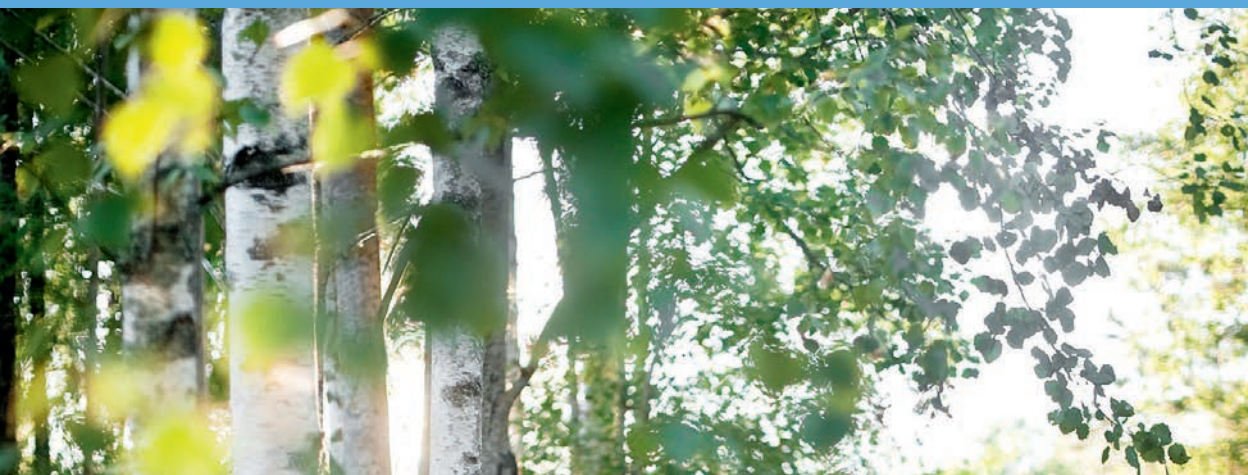


psykiatrisk tvångsvård

KLINISKA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH BEHANDLING



psykiatrisk tvångsvård

KLINISKA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH BEHANDLING

Huvudredaktör

Tuula Wallsten

Anna Björkdahl

Peter Engelsöy

Herman Holm

Lisa Görefält

Pontus Höglund

Lars Kjellin

Lars-Håkan Nilsson

Mikael Nilsson

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

© 2013 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB
ISBN 978-91-7205-947-4

Kopieringsförbud! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Fortbildning AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Redaktör: Corinna Müller
Omslag och grafisk form: Catharina Ekström
Omslagsfoto: Bildarkivet/Heléne Grynfarb

Första upplagan, första tryckningen

Tryck: Baltoprint, Litauen 2013

Tryckt på miljövänligt framställt papper.

Gothia Fortbildning
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70, fax 08-644 46 67
info@gothiafortbildning.se
www.gothiafortbildning.se

Innehåll

Förord – ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen	5
Förord	7
Författarpresentation	8
1. Inledning	11
2. Informera och kommunicera med patient och närstående	19
3. Förutsättningar för tvångsvård	24
4. Vårdintyg	28
5. Handräckning	36
6. Kvarhållningsbeslut	38
7. Tvångsåtgärder före intagningsbeslut	42
8. Nödvärn och nödrätt	51
9. Intagningsbeslut	54
10. Konvertering	64
11. Vårdplan	67
12. På vårdavdelningen	71
13. Ansökan om fortsatt vård enligt LPT	80
14. Tvångsåtgärder vid LPT-vård	82
15. Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT)	91
16. Barn och LPT	95
17. Viktigt att veta om rättspsykiatrisk vård för allmänpsykiatri... ..	101
Bilaga: Exempel på skriftlig information till tvångsvårdade patienter	105
Länktips	108
Referenser	109

Förord

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) kliniska riktlinjer vid tvångsvård syftar till att, så långt möjligt, ta hänsyn till patientens och närståendes medverkan och värdighet. Frihetsberövande är ett allvarligt myndighetsutövande som ställer stora krav på empati och lyhördhet för att undvika stigmatisering.

Riktlinjerna ger praktisk vägledning i konkreta situationer och exemplifierar med patientfall. De gäller tillämpningen av lagen från 1992: lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Slutsatserna från Psykiatrilagsutredningen (SOU, 2012) har också beaktats, liksom allmänna förändringar inom psykiatri där patientens och närståendes ställning betonas alltmer. Psykiatrilagsutredningens förslag till en ny tvångslagstiftning bereds för närvarande men det är oklart när en förändring kommer och vilka förändringar som i så fall genomförs. Föreliggande riktlinjer beskriver lämpliga förhållningssätt vid kritiska situationer, vilket är av värde även om det sker en lagändring.

Brist på forskning inom området utgör ett hinder för kliniskt riktlinjearbete, men en svensk avhandling (2006) och det nationella projektet ”Bättre vård – mindre tvång” (2010–2012) gav stöd för slutsatserna att ökad kommunikation med patienterna, samverkan med anhöriga och ett lyhört förhållningssätt minskar behovet av tvång och förbättrar patientens upplevelse av tvångsvård.

Riktlinjerna vänder sig framför allt till psykiatrer, men även till psykiatrisk vårdpersonal både inom öppen- och slutenvård. De är även riktade till vårdintygsskrivande legitimerade läkare inom andra specialiteter och kan också läsas av personer som är allmänt intresserade av ämnet.

