undantag från det kravet får göras om den läkare som begär handräckningen bedömer att det skulle vara uppenbart olämpligt att utföra undersökningen där. Förslaget innebära att verksamheterna i större utsträckning behöver åka ut till patienten för att utföra vårdintygsundersökningen.

Det skiljer sig mellan regioner hur hälso- och sjukvården har valt att organisera sig för att åka ut på dessa uppdrag. Det kan exempelvis vara personal från psykiatrin, akutmottagning, den psykiatriska öppenvården eller mobila team som åker ut. Även läkare och eventuellt annan personal från primärvården kan åka ut om vårdcentralen har detta uppdrag från regionen. Av intervjuerna har det framkommit att den personal som är kvar på arbetsplatsen behöver täcka upp för personalen som åker iväg på dessa uppdrag.

De ekonomiska konsekvenserna av förslaget kan variera i stor grad beroende på vilken bemanning som finns. För mindre vårdcentraler med endast en eller ett fåtal legitimerade läkare kan arbetet påverkas mer än för större vårdcentraler. Likaså gällande de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Exempelvis kan fler besök behöva avbokas till följd av att en legitimerad läkare åker iväg på dessa uppdrag.

Det saknas uppgifter på nationell nivå över antalet vårdintygsundersökningar och var i hälso- och sjukvårdsorganisationen de genomförs. Det saknas också uppgifter om hur fördelningen ser ut mellan större och mindre vårdcentraler samt psykiatriska öppenvårdsmottagningar. En totalkostnadsberäkning på nationell nivå har därför inte varit möjlig att genomföra, utan myndigheten kan endast konstatera att vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar med färre antal legitimerade läkare troligtvis påverkas i större utsträckning än de med fler legitimerade läkare.

Att göra en vårdintygsbedömning där patienten befinner sig kan ta olika lång tid beroende på hur långt bort patienten befinner sig, det kan handla om två timmar upp till en hel dag. Det krävs för det mesta att minst två hälso- och sjukvårdspersonal åker ut[263], en legitimerad läkare tillsammans med exempelvis en sjuksköterska eller skötare. Vårdpersonalen kan exempelvis åka ut med sin egen bil, en klinikbil eller med taxi. På grund av att resekostnaden beror på flera olika parametrar har myndigheten endast uppskattat kostnaden för arbetstiden.

Lönekostnaderna för de olika yrkeskategorierna varierar beroende på vilken tid på dygnet som de genomför uppdraget, dessa uppgifter återfinns i tabell 7. I tabell 9 ges ett räkneexempel över kostnaden för att vårdpersonal åker till patienten för att göra en vårdintygsbedömning. Kostnaden beror på hur länge vårdpersonalen är borta samt när på dygnet vårdintygsundersökningen sker. I intervjuerna har det framkommit att en vårdintygsundersökning, inklusive resa, kan ta 2 – 8 timmar. Lönekostnaden för en läkare varierar då mellan 1 934 – 23 213 kronor, för en sjuksköterska varierar lönekostnaden mellan 977 – 11 724 kronor och för en skötare varierar den mellan 718 – 8 617 kronor per vårdintygsundersökning.

Tabell 9: Räkneexempel kostnad för vårdintygsundersökning

Antal timmar	Tillägg	Lönekostnad läkare*	Lönekostnad sjuksköterska**	Lönekostnad skötare
2	1	1 934	977	718
	1,5	2 902	1 465	1 077
	2	3 869	1 954	1 436
	3	5 803	2 931	2 154
8	1	7 738	3 908	2 872
	1,5	11 607	5 862	4 309
	2	15 476	7 816	5 745
	3	23 213	11 724	8 617

*Utgår från timlönen för en specialistläkare
**Utgår från timlönen för en psykiatrisjuksköterska

Närvaro av hälso- och sjukvårdspersonal vid handräckningar

Socialstyrelsens förslag innebär ett utökat krav på att hälso- och sjukvårdspersonal ska närvara vid handräckningar som utförs av Polismyndigheten eller Kriminalvården.

Hur regionerna väljer att organisera sig vid handräckningssituationer kan skilja sig mellan olika delar av landet. Samordning av handräckningar mellan hälso- och sjukvården och polisen eller Kriminalvården kan vara tids- och resurskrävande. Det kan exempelvis vara så att hälso- och sjukvården och polisen kommer till platsen vid olika tidpunkter, vilket kan innebära fördröjningar.

I tabell 10 redovisas en uppskattning av vad personalkostnaden uppgår till för varje timme som personalen har ett pågående handräckningsuppdrag, även redovisat för personalkostnaden under jourtid. Om en läkare åker ut uppskattas kostnaden variera mellan 967 – 2 901 kronor per timme. Om en läkare inte åker ut på

[263] 2 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1993:2) om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön.

uppdraget uppskattas kostnaden i stället variera mellan cirka 360 – 1 485 kronor per timme beroende på om en undersköterska, skötare eller sjuksköterska åker ut.

Tabell 10: Kostnader vid närvaro av handräckningar

Lönetillägg jourtid	Lönekostnad specialistläkare	Lönekostnad sjuksköterska*	Lönekostnad ambulanssjuksköterskor	Lönekostnad skötare	Lönekostnad undersköterska
1	967	488	495	359	360
1,5	1 451	732	743	539	540
2	1 934	976	990	718	720
3	2 901	1 464	1 485	1 077	1 080

Källa: bearbetad information av Socialstyrelsen utifrån information från verksamheterna samt SCB:s lönestatistik
* Den genomsnittliga lönen för en psykiatrisjuksköterska

Myndigheten föreslår också att patientjournalen ska innehålla uppgifter om huruvida hälso- och sjukvårdspersonal har närvarat under handräckningen eller inte och om inte skälen till det. Myndigheten bedömer dock att det krävs en marginell arbetsinsats för att dokumentera detta och att det inte medför några ekonomiska konsekvenser.

25.9 Hemsändande av utländsk patient

Socialstyrelsens föreslår att chefsöverläkaren ska informera patienten om att Socialstyrelsen på begäran av såväl patienten själv som en chefsöverläkare kan besluta att patienten ska sändas hem, och inte endast att patienten själv kan begära det. Myndigheten bedömer att det rör sig om en marginell arbetsinsats att informera om detta, och att de kostnader som eventuellt uppstår för detta är försumbara.

Socialstyrelsen föreslår även att ansökan om hemsändande ska innehålla ytterligare uppgifter. Dessa uppgifter behövs redan för Socialstyrelsens bedömning och tidigare har därför ansökningar som inte innehållit dessa behövts kompletteras. Myndigheten bedömer därmed att det inte kommer att uppstå några kostnader till följd av förslaget, utan snarare att tiden för den som upprättar ansökan kan användas mer effektivt när det är tydligt vilka uppgifter Socialstyrelsen behöver. Tid kan alltså sparas genom att uppgifterna finns med redan i ansökan, och inte behöver kompletteras vid ett senare tillfälle.

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

De flesta av Socialstyrelsens förslag får inte några effekter på företag eftersom de riktar sig mot den psykiatriska tvångsvård och rättspsykiatriska vården, som endast offentliga aktörer får bedriva. Förslaget kopplat till permission kan få en indirekt påverkan på privata boenden om personalen följer med på besöket, även

om inget sådant krav finns. Socialstyrelsen bedömer dock att detta sällan kommer att inträffa och att förslaget därmed inte kommer att få betydande effekter för deras arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

Förslaget att vårdintygsundersökningar som sker med polishandräckning ska göras där patienten vistas, om det inte är uppenbart olämpligt, kan påverka privata psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt privata vårdcentraler som har ett avtal med regionen att utföra sådana undersökningar. Förslaget innebär dock inget nytt åtagande för verksamheterna, men en följdeffekt av att kravet skärps kan bli att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver åka ut på dessa uppdrag i större utsträckning än tidigare. Om det kommer att innebära fler fall för de privata verksamheterna och i sådana fall hur många fler uppdrag det kan komma att bli för dessa har myndigheten ingen uppfattning om.

Givet att de privata verksamheterna berörs av förslaget är det möjligt att mindre verksamheter påverkas i större utsträckning än större då verksamheten kan bli mer sårbar om personalen behöver åka iväg på ett sådant uppdrag. Det utökade uppdraget bedöms dock bli begränsat i omfattning. Socialstyrelsen bedömer att konsekvenserna inte är av sådan karaktär att det finns skäl att införa en särreglering för mindre företag.

Kostnaderna för förslaget bedöms vara densamma oavsett om verksamheterna bedrivs i privat eller i offentlig regi, vilka redovisats tidigare. Utifrån ovanstående resonemang bedömer Socialstyrelsen att föreslaget kan medföra effekter av viss betydelse på företagens arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga. Däremot bedömer myndigheten att det inte blir några effekter för företags villkor i övrigt.

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

Socialstyrelsen bedömer att förslagen till ändringar i SOSFS 2008:18 överensstämmer med Sveriges skyldigheter ur ett EU-rättsligt perspektiv.

28. Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Socialstyrelsens förslag till ändringar i SOSFS 2008:18 bedöms vara nödvändiga med hänsyn till ändamålet att upprätthålla hög rättssäkerhet och patientsäkerhet och ett tydligt barnrättsperspektiv inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.

29. Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

Socialstyrelsen föreslår att ändringarna i SOSFS 2008:18 ska träda i kraft den 1 december 2022. Socialstyrelsen bedömer att det inte finns behov av några övergångsbestämmelser.

Information om de nya föreskrifterna och allmänna råden om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård kommer att publiceras på Socialstyrelsens hemsida.

30. Kontaktperson

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

Sändlista – Remiss med förslag till Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med tillhörande konsekvensutredning

1. Arbetsmiljöverket
2. Autism- och Aspergerförbundet
3. Barnombudsmannen
4. Capio
5. Civil Rights Defenders
6. Falk läkarbilar, Region Skåne
7. Frisk & Fri
8. Föreningen för Ledningsansvariga inom Svensk Ambulanssjukvård
9. Förvaltningsrätten i Göteborg
10. Förvaltningsrätten i Jönköping
11. Förvaltningsrätten i Malmö
12. Förvaltningsrätten i Stockholm
13. Förvaltningsrätten i Umeå
14. Förvaltningsrätten i Växjö
15. Inspektionen för vård och omsorg
16. Kammarrätten i Göteborg
17. Kriminalvården
18. Kry
19. Mind
20. Nationellt programområde psykisk hälsa
21. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
22. Polismyndigheten
23. Praktikertjänst
24. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor
25. Regelrådet
26. Region Blekinge
27. Region Dalarna
28. Region Gotland
29. Region Gävleborg
30. Region Halland
31. Region Jämtland Härjedalen
32. Region Jönköpings län
33. Region Kalmar län
34. Region Kronoberg
35. Region Norrbotten
36. Region Skåne
37. Region Stockholm
38. Region Sörmland
39. Region Uppsala
40. Region Värmland
41. Region Västerbotten
42. Region Västernorrland
43. Region Västmanland
44. Region Örebro län
45. Region Östergötland
46. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
47. Riksföreningen Attention
48. Riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin
49. Rättsmedicinalverket
50. SHEDO (Self harm and eating disorder organisation)

51. Statens institutionsstyrelse
52. Svenska föreningen för allmänmedicin
53. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
54. Svenska psykiatriska föreningen
55. Svenska Rättspsykiatriska Föreningen
56. Sveriges Kommuner och Regioner
57. Sveriges psykologförbund
58. Vårdföretagarna
59. Västra Götalandsregionen