

Ett beslutsstöd vid  
utredning och behandling

# Tvångsvård

LPT, LRV, LVM, LVU, Nödrätt och Nödvarn

”Om någon mister vettet skall detta kungöras för grannar,  
sockenmän, ett hundradesting och han skall hållas I  
fängelse av sina fränder”  
*Ur Upplandslagen från år 1296, manhelgdbalken*



Tobias Eriksson, chefsöverläkare  
Beroendemedicin, Akademiska sjukhuset  
Reviderad april 2023

## Inledning

Med denna kliniska handbok vill jag ge dig en orientering i vad som gäller vid vård mot patientens vilja. Kom också ihåg att titta i den elektroniska handboken på Akademiska sjukhusets hemsida då lagstiftning och föreskrifter kan ändras och det jag skriver nu i mars 2023 snart kan behöva uppdateras. Sedan min senaste revision av handboken i februari 2018 har det hänt en del vad gäller tvångsvården i Sverige.

Denna uppdatering innehåller förändringar fram till Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd HSLF-FS:62 som börjar gälla 1 mars 2023.

Då ämnet lagstiftning och vård är komplicerat och ger utrymme för olika tolkningar har jag haft mycket god hjälp av min kollega och chefsöverläkare Carina Occasus inom vår affektiva sektion vid revision av denna handbok.

Vidare har hälso- och sjukvårdskurator Caroline Carlsson på vår beroendemedicinska mottagning granskat avsnitten om LVU och LVM.

Riksdagen har beslutat om ändringar i den psykiatriska tvångsvården som gäller patienter under 18 år. Det har införts nya tidsgränser för patienter under 18 år när det gäller avskiljning, bältesläggning och inskränkningar av elektronisk kommunikation.

Genom dessa förändringar har man också infört nya bestämmelser som att patienter under 18 år och som vårdas enligt psykiatrisk tvångslagstiftning skall ha möjlighet till att vistas utomhus minst en timme varje dag om inte medicinska skäl talar emot.

Vidare har kraven på underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg kompletterats när det gäller patienter under 18 år som blir föremål för minst tre tvångsåtgärder under vårdperioden. Du kan läsa mer om vad som gäller barn och unga under den nya rubriken *Barn och unga under 18 år i psykiatrisk tvångsvård*.

Sedan första mars 2021 skall nya intyg användas vid psykiatrisk tvångsvård. Enligt föreskriften (HSLF-FS 2020:87) har ett intyg blivit tre.

Tidigare användes samma intyg för vanligt vårdintyg, konvertering och övergång till rättspsykiatrisk vård vid häktning där man kryssade i olika alternativ utifrån aktuellt lagrum och paragraf. Det har inte införts några förändringar i lagarna men lagstiftarna har velat tydliggöra juridiken som styr psykiatrisk tvångsvård och göra den mer rättssäker varför det införts tre olika dokument för respektive situation.

De tre olika intygen beskrivs närmare under respektive kapitel i denna handbok.

Vi står sannolikt inför en del förändringar inom snar framtid när det gäller den psykiatriska tvångsvården. Som ett tilläggsdirektiv till den Samsjuklighetsutredning som nu lämnat sitt slutbetänkande i januari 2023 föreslås det bland annat att om lagen om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM) kan förändras och inkluderas i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Detta skulle utgöra en stor reform och sannolikt förbättra den medicinska säkerheten kring de patienter som idag vårdas enligt LVM i psykiatrisk slutenvård. Dessa förändringar kan bli aktuella 2024 eller 2025 varför vi förstås får anledning att återkomma till detta.

Med förhoppning om givande läsning,

Uppsala den 1 april 2023  
Tobias Eriksson, chefsöverläkare  
Beroendemedicin

<i>Innehåll</i>	<i>Sida</i>
Bakgrund och historik	4
<b>Del I, Lagen om psykiatrisk tvångsvård - LPT</b>	5–29
Barn och unga under 18 år i psykiatrisk tvångsvård	7
Beslutsöversikt vid LPT	7-11
Konvertering, övergång från HSL till LPT (11 § LPT)	12
Hur ska vi undvika konverteringar?	12–13
Om jag är jourhavande läkare i somatisk verksamhet?	13
Våldsam person på somatisk avdelning eller AKM	14
Tvångsvårdens innehåll, Vuxna	14–24
Tvångsvårdens innehåll, Barn och unga under 18 år	14–24
Öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT	25–27
Tvångsvårdens upphörande	27
Stödperson	27–28
Sekretess vid LPT	28
Nödvändigt utlämnande	28
Avlysning av handräckning	29
<b>Del II, Lagen om rättspsykiatrisk vård - LRV</b>	30–32
Förutsättningar för LRV	30
Vårdintygsförfarande vid rättspsykiatrisk vård	31
Häktad eller frihetsberövad person som önskar vård	32
Konvertera frihetsberövad patient som vårdas enligt HSL	32
Frihetsberövad patient som vårdas enligt LRV och avhäktas	32
Om en patient som vårdas enligt LPT häktas eller anhålls	32
Sammanfattning av LRV	32
<b>Del III, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall - LVM</b>	33–37
Förutsättningar för LVM	33–35
Anmälningsskyldighet	35
Sekretess och LVM	35
LPT eller LVM?	35–36
Läkarundersökning och LVM-intyg	36
Omedelbart omhändertagande	36
Utagerande eller våldsam LVM-patient på vårdavdelning	36–37
Lagen om omhändertagande av berusade personer m.m., LOB	37
Lagen om kontroll av berusningsmedel på sjukhus	37
Sammanfattning, läkarens roll vid LVM	37
<b>Del IV, Lagen om vård av unga - LVU</b>	38–39
Vanliga frågor och svar om LVU	38–39
<b>Del V, Nödrätt och Nödvarn</b>	40
Nödrätten	40
Nödvarn	40
Dokumentation	40
<b>Referenser, läsa vidare</b>	41
<b>En snabbguide om Tvångsvård för arbetsledande sjuksköterska</b>	42



## Bakgrund och historik

Denna kliniska handbok är tänkt att användas som ett beslutsstöd för läkare och omvårdnadspersonal i situationer som involverar insatser inom vården mot patientens vilja. Min tanke med handboken är också att den skall fungera som ett utbildningsmaterial och ett enkelt kliniskt uppslagsverk. Blir du intresserad av fördjupning hänvisar jag till mina referenser i slutet av handboken.

Som läkare erhåller man delegation av chefsöverläkaren att hantera vård mot patientens vilja vilket kräver goda kunskaper om lagstiftningen som reglerar denna. Vidare måste man ha kunskaper om nödrätt och nödvärn samt deras tillämpningar som regleras i brottsbalken. Omvårdnadspersonal skall ha god kännedom om nödrätt och nödvärn och kunna tillämpa dessa lagrum då insatser mot patientens vilja kan behöva inledas innan läkare hunnit konsulteras.

Som specialistläkare i psykiatri har man ett stort ansvar för att tvångsvården sker på ett juridiskt korrekt sätt och att Förvaltningsrätten erhåller dokumentation och information inom lagstadgade tidsramar Även om man väljer att delegera vissa arbetsuppgifter till avdelningssekreterare har specialistläkaren fortfarande hela ansvaret för att handlingarna når fram.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) reglerar sedan 1992 den psykiatriska tvångsvården i Sverige. Lagen har genomgått en del förändringar genom åren och den senaste stora revisionen gjordes 2008 då de nya vårdformerna *öppen psykiatrisk tvångsvård* respektive *öppen rättspsykiatrisk vård* infördes. Vid denna revision infördes också möjligheten till inskränkningar i patientens elektroniska kommunikation med omvärlden med vissa undantag.

Historiskt sett har det funnits lagstiftning som möjliggjort tvångsvård i Sverige sedan 1200-talet, ett exempel från denna tid är Uppsalalagen där stadgar om vad man kunde göra när någon "mister vettet" fanns anslagna, se framsidan på denna handbok.

I del I nedan går jag igenom LPT och dess tillämpningar i detalj, i del II går jag något mer ytligt igenom LRV med betoning på det en läkare behöver veta på jourtid.

I del III återfinns lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) samt en kort genomgång om lagen om vård av unga (LVU). I del IV tar jag upp begreppen nödrätt och nödvärn.

Tveka inte att resonera med erfaren kollega om du blir osäker på handläggningen, kom ihåg att denna handbok ligger som uppdaterad nätutgåva på Akademiska sjukhusets hemsida då lagstiftning och föreskrifter är färskvara.

## Del I, Lagen om psykiatrisk tvångsvård – LPT

Som läkare har man till uppgift att initiera, verkställa och avsluta LPT-vården. Vidare ska vi vara föredragande i rätten. Vi har med andra ord ett stort ansvar och en skyldighet att känna till lagstiftningen i detalj samtidigt som vi arbetar efter de etiska principerna om *autonomi, rättvisa, göra gott, icke skada och respektera personens integritet*.

Kraven på tvångsvård måste vara högt ställda då vi faktiskt tvingar oss på en individ och helt eller delvis inskränker dennes möjligheter att bestämma över sitt liv.

Tvångsvården skall syfta till att få patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd hen är i behov av.

Tvånget skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Vi ska vid tvångsvård använda oss av den så kallade *proportionalitetsprincipen*. Denna innebär att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder har prövats eller bedömts resultatlösa.

I vården skall vi sträva efter så skonsamma och samarbetsorienterade metoder som möjligt men ibland blir det nödvändigt med tvångsåtgärder som medicinering eller bältesläggning för att skydda individen själv eller dennes omgivning.

Kraven på dokumentation av sådana åtgärder är stora. En tvångsåtgärd skall ses som en extremposition och användas enbart som sista utväg när övriga insatser vid behandlingen inte rönt framgång.

Här nedan finner du förhoppningsvis snabbt svaren på dina frågor genom att leta bland rubrikerna, om du vill fördjupa dig finns en länk till lagstiftningen i sin helhet under referenser i slutet av denna handbok.

### Förutsättningar för tvångsvård enligt LPT (3§)

Tre rekvisit (I-III) eller villkor måste vara uppfyllda för att LPT skall vara tillämpligt.

Tvångsvård får endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning (I) och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård (II), som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (III).

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket skall det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Låt oss gå igenom rekvisiten utifrån kliniken nedan.

### *I, Allvarlig psykisk störning...*

Hit skall i första hand räknas tillstånd av psykotisk svårighetsgrad oavsett etiologi eller enklare uttryckt bakgrund. Störd verklighetsprövning med symtom som vanföreställningar, hallucinationer och förvirring hör också hit men även en allvarlig depression med självmordsrisk utan uppenbara psykotiska symtom är att räkna som en allvarlig psykisk störning.

Svårare personlighetsstörningar med psykotiska impulsgenombrott och starkt tvångsmässigt beteende kan utgöra en allvarlig psykisk störning. En svår ätstörning kan återfinnas i denna definition.

Psykosen kan ha olika orsaker som en hjärnskada, schizofreni eller drogintag.

Alkoholutlösta tillstånd som delirium och desorientering hör också till denna kategori. Om en psykisk störning är allvarlig eller inte bör bedömas utifrån både art och grad, det vill säga sjukdomstyp respektive psykosocial funktionsnivå.

### *II, Personliga förhållanden i övrigt...*

Oundgängligt vårdbehov innebär att det finns risk för patientens liv och hälsa om vård uteblir. Personliga förhållanden kan göra stor skillnad vid valet av vårdform.

En person som bor hemma hos föräldrar där man har god erfarenhet av vård i hemmet med ökade insatser från sjukvården kanske inte behöver tvångsvård medan samma tillstånd hos en ensam student boendes i en korridor fyrtio mil hemifrån kan kräva vård enligt LPT för att på ett säkert sätt stabilisera situationen.

### *III, Patienten motsätter sig vården...*

Patienten kan önska vård som inte överensstämmer med våra insatser och motsätter sig därmed adekvata åtgärder för sjukdomstillståndet, vidare kan erfarenhet av tidigare vårdepisoder som inneburit dålig följsamhet och ambivalens vägas in i beslutet om tvångsvård. Till detta rekvisit hör också om patienten saknar förmåga till grundat ställningstagande.

Ovanstående tre rekvisit gäller vid tvångsvård som initieras på en patient som kommer utifrån till psykiatri eller vårdas på somatisk avdelning eller vårdinrättning som inte räknas som psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

Om patienten redan är inskriven i psykiatrins slutenvård enligt HSL (frivilligt) måste en konvertering göras för att tvångsvård skall bli aktuell.

Vid konvertering krävs ytterligare ett rekvisit och handläggningen gentemot förvaltningsrätten blir snabbare, se under rubriken konvertering.

Här nedan avhandlas vårdkedjan vid LPT och de beslut som kan fattas inom ramen för denna lag.

Tänk på att alla handlingar som sker av tvångskaraktär innan vårdintygsprövning kommit till stånd skall dokumenteras noggrant med hänvisning till lagrum som nödrätt eller nödvärn. Man kan förstås inte inkludera dessa insatser retroaktivt i LPT.

## Barn och unga under 18 år i psykiatrisk tvångsvård

Riksdagen har beslutat om vissa ändringar i LPT och LRV med målet att förbättra den psykiatriska tvångsvården för barn och unga under 18 år. Lagändringarna började gälla 1 juli 2020.

Det som har förändrats är att man särreglerar vissa tvångsåtgärder som fastspänning, avskiljning och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, vidare krävs det ytterligare en underrättelse till IVO om man varit tvungen att använda sig av upprepade tvångsåtgärder.

Utöver ovanstående har det införts en ny bestämmelse att barn och unga under 18 år skall ha rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus under minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar emot detta. När du läser vidare under rubriken *Tvångsvårdens innehåll* nedan skiljer vi således på vuxna och barn och unga under 18 år.

## Beslutsöversikt vid LPT

Kom ihåg att initiering av tvångsvård på patient som redan är inlagd inom psykiatrins slutenvård enligt HSL behöver konverteras, se denna rubrik.

Inom vår verksamhet är ett vårdintyg signerat i Cosmic giltigt, skall patienten transporteras till annan region skall vidimerad papperskopia medfölja.

### 1. Vårdintyget, undersökning för vårdintyg

En legitimerad läkare skriver vårdintyg efter personlig undersökning. Initiativ till undersökningen kan komma från anhörig, polismyndighet, hemtjänst eller annan person som uttrycker oro för patientens hälsa.

Du skall endast företa undersökningen om det finns en skälig anledning.

Kom ihåg att det är olika vårdintyg beroende på om det är en patient som inte redan är inskriven i psykiatrisk slutenvård, konvertering eller övergång till rättspsykiatrisk vård vid häktning.

Som legitimerad läkare i allmän tjänst eller som privatpraktiserande med regionavtal att skriva vårdintyg har du rätt att få assistans av polismyndigheten vid undersökningen. Det krävs att man skriver en handräckningsbegäran som faxas till dem. Blanketten som är utformad likadant nationellt återfinns i den elektroniska journalen.

I samband med handräckningen fattar den legitimerade läkaren ett formellt *beslut om omhändertagande (4§ LPT)* för undersökningen. Detta innebär inte att polisen per automatik för patienten till läkaren utan att man så långt som det är möjligt gör undersökningen på plats i hemmet eller där patienten återfinns.

Den senaste föreskriften (HSLF-FS 2022:62) understryker att man måste dokumentera skälen till att man inte gör detta, anledningen kan vara ett akut behov av komma under psykiatrisk eller somatisk vård, vidare kan risken för våld från patient eller omgivning motivera detta. En offentlig miljö kan vara olämplig för en vårdintygsundersökning.

Föreskriften gör också gällande att den handräckande läkaren skall göra en bedömning av om hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva att närvara vid undersökningen utifrån patientens somatiska eller psykiatriska tillstånd.

Om polisen hittar patienten och han eller hon uppenbart är ur stånd att ta vara på sig kan polisen med stöd av egen lagstiftning transportera patienten till sjukvården för läkarundersökning.

Ett vårdintyg är färskvara, det gäller under fyra dagar från utfärdandet. Detta innebär att en patient som avvikit från bedömningen där vårdintyg utfärdats skall handräckas via polismyndigheten och kan transporteras in av dem vid anträffande inom fyra dagar. Om mer än fyra dagar passerat gäller inte längre utfärdat vårdintyg men polisen kommer förstås fortsätta leta efter patienten. När polisen sedan anträffar patienten kan de själva ta beslut om omhändertagande för undersökning om patienten uppenbart är ur stånd att ta vara på sig (47 §, LPT).

Om patienten däremot uppfattas klar och redig kan polisen inte köra patienten till sjukvården mot dennes vilja utan som läkare får du åka ut till platsen för anträffande och genomföra undersökningen där.

## 2. Transport

När vårdintyg är skrivet kan polisen bistå med transport till den psykiatriska akutmottagningen eller aktuell slutenvårdsavdelning om inte sjukvården själva kan ordna en trygg transport eller förmå patienten att frivilligt åka in till sjukhuset.

Om det är möjligt utan risk för patientsäkerheten kan man be polisen köra patienten till psykiatri på hemorten där sedan intagningsbeslut efter bedömning av specialistläkare kan ske. Om intagningsbeslut fattas inom psykiatri i Uppsala på en patient som är hemmahörande i exempelvis Stockholm kan vi inte få hjälp av polisen vid transport till hemorten utan sjukvården får då själv lösa uppgiften alternativt använda oss av kriminalvårdens transporttjänst om situationen kräver det.

Legitimerad läkare i privat tjänst utan avtal med regionen vad gäller provningar avseende lagen om psykiatrisk tvångsvård kan skriva vårdintyg men måste då överlämna detta till berörd specialist i psykiatri på psykiatriska akutmottagningen. Denne kan i sin tur begära handräckning för transport till sjukvården om detta är indicerat. Intyget kan faxas till berörd bakjour för bedömning.

## 3. Kvarhållningsbeslut

Detta beslut kan fattas av vårdintygsskrivande läkare innan intyget är färdigskrivet. Även en icke-legitimerad läkare kan fatta beslut om kvarhållning om vårdintyg är utfärdat så att specialistläkare hinner infinna sig och inhämta information inför ett eventuellt intagningsbeslut.

Kravet på läkaren som fattar kvarhållningsbeslut är att denne har en anställning i offentlig psykiatrisk verksamhet, någon personlig undersökning krävs inte för detta beslut.

Om en patient kommer på ett vårdintyg skrivet av husläkare till psykiatriska akutmottagningen skall den legitimerade eller icke-legitimerade läkaren där fatta ett kvarhållningsbeslut. Bedömning avseende intagningsbeslut måste sedan ske inom 24 timmar från patientens ankomst till mottagningen.

Om en patient inom somatisk vård blir föremål för LPT efter att läkaren där utfärdat ett vårdintyg kan inte kvarhållningsbeslut fattas av denne. Vårdintyget måste då bedömas av läkaren (legitimerad eller icke-legitimerad) från den offentliga psykiatriska verksamheten som sedan kan fatta kvarhållningsbeslut.

Om en potentiellt farlig situation uppträder akut i väntan på beslutet om kvarhållning skall man självklart agera enligt nödvärn eller nödrätt oavsett om patienten befinner sig inom psykiatri, somatisk vård eller på annan plats utanför sjukvården.



#### 4. Tvångsåtgärder innan intagningsbeslut

Patienten skall hållas kvar på mottagningen tills frågan om intagning är avgjord. Om andra åtgärder inte är tillräckliga får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av avdelningen där han eller hon skall vistas.

Detta innebär att personal inte behöver hävda nödrätt eller nödvärn vid denna situation.

Det är angeläget att patienten noggrant informeras om grunden för beslutet om kvarhållning och vad som skall ske nu.

Kvarhållningsbeslutet utgör ett moment som trots att det innebär frihetsberövande inte kan överklagas.

Patienten skall muntligen informeras om när de skall träffa specialist för intagningsprövning, denna information bör också ges skriftligen tillsammans med allmän information om rättigheter och skyldigheter vid LPT.

##### *Kroppsvsitation samt ytlig kroppsbesiktning*

Med kroppsvisitation avses undersökning av kläder, bagage och annat som patienten bär med sig, med ytlig kroppsbesiktning menas granskning av de delar av den nakna kroppen som är synliga samt undersökning av armhålor, hår och fotsulor.

**Detta beslut skall fattas av chefsöverläkaren (eller bakjour med delegation) och får inte fattas av annan läkare eller personal. Detta kan tyckas märkligt men lagen är tydlig på denna punkt.**

Vid dessa åtgärder skall man alltid vara minst två personal.

Patienten får inte inneha alkohol, droger eller dopningsmedel. Verktyg som är tänkta för missbruk som kanyler och sprutor får omhändertas liksom annan egendom som kan skada patienten eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på avdelningen.

**Om vi påträffar sådan egendom utan att det finns någon känd ägare skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen. Belopp som erhållits vid försäljning tillfaller staten, en märklig och gammal kvarleva i lagen.**

**Självklart skulle jag inte som chefsöverläkare sätta ut annonser på Blocket eller Tradera utan lämnar egendomen och beslutet vidare till polismyndigheten.**

För visitation och ytlig kroppsbesiktning av HSL-patient, se sidan 19.

##### *Fastspänning innan intagningsbeslut*

Detta beslut får fattas av legitimerad läkare om vårdintyg är skrivet och det föreligger omedelbar fara att patienten skadar sig själv eller annan.

Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Extravak skall alltid ordinerars vid denna åtgärd. Observera att villkoren kring fastspänning sedan skiljer sig mellan vuxna och barn och unga under 18 år. Chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation skall snarast bedöma avseende intagningsbeslut.

##### *Avskiljande innan intagningsbeslut*

Detta beslut får fattas av legitimerad läkare om det finns aggressivitet eller allvarligt störande beteende som väsentligt försvårar vården av medpatienter. Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Extravak eller ständig tillsyn (personal utanför rummet) skall alltid ordinerars vid detta beslut. Observera att villkoren kring avskiljning sedan skiljer sig mellan vuxna och barn och unga under 18 år.

Chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation skall snarast bedöma avseende intagningsbeslut.

Om annan personal än legitimerad läkare behöver ingripa med fastspänning eller avskiljande innan intagningsbeslut skall detta dokumenteras enligt nödrätt eller nödvärn.

Om man handlar enligt nödvärn eller nödrätt skall man dokumentera sitt beslut som **avskärmning** i väntan på läkarbedömning. **Läs mer om avskärmning i separat kapitel om nödvärn och nödrätt.**

Om situationen är instabil måste all personal kunna ingripa med adekvat gränssättning för att undvika fara eller skada utan att invänta läkarens bedömning. Läkaren skall så snart tillfälle ges kallas till situationen.

### *Medicinsk behandling på tvång innan intagningsbeslut*

Beslut om medicinsk behandling vid allvarlig och överhängande fara för patientens liv eller hälsa kan fattas av legitimerad läkare.

Ett formellt kvarhållningsbeslut skall vara fattat. Detta innebär att medicinering kan behöva ges för att avbryta en allvarlig och överhängande fara för patientens liv och hälsa.

Man kan dock inte ge läkemedel i förebyggande syfte för att undvika att en hotfull eller ansträngd situation skall uppstå.

**Långtidsverkande depåläkemedel skall inte ordineras eller ges innan intagningsbeslut har fattats.**

## **5. Intagningsbeslut**

Specialistläkare i psykiatri med delegation från chefsöverläkare beslutar efter personlig undersökning om vårdintyget skall gälla eller falla. Intagningsbeslut skall fattas skyndsamt eller senast inom 24 timmar från patientens ankomst till den psykiatriska vårdinrättningen om vårdintyg utfärdats utanför kliniken. Vårdintyg får inte vara äldre än fyra dagar.

Om vårdintyg för konvertering utfärdas på den psykiatriska vårdinrättningen skall intagningsbeslut fattas inom 24 timmar.

Intagningsbeslut får inte fattas av samma läkare som utfärdade vårdintyget då det skall vara en tvåläkarprövning i lagens mening. Vidare skall vårdintygsbedömning och intagningsbeslut inte ske under samma samtal med patienten. Med detta förfarande undviker man att läkarna påverkar varandra vid bedömningen.

Specialistläkaren kan med stöd av kvarhållningsbeslutet observera patienten under som mest 24 timmar för att inhämta information som kan ligga till grund för ett eventuellt intagningsbeslut.

Patienten skall utförligt informeras om sina rättigheter som tvångsintagen.

Informationen skall omfatta rätten att överklaga vården, rätten till juridiskt ombud och möjligheten att få en stödperson. Denna information skall vara både muntlig och skriftlig. Dokumentera i journal att information är given och om den behöver upprepas. I journalen skall framgå att patienten uppfyller rekvisiten för LPT och att intagningsbeslut enligt paragraf 6b är fattat.

Om patienten vill överklaga vården skall man genast hjälpa patienten med detta på enklast möjliga sätt.

Om patienten inte överklagar vården och bedöms uppfylla rekvisiten för LPT kan vården pågå högst 4 veckor.

Inom dessa 4 veckor skall specialistläkare med delegation från chefsöverläkare inkomma med ansökan om förlängning.

När patienten inte längre bedöms uppfylla rekvisiten för LPT skall vården genast övergå i frivillig form.

## **6. Första förlängning av vårdtiden enligt LPT**

Om det finns skäl att förlänga tvångsvården längre än de första fyra veckorna skall specialistläkare med delegation från chefsöverläkaren inkomma med en skrivelse till förvaltningsrätten där denne anhåller om förlängd vård enligt LPT.

Yttrandet skall innehålla en bedömning och motivering att rekvisiten är fortsatt uppfyllda och vad som görs och planeras för att vården skall kunna övergå i frivillig form.

Det blir sedan en förhandling i förvaltningsrätten där patienten deltar med sitt juridiska ombud. Vid förhandlingen deltar berörd specialist men också en sakkunnig läkare från en annan region som har till uppgift att som utomstående granska både given- och planerad vård.

Förvaltningsrätten med nämndemän och en ordförande (domare) avkunnar sedan dom och om ansökan om förlängd vård bifalles blir förlängningen med fyra månader räknat från dagen för intagningsbeslut.

Om rätten inte bifaller ansökan får patienten genast lämna vårdinrättningen om hen så önskar.

**I ansökan kan man ange sluten psykiatrisk tvångsvård som första alternativ och öppen psykiatrisk tvångsvård som andra alternativ för beslut av rätten.**

Patienten skall fortlöpande bedömas avseende om de tre rekvisiten för LPT kvarstår och vården skall övergå i frivillig form när dessa inte längre uppfylls.

Patienten kan också överklaga förvaltningsrättens dom vilket görs till kammarrätten via dennes juridiska ombud.

Om patienten överklagar vården inom de första fyra veckorna kommer förhandling i Förvaltningsrätten ske inom några dagar efter att överklagan inkommit till rätten.

I Uppsala innebär detta i realiteten att överklagan tas upp till förhandling närmaste tisdag efter att den kommit till förvaltningsrättens kännedom.

## **7. Ytterligare förlängning av vårdtiden enligt LPT**

Om ytterligare förlängning av vården blir nödvändig upprepas förfarandet enligt ovan och yttrande från berörd specialistläkare med delegation från chefsöverläkaren skall inkomma i god tid innan sista dag för LPT-vården.

Om förlängningen bifalles får vården pågå högst 6 månader räknat från dagen för förhandling.

Eventuella ytterligare förlängningar blir sedan med sex månader åt gången. Självklart kan patienten överklaga besluten i förvaltningsrätten till högre instans.

## Konvertering, övergång från HSL till LPT (11 §)

Om en patient är inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning frivilligt, enligt HSL, och en övergång till LPT är nödvändig krävs förutom de tre rekvisiten för vanligt vårdintyg att det så kallade **farlighetskriteriet** är uppfyllt.

Detta innebär att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Med skada avses inte bara fysisk sådan utan även psykiskt lidande och trakasserier.

Om patienten vårdas ineliggande i somatisk vård (medicin, kirurgi, geriatrik...) handlar det om vanligt vårdintygsförfarande och inte konvertering.

Vid konvertering sker också en tvåläkarprövning där den legitimerade läkaren skriver vårdintyget och specialistläkare med delegation från chefsöverläkaren sedan skall bedöma patienten och fatta ett eventuellt intagningsbeslut inom 24 timmar.

Kom ihåg att använda speciell vårdintygsblankett för konvertering. I detta intyg ingår en riskbedömning utöver det man fyller i det vanliga vårdintyget.

Samma regler om gränssättning och medicinsk behandling gäller som för vanligt vårdintyg innan intagningsbeslut är fattat.

Vid beslut om konvertering skall detta underställas förvaltningsrätten senast dagen efter, aktuella journalanteckningar inklusive beslutsjournal och vårdintyg skall skickas på det säkra sätt för kommunikation som är överenskommet mellan regionen och förvaltningsrätten.

Kontrollera per telefon att handlingarna nått fram till förvaltningsrätten.

Finns det behov av fortsatt tvångsvård skall specialistläkare med delegation från chefsöverläkaren inom fyra dagar inkomma med ansökan om medgivande till fortsatt vård enligt LPT till förvaltningsrätten.

Det är med andra ord mer bråttom med kommunikationen till förvaltningsrätten vid konvertering jämfört vanligt vårdintygsförfarande.

Efter den första förhandlingen i Förvaltningsrätten fortlöper förfarandet med en eventuell förlängning av vården som vid vanlig LPT-vård.

Patienten kan självklart överklaga tvångsvården även vid konvertering.

**Medicinering med depåneuroleptika skall inte ges innan intagningsbeslut är fattat vid konvertering.**

### Hur ska vi undvika konverteringar?

Att behöva konvertera någon från frivillig vård till vård enligt LPT upplevs ofta som ett misslyckande från vårdens sida och uppslitande för patienten.

Konverteringen har ofta föregåtts av en period där behandlingen haltat på grund av dålig följsamhet och ansträngd relation mellan vårdgivare och patient.

På kliniker där vi har icke-legitimerade läkare i tjänst är det ett måste att dessa känner till lagstiftningen kring LPT och rådfrågar legitimerad kollega om man är det minsta osäker på patientens inställning till vård vid inskrivning i psykiatri.

Man skall undvika att försöka övertala en ambivalent patient till inläggning och i stället rådfråga bakjouren eller annan specialist då inskrivningen enligt HSL kan sluta med konvertering om patienten sedan ändrar sig.

Som exempel kan nämnas en hypoman till manisk patient som snabbt kan svänga i sin inställning till vård. Om patienten efter kort tid vill lämna avdelningen kanske konvertering inte är möjlig då bara tre rekvisit är uppfyllda.

Patienten lämnar då avdelningen och riskerar ekonomisk och social katastrof vilket hade kunnat undvikas med vårdintyg vid inskrivning alternativt tät uppföljning i öppenvård med beredskap att ta till tvångsvård om situationen utvecklar sig så.

Bakjouren på psykiatrisk klinik bör om möjligt undvika att skriva vårdintyget då denne eventuellt skall ta ett intagningsbeslut, den första bedömningen ska således göras av legitimerad läkare, för du minns väl att det måste handla om en tvåläkarprövning?

### Om jag är jourhavande läkare i somatisk verksamhet?

Man skall inte skriva en remiss till psykiatrin med önskemål om vårdintygsprövning. Som legitimerad läkare skriver man vårdintyg om patienten uppfyller de tre rekvisiten enligt ovan, man kan ta hjälp av polis vid undersökning och transport till psykiatrisk klinik sedan vårdintyg utfärdats. På Akademiska sjukhuset finns ordningsvakter som har förordnande av Polismyndigheten att medverka till att upprätthålla allmän ordning, dessa kan till skillnad mot vanliga väktare (som kan vara fallet på andra sjukhus) bistå vid transport inom sjukhuset utifrån dessa polisiära befogenheter.

Det är inte fråga om konvertering om patienten inte är inskriven i psykiatrisk slutenvård, vanligt vårdintyg skall således användas.

Vid akut risk för eller vid manifest skada på egendom eller person har vi rätt att gränssätta en patient enligt lagen om Nödvärn eller Nödrätt, se denna rubrik nedan.

Vid direkt livshotande tillstånd kan man behöva ge nödvändig medicinsk behandling utan att vårdintyg utfärdats.

Vid planerade somatiska åtgärder mot patientens vilja bör psykiatrins bakjour konsulteras för att förankra om dessa planerade medicinska eller kirurgiska åtgärder formellt skall ske inom ramen för LPT. Vårdintyg måste då vara skrivet och intagningsbeslut skall vara fattat. Här kan det bli ett komplicerat resonemang som berör etik, nöd och presumtivt samtycke.

Som icke legitimerad läkare inom somatisk vård rådgör man med sin bakjour eller annan legitimerad kollega om vårdintyg är aktuellt.

Om patienten är i behov av somatisk vård och observation på grund av skada eller intoxication som förhindrar överföring till psykiatrisk slutenvård skall läkaren som skriver vårdintyg kontakta primär -eller bakjour på psykiatriska akutmottagningen för ett formellt kvarhållningsbeslut. Utöver detta skall konsultationsremiss skrivas för bedömning avseende intagningsbeslut och vidare psykiatriska insatser.

Om intagningsbeslut fattas skall patienten formellt skrivas in på en psykiatrisk hemavdelning men ha kvar slutenvårdsåtagandet och vården på den somatiska avdelningen. Patienten skall rondas regelbundet av specialistläkare från den psykiatriska hemavdelningen alternativt psykiatribakjour utanför kontorstid.

Behov av extravak till en LPT-patient på en somatisk avdelning skall bedömas och ombesörjas av psykiatrin, om en patient som vårdas enligt HSL på somatisk avdelning är i behov av extravak skall detta ordnas av den somatiska avdelningen.

## Våldsam person på somatisk avdelning eller akutmottagning

Personal skall genast tillkalla polis eller väktare för att få hjälp att hantera denna person initialt. Psykiatrins personal skall inte användas för detta ändamål, man kan dock höra av sig per telefon till psykiatriska akutmottagningen för råd och förslag på eventuella ordinationer.

En våldsam och otrevlig person är inte alltid föremål för vårdintyg och om rekvisiten inte är uppfyllda kan polisen hjälpa till att avhysa eller omhänderta personen om denne begått eller hotar om brottslig gärning.

Sjukvårdspersonal skall aldrig acceptera hot eller våld och denna nolltolerans bör innebära en polisanmälan efter resonemang med närmaste chef.

En berusad eller narkotikapåverkad person som inte är i behov akut sjukvård kan bli föremål för lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) efter bedömning av tillkallad polis, se separat rubrik.

## Twångsvårdens innehåll

### **Information**

Patienten skall utan dröjsmål informeras om sin rätt att överklaga vissa beslut, få hjälp av en stödperson och utan kostnad anlita juridiskt ombud för den rättsliga prövningen. Denna information skall upprepas och man skall dokumentera i beslutsjournal att detta är gjort. Information om tvångsvård skall också ges skriftligt samt finnas anslagen på vårdavdelningen.

Patienten skall alltid så snart tillståndet tillåter erbjudas uppföljande samtal med omvårdnadspersonal och arbetsledande sjuksköterska efter genomförd tvångsåtgärd. Detta *uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd* skall dokumenteras av chefsöverläkare eller specialistläkare med delegation i journalen (aktivitetshanteraren).

Förutom att patienten ska få möjlighet att uttrycka sin upplevelse av åtgärden är det också en möjlighet att prata om strategier för att undvika upprepande (18a § LPT).

Om patienten vill överklaga vården skall detta göras genast och på enklaste sätt. Hjälpt patienten med att skicka en påskriften överklagan till Förvaltningsrätten.

### **Vårdplan, Samordnad vårdplan och Individuell plan**

*Vårdplanen* skall upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Så långt det är möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten, om det inte är olämpligt skall samråd också ske med hens närstående. Patienten ska så långt det är möjligt få tid på sig att hinna bilda sig en uppfattning om åtgärderna i vårdplanen.

Behandlingens målsättning är att patienten snarast möjligt blir i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och tar emot det stöd hen behöver.

Det skall också klarläggas om patienten har behov av stöd från andra vårdgrannar.

En vårdplan kan initialt vara provisorisk och kortfattat beskriva de närmaste dygnens behandling med medicinering, gränssättning och övriga huvuddrag i planerad vård.

Vårdplanen skall sedan omprövas och revideras med målet enligt ovan att få patienten i stånd att på frivillig väg medverka i planeringen av fortsatt vård.

Exempel på vad en vårdplan bör innehålla enligt Socialstyrelsen finns i vårt elektroniska journalsystem. Vårdplanen skall självklart vara dokumenterad i journalen.

*Den samordnade vårdplanen*, som också skall upprättas så snart det är möjligt, skall innehålla en bedömning om insatser från regionen men också vilket behov som finns av kommunens socialtjänst och andra vårdgrannar. Planering skall ske i samråd med berörda parter så att det framgår tydligt vem som gör vad. Vidare skall patientens inställning till de olika insatserna om möjligt framgå. Om det saknas behov av insatser från socialtjänsten skall detta motiveras av ansvarig läkare.

Både vårdplan och samordnad vårdplan skall följas upp fortlöpande och justeras utifrån vårdförlopp. Om närstående inte involveras i vården skall detta motiveras i vårdplanerna. Vidare skall man dokumentera när informationsutbyte sker med närstående.

Den samordnade vårdplanen är ett viktigt dokument vid övergång till ÖPT och det är angeläget att berörda parter är medvetna om vilka insatser de ansvarar för. Vidare är det angeläget att ansvarig läkare inhämtar information från berörda parter i den samordnade vårdplanen inför beslut om vårdens upphörande eller om återintagning till slutenvård är aktuell.

*Individuell plan* skall upprättas i samband med utskrivning från sluten psykiatrisk tvångsvård om patienten har behov av insatser utanför regionens sjukvård. Denna planering som oftast inbegriper ett möte med berörda enheter och vårdgrannar (Samordnad Individuell Planering, SIP) skiljer sig inte från utskrivning från frivillig slutenvård. Vad som gäller i detalj kring detta återfinns i *Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

### ***Låst avdelning***

Här får begreppet slutenvård sin egentliga mening. Vi får med stöd av LPT använda det tvång som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen. Detta sker med hjälp av låsta dörrar med slussfunktion. Patientens inskränkningar skall finnas dokumenterade i journalen och det är specialistläkare med delegation av chefsöverläkaren som beslutar om frigång, ut med personal eller andra förhållningsorder.

### ***Fastspänning Vuxna, ”bältesläggning”***

Fastspänning kan bli aktuellt som sista utväg om patienten riktar aggressivt beteende mot andra intagna, inventarier, vårdpersonal eller sig själv. Det skall finnas omedelbar fara för allvarlig skada. Åtgärden skall vara kortvarig, understiga fyra timmar, och så snart det är möjligt ersättas av andra aktiva behandlingsinsatser.

Om en patient som vårdas enligt LPT läggs i bälte skall primärjour så snart det är möjligt tillkallas för att bedöma patienten. Primärjouren som i denna situation kan vara en icke-legitimerad läkare (till skillnad mot bedömning av patient som är under 18 år där läkaren måste vara legitimerad) skall per telefon konsultera sin bakjour, en specialist med delegation från chöl. Åtgärden skall dokumenteras i beslutsjournalen av läkare och omvårdnadspersonal skall dokumentera vilka frivilliga insatser som prövats och vilka överväganden man gjort innan bältesläggningen. Läkaren skall bedöma och sedan dokumentera såväl indikation som psykiatriska och somatiska risker med tvångsåtgärden.

**Om patienten släpps upp inom fyra timmar kan detta beslut tas av ansvarig sjuksköterska eller primärjour (legitimerad läkare) efter samråd med bakjour per telefon.** Denna bältesläggning (<4 tim) rapporteras via kvartalsrapport till Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) regionala tillsynsenhet.

**Om patienten behöver ligga i bälte mer än fyra timmar skall bakjournen bedöma patienten personligen på plats innan dessa fyra timmar har gått.**

Fastspänningen får om synnerliga skäl föreligger förlängas utöver dessa fyra timmar. Den bakjour som tar detta beslut skall samma dag skicka en individrapport som berör detta i A-post till den regionala tillsynsenheten. Patienten skall undersökas minst var fjärde timme av specialistläkare så länge fastspänning pågår, underrättelse skall skickas till IVO för varje sådant beslut om förlängning (jo, var fjärde timme!). Beslut om att avbryta en pågående bältesläggning kan tas av bakjour per telefon efter information från ansvarig sjuksköterska eller primärjour.

Om en situation uppstår på avdelningen där en patient som vårdas enligt HSL försämras akut med risk att skada sig själv, annan eller inventarier kan omvårdnadspersonal besluta om bältesläggning. Då handlar man enligt nödrätt eller nödvärn och läkare skall så snart situationen tillåter tillkallas för bedömning och fortsatta åtgärder.

Alla insatser enligt nödrätt eller nödvärn skall noggrant dokumenteras av berörd personal.

**Hälso- och sjukvårdspersonal måste hela tiden finnas närvarande hos en bälteslagd patient då situationen kräver ständig tillsyn. Väktare kan inte ersätta denna funktion.**

### ***Fastspänning Barn och unga under 18 år, ”bältesläggning”***

Om det finns omedelbar fara för att en patient som är under 18 år lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga får patienten spännas fast med bälte. Farerekvisitet bör endast tillämpas på patienten själv och inte i förhållande till personal eller medpatienter. Dessa situationer bör således hanteras på annat sätt.

Ett beslut om fastspänning kan fattas av legitimerad läkare som sedan genast informerar bakjour eller specialistläkare med delegation. Beslutet gäller högst en timme, och skall så snart det är möjligt ersättas av andra aktiva behandlingsinsatser. Således skall patienten bedömas personligen på plats av bakjour inom en timme från att åtgärden påbörjades. Läkaren skall bedöma och sedan dokumentera såväl indikation som psykiatriska och somatiska risker med tvångsåtgärden.

Förlängningar får beslutas med en timme i taget efter personlig undersökning av specialistläkare med delegation. Vid varje beslut om förlängning skall också en ny underrättelse skickas till IVO (jo, varje timme!).

Detta görs via individrapporter som skickas samma dygn med A-post.

Om patienten hålls kvar på vårdinrättningen i väntan på intagningsbeslut gäller samma regler för fastspänning som efter intagningsbeslut, dock skall också bedömning om intagningsbeslut ske inom den första timmen av fastspänning.

Om en situation uppstår på avdelningen där en patient som vårdas enligt HSL försämras akut med risk att skada sig själv, annan eller inventarier kan omvårdnadspersonal precis som hos vuxna besluta om gränssättning. Då handlar man enligt nödrätt eller nödvärn och läkare skall så snart situationen tillåter tillkallas för bedömning och fortsatta åtgärder. Alla insatser enligt nödrätt eller nödvärn skall noggrant dokumenteras av berörd personal.

Hälso- och sjukvårdspersonal måste hela tiden finnas närvarande hos en bälteslagd patient då situationen kräver ständig tillsyn. Väktare kan inte ersätta denna funktion.



## **Avskiljning- Vuxna**

Om patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter får denne avskiljas, det vill säga hållas isolerad på sitt eget rum eller i särskild avskiljning på avdelningen. Man måste först med ökade omvårdnadsinsatser pröva om mindre ingripande åtgärder kan stabilisera situationen.

Ett beslut om avskiljande skall fattas av specialistläkare med delegation från chefsöverläkare och får gälla högst åtta timmar. Beslut understigande åtta timmar rapporteras till IVO via kvartalsrapport. Beslutet om avskiljning kan tas av bakjour per telefon under förutsättning att primärjour (som inte behöver vara legitimerad) bedömt situationen på plats. Läkaren skall bedöma och sedan dokumentera såväl indikation som psykiatriska och somatiska risker med tvångsåtgärden.

Om patienten behöver avskiljas mer än åtta timmar skall specialistläkare med delegation från chefsöverläkaren bedöma patienten personligen för att avgöra att synnerliga skäl för förlängning föreligger.

Beslut om avskiljande som överstiger åtta timmar skall via individrapport skickas till IVO samma dag med A-post.

Om patientens tillstånd kräver längre avskiljning skall patienten bedömas minst var åttonde timme och ny individrapport skickas in efter varje sådan personlig bedömning av specialistläkare med delegation av chöl.

Om det finns synnerliga skäl kan specialistläkaren med delegation efter personlig undersökning besluta om avskiljning för en bestämd tid över åtta timmar, därefter skall patienten bedömas minst var 24:e timme och delegerad specialist skall vid varje tillfälle skicka ny underrättelse till IVO om fortsatt tvångsåtgärd. Om avskiljningen fortgår mer än fyra veckor skall patienten fortsatt bedömas minst var 24:e timme enligt tidigare men underrättelse skall då skickas var 72:a timme (var tredje dag) till IVO via individrapport.

**Att förlänga avskiljning mer än åtta timmar kräver således personlig undersökning på plats av specialistläkaren, beslutet att avbryta avskiljning kan dock tas per telefon efter samråd med ansvarig sjuksköterska.**

I lagen står det angivet att patienten skall stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal, detta innebär egentligen att personal inte behöver vara ständigt närvarande vid avskiljningen. Dock är det inom psykiatrin regel eller praxis att patienten har ständig tillsyn eller extravak.

Om en situation uppstår på avdelningen där en patient som vårdas enligt HSL försämras akut med risk att skada sig själv, annan eller inventarier kan omvårdnadspersonal besluta att **avskärma** patienten från andra i väntan på bedömning av läkare.

Rent praktiskt kan detta innebära att man går ut i avskiljningen med patienten tillsammans med personal och inväntar bedömningen.

Här blir det då nödrätt eller nödvärn som åberopas och om situationen avklingar innan läkare kommer på plats skall åtgärden avbrytas.

Begreppet **avskiljning** skall dock bara användas när vården sker enligt LPT och kräver en personlig bedömning av läkare som genast konsulterar bakjour eller specialistläkare med delegation.

## **Avskiljning- Barn och unga under 18 år**

Om patienten genom aggressivt beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter får denne avskiljas, det vill säga hållas isolerad på sitt eget rum eller i särskild avskiljning på avdelningen. Man måste först med ökade omvårdnadsinsatser pröva om mindre ingripande åtgärder kan stabilisera situationen.

Notera att störande beteende inte ingår som rekvisit för avskiljning hos barn och unga under 18 år.

Här vill lagstiftarna poängtera att tvångsåtgärder inte får bli ett sätt att hantera barn och ungas symtom som kan uttrycka sig som just störande beteende.

Ett beslut om avskiljande fattas av chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation. I det akuta skedet kan undersökningen göras av annan legitimerad läkare som per telefon rapporterar till berörd specialist (när det gäller vuxna behöver läkaren inte vara legitimerad).

Beslutet gäller högst två timmar men tiden för avskiljande får förlängas genom nya beslut som då gäller under högst två timmar åt gången.

Innan beslut om första förlängningen skall patienten bedömas personligen av specialistläkare med delegation, detta skall upprepas minst varannan timme så länge beslut om avskiljning kvarstår.

Inspektionen får vård och omsorg skall utan dröjsmål underrättas om patienten hålls avskild under en sammanhängande tid som överstiger två timmar.

Detta görs via individrapport som skickas samma dygn med A-post.

Underrättelser skall sedan skickas in till IVO i form av individrapport vid varje sådan bedömning om förlängning av åtgärden (jo, varannan timme!).

Om patienten hålls kvar på vårdinrättningen i väntan på intagningsbeslut gäller samma regler för avskiljning som efter intagningsbeslut, dock skall bedömning om intagningsbeslut ske inom dessa första två timmar av avskiljning.

Den beslutande läkaren skall så snart det är möjligt personligen undersöka patienten vid beslut om avskiljning och inför förlängning av sådana beslut. Läkaren skall bedöma och sedan dokumentera såväl indikation som psykiatriska och somatiska risker med tvångsåtgärden.

I lagen står det angivet att patienten skall stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal, detta innebär egentligen att personal inte behöver vara ständigt närvarande vid avskiljningen.

Dock är det inom psykiatrin regel eller praxis att patienten har ständig tillsyn eller extravak.

Om en situation uppstår på avdelningen där en patient som vårdas enligt HSL försämras akut med risk att skada sig själv, annan eller inventarier kan omvårdnadspersonal besluta att avskärma patienten från andra i väntan på bedömning av läkare.

Rent praktiskt kan detta innebära att man går ut i avskiljningen med patienten tillsammans med personal och inväntar bedömningen.

Här är det nödrätt eller nödvärn som åberopas och om situationen avklingar innan läkare kommer på plats skall åtgärden avbrytas.

Begreppet avskiljning skall dock bara användas när vården sker enligt LPT.

## **Besöksförbud**

Här gäller lag (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.

Huvudmannen för sjukvårdsinrättningen, sjukhusledning eller landstingsstyrelse, får i särskilda fall besluta om besöksrestriktioner.

Beslutet kan vara generellt eller avse besök för en viss eller vissa personer. Förutsättningen är att detta behövs med hänsyn till vårdens bedrivande, risken för överförande av smitta eller skyddet av en enskild vårdtagares personliga integritet.

Lagen om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård är gemensam för LPT, LRV, LVM, LVU och vid omhändertagande enligt smittskyddslagen.

**Huvudmannen (i regel verksamhetschefen) kan delegera till chefsöverläkaren att fatta beslut, en sådan delegation skall vara skriftlig och tidsbegränsad.**

**Alla ärenden på verksamhetsområdet angående besöksförbud skall således handläggas av chefsöverläkaren eller delegerad specialistläkare (bakjour).**

Personer som besöker en ineliggande patient som vårdas enligt tvångsvård ovan får inte visiteras. Väskor får inte heller genomsökas.

**Dock kan verksamhetsområdet genom ordningsregler ange att besökare måste lämna ifrån sig väskor och ytterkläder innan besöket inne på avdelningen, om besökaren nekar detta kan vederbörande vägras inträde på avdelningen.**

Om en person nekas att besöka en patient skall detta dokumenteras i journal och patienten skall också informeras om detta och skälen till detta beslut.

## **Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning**

För patienten gäller samma regler som du hittar under denna rubrik tidigare i handboken, således gäller samma förfarande innan som efter intagningsbeslut.

För besökare gäller dock andra regler, se under *besöksförbud* ovan.

Patienter som vårdas frivilligt (enl HSL) på en avdelning som ger sluten psykiatrisk tvångsvård får kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för att förhindra införande av otillåtna föremål och ämnen. Beslut fattas av chefsöverläkare eller delegerad specialist.

Patienten kan inte nekas vård om hen vägrar dessa åtgärder men kan uppmanas att lämna tillhörigheter för förvaring under vårdtiden. Det kan också bli aktuellt med utskrivning om vården ej kan bedrivas säkert.

När det gäller patienter som vårdas eller skall vårdas på en enhet som är särskilt inriktad på vård för missbruk av beroendeframkallande medel finns en särskild lag som omfattar både tvångsvårdade och dem som vårdas enligt HSL.

Läs mer om Lag (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus i kapitlet om LVM.

## **Tvångsmedicinering**

Detta kan bli aktuellt vid dålig följsamhet och instabil situation där patienten är i behov av antipsykotisk-, antidepressiv- eller sederande medicinering. Tvångsmedicinering skall ej vara ordinerad vid behov utan här skall läkare ta beslut inför varje sådant tillfälle. Om patienten motsätter sig medicinering får denna inte smygas in utan patientens vetskap. Således är haldoldroppar i kaffet förkastligt, vidare är det absolut förbjudet att lura patienten vid neuroleptikalinjektion och ge sken av att det handlar om ett vitaminpreparat.

**När man förklarar för patienten att de skall ta ordinerat läkemedel per os och de vägrar detta skall det noteras som en tvångsåtgärd även om de sedan tar tabletten eller mixturen för att undvika en injektion av motsvarande läkemedel.**

Medicinering skall ske öppet och beredskap måste finnas att hantera patientens reaktion, patienten kan i sin sjukdom vara övertygad om att injektionen innehåller avlivningsvätska.

Information skall ges om medicinens avsedda effekt och eventuella biverkningar, sedan ger man läkemedlet genast och med tillräcklig uppbackning personalmässigt. Undvik utdragna övertalningsförsök som bara genererar mer ångest och agitation hos patienten.

Efter tvångsåtgärd skall patienten erbjudas uppföljningssamtal som också skall dokumenteras i journalen (18a § LPT).

All medicinering mot patientens vilja skall noteras i beslutsjournal och sedan rapporteras via kvartalsrapport till IVO.

**Läkemedel med depåeffekt skall inte ges innan intagningsbeslut är fattat.**

**Twångsmedicinering får inte ges med stöd av nödrätt eller nödvärn på grund av att åtgärder som påkallats av en sådan situation måste kunna upphöra i samma stund som nödsituationen upphör.**

Detta blir ju inte fallet vid medicinering då denna effekt dröjer sig kvar en stund även om det inte är ett depåpreparat.

Kom dock ihåg att en legitimerad läkare kan ge nödvändig medicinsk behandling förutom depåpreparat innan intagningsbeslut om beslut om vårdintyg är fattat av denne (innan intyget hunnit skrivas).

### ***Försändelsekontroll, brev och paket***

Personalen får efter beslut av chefsöverläkaren öppna försändelser till patienten men inte granska det skriftliga innehållet. Om brev eller paket innehåller narkotika, alkohol, vapen eller annan farlig eller brottslig egendom skall denna beslagtas. Brevcensur till patienten får absolut inte förekomma.

När det gäller försändelser från patienten får chefsöverläkaren besluta att övervaka dessa om det finns risk att patienten eller någon annan lider skada. Det måste finnas en välgrundad anledning till misstanke om att detta kan ske för att besluta om dessa inskränkningar. Det handlar om att gränssätta ett destruktivt beteende hos patienten där hot och trakasserier kan drabba omgivningen.

**Chefsöverläkaren får dock inte hindra patienten att skicka en försändelse till en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda.**

Ett beslut vad gäller inskränkningar i patientens rätt att skicka försändelser gäller under två månader och kan överklagas av patienten till förvaltningsrätten.

Patienten skall noggrant informeras om skälen för beslutet och IVO skall utan dröjsmål informeras om detta beslut.

Om situationen inte stabiliserats under dessa två månader kan ett nytt beslut tas av chefsöverläkaren som tar vid direkt där det tidigare beslutet löper ut.

Detta skall också utan dröjsmål informeras till IVO, patienten har rätt att överklaga också detta beslut.

Så snart en patient bedöms klara av att hantera situationen skall chefsöverläkare besluta att inskränkningen skall upphöra.

### ***Inskränkningar av elektronisk kommunikation, Vuxna***

Chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation får med stöd av LPT besluta om att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården och rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada.

Beslutet inkluderar omhändertagande av utrustning som dator, surfplatta eller mobiltelefon. Beslutet får tas för två månader åt gången och kan överklagas av patienten till förvaltningsrätten.

IVO Skall underrättas utan dröjsmål om detta beslut genom inskickad blankett.

Ett sådant beslut kan behöva förnyas med två månader åt gången så att hot, trakasserier eller omdömeslösa handlingar inte sker.

Så snart patientens tillstånd stabiliserats skall beslutet upphöra.

Den omhändertagna utrustningen skall återlämnas till patienten så snart beslutet upphör att gälla.

Om en patients tillstånd är sådant att han eller hon med hot eller övertalning kommer över andra patienters utrustning för elektronisk kommunikation bör man överväga avskiljning, se denna rubrik.

Patienten skall noggrant informeras om skälen till beslut om inskränkningar och rätten att överklaga dessa beslut. Om patienten vill kommunicera med sitt juridiska ombud eller annan svensk myndighet ska man hjälpa till med detta.

Denna möjlighet till inskränkning har inneburit att patienter som läggs in enligt LPT inte riskerar begå brott under vårdvistelsen i form av hot eller trakasserier som på sikt skulle kunna innebära vård enligt LRV.

Anhöriga kan också få möjlighet till återhämtning och vila som innebär att nätverket finns kvar den dag patienten skrivs ut från vårdavdelningen.

En mobiltelefon är idag i regel utrustad med en kamera med god upplösning och omdömeslösa patienter kan fotografera andra som vistas på avdelningen och lägga ut på sociala medier vilket kan innebära stor skada.

Man kan låta patienten ringa från en avdelningstelefon för att undvika denna risk.

### ***Inskränkningar av elektronisk kommunikation, Barn och unga under 18år***

Chefsöverläkaren eller specialistläkare med delegation får med stöd av LPT besluta om att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården och rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada.

Beslutet inkluderar omhändertagande av utrustning som dator, surfplatta eller mobiltelefon. IVO skall underrättas skyndsamt om detta beslut via inskickad blankett, vid eventuell förlängning skall ny underrättelse genast skickas även om beslut löper i följd.

För en patient som är under 18 år ska beslutet gälla högst en vecka. Tiden för inskränkningen får förlängas genom nya beslut med högst en vecka åt gången.

Att tidsgränsen för inskränkning skiljer sig från vuxna är utifrån att lagstiftarna beskriver att denna åtgärd kan uppfattas som ett långt större ingrepp hos unga då de i större utsträckning lever sina liv genom att använda sociala medier och elektroniska kommunikationstjänster.

Om en patients tillstånd är sådant att han eller hon med hot om våld eller aggressiva utfall försöker komma över andra patients utrustning för elektronisk kommunikation bör man överväga avskiljning, se denna rubrik.

Patienten skall noggrant informeras om skälen till beslut om inskränkningar och rätten att överklaga dessa beslut. Om patienten vill kommunicera med vårdnadshavare, sitt juridiska ombud eller annan svensk myndighet skall man hjälpa till med detta.

En mobiltelefon är idag i regel utrustad med en kamera med god upplösning och omdömeslösa patienter kan fotografera andra som vistas på avdelningen och lägga ut på sociala medier vilket kan innebära stor skada. Man kan låta patienten ringa från en avdelningstelefon för att undvika denna risk.

### ***Underrättelse till IVO vid upprepade tvångsåtgärder, Barn och unga under 18 år (22c § LPT)***

Om en patient som är barn eller ungdom under 18 år blivit föremål för någon eller några av tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljning eller inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vid minst tre tillfällen under vårdperioden skall chefsöverläkare eller specialistläkare med delegation underrätta IVO om dessa åtgärder.

Om patientens tillstånd krävt en kombination av tvångsåtgärder samtidigt räknas detta som ett tillfälle.

Denna typ av underrättelse skiljer sig från de som rör beslut om att förlänga fastspänning eller avskiljning utöver fastställda tidsramar. Syftet med denna nya typ av underrättelse är att inhämta kunskaper som på sikt kan motverka upprepade tvångsåtgärder bland barn och unga under 18 år i psykiatrisk tvångsvård.

### ***Dagliga aktiviteter och utomhusvistelse, Barn och unga under 18 år (31b § LPT)***

Barn och unga under 18 år som vårdas enligt LPT har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen, om inte medicinska skäl talar emot detta. Aktiviteten kan vara fysisk träning eller någon sysselsättning som gör det möjligt att fokusera på annat än pågående behandling. Medicinska skäl för att inte medge rätt till dagliga aktiviteter kan vara akuta livshotande tillstånd eller där säkerheten för utförandet inte kan garanteras.

Barn och unga under 18 år som vårdas enligt LPT har rätt till att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar emot detta.

Definitionen på utomhusvistelse innebär att kunna lämna den byggnad där patienten har sin slutenvård. Vistelse i inhägnat område kan ingå i denna definition men vilken typ av utomhusvistelse patienten skall erbjudas måste bedömas i varje enskilt fall utifrån möjligheten till god och säker vård.

Medicinska skäl till att inte medge vistelse utomhus kan vara akuta livshotande tillstånd eller där säkerheten för utförandet inte kan garanteras.

Rätten till aktiviteter eller utomhusvistelse får inte villkoras eller användas i bestraffningssyfte men regelbunden medicinering kan ju vara förutsättningen för att patienten skall bli så stabil att genomförande är möjligt.

## **Permission, tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen**

Vid senaste revisionen av lagstiftningen som berör tvångsvården tillkom möjligheten att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård som är tänkt att ta vid där den slutna vården avslutas. Det förekommer ibland en del oklarheter om när det handlar om permission och när det är att betrakta som öppen psykiatrisk tvångsvård. Låt oss reda ut begreppen något nedan genom att först gå igenom permission och sedan under separat rubrik avhandla den öppna tvångsvården.

Permission innebär att specialistläkare med delegation av chefsöverläkaren beslutar att en patient kan tillåtas vistas utanför sjukvårdsinrättningens område vid ett visst tillfälle och viss tid. Vidare kan permission ges för återkommande tillfällen och viss tid. Lagen säger att permission kan ges för längre tid, dock inte längre än 4 veckor, om det finns särskilda skäl.

Permission syftar till att sköta om personliga angelägenheter och ta eget ansvar. Vidare bör fokus ligga på socialt rehabiliterande insatser med målet att tvångsvården snart skall upphöra.

Längre permissioner kan vara aktuella vid utslussning till behandlingshem, boende eller samverkan med boendestöd i det egna hemmet, dock inte längre än fyra veckor. Om man tänker sig en längre utslussning än fyra veckor och vården inte kan överföras till frivilliga insatser bör specialistläkaren med delegation av chefsöverläkaren ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård, se nedan.

Man skall i journalen dokumentera de särskilda skäl som motiverar en längre permission och vilka villkor som skall gälla för denna.

Permissionen kan villkoras med;

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på en anvisad plats eller institution eller anlita socialtjänst,
- förbud att använda droger eller alkohol och underkasta sig provtagning,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Om patienten inte följer villkoren eller på annat sätt uppvisar instabilitet kan specialistläkaren med delegation av chefsöverläkaren återkalla tillståndet och patient kan handräckas med polis för återtransport till den vårdavdelning han eller hon är inskriven på. Patienten skall så långt det är möjligt motiveras att återkomma för egen maskin.

Om patientens tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område återkallas är det fortfarande slutna psykiatrisk tvångsvård som gäller med dess möjligheter till gränsättning och medicinering.

Patienten kan överklaga till förvaltningsrätten om han eller hon nekas permission eller om tillståndet att vistas utanför sjukvårdsinrättningen återkallas.

Kom ihåg att avlysa handräckningen hos polisens ledningscentral om patienten återkommit till avdelningen för egen maskin.



## Öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT

Den senaste förändringen inom tvångsvården är tillkomsten av möjligheten att vårda patienter inom öppen psykiatrisk tvångsvård.

Chefsöverläkaren eller delegerad specialist ansöker hos förvaltningsrätten om denna vårdform. Rekvisiten för denna vårdform är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och motsätter sig vården eller det till följd av den psykiska störningen finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Så långt är det som den slutna psykiatriska tvångsvården.

Det som skiljer vad gäller rekvisiten är att här gör specialistläkaren bedömningen att patienten inte har ett oundgängligt behov av sjukhusvård utan behöver iakttäta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Vård enligt LPT skall alltid inledas i slutenvård som sluten psykiatrisk tvångsvård, specialistläkaren med delegation från chöf kan sedan ansöka hos förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård där det till ansökan skall finnas bifogat en samordnad vårdplan.

Denna vårdplan skall innehålla vilka insatser från region respektive kommun som är aktuella och vem som skall utföra dessa. Patienten och läkaren skall vara överens om vad som står i vårdplanen och vilka villkor som skall gälla, är man inte det finns inga förutsättningar för en lyckad öppenvård.

Den öppna psykiatriska tvångsvården kan villkoras med;

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på en anvisad plats eller institution eller anlita socialtjänst,
- förbud att använda droger eller alkohol och underkasta sig provtagning,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Om ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård bifalles av förvaltningsrätten får den fortgå högst fyra månader från intagningsbeslut, om en ny ansökan sedan kommer in kan tvångsvården förlängas med sex månader åt gången. Domen gäller omedelbart varför det är angeläget att förutsättningar som boende och andra villkor är uppfyllda. När rekvisiten för öppen psykiatrisk tvångsvård inte längre gäller skall specialistläkaren med delegation från chefsöverläkaren avsluta tvångsvården.

### ***Vilka villkor gäller för den öppna psykiatriska tvångsvården?***

Det skall inte förekomma några tvångsåtgärder inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Hur menar man då?

Tvångsåtgärder förutsätter återintagning i sluten psykiatrisk tvångsvård. Detta sker efter beslut av specialist med delegation av chefsöverläkaren som dessutom skall tjänstgöra på vårdinrättningen för slutenvård.

Således kan inte en specialistläkare i öppenvård delegeras detta av chefsöverläkaren om hen inte till viss del tjänstgör som ansvarig för en slutenvårdsavdelning. Det måste vara tydligt i vilken egenskap man arbetar vid tiden för beslutet om återintagning.

Specialistläkare som tjänstgör som bakjour skall ha chefsöverläkarens delegation att på jourtid besluta om återintagning i sluten psykiatrisk tvångsvård.

För att återintagning från öppen- till sluten psykiatrisk tvångsvård skall kunna ske måste specialistläkaren med delegation av chefsöverläkaren göra en samlad bedömning av patientens situation.

Det räcker inte med att patienten uppvisar dålig följsamhet vad gäller de uppställda villkoren för att återintagning skall ske. Det måste återigen finnas ett oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk heldygnsvård och att adekvat gränssättning, behandling och medicinering inte kan ske på annat sätt.

Om patienten trots uppsatta villkor om detta slutar medicinera i öppenvård måste läkemedlet anses vara oundgängligt för att tillförsäkra patientens behov av psykiatrisk vård för att återintagning skall ske.

Tvångsmedicinering kommer således förutsätta återintagning i sluten psykiatrisk tvångsvård.

Återintagning kan ske på två sätt, inget av sätten kräver nytt vårdintyg;

- Specialistläkare på vårdinrättningen för slutenvård med delegation av chefsöverläkaren kan ansöka om återintagning hos Förvaltningsrätten. Om ansökan bifalles kan patienten handräckas med hjälp av polis för transport till vårdinrättningen.
- Specialistläkare på vårdinrättningen för slutenvård med delegation av chefsöverläkaren kan själv besluta om återintagning om rättens beslut inte kan avvaktas. Detta kan bli aktuellt om patientens tillstånd försämras snabbt. Patienten kan handräckas med polis för transport till vårdinrättningen. Om läkaren efter personlig bedömning finner att sluten psykiatrisk tvångsvård är indicerad skall en ansökan om detta lämnas till Förvaltningsrätten inom fyra dagar från återintagningen. Om ingen ansökan görs övergår vården åter i öppen psykiatrisk tvångsvård.

Om rätten inte bifaller ansökan om återintagning återgår vården till öppen psykiatrisk tvångsvård enligt tidigare beslut.

Om rätten bifaller ansökan om återintagning i sluten psykiatrisk tvångsvård får denna pågå högst sex månader räknat från den dag förvaltningsrätten meddelar detta beslut. Om ÖPT återigen skall bli aktuellt måste ansökningsförfarandet enligt ovan upprepas.

### ***Frivillig inläggning under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård***

En patient som vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård kan själv söka för frivillig inläggning i psykiatrisk slutenvård.

Inga tvångsåtgärder får komma till stånd med mindre än att specialistläkare med delegation av chöf gör bedömningen att återintagning i sluten psykiatrisk tvångsvård är oundgängligt utifrån patientens kraftigt försämrade tillstånd.

Vid denna återintagning krävs inget nytt vårdintyg men en ansökan om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård måste inkomma till förvaltningsrätten inom fyra dagar annars återgår patienten till öppen psykiatrisk tvångsvård enligt tidigare beslut.

## ***En kort sammanfattning av ÖPT***

För att kort repetera vad du just läst och försökt begripa handlar det om att all tvångsvård inleds i slutenvård.

Sedan är det rimligt att genom permissioner pröva om alliansen med patienten håller och hans eller hennes psykiska tillstånd tillåter övergång i frivillig vård.

Permissioner kan ju ges för viss tidsrymd och förenas med villkor som vid öppen psykiatrisk tvångsvård men om man tänker sig längre perioder än fyra veckor måste man ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård. Detta kan bli aktuellt om det anamnestisk framkommer dålig följsamhet och snabbt återinsjuknande.

Alla tvångsåtgärder förutsätter dock att patienten återintas till slutenvård.

En patient som frivilligt läggs in i slutenvård under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård kan inte bli föremål för tvångsåtgärder med mindre än att återintagning i slutenvård sker.

Kom ihåg att specialistläkaren som skall besluta om återintagning måste vara knuten via sin tjänst till vårdinrättningen för slutenvård.

Då var det glasklart, eller hur?

## **Tvångsvårdens upphörande**

Specialistläkaren som har delegation av chefsöverläkaren att sköta tvångsvården skall fortlöpande under vårdförloppet bedöma om patienten uppfyller rekvisiten för slutenvård eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Så snart patienten inte längre uppfyller samtliga tre rekvisit skall tvångsvården avslutas och frivilliga insatser tar vid.

Om rätten inte bifaller ansökan om fortsatt tvångsvård skall patienten genast kunna lämna vårdinrättningen

Vidare upphör tvångsvården automatiskt om ansökan om fortsatt tvångsvård ej kommer till förvaltningsrätten inom föreskriven tid.

## **Stödperson**

Patienten ska erbjudas en stödperson men kan inte påtvingas detta. Stödpersoner rekryteras av patientnämnden bland människor med samhällsengagemang och människointresse.

Stödpersonen skall vara till hjälp praktiskt och psykologiskt under pågående vårdtid. Det kan vara lättare för en patient att acceptera och ta emot stöd av en utomstående som inte tillhör avdelningspersonalen i en tvångssituation.

Det åligger specialistläkaren med delegation av chefsöverläkaren att snarast efter intagningsbeslutet informera om rätten till stödperson och man ska dokumentera i journalen att denna information är given.

Vidare skall Patientnämnden informeras om patientens inställning till att erhålla en stödperson.

Ibland tar patiennämnden direktkontakt med patienten om man inte är säker på vad patienten önskar.

Det kan emellanåt ta lite tid att rekrytera stödperson men dennes uppdrag kan efter avslutat tvångsvård övergå till ett uppdrag enligt socialtjänstlagen. Då kan stödpersonen finnas till hands för patienten under fyra veckor efter avslutad vård enligt LPT.

Under dessa veckor skall nämnden underrätta socialtjänsten som har att ta ställning till ett eventuellt fortsatt uppdrag som stöd, då i form av kontaktperson, om patienten så önskar.

## Sekretess vid LPT

Sekretessen inom sjukvården är viktig och något av en hederssak för vårdpersonal då det är en förutsättning för att patienter skall våga söka hjälp i psykiatri.

Det finns dock några undantag där tvångsvården ingår.

Enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) gäller att sekretess inte råder avseende beslut i ärende enligt LPT eller LRV, om beslutet avser frihetsberövande åtgärd.

Det är själva beslutet som är offentligt och därmed tillgängligt för allmänheten men inte uppgifterna beslutet baseras på. Därför har vi en beslutsjournal som skall innehålla besluten men inte andra känsliga journaluppgifter.

Anledningen till att frihetsberövandet inte kan omfattas av sekretessen är att man inte skall kunna sitta inlåst enligt något lagrum utan samhällets vetskap.

Även beslutet från en legitimerad läkare att omhänderta någon för undersökning enligt LPT och polishandräckningen för genomförande av undersökningen innebär ett frihetsberövande och är således offentliga uppgifter.

## Hur fungerar detta i praktiken?

En anhörig kan höra av sig till avdelningen utifrån sin oro och efterfråga om patienten är inlagd. Även om patienten uttryckt absolut sekretess ska man informera om att patienten är inlagd enligt LPT men inte något mer.

Är man det minsta osäker om vad man får säga skall man helt enkelt anteckna den anhöriges uppgifter och återkomma efter konsultation med erfaren kollega eller behandlande läkare.

Som läkare kan man behöva kontakta närstående för att inhämta information man behöver för besluten kring den fortsatta LPT-vården, detta innebär dock inte att man själv kan lämna ut några uppgifter utöver att patienten vårdas enligt LPT.

## Nödvändigt utlämnande

Denna andra paragraf i Offentlighets- och sekretesslagens tionde kapitel medger att en uppgift lämnas till en enskild eller annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet.

Således är det denna paragraf som tillåter att vi lämnar ut information till polisen när vi gör en anmälan om hot och våld och när vi kontaktar sociala myndigheter vid misstanke om att barn far illa.

Att göra en anmälan enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall är också en form av nödvändigt utlämnande, se kapitel om LVM längre fram i handboken.

## **Avlysning av handräckning**

Om vi begärt polishandräckning för en patient för transport till sjukvårdsinrättning eller som bistånd vid undersökning skall denna genast avlysas när situationen är överstånden. Detta ansvar åligger den läkare som gör bedömningen avseende vårdintyget.

Om patienten kommer åter för egen maskin är det angeläget att detta genast görs. Faxe en avlysning till polismyndigheten och ta personlig kontakt med vakthavande befäl för att försäkra dig om att informationen nått fram.

## Del II, Lagen om rättspsykiatrisk vård – LRV

I denna del avhandlar jag det man bör veta som läkare och vårdpersonal utanför den specialiserade rättspsykiatriska vården, tonvikten är lagd på det man stöter på i samband med primär- och bakjourer utanför kontorstid.

Den planerade vården enligt LRV bedrivs av specialiserade enheter med erfarna specialistläkare som man inte ska tveka och rådfråga vid behov.

### Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård, LRV

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

Det vanligaste sättet för intagning enligt LRV är efter domstolsbeslut. Då har rätten beslutat att överlämna personen till rättspsykiatrisk vård med- eller utan särskild utskrivningsprövning (SUP). Vården skall påbörjas då domen vinner laga kraft vilket är tre veckor efter beslut i rätten. Patienten kan på eget önskemål påbörja vården tidigare om man nöjdförklarar sin dom vilket innebär att man inte tänker överklaga påföljden.

**Inget vårdintyg skrivs vid intagning efter domstolsbeslut.**

Om patienten blir dömd till LRV utan SUP är det specialistläkaren med delegation av chöl som beslutar om behandling, frigång, permissioner och vårdtidens längd.

Om domslutet blir LRV med SUP är det förvaltningsrätten som tar dessa beslut, dock kan rätten delegera till berörd specialistläkare att ta vissa beslut, dock inte vårdtidens längd.

Som bakjour kan man konsulteras vad gäller gränssättning som avskiljande, fastspänning eller handräckning för någon av patienterna som vårdas på rättspsykiatrisk enhet inom sjukhuset.

Här råder samma regelverk som för LPT vad gäller det man har rätt att göra, tidsgränser och underrättelser till IVO.

Kom ihåg att det skiljer sig åt vad gäller vuxna och barn och unga under 18 år när det gäller tvångsvårdens innehåll, se kapitel om LPT.

Om en patient som vårdas enligt LRV avviker kan det finnas en skyldighet att informera eventuell målsägande om detta. Efterforska detta samtidigt som du handräcker patienten.

Tillvägagångssättet för övergång från sluten- till öppen rättspsykiatrisk vård är detsamma som vid LPT, detta är dock inget som någon annan än specialistläkaren på den rättspsykiatriska enheten skall syssla med.

**Besluta aldrig om permissioner eller andra friförmåner som frigång för en patient som vårdas enligt LRV på den specialiserade enheten. Detta sköts av ansvarig läkare där på kontorstid och skall finnas dokumenterat i journal och vårdplan.**

Är du mer intresserad av rättspsykiatrisk vård kan du läsa mer fördjupad litteratur och lagen i sin helhet, här nöjer jag mig med det som man måste kunna utanför den specialiserade enheten. Nedan går vi vidare med de intagningar som kräver vårdintyg vid vård enligt LRV.

## Vårdintygsförfarande vid rättspsykiatrisk vård

Patienter som beskrivs i punkt 2,3 och 4 under förutsättningar för LRV ovan kan bli aktuella för tvångsvård varvid vårdintyg krävs för att initiera tvångsvården. Initiativ till undersökningen kan komma från den myndighet eller anstalt där personen vistas. Kom ihåg att använda speciellt VÅRDINTYG för rättspsykiatrisk vård.

För att vårdintyg skall kunna skrivas på en patient enligt ovan krävs det att den legitimerade läkaren bedömer att patienten;

1. lider av en allvarlig psykisk störning,
2. med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning, och
3. motsätter sig sådan vård eller det till följd av hans eller hennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Du har väl noterat skillnaden gentemot rekvisiten för LPT?

Här anges bara behov av vård, inte oundgängligt behov, detta då patienten redan är frihetsberövad.

Den fortsatta vårdkedjan är i stort identisk med den för LPT vad gäller intagningsbeslut, avskiljning, fastspänning, medicinering mot patientens vilja, inskränkningar i elektronisk kommunikation, försändelsekontroll och vid kommunikation med förvaltningsrätten.

**Det som skiljer är att detta vårdintyg skall fyllas i lite annorlunda. Vid bedömning av patientens vårdbehov skall du ange varför patienten har behov av rättspsykiatrisk vård och inte kan behandlas där denne nu är frihetsberövad.**

Vidare kan patienten ha särskilda restriktioner som åklagare, kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse beslutat om.

Ta kontakt med ansvarig person i respektive organisation om vad som gäller för berörd patient, restriktionerna skall vara skriftliga.

Patienten måste vårdas på en enhet som är godkänd utifrån säkerhetsklassning, om annan vårdplats tas i anspråk skall frihetsberövande instans, i regel kriminalvård, bistå med personal för övervakningen.

Som vid vård enligt LPT skall specialistläkaren fortlöpande bedöma om rekvisiten för vård enligt LRV är uppfyllda och när dessa inte längre uppfylls skall patienten återföras till den myndighet eller anstalt hon eller han är intagen på. Alternativet är fortsatt vård enligt HSL på avdelningen om detta är indicerat.

## **Häktad eller frihetsberövad person som önskar vård**

Om en patient enligt punkt 2,3 eller 4 ovan inkommer för bedömning och vård är indicerad utan att rekvisiten får LRV är uppfyllda blir vården enligt HSL, det vill säga frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Patienten kan ha restriktioner från anstalt eller annat som vården måste anpassas till.

## **Konvertera frihetsberövad patient som vårdas enligt HSL?**

Om en patient enligt punkt 2,3 eller 4 ovan läggs in frivilligt enligt HSL och det under vårdtiden framkommer att konvertering till tvångsvård måste ske kan specialistläkare med delegation från chöl konvertera patienten via intagningsbeslut utan att vårdintyg skrivs. Det blir således ingen tvåläkarprövning. Vidare framgår det inte heller av lagar och föreskrifter hur länge konverteringsbeslutet kan gälla utan att underställas prövning i förvaltningsrätten!

Förutsättningen är dock att patienten uppfyller de tre rekvisiten enligt LRV. Vidare bör patienten noggrant informeras om sin rätt att överklaga vården och på sätt få ärendet prövat inom rimlig tid i förvaltningsrätten. Det är således oklart om lagstiftaren haft en speciell tanke kring detta undantag av tvåläkarprövning eller om det helt enkelt är ett förbiseende.

## **Frihetsberövad patient som vårdas enligt LRV och där berörd myndighet avhäktar eller släpper anhållan under vårdtiden**

En patient enligt punkt 2,3 och 4 ovan som vårdas enligt LRV efter vårdintyg och intagningsbeslut eller konvertering utan vårdintyg som planerar att släppas av berörd myndighet kan bli föremål för fortsatt tvångsvård. Detta sker om specialistläkare med delegation av chöl gör bedömningen att rekvisiten enligt LPT är uppfyllda. Intagningsbeslut fattas då utan att vårdintyg skrivs och är således inte en tvåläkarprövning. Beslutet skall senast dagen efter underställas förvaltningsrätten och om man avser ansöka om förlängning skall detta ske inom fyra dagar.

## **Om en patient som vårdas enligt LPT häktas eller anhålls**

Om en patient som under pågående vård enligt LPT häktas eller anhålls skall detta betraktas som ett beslut om rättspsykiatrisk vård och vårdformen blir därefter LRV. Detta blir fallet om en patient begår ett brott på permission, inneliggande eller blir föremål för frihetsberövande för en tidigare begången gärning.

## **Sammanfattning av LRV**

Har du läst igenom ovanstående kapitel om LRV har du bra koll på läget för jourtjänstgöring och de frågeställningar som kan dyka upp då.

**Kom ihåg att den spontana reaktionen på frågor på jourtid om friförmåner för en patient som vårdas enligt LRV skall vara NEJ! Rådfråga din bakjour om du är det minsta osäker på handläggningen vid LRV.**

Patient som vårdas med öppen rättspsykiatrisk vård kan återintas av chefsöverläkaren eller specialist med delegation motsvarande förfarandet vid LPT i öppenvård.

När det gäller detaljer om den rättspsykiatriska vården hänvisar jag till böckerna Svensk rättspsykiatri och Den rättspsykiatriska vården, se referenser i slutet av denna handbok.



## Del IIIa, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall – LVM

Här följer en kort genomgång av LVM med tonvikt på sjukvårdens roll, lagen i sin helhet kan återfinnas på riksdagen.se och i Socialstyrelsens författningssamling finns allmänna råd om tillämpningen av lagen.

Socialnämnden har det grundläggande ansvaret att förebygga och motverka missbruk, så långt det är möjligt skall detta ske på frivillig väg i samförstånd med den berörda missbrukaren. Detta regleras i socialtjänstlagen och i majoriteten av fallen tillgodoses vårdbehovet med stöd av denna lag.

I vissa fall är dock frivilliga alternativ erbjudna och prövade utan tillräckliga resultat varför vård mot personens vilja kan bli aktuellt.

Det är Socialnämnden i kommunen tillsammans med Förvaltningsrätten som fattar beslut om tvångsvård enligt LVM. Inom sjukvården finns en anmälningsskyldighet som endast omfattar läkare men då även ännu inte legitimerad som AT och vikarierande underläkare innan examen. Denna skyldighet innebär att vi skall anmäla till socialnämnden om vi tror att en patient kan uppfylla rekvisiten för LVM. Mer om läkarens roll nedan.

### Förutsättningar för LVM

För att vård skall kunna ges med stöd av LVM måste den sk generalindikationen vara uppfylld samt någon av de tre specialindikationerna.

Generalindikationen innebär;

- att en missbrukare till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt

Specialindikationerna innebär att individen till följd av missbruket;

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

LVM är inte tillämpligt på individer yngre än 18 år, ungdomar skall i stället beredas vård enligt LVU (lag om vård av unga) om missbruket kräver tvångsåtgärder.

- *Vilka substanser avses?*

Endast missbruk av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel utgör grund för vård med stöd av LVM.

Med alkohol avses drycker starkare än 2.25 volymprocent.

Med narkotika avses läkemedel eller hälsofarliga varor med starkt vanebildande egenskaper eller preparat som med lätthet kan omvandlas till sådana varor, se narkotikaförteckningen på Läkemedelsverkets hemsida.

Med flyktiga lösningsmedel avses preparat för inhalation eller sniffning för att uppnå berusning, som exempel kan nämnas lim, bensen, drivgas, bensen och toluen.

Notera att nädroger som ännu inte narkotikaklassats inte ingår i lagstiftningen.

- *Vad menas med fortgående missbruk?*

Missbruket skall ha pågått en tid och får inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion. Periodvis återkommande missbruk kan omfattas av LVM, någon exakt tidsgräns är inte angiven utan det får bli en samlad bedömning tillsammans med övriga följder och eventuella skador av missbruket.

Med missbruk avses allt icke-ordinerat bruk av narkotika. Här kan det uppstå problem med att få igenom ett LVM-beslut om en patient missbrukar höga doser narkotikaklassade läkemedel genom att få detta förskrivet från flera olika läkare, när man går ”doctor shopping”. Här är det angeläget att påpeka detta fenomen i intyget.

- *Vårdbehovet*

Allvarligt missbruk som kräver snabba och kraftfulla insatser för att bryta en ogynnsam utveckling är tillräckligt för att inleda vård enligt LVM och ett akut behov av avgiftning är inte nödvändigt.

Vidare är det inte nödvändigt med konstaterade skador av missbruket utan risken att drabbas av skador fysiskt- eller psykiskt kan räcka.

Möjligheten till frivillig vård skall ha diskuterats med berörd person och denne skall ha haft möjlighet att yttra sig om den vård som skulle kunna fungera.

Även om det finns samtycke hos missbrukaren till vård kan det bli aktuellt med LVM om det finns en uppenbar anledning att ifrågasätta personens vilja eller motivation till vården, här väger tidigare erfarenheter av följsamheten vid frivilliga insatser tungt.

Om personen uppfyller rekvisiten för LPT har detta lagrum företräde framför LVM.

- *Begreppet hälsa*

Missbrukaren (detta begrepp används i lagen) utsätter sin hälsa för allvarlig skada genom att dels aktivt missbruka dels genom att försumma sin hälsa. Personen utsätter sig kanske för vädrets makter som bostadslös eller underlåter att medicinera allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni eller somatisk sjukdom som hjärtsvikt.

Således skall man ta hänsyn till allmäntillstånd, följsamhet i medicinering, näringsintag och den övriga sjukdomsbilden vid bedömning av vårdbehovet enligt LVM.

- *Social katastrof*

Att missbrukaren ”löper uppenbar risk att förstöra sitt liv” utgör den andra specialindikationen. Denna tillkom främst för att säkerställa yngres behov av vård där syftet är att hindra framtida utslagenhet och marginalisering, man vill försöka bryta en destruktiv utveckling så fort som möjligt.

Utsatthet för våld, prostitution och kriminalitet kan vägas in i bedömningen.

- *Allvarligt skada sig själv eller någon närstående*

Denna indikation inkluderar både fysisk- och psykisk skada. Det kan handla om suicidförsök, hot och misshandel av närstående.

Närstående är väldigt utsatta utifrån att de kanske inte vågar eller vill påtala misshandel eller verbala våldsamheter. Till närstående räknas make, maka, sambo, barn, föräldrar och syskon. Till närstående räknas också tidigare relationer där det finns gemensamma barn.

Skyddet för närstående gäller däremot inte ett ännu ofött barn men sannolikt uppfyller en gravid kvinna med fortgående missbruk ändå rekvisiten för LVM.

### ***Anmälningsskyldighet***

Inom hälso- och sjukvård är anmälningsskyldigheten enligt LVM särskilt reglerad och gäller endast läkare.

All personal kan dock göra en orosanmälan till socialtjänsten (25 kap. 12 § OSL).

Enligt LVM 6§, andra stycket, skall läkare genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om någon som kan antas vara i behov av vård med stöd av LVM. Anmälningsskyldigheten gäller alla läkare (även icke-leg) i allmän- eller privat tjänst under förutsättning att inte tillfredsställande vård kan beredas inom den egna verksamheten.

Således är man inte tvingad att göra en anmälan om man som läkare anser sig kunna ge adekvat omhändertagande på den egna kliniken.

Anmälan kan vara muntlig (telefon) men bör kompletteras med ett skriftligt dokument som inte behöver vara någon längre utläggning om patientens tillstånd.

Om man uppfattar en överhängande fara för liv och hälsa skall man oavsett tid på dygnet kontakta socialjouren då ett omedelbart omhändertagande kan bli fallet, se nedan.

### ***Sekretess och LVM***

Självklart hävs sekretessen om du som läkare gör en LVM-anmälan, socialnämnden måste få tillgång till underlag och uppgifter för sin fortsatta utredning.

När det gäller utlämning av journalhandlingar får socialnämnden vända sig till enhet för menprövning inom sjukvården och denna bedömning görs inte av den enskilda vårdgivaren.

### ***LPT eller LVM?***

Som läkare har man ett ansvar att bedöma om patienten uppfyller rekvisiten för LPT då denna lag går före LVM. Det finns inget som hindrar att du samtidigt som vårdintyg utfärdas också gör en anmälan om LVM till socialnämnden.

En drogutlöst psykos kan snabbt passera och då faller indikationen för LPT, dock kan ett fortgående och livshotande missbruk finnas kvar där det är angeläget med adekvat gränssättning via LVM.

Både beslut om LVM och LPT kan överklagas varför det ytterst kan bli domstolen som avgör vilket lagrum som blir tillämpligt i det enskilda fallet.

Vård enligt LPT får inte bedrivas på LVM-institutioner.

En person som omfattas av beslut om LVM skall kvarhållas på sjukhus under den tid det tar att ordna transport till anvisat LVM-hem, detta beslutas av verksamhetschef, inte av chefsöverläkaren, men kan delegeras till specialistläkare inom psykiatrin.

### **Läkarundersökning och LVM-intyg**

Socialnämnden beslutar om läkarundersökning samt anvisar läkare för detta, läkaren bör förses med en kort beskrivning om bakgrunden inför bedömningen.

Intyget bör innehålla en så komplett medicinsk och psykiatrisk sjukdomshistoria som möjligt då initiala insatser på LVM-institutionen kanske bara har detta dokument som underlag. Intyget väger tungt vid förhandling i domstol och ett dåligt underlag kan innebära att vården inte kommer till stånd.

Om patienten inte frivilligt går med på läkarundersökning kan socialnämnden begära polishandräckning för att undersökningen ska komma till stånd.

Som läkare kan jag inte begära handräckning för denna undersökning men polis kan närvara om situationen påkallar detta.

Normalt inleder socialnämnden en utredning om detta påkallats av läkare eller annan myndighetsperson, även anhöriga har möjlighet att göra en orosanmälan.

Utredningen syftar till att ge berörd person en chans att yttra sig om vårdform och val av institution, så långt det är möjligt skall frivilliga alternativ prövas.

Utredningen som sedan skall upp till förhandling i förvaltningsrätten kan ta någon vecka i anspråk om det inte handlar om ett omedelbart omhändertagande enligt nedan.

### **Omedelbart omhändertagande**

Om situationen är akut kan socialnämnden fatta beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Detta förutsätter att det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av LVM och rättens beslut inte kan avvaktas. Här räcker inte endast generalindikationen och den sociala specialindikationen utan de två övriga specialindikationerna som rör hälsa och skada måste vara uppfyllda.

När patienten är föremål för omedelbart omhändertagande blir man på jourtid ofta tillfrågad om läkarundersökning då polisen skjutsat personen till akutmottagningen. Läkarens roll blir då att utesluta somatisk- eller psykisk sjukdom som kräver inneliggande observation på sjukhus.

### **Utagerande eller våldsam LVM-patient på vårdavdelning**

En patient som läggs in på en av våra vårdavdelningar enligt LVM skall hållas kvar i väntan på transport till en institution anvisad av Statens institutionsstyrelse.

Om patienten blir mycket utagerande och riskerar säkerheten för personal och medpatienter skall en vårdintygsprövning göras.

Om patienten inte uppfyller rekvisiten för LPT kan det bli aktuellt att släppa ut personen men då skall både polismyndighet och socialtjänst informeras.

Denna handläggning försvaras av nödvärn med beaktande av medpatienters- och personalens säkerhet, bakjour skall besluta om handläggningen.

Tveka inte att tillkalla väktare eller polis om personen är våldsam.

Var noga med att dokumentera i journalen vilka överväganden som gjorts i samband med denna situation. Om polis eller ordningsvakt tillkallas bör dessa göra en bedömning om personen skall omhändertas enligt LOB.

### ***Lagen om omhändertagande av berusade personer m.m., LOB***

Om patienten är påverkad av alkohol eller droger kan lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m., LOB, bli aktuell. För att göra ett sådant omhändertagande måste man vara polis eller inneha ett förordnande som ordningsvakt.

Om en ordningsvakt gjort detta omhändertagande skall personen skyndsamt överlämnas till närmaste polisman.

Den som omhändertas enligt denna lag skall vara så berusad av alkohol eller annat berusningsmedel att hen inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller någon annan. Personen skall hållas i förvar hos polisen och den omhändertagne skall frigges så snart tillståndet tillåter eller senast åtta timmar efter ingripandet.

Rusmedel och paraferalia (verktyg för droganvändning) som anträffas skall tas i beslag och förstöras av polismyndigheten.

### ***Lag (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus***

Denna lag är tämligen okänd inom sjukvården men ger enheter på sjukhus som är särskilt inriktade på vård för missbruk av beroendeframkallande medel lagligt stöd för insatser enligt nedan.

Verksamhetschef får ställa följande villkor för att ta in någon på sjukhuset för vård av missbruk av beroendeframkallande medel;

1. att patienten underkastar sig kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning.
2. att patienten medger undersökning av vad hen innehar eller får sig tillsänt.

Om rusmedel eller verktyg för droganvändning påträffas skall dessa omhändertas och förstöras. Lagen gäller oavsett vårdform och omfattar således också vård enligt HSL. Det skall finnas ett skriftligt beslut från Inspektionen för vård och omsorg att lagen skall tillämpas på berörd beroendeenhet. I verksamhet där beroendevården bedrivs på avdelningar som också ger psykiatrisk tvångsvård behöver inte denna lag tillämpas, se sidan 19. Det är chefsöverläkare eller delegerad specialist som beslutar om åtgärderna.

### ***Sammanfattning av läkarens roll vid LVM***

1. Anmälningsskyldighet, det räcker att ringa på jourtid och göra detta muntligt.
2. Undersöka patient och utfärda LVM-utlåtande om patienten är handräckt för undersökningen. Om patient redan har ett beslut om LVM ska du bedöma att inte sjukhusvård är påkallad av somatiska eller psykiatriska skäl.
3. Om patient vårdas på sjukhus och ett beslut om LVM tas eller finns skall patienten hindras att lämna sjukvårdsinrättningen tills transport är ordnad
4. Vi får inte medicinera eller gränssätta patienten med tvång enligt LVM, är detta aktuellt skall bedömning avseende LPT göras.
5. LPT går före LVM.

## Del IIIb, Lagen om vård av unga - LVU

Anledningen till att jag tar upp lagen om vård av unga, LVU, i samma kapitel som LVM är att vi oftast kommer i kontakt med ungdomar där ett beslut om LVU grundar sig på just missbruk eller beroende hos en person som inte fyllt 20 år.

Dock kan ett beslut om LVU grunda sig på annan bakgrund varför jag kort beskriver denna lagstiftning nedan.

### ***När är vård enligt LVU indicerad?***

Denna vård är aktuell när det i den unges hem finns fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet som innebär en påtaglig risk för den unges hälsa eller utveckling.

Vidare säger lagen att vård enligt LVU skall beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom brottslig verksamhet, missbruk av beroendeframkallande medel eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Således är lagen tänkt att skydda den unge i sin uppväxt och ta vara på hens intressen tills personen är så gammal att hen själv klarar av att ansvara för sitt liv och hälsa.

### ***Vem beslutar om vården?***

Precis som med LVM kan Socialnämnden besluta om ett omedelbart omhändertagande om rättens beslut inte kan avvaktas och den unge löper uppenbar risk att skadas vad gäller hälsa eller utveckling.

Det är Förvaltningsrätten som sedan skall pröva omhändertagandet som vid annan tvångsvård.

Om situationen inte är så instabil som ovan kan Socialnämnden efter en utredning ansöka om LVU i stället för ett akut omhändertagande.

### ***Var skall vården ske?***

Vården kan ske i ett öppet hem med vuxna som skall finnas tillhands och sörja för den unge då föräldrarna sviktar eller inte finns.

Om situationen är mycket instabil kan den unge vistas i ett hem för särskilt noggrann tillsyn som innebär att hon eller han kan hindras att lämna hemmet och begränsas i sin rörelsefrihet för att vården skall kunna genomföras på ett säkert sätt.

Vidare kan den unge förvägras telefonsamtal och besök om detta äventyrar vården eller ordningen vid hemmet.

Uppföljningen av den unge är angeläget och viktigt, inte minst utifrån de missförhållanden som beskrivits av de personer som var fosterhemsplacerade på femtio- och sextiotalet.

Socialnämnden skall enligt lagen besöka den unge regelbundet där han eller hon är placerad, ha enskilda samtal med den unge, samtal med de vuxna som har hand om den unge och med vårdnadshavarna.

För de slutna placeringarna är det Statens institutionsstyrelse som ansvarar och följer upp.

## ***Sjukvårdens roll i LVU***

Chefsöverläkare eller annan läkare har ingen möjlighet att besluta om någon gränssättning eller annan frihetsberövande åtgärd när det gäller LVU.

Vård inom psykiatri eller beroendemedicin kan bli aktuellt för den som vårdas enligt LVU, då vårdas personen samtidigt enligt HSL då placeringen på sjukhus är att betrakta som frivillig. Om vi i sjukvården behöver gränssätta personen måste vi pröva om rekvisiten för LPT är uppfyllda enligt nedan.

### ***Kan den unge bli föremål för LPT?***

Någon nedre åldersgräns för personer som kan bli föremål för LPT finns inte, dock finns det vissa skillnader mellan vuxna och barn och unga under 18 år i lagstiftningen. Detta beskrivs i detalj under rubriken tvångsvårdens innehåll på sidan 14.

Således kan man skriva vårdintyg och ta intagningsbeslut som vid konvertering om personen som vårdas enligt LVU redan är inskriven i psykiatrisk slutenvård och uppfyller rekvisiten för detta (skall inte blandas ihop med slutna ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken, se kapitel om LRV).

Om den unge som har ett LVU-beslut kommer utifrån för bedömning blir vanligt vårdintyg och intagningsbeslut aktuellt om rekvisiten för LPT uppfylls.

**Inom psykiatri skall vi således bedöma om den unge med vård enligt LVU också uppfyller rekvisiten för LPT om gränssättning och tvångsåtgärder som inlåsning och medicinering är aktuellt. Socialnämnden måste informeras av sjukvården om vi inte kan fortsätta vårda den unge inom slutenvården.**

Om den är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutna ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken skall vårdintyg för lagen om rättspsykiatrisk vård användas och tvångsvården blir således enligt LRV.

## Del IV, Nödrätt och nödvärn

På ett sjukhus kan självklart våldsamma och farliga situationer uppstå precis som i övriga samhället. Givetvis kan man som personal oavsett kategori behöva ingripa för att avstyra att någon person skadar sig själv eller någon annan. Här har man inte något stöd för åtgärderna via LPT eller LRV om patienten vårdas frivilligt.

Precis som ute i samhället i övrigt har man en juridisk rätt och en moralisk skyldighet att avvärja uppenbar fara för en medmänniska eller egendom.

Den moraliska delen är väl självklar och avhandlas inte vidare, men hur ser juridiken ut?

### **Nödrätten**

För att hindra att någon skadar sig själv kan den så kallade nödrätten vara möjlig att tillämpa, denna regleras i brottsbalken 24 kap 4§.

Denna innebär att våld eller handling som annars skulle vara brottslig får tillgripas för att avvärja fara för liv, hälsa eller egendom. Förutsättningen är dock att våldet eller handlingen som tillgrips för att neutralisera faran kan anses som försvarlig.

Man får med andra ord inte använda mer våld än nöden kräver.

Faran behöver dock inte, som vid nödvärn, utgöras av brottslig gärning. Var och en som hänvisar till nödrätten är personligt ansvarig för handlingen.

Nödrätten är självklart tillämplig om man bryskt måste gränssätta en patient som försöker beröva sig livet eller tillfoga sig allvarlig skada. Man kan som personal hamna i en situation där man måste bälteslägga eller avskärma patienten för att få situationen under kontroll. Man får dock inte ge läkemedel mot patientens vilja med hänvisning till nödrätten då gränssättningen genast måste kunna upphöra när situationen avklingat. Tillkalla läkare så snart situationen tillåter, bedömning om konvertering skall göras.

### **Nödvärn**

Vid nödvärn får man ingripa och avbryta en farlig situation förutsatt att man inte tillgriper mer våld än nöden kräver. Denna lag regleras också i brottsbalken.

Här är förutsättningen att det handlar om ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Nödvärn är också tillämpligt om någon olovligen försöker tränga sig in i ett rum eller byggnad. Nödvärnsrätten föreligger inte längre då angriparen frivilligt dragit sig tillbaka eller situationen på annat sätt avklingat.

Situationer på en vårdavdelning där nödvärnsrätten kan åberopas är när en patient ger sig på inredning, medpatienter eller personal. Detta gäller även när en patient på ett övertygande farligt sätt hotar att misshandla personal eller medpatienter.

Här kan man behöva avskärma eller bälteslägga patienten som omedelbar åtgärd. Man kan inte ge läkemedel mot patientens vilja med hänvisning till nödvärn då gränssättningen genast skall kunna upphöra då situationen avklingat.

Kom ihåg att skilja på kortvarig avskärmning i väntan på bedömning vid nödvärn och avskiljning efter beslut om LPT eller LRV

Tillkalla läkare så snart situationen tillåter, bedömning om konvertering skall göras.

### **Dokumentation**

Dokumentera i journalen att du agerat utifrån nödrätt eller nödvärn och vilka mindre ingripande åtgärder som eventuellt prövades innan denna gränssättning.



## **Referenser, läsa vidare**

Psykiatrisk tvångsvård, kliniska riktlinjer för vård och behandling  
*Svenska psykiatriska föreningen 2013, huvudredaktör Tuula Wallsten*

Öppen Tvångsvård  
*Institutet för Medicinsk Rätt AB 2008. Ulf H Fröberg*

Psykiatrins Juridik 2023, *JURIS Verksamhetsinriktaduppslagsbok, Hans Adler, Patric Hamilton, Erik Nilsson, Karin Sparring Björkstén, Mats Wikner*

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård  
*Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, SOSFS 2008:18.*

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2020:87

Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 2/2021: Information om ändringar i LPT och LRV som syftar till att förbättra för barn inom den psykiatriska tvångsvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, HSLF-FS 2022:62

DocPlusSTYR-9150, Tvångsvård och tvångsåtgärder, Riktlinje. *Reviderat av Carina Occasus 2023-02-27.*

Den Rättspsykiatriska vården.  
*Studentlitteratur 2009. Susanne Strand, Gunnar Holmberg & Erik Söderberg*

Svensk Rättspsykiatri  
*Studentlitteratur 2004. Red. Lars Lidberg & Nils Wiklund*

LVM i hälso- och sjukvården, Handbok för hälso- och sjukvårdens tillämpning av lagen om vård av missbrukare i vissa fall. *Socialstyrelsen.se, juni 2022.*

Lagarna i sin helhet hittar du på [riksdagen.se](https://riksdagen.se)

*Illustrationer: Fotolia By Adobe*

## *Twångsåtgärder*

### En snabbguide för arbetsledande sjuksköterska

#### **Twång enligt LPT och LRV:**

**Avskiljning och bältesläggning** kan ske på beslut från ansvarig sjuksköterska som därefter genast meddelar primärjour eller bakjour för fortsatt handläggning.

Avslut av dessa insatser får bara ske på läkarordination.

Patienten skall stå under ständig observation under dessa insatser.

**Twångsinjektion** skall ordineras av läkare inför varje tillfälle och depotpreparat skall ej ges innan intagningsbeslut är fattat.

Ansvarig sjuksköterska dokumenterar dessa insatser i aktivitetshanteraren.

*Patienten skall informeras om medicineringen av ansvarig läkare som också kontrollerar överkänslighet och eventuell biverkningskänslighet innan.*

**Efter tvångsåtgärd skall patienten erbjudas uppföljande samtal med omvårdnadspersonal och ansvarig sjuksköterska** (enligt 18a § LPT).

#### **Nödvärn och Nödrätt:**

**Nödrätt** innebär rätten att avbryta eller förhindra att någon orsakar sig själv allvarlig skada eller utsätter sig för livsfara med det våld som situationen kräver.

**Nödvärn** innebär rätten att avbryta ett pågående angrepp på person eller egendom med det våld som situationen kräver.

Vid dessa situationer skall insatsen avslutas så snart situationen avklingat.

Vid behov kan patienten **läggas i bälte eller avskärmas** från medpatienter samtidigt som man meddelar primärjour om omedelbar assistans för bedömning om indikation för LPT. Åtgärden skall avslutas så snart situationen avklingat

Man **får inte ge medicinering mot patientens vilja** enligt nödrätt eller nödvärn.

Dessa insatser skall dokumenteras i en journalanteckning där situationen som föranlett dessa tvångsåtgärder noggrant beskrivs. Ange om det handlat om nödrätt eller nödvärn.

*Tillkallad läkare skall göra en undersökning för vårdintyg, patienten skall också informeras om varför man ansett sig tvungen att vidta åtgärder enligt nödrätt eller nödvärn.*