Lena Flyckt

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska Psykiatriska Föreningen har utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1

Förstämningssjukdomar* nr 2

Ångestsyndrom* nr 3

Alkoholproblem nr 4

Självmoordsnära patienter nr 5

Tvångsvård nr 6

Äldrepsykiatri nr 7

Ätstörningar* nr 8

Personlighetsstörningar* nr 9

Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom pdf www.svenskpsykiatri.se

Schizofreni nr 10

Äldrepsykiatri nr 11

Suicidnära patienter nr 12

Psykiatrisk tvångsvård nr 13

*) under revidering

Förord

Den psykiatriska tvångsvården håller på att förändras, både i Sverige och i grannländerna. Det sker en tydlig förändring mot ökad delaktighet, dialog och systematiska försök att så långt det är möjligt begränsa tvånget. Denna utveckling sker delvis vid sidan om lagstiftningen och tar sig uttryck i vårdvardagen i form av en gemensam vårdplanering tillsammans med patienten, eftersamtal efter tvångsåtgärder, ytterligare familjesamtal och närståendekontakter. Åren 2010–2012 genomfördes ett stort nationellt projekt, ”Bättre vård – mindre tvång”, där närmare 150 team från olika vårdavdelningar deltog och arbetade med detta som fokus.

Psykiatrisk tvångsvård är kronologiskt upplagd och följer patientens väg från hemmet – via eventuell handräckning, vårdintyg, kvarhållande och intagning för vård enligt LPT – till utslussning och i en del fall öppen psykiatrisk tvångsvård. Riktlinjerna kan användas som uppslagsbok och vi ser även gärna att de används som underlag för seminarier och diskussioner ute i verksamheten, inte minst med tanke på att många praktiska situationer handlar om etiska överväganden och ställningstaganden. I texten återfinns flera kliniska exempel, som kan stimulera till samtal och diskussion.

Några begrepp som används i texten:

Chefsöverläkaren – avser chefsöverläkaren men också alla de läkare med delegation att gå in i chefsöverläkarens ställe.

Närstående – avser anhöriga, vänner eller andra som står patienten nära.

Psykisk störning, allvarlig psykisk störning. Vi har diskuterat begreppen sjukdom kontra störning och kommer i texten konsekvent att använda begreppet störning, även om det också täcker en rad tillstånd som ibland benämns sjukdom.

Personal, vårdpersonal – avser samtliga yrkesgrupper verksamma inom psykiatrin. Då enbart läkare, eller annan personal än läkare, avses skriver vi ut detta.

Tuula Wallsten
huvudredaktör

Författarpresentation

TUULA WALLSTEN

Chefläkare, med.dr
Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling
Landstinget Västmanland
Svenska Psykiatriska Föreningen

ANNA BJÖRKDAHL

Sjuksköterska, med.dr
Stockholms läns sjukvårdsområde
Karolinska Institutet

PETER ENGELSÖY

Verksamhetschef, specialist i Barn- och ungdomspsykiatri
BUP-kliniken i Stockholm
Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

HERMAN HOLM

Överläkare
Psykiatri Skåne
SKL:s projekt Bättre vård – mindre tvång

LISA GÖREFÄLT

Leg. arbetsterapeut
Rättspsykiatri Vård Stockholm
Löwenströmska sjukhuset
Förbundet Svenska arbetsterapeuter

PONTUS HÖGLUND

Etiksamordnare/doktorand
Verksamhetsområde Rättspsykiatri
Region Skåne
Svenska Psykiatriföreningen för Skötare

LARS KJELLIN

Forskningschef, docent
Psykiatriskt forskningscentrum
Örebro läns landsting

LARS-HÅKAN NILSSON

Medicinsk rådgivare
Kriminalvården
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen

MIKAEL NILSSON

Avdelningschef, leg. sjuksköterska
Psykiatri Varberg
Psykiatri Halland
Psykiatriska Riksföreningen

Adjungerad medlem

KARL-OTTO SVÄRD

Medicinalråd
Inspektionen för vård och omsorg

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

DAN GOTHEFORS

»De sjuke skola vid hospital med mildhet behandlas.

Inga andra tvångsmedel må användas, än sådana, genom hvilka den sjuke, utan att kroppsligt misshandlas eller moraliskt förnedras sättas ur stånd att skada sig eller andra.«

1. Inledning

Psykiatrisk tvångsvård förekommer över hela världen och är ingen ny företeelse. Sedan lång tid har det enligt lag funnits möjligheter att vårda människor med psykiska störningar mot deras vilja. Redan i exempelvis Uppsalalagen från 1200-talet fanns stadgar om vad omgivningen hade att göra när någon ”mister vettet” (Grönwall & Holgersson, 2009).

I Sverige i dag är de mänskliga fri- och rättigheterna grundlagskyddade genom Regeringsformen, och Sverige har åtagit sig att följa den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen, 1950). En begränsning av de mänskliga fri- och rättigheterna får dock under vissa förutsättningar göras med stöd av lag för ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ger lagligt stöd för att ge tvångsvård under frihetsberövande. Tvångsvården ska syfta till att få patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som hon eller han bedöms behöva (2 § LPT). Det frihetsberövande och de tvångsåtgärder som LPT tillåter är tänkta att ses som skyddsåtgärder som ska utövas med största möjliga hänsyn till patienten och så skonsamt som möjligt.

Under de senaste decennierna har det svenska regelverket för den psykiatriska tvångsvården förändrats ett flertal gånger. Den tidigare lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) ersattes från och med 1992 av två nya lagar, lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Sex år senare publicerade Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) kliniska riktlinjer för tvångsvården (Svenska Psykiatriska Föreningen, 1998).

LPT och LRV har därefter reviderats vid flera tillfällen. En översikt ges i Socialstyrelsens handbok *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsyki-*

atrisk vård (Socialstyrelsen, 2009). Den senaste stora förändringen var införandet av de nya vårdformerna ”Öppen psykiatrisk tvångsvård” respektive ”Öppen rättspsykiatrisk vård” 2008. Förändringarna ledde till ett behov av att ersätta SPF:s tidigare riktlinjer, som i huvudsak återgav lagtexten med kommentarer.

Endast de i LPT angivna formerna för frihetsberövande och tvångsåtgärder är tillåtna – alla andra former av tvång och tvångsåtgärder är förbjudna. Hälso- och sjukvårdslagens föreskrifter om att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård gäller all psykiatrisk vård, inklusive tvångsvården.

Några utgångspunkter för riktlinjerna

Inom ramen för ett europeiskt forskningsprojekt benämnt EUNOMIA – European Evaluation of Coercive Measures in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice (se t. ex. Kallert m.fl., 2005; Kallert m.fl., 2011) – har förslag till gemensamma europeiska kliniska riktlinjer för tvångsintagning, konvertering från frivillig vård till tvångsvård, tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljning utarbetats (Fiorillo m.fl., 2011). Avsikten var att försöka bidra till en harmonisering av tillämpningen av tvång i psykiatrisk vård i Europa. En förkortad omarbetning och översättning till svenska (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008) av det gemensamma europeiska dokumentet har utgjort utgångspunkt för arbetet med föreliggande riktlinjer.

Arbetet med riktlinjerna har också tagit avstamp i den i april 2012 avslutade Psykiatrilagsutredningen (SOU, 2012). Den mer framträdande skillnaden i det nya lagförslaget är återinförande av tillräknelighetsbegreppet, där utredningen bygger på Psykansvarskommitténs förslag (SOU, 2002). LRV ger domstolen möjlighet att ha tvångsvård som påföljd till brott. Den särskilda utskrivningsprövningen har också öppnat för möjligheten att fortsätta ha personer tvångsvårdade enligt LRV trots att det medicinska vårdbehovet inte längre finns kvar, med hänvisning till samhällsskydd. Detta står i strid med internationella etiska deklARATIONER, till exempel Hawaii-deklARATIONEN (1983) och den senare MadriddeklARATIONEN (1996), som slår fast att en psykiatriker inte får medverka i tvångsmässig psykiatrisk vård av personer som inte är psykiskt störda. Nu före-

slås att man i framtiden inte kan döma brottslingar till psykiatrisk tvångsvård. Denna får enbart ges i de fall det finns ett vårdbehov och inte användas som påföljd, vilket är fallet i dag.

Utredningens förslag till ny lag bereds för närvarande och det är ännu oklart hur mycket av förslaget som kommer att genomföras och när nuvarande lag kommer att förändras. Frågor kring etiskt förhållningssätt, kommunikation, delaktighet och mycket annat när det gäller tvångsvården är emellertid till största delen oberoende av lagens utformning, varför vi valt att ge ut dessa kliniska riktlinjer innan den nya lagen träder i kraft. De kommer senare att behöva revideras och kompletteras. Riktlinjerna utgår från regelverket i och kring LPT. I ett särskilt avsnitt redovisas vad som är viktigt att veta om rättspsykiatri för personal verksam inom allmänpsykiatri, men det juridiska regelverket enligt LRV behandlas inte i detalj.

En stor förändring över tid är patienternas krav på och rätt till ökad delaktighet och behov av information. I mycket större utsträckning än tidigare upprättas i dag tillsammans med patient och närstående en vårdplan där man försöker att så långt det går gemensamt sätta mål för behandlingen och hur de ska uppnås. Denna utveckling drivs delvis av patienterna och de närstående själva men också av en allmän utveckling i samhället med ökad delaktighet och ökat ansvarstagande. I LPT framgår detta i 17 §.

17 § I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren.

Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Lag (2008:415).

Det har också betonats i den senare patientsäkerhetslagens (PSL) sjätte kapitel.

Ett gott bemötande, en god vårdrelation och hög delaktighet från patientens sida ökar förutsättningarna för goda vårdresultat såväl på kort som på lång sikt (Hamann m.fl., 2006; Lindström m.fl., 2007).

Forskning inom psykiatrisk tvångsvård har visat att patienter som upplevt att de har fått beskriva sin situation för någon som aktivt lyssnar och uppfattat att de behandlats med respekt, omtanke

och god vilja har känt sig mindre kränkta och traumatiserade av tvånget i vården än de som inte uppfattat sig bemötta på det sättet (se t. ex. The MacArthur Coercion Study, 2004; Katsakou & Priebe, 2007). Det har också visats att patienter som upplevt ett gott bemötande har ett bättre subjektivt behandlingsresultat efter psykiatrisk slutenvård (Wallsten m.fl., 2006). Patienter som initialt är tillfredsställda med behandlingen vid tvångsvård uppger i högre grad än andra patienter att intagningen var berättigad och har färre återintagningar efter ett år (Priebe m.fl., 2009). Kunskapen om tvångets inverkan på utfallet av behandlingen är emellertid begränsad (Høy-er, 2008). När det gäller öppen tvångsvård konstateras i en översikt av två randomiserade studier att sådan vård inte resulterar i någon signifikant skillnad i vårdutnyttjande, social funktion eller livskvalitet jämfört med standardvård (Kisely m.fl., 2011).

Bristen på forskning kring tvångsvårdens effekter gör att riktlinjer på området inte huvudsakligen kan bygga på vetenskaplig evidens, vilket dock inte hindrar att det är meningsfullt och viktigt att utarbeta sådana riktlinjer (Steinert & Lepping, 2011). Föreliggande dokument utgör ett försök att formulera en ”best practice” för psykiatrisk tvångsvård utifrån etiska överväganden och aktuell kunskap, baserad på forskning och kliniska erfarenheter samt erfarenheter som förmedlats från patienter och närstående.

Psykiatrisk tvångsvård, etik och juridik

Att insjukna i och leva med allvarlig psykisk störning medför ett stort lidande. När en människas psykiska tillstånd blivit så pass dåligt att det bedöms utgöra en allvarlig psykisk störning kan det innebära att denna störning, i kortare eller längre perioder, inskränker eller slår ut en människas förmåga att förstå sitt eget bästa. Hon eller han bedöms då inte ha insikt i sin situation, de alternativ som står till buds för att lösa den samt konsekvenserna av gjorda val. När lagens kriterier bedöms vara uppfyllda kan läkaren i sådana situationer fatta beslut om tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder med hänvisning till att det ligger i patientens eget intresse. Detta är ett uttryck för paternalism, ett framträdande förhållningssätt i den hippokratiska traditionen (den hippokratiska eden) inom medicinen. Ett paternalistiskt ingripande kan vara ett både nödvändigt och modigt agerande – men behöver alltid ske med patien-

tens bästa för ögonen. Detta uttrycks i exempelvis Madriddeklarationen (1996): "Behandlingen måste alltid vara i patientens bästa intressen." Tvång kan tillgripas av omsorg och solidaritet (Jacobsen, 2013).

En gängse definition är att moral avser handlingar medan etik är moralens teori. Etik kan således sägas innebära systematisk reflektion över vilka värden som är goda och vilka handlingar som därmed blir de rätta. Den medicinska etiken har under de senaste decennierna dominerats av normativ etik med inriktning på principer. De författare som haft störst inflytande på området har formulerat fyra grundläggande principer som grund för handlandet: autonomi, göra gott, inte skada och rättvisa (Beauchamp & Childress, 2001). Enligt Beauchamp och Childress innebär paternalism ett medvetet övertagande av en persons kända önsknings eller handlingar, rättfärdigat av en avsikt att göra gott för eller inte skada personen ifråga.

Uppenbart är dock att ett paternalistiskt ingripande i form av psykiatrisk tvångsvård kommer i konflikt med autonomiprincipen, vanligen tolkad som liktydig med att respektera patientens rätt till självbestämmande. Principen om att göra gott sanktionerar tvång men enligt principen om icke-skada ska tvånget utföras så respektfullt som möjligt och på ett sätt som skadar patienten så lite som möjligt. Den grundläggande rätten att bestämma över sig själv inskränks kraftigt genom att vården sker med stöd av rättsligt sanktionerat tvång, men att vårda någon under tvång ger i bästa fall den tvingade en tillfällig frist i kravet att själv ta det fulla ansvaret för sitt liv och leverne. Tvånget kan vara en signal till patienten om att situationen är allvarlig, men också om att patienten tas på allvar.

Den psykiatriska tvångsvården, där personer är svårt psykiskt störda och dessutom vårdas mot sin vilja, kräver därför en etisk medvetenhet, mellanmänsklig lyhördhet och ett ödmjukt förhållningssätt med försök till förståelse för den enskildas situation, behov och utsatthet. Tvångsintagning och tvångsåtgärder ska omgärdas av största möjliga respekt för varje människas grundläggande rätt att så långt möjligt själv få bestämma över sitt eget liv.

Tvångsvård är maktutövning

Det beroendeförhållande som patienten har till personalen innebär ett ständigt inslag av en ojämlik makt i vården. Vårdens utövande av makt blir särskilt viktigt att reflektera över vid tvångsvård.

Makt kan förekomma i olika grad och i olika former (Thorsén & Engström, 2006). Även en välinformerad patient som är medveten om sina rättigheter befinner sig i ett underläge i förhållande till vårdpersonalen. Läkaren har formell makt att besluta om frihetsberövande och tvångsåtgärder. När polishandräckning tillgrips för att få patienten till sjukhus samt vid tvångsåtgärder och tvångsbehandling under vården utövas fysisk makt. Makten är också dispositionell, makten finns där genom att patienten vet att personalen kan tillgripa tvång och därför kanske inte protesterar.

Därutöver har personalen expertmakt när det gäller kunskaper om psykiska störningar och hur dessa bäst behandlas. Om patienten saknar tillit till läkarens och den övriga vårdpersonalens kunskaper kan behandlingen upplevas som en maktutövning. Inom personalgruppen förväntas också en viss grupployalitet. Om en enad personalgrupp har en övervägande negativ relation till patienten upplevs troligen maktutövningen tydligare.

Den ojämlika maktfördelningen mellan patient och personal kan ibland vara så inarbetad att den blir osynlig och tas för självklar. Genom att hålla maktfrågan levande kan viktiga humanistiska grundstenar i utförandet av vård och behandling hållas på ett medvetet plan.

Arten och graden av maktutövande i tvångsvården är också viktigt att reflektera över med tanke på den så kallade proportionalitetsprincipen i LPT, det vill säga att tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder ska användas om de är tillräckliga.

Tvångsvårdens kvalitet och vårdkultur

Av det ovanstående framgår att det ställs stora krav på personal inom psykiatri för att bedriva god psykiatrisk tvångsvård. Det är emellertid viktigt att framhålla att detta inte får ses enbart som den enskilda individens ansvar, utan att sjukvårdshuvudmannen har ett övergripande ansvar för vårdens kvalitet och för att personalen får utbildning, stöd och förutsättningar i övrigt att utföra sina arbetsuppgifter på det sätt som förväntas. När en person inte själv sökt

vård utan tvingas till den måste det anses vara en skyldighet från samhällets sida att personen får den bästa vård som finns att ge enligt aktuell kunskap, och det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att ge förutsättningar för att denna vård ska kunna bedrivas.

I realiteten vet vi att de organisatoriska och resursmässiga förutsättningarna för bästa möjliga tvångsvård ofta inte föreligger. Den grannliga uppgiften att vårda människor mot deras vilja bedrivs ofta under mycket pressade arbetsförhållanden. Det brukar också hävdas att särskilda vårdkulturer kan uppstå på arbetsplatser som försvårar ett individuellt bemötande av enskilda patienter utifrån egna etiska överväganden. Så kallad moralisk stress kan uppstå hos personal som har en känsla för patientens sårbarhet och bristande autonomi, men som upplever att yttre faktorer hindrar dem från att göra vad de tror är bäst för patienten (Lützén m.fl., 2003). Tvångsvården inrymmer en mängd situationer som kan ge upphov till etiska problem och moralisk stress. Lojalitetskonflikter kan uppstå, där personal med en avvikande uppfattning om vad som är bäst för patienten måste agera i enlighet med majoritetsuppfattningen eller enligt anvisningar från överordnad. Trots detta tycks inte etiska frågor kring tvångsvården diskuteras i någon större omfattning på de psykiatriska klinikerna (Kjellin m.fl., 2013). Det ligger på verksamhetens ledning att främja en kultur på arbetsplatsen som stimulerar till reflektion och diskussion, och som gör att medarbetare känner att det är tillåtet att dryfta avvikande uppfattningar.

Värdebaserad psykiatri

Det är viktigt att tydliggöra de subjektiva inslag, baserade på värden av olika slag, som finns i alla beslut. Värdebaserad medicin handlar, som ett komplement till evidensbaserad medicin, om att beakta patientens värdepreferenser och samtidigt vara medveten om de egna. Som regel bör patientens perspektiv ha tolkningsföreträde (Fulford m.fl., 2007). Ett beslut om tvångsvård eller tvångsåtgärd bör vila på både fakta och värden, som båda tydliggörs. Huruvida patienten lider av en allvarlig psykisk störning eller inte får i huvudsak anses vara en faktafråga, även om olika personer förstås kan göra olika bedömningar. Om patienten till följd av detta och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård är däremot huvudsakligen en värdefråga, som grundas

i de centrala värden som enligt den beslutande läkarens bedömning står på spel. Sådana värden kan handla om att det föreligger fara för eget eller andras liv, till exempel självmordsrisk eller påtaglig aggressivitet, eller hot mot egen värdighet eller personlig integritet, exempelvis vid maniska tillstånd. Situationen måste också bedömas vara så allvarlig att det är motiverat att kränka patientens självbestämmande för att värna om dessa värden (Engström, 2006).

Det går inte att fastställa vad som är objektivt rätt eller fel när det gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder. Frågorna är inte av den karaktären att det finns rätta svar. Det juridiska regelverket utgör grunden för besluten, men de etiska frågorna kan inte besvaras enbart baserat på lagtexten. Det behövs därför en löpande etisk reflektion i vårdens vardag och ett transparent resonemang om skälen för tvångsvårdsbeslut.

En förhoppning med föreliggande dokument är att det ska stimulera till sådan reflektion. Vi tror att studiecirkelformen kan vara ett bra sätt att gå igenom dokumentet på arbetsplatserna, och vi har därför infogat ett antal exempel i texten som kan utgöra underlag för diskussion.

ANGÅENDE MYNDIGHETSUTÖVNING

Den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilda.

Karaktäristiskt för myndighetsutövning är att den enskilda befinner sig i ett underläge gentemot myndigheten.

Ett beslut eller ett handlande som för en enskild person medför någon rättsverkan är att betrakta som myndighetsutövning. För den enskilda kan ett sådant beslut innebära en förmån eller en förpliktelse.

Exempel på förmåner är att tillerkännas sjukpenning eller att erhålla körkort. De intyg som det kan vara aktuellt för en läkare att utfärda i ett sådant sammanhang görs i det allmännas tjänst, och räknas som myndighetsutövning.

Exempel på förpliktiggande myndighetsutövning kan vara en anmälan till trafiksäkerhetsverket angående behörigheten att inneha körkort eller en anmälan till polismyndigheten enligt vapenlagen. Åtgärder varmed den enskilda berövas sin frihet som vid beslut om omhändertagande, begäran om polishandräckning, beslut om intagning är andra exempel på förpliktiggande beslut. En begäran av en patient att få ta del av sin journal ska behandlas skyndsamt av myndigheten. I de fall läkaren inte vill tillåta patienten att ta del av hela eller delar av journalen ska ärendet överlämnas till den politiska nämnd eller den befattningshavare som har rätt att fatta beslut i frågan.

2. Informera och kommunicera med patient och närstående

Det är en avancerad och många gånger komplicerad uppgift att informera patienter och närstående om omständigheter kring tvångsvård. När tvångsvård övervägs är patienten många gånger i så dåligt psykiskt skick att det kan vara svårt eller omöjligt att på ett för patienten begripligt sätt motivera varför man vidtar olika åtgärder. Juridiken kring tvångsvård är inte heller helt enkel och kan vara svår att förklara för lekmän. Patienters rättigheter är ju viktigt och nödvändigt att informera om, men även detta kan vara komplicerat.

Situationen är många gånger laddad när tvångsvård övervägs och processen påbörjats med till exempel en läkarundersökning inför ett eventuellt vårdintygsskrivande, polishandräckning eller låsta dörrar på akutmottagningen. Patienten kan känna sig rädd, förtvivlad, arg och kränkt. Detta kan leda till utbrott och desperation där det kan vara svårt att ta till sig denna typ av information.

Informationen ska förmedlas utifrån varje patients förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig information. Den bör anpassas till varje patients hälsotillstånd, mognad och erfarenhet, kognitiva förmåga, eventuella funktionsnedsättning samt kulturella och språkliga bakgrund (ibland behövs tolk). Det behövs en förmåga att lyssna både på det patienten säger och det som kan vara uttalat eller underförstått, till exempel om föreställningar, farhågor och förväntningar och tidigare erfarenheter av vården.

Information bör ses i ett kommunikationsperspektiv – om hur vi tillsammans med patient och närstående skapar en så god ömse-

sidig dialog som möjligt. Vi måste inse att det handlar om en process över tid. Som personal behöver vi ständigt förvissa oss om att patienten och närstående så långt som möjligt förstått vad vi säger och genom frågor förvissa oss om att vårt budskap nått fram. Viktiga aspekter av varför vi tillgriper tvångsvård och vad vården går ut på behöver vi upprepa ofta. Vi behöver aktivt ta reda på om patienter förstått att de har rätt att överklaga vissa beslut och att de har rätt att få en stödperson.

Det är av stor vikt att vi strävar efter att göra patient och närstående så delaktiga i vård och vårdplanering som möjligt. Syftet med tvångsvård är ju att den ska övergå till frivillig vård så snart omständigheterna tillåter. Detta kan påskyndas om man kommunicerar öppet om vården och om man tillsammans planerar fortsatta vårdinsatser.

Det är angeläget att det finns skriftlig information att tillgå när patienten själv vill sätta sig in i regelverk och rättigheter kring tvångsvård. Det är viktigt att det i detta material även framgår hur vården är upplagd och vad som kommer att hända på avdelningen.

En patient som vårdas med stöd av LPT ska, så snart tillståndet medger det, genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt enligt 32 § och 33 § LPT överklaga vissa beslut, upplysas om sin rätt att anlita ombud eller biträde och om sin rätt enligt 38 § LPT att få offentligt biträde. Denna lag ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synligt för patienterna, 48 § LPT.

Hot och våld

Kommunikation i samband med hotfulla eller våldsamma situationer ställer stora krav på personalen. En god grund är att utgå från hot och våld som mänskligt fenomen. Människans kapacitet att vara hotfull och våldsam är grundläggande naturliga förmågor som utvecklats genom evolutionen för att bidra till överlevnad och utveckling. Olika samhällsfaktorer och personens livserfarenhet av relationer till andra bidrar till hur individens aggressivitet utvecklas och formas. Aggressivitet kan vara försvarsinriktad med syfte att skrämja bort och undvika hotfulla situationer eller mer offensiv med syfte att uppnå något åtråvärt. Genom att försöka förstå bakomliggande faktorer till en patients aggressiva beteende kan vi anpassa vårt bemötande och arbetssätt så att risken för våld minskar.

Risikfaktorer hos den individuella patienten kan vara tidigare återkommande våld mot andra, organiska faktorer, misstänksamhet, missbruksproblematik eller bristande verklighetsförankring (Dack et al., 2013). Samtidigt uppstår ett aggressivt eller våldsamt beteende sällan enbart på grund av sådana riskfaktorer utan i samspel med faktorer kopplade till omgivningen, såsom den fysiska miljön, och i interaktionen med andra. Exempel på detta kan vara värme, trängsel och brist på privat utrymme eller en auktoritär och regelstyrd personal. En våldspreventiv avdelningskultur kännetecknas av en fungerande och förutsägbar ordning och reda på avdelningen i kombination med en känslomässig balans och positiv inställning och förväntan i personalgruppen. Preventionsfokus ska ligga på att i vardagsvården bygga goda relationer med patienterna och att behålla detta fokus även i samband med eventuella konflikter och tvångsåtgärder (Björkdahl, 2010).

De-eskalering av konfliktsituationer

I de fall då en konfliktsituation eskalerar till en fysisk våldssituation upplever många gånger båda parter att det våld de själva använt enbart varit ett svar och ett skydd mot den andra partens våld. En lyckad nedtrappning innebär ofta att patienten upplevt sig sedd, lyssnad till och därmed respekterad samt att man hittar en lösning som båda parter kan acceptera (Price & Baker, 2012).

- Var tydlig med vilket beteende hos patienten som måste minska eller upphöra och varför det inte får fortsätta. Hänvisa inte enbart till lokala regler.
- Fråga vad patienten behöver för att själv ta kontroll över sitt beteende.
- Gör dig medveten om och förhåll dig till risknivån i situationen.
- Utgå från att patientens beteende utifrån det egna perspektivet under nu rådande förhållanden är både logiskt och motiverat. Försök att förstå och låt kommunikationen ta tid om inte situationen bedöms överhängande farlig.
- Försök låta eventuella svordomar och kränkande ord från patienten blåsa förbi i den akuta situationen.
- Betona vikten av trygghet, till exempel "Vi ser till att du inte gör någon annan illa på samma sätt som vi skulle hindra andra att göra illa dig".

- Ge om möjligt patienten valalternativ. Om patienten förkastar dina alternativ, be patienten ge egna valalternativ och överväg om något av dessa är en rimlig lösning som du kanske inte tänkt på tidigare.
- Håll dig själv lugn. En känslomässig balans underlättar din problemlösningskapacitet.
- Överväg att diskutera en ”plan B” tillsammans med medarbetare om en situation skulle eskalera och fysiska ingripanden bli nödvändiga. Betona dock att målet är att tvångsåtgärder inte ska behövas.

Skattning av risk för våld

I 3 § LPT framgår att det i samband med bedömning av patientens vårdbehov även ska bedömas om patienten på grund av psykisk störning kan anses vara farlig för andra. Det finns inga specifika krav på hur en sådan riskbedömning ska göras. En farlighetsbedömning som uttrycks i fri text ska tydliggöra de konkreta omständigheter som gör att den enskilda patienten innebär en fara för sig själv och/eller andra. Riskbedömningsinstrument kan bidra med en vetenskaplig skattningsgrund och ett gemensamt språk för olika risknivåer (SBU, 2005).

Riskbedömning med hjälp av skattningsinstrument ska ses som en del av den globala riskskattningen av patienten. En alltför hög tilltro till enbart instrumentens resultat riskerar annars att bidra till stelbenta slutsatser och etiskt tveksamma konsekvenser för patienten. Om det inte är olämpligt bör resultat av riskbedömning kommuniceras och diskuteras tillsammans med patienten. Det är också värt att notera att riskbedömningsinstrument i hög grad utgår från en bedömning av patientrelaterade data. En konsekvens av detta kan bli att andra ofta relevanta bakgrundsfaktorer till patientens risknivå, till exempel miljö eller hur patienten bemöts, inte uppmärksammas och åtgärdas.

Kommunikation efter tvångsåtgärder

Vid alla tvångsåtgärder är det viktigt att ge patienten möjlighet att tillsammans med vårdpersonal gå igenom det inträffade. Det innebär framför allt att låta patienten ostörd och oemotsagd få berätta om sina upplevelser och efter detta kunna ge information kring hur

den som fattade beslut tänkte eller kan ha tänkt och vilka faktorer som bidragit till beslut om tvångsåtgärd.

I samband med detta samtal är det klokt att också blicka framåt. Vad kan personalen respektive patienten göra för att minska risken för att situationen ska upprepas? Finns det några överenskommelser som kan göras och journalföras om hur var och en kan försöka agera vid liknande situationer i framtiden? Om det träffas överenskommelser är det viktigt att dessa är tydliga och också på ett snabbt och enkelt sätt kan ses och följas vid nästa tillfälle.

EXEMPEL PÅ INNEHÅLL I PATIENTSAMTAL EFTER TVÅNGSÅTGÄRD

- Fråga hur patienten mår.
- Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
- Beskriv hur personalen upplevde händelseförloppet.
- Förklara vilka beteenden hos patienten som ledde till beslut om tvångsåtgärd.
- Ta upp med patienten om beslut om tvångsåtgärd hade kunnat undvikas.
- Diskutera patientens önskemål om en liknande situation uppkommer igen och beslut om tvångsåtgärd inte går att undvika.
- Om patienten blivit utsatt för tvångsåtgärd förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
- Erbjud patienten fler samtal om händelsen.
- Erbjud patienten att kontakta avdelningen efter utskrivningen om behov finns av ytterligare samtal om tvångsåtgärden.

3. Förutsättningar för tvångsvård

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) gäller all vård

Ibland uppstår missförstånd om att frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och tvångsvård enligt LPT är två helt olika saker. Det kan inte nog betonas att all psykiatrisk vård sker enligt HSL och att tvångsvårdslagstiftningen endast tydliggör vissa specifika undantag från HSL, eller, som det uttrycks i 1 § LPT:

1 § Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Det innebär bland annat att även tvångsvården ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (2a § HSL), samt att patienten ska ges individuellt anpassad information (2b § HSL) om

1. sitt hälsotillstånd
2. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR TVÅNGSVÅRD

3 § Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. 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.

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

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Lag (2008:415).

Med ett oundgängligt vårdbehov menas att det finns risk för patientens liv eller hälsa om vård uteblir. Vårdbehovets oundgänglighet ska prövas inte endast med utgångspunkt i det psykiska störningstillståndet utan också med hänsyn till patientens levnadsförhållanden och hans eller hennes relationer till omgivningen. Kan den allvarligt psykiskt störde patienten få tillräckligt stöd i sin egen hemmiljö med hjälp av någon närstående eller kommunens socialtjänst får tvångsvård inte ges.

En förutsättning för vård enligt 3 § LPT är således att det samtidigt förekommer

- a) en allvarlig psykisk störning
- b) oundgängligt behov av vård
- c) brist på samtycke

”Allvarlig psykisk störning” är en juridisk term som finns definierad i förarbetena, jämför Socialstyrelsens handbok *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* s. 15 (Socialstyrelsen, 2009).

Den psykiska störningen bedöms utifrån art och grad. En schizofreni är till sin *art* en allvarlig psykisk störning men *graden* kräver oftast inte psykiatrisk tvångsvård.

Till begreppet *allvarlig psykisk störning* räknas i första hand tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Det inbegriper olika psykostillstånd, depressioner med suicidrisk, psykosnära personlighetsstörningar och vissa andra tillstånd. Det senare kan inbegripa en krisreaktion som påverkar den psykiska funktionsnivån så uttalat att den är av psykotisk art.

Alkoholpsykosor och narkotikautlösta psykosor inkluderas i begreppet allvarlig psykisk störning. Även en person som lider av demens eller hjärnskada med störd realitetsuppfattning kan lida av en allvarlig psykisk störning (proposition 1990/91:58, s. 86).

När lagen skrevs var diagnosen autismspektrumtillstånd ovanlig. Tillstånden fanns förstas men föll under andra diagnoser. Då som nu är det inte diagnosen som i sig är avgörande då vård enligt LPT aktualiseras, utan funktionsnivån och det psykiatriska vårdbehovet.

En komplicerad bedömningssituation kan uppstå om patienten tidigare haft ett mönster av att acceptera frivillig vård, men sedan direkt skrivit ut sig. Kan det då vara motiverat att använda LPT?

FALLEXEMPEL

Bill (45 år) har sedan 20-årsåldern en bipolär sjukdom med mestadels maniska skov samt också ett periodiskt alkoholmissbruk. När han är manisk söker han sällan hjälp självmant till skillnad från när han är deprimerad.

Under de senaste åren har han vid två tidigare tillfällen inkommit till kliniken i ett maniskt tillstånd. Vid bägge tillfällena har han bedyrat att han både vill ha hjälp och behöver läggas in. När han sedan blivit frivilligt inlagd har han bägge gångerna efter bara någon dag vägrat att medverka i vården och velat lämna sjukhuset. Vid bedömning om konvertering är möjlig har chefsöverläkaren kommit fram till att han inte "befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan" (11 § LPT) vilket behöver vara uppfyllt för konvertering till tvångsvård. Konsekvensen har blivit att patienten skrivits ut och lämnat sjukhuset. I nära anslutning efter dessa utskrivningar har patientens tillstånd bidragit till att både patienten och närstående på olika sätt farit illa.

Han kommer nu åter in och liksom tidigare säger han att denna gång vill han verkligen ta emot vård. Han bedöms som manisk.

Frågan är om patienten är i ett sådant psykiskt skick att han kan ge uttryck för ett grundat ställningstagande till erbjudandet om sjukhusvård.

Bill 45 år illustrerar en situation där patientens tillstånd – i detta fall en pågående mani – gör att hans uttalande om att han vill läggas in måste bedömas utifrån hur manin påverkar patientens beslutsförmåga. Kunskapen om att just denna patient nyligen skrivit ut sig

själv och vägrat medverka i vård kan leda fram till bedömningen att Bill inte kan uttala ett grundat ställningstagande.

Erbjudandet om frivillig vård innebär inte bara att patienten ska vara kvar på sjukhuset utan också frivilligt medverka och ta emot behandling. Att i dessa lägen tacka ja till att vara kvar men nej till att medverka i vården kan vara vägledande i bedömningen.

Samtidigt är det viktigt att försöka ta reda på bakgrunden till patientens ovilja att medicinera eller varför en patient som först accepterat inskrivning plötsligt vill skriva ut sig. Genom att utgå från att beteendet eller önskemålet är tecken på patientens bristande verklighetsförankring eller andra psykiatriska symtom finns det risk för att allvarlig biverkningsproblematik eller högst verkliga negativa vårderfarenheter förbises.

4. Vårdintyg

En undersökning för vårdintyg (4 § LPT) får företas om det finns skäl原因 till det. Det betyder att det ska finnas en viss grund för att undersökningen kommer att leda till att ett vårdintyg utfärdas. I patientjournalen ska därför framgå vilka omständigheter som gör att bedömningen skäl原因 anledning föreligger.

Det juridiska begreppet *skäl原因* beskriver en lägre grad av visshet och övertygelse än begreppet sannolik. Skäl原因 anledning att genomföra en undersökning för vårdintyg kan anses föreligga om det finns konkreta och objektivt underbyggda omständigheter som med viss styrka talar för att vårdintyg kommer att utfärdas.

Sannolika skäl föreligger om man vid en personlig undersökning finner faktiska omständigheter som talar för att patienten kan tvångsvårdas.

Läkaren kan dokumentera det han/hon känner till om anamnesen och uppgifter som kommit från till exempel närstående och/eller annan sjukvårdspersonal. Det här kan vara särskilt aktuellt inför ett hembesök.

Det ska alltid dokumenteras i journalen att en bedömning är gjord oavsett om det leder till att vårdintyg utfärdas eller inte.

Psykiatrisk tvångsvård ska vara en lösning som väljs när annan psykiatrisk hjälp och stöd inte är tillräckligt. Vid ställningstagande till psykiatrisk tvångsvård enligt LPT krävs en tvåläkarprövning, det vill säga en läkare tar ställning till utfärdandet av ett vårdintyg och en annan läkare tar ställning till beslut om tvångsintagning, detta regleras i 6b § LPT. Initiativ till en läkarundersökning för ett eventuellt utfärdande av ett vårdintyg kan uppstå på många olika sätt. På en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, på en somatisk avdelning,

i patientens hem eller på en vårdcentral kan det bli aktuellt med ställningstagande till ett vårdintyg. Närstående eller socialtjänsten kan också initiera en bedömning för ställningstagande till ett vårdintyg, liksom polismyndigheten.

Vårdintyget utfärdas i omedelbar anslutning till undersökningen av patienten (5 § LPT) och förutsätter en personlig undersökning av den vårdintygsutfärdande legitimerade läkaren. För utfärdande av ett vårdintyg krävs att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för slutna psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Det innebär att man vid en personlig undersökning finner att förutsättningar för att tillgripa psykiatrisk tvångsvård föreligger. I den mån det är möjligt ska man försöka få patienten att frivilligt medverka till en undersökning.

Endast en legitimerad läkare förordnad hos offentlig sjukvårdshuvudman, eller en legitimerad läkare med avtal med landstinget om att utföra undersökning för vårdintyg, kan tvinga någon till läkarundersökning för vårdintyg. Det kan ibland behövas polisbiträde vid undersökning för vårdintyg för att ta sig in till patientens bostad eller för personligt skydd när en undersökning för vårdintyg ska göras (47 § andra stycket LPT).

Grundkravet på undersökande läkare är läkarlegitimation. Socialstyrelsen kan i särskilda fall ge dispens från kravet på legitimation.

Vårdintyget måste utfärdas på en särskild blankett. Denna finns i många av landstingens datoriserade beslutsstöd, men kan också skrivas ut från Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se/blanketter. På intyget ska det anges vilken paragraf i LPT eller LRV som tillämpas. Anvisningarna under vårdintygets rubriker ska följas, vanligtvis 4 § LPT. Vid konvertering gäller 11 § LPT.

Patientens identitet ska anges till exempel via identitetshandling, personlig kännedom eller en namngiven personals kännedom.

Det finns på blanketten inget utrymme för tidsangivelse – vi föreslår att denna skrivs in efter dateringen, exempelvis 2013-06-15 kl. 23.30. Vårdintyget är giltigt 4 dagar – om klockslag är angivet är detta lika med 96 timmar. Vikten att ange klockslag kan motiveras med rättsäkerhetsskäl för patienten.

I den mån det är möjligt ska somatiskt status utföras. Ibland är situationen sådan att läkaren inte har möjlighet att utföra ett grundligt somatiskt status i samband med utfärdandet av vårdintyget. Iakttagelser av allmäntillstånd som hudfärg, tecken på dehydre-

ring, cirkulatorisk inkomensation, medvetandegrad och så vidare bör dock framgå.

Det händer att ett vårdintyg behöver utfärdas på en somatisk klinik. En legitimerad läkare på den somatiska kliniken kan utfärda vårdintyget. Huruvida patienten ska vårdas på den somatiska eller psykiatriska kliniken avgörs av patientens sammanvägda vårdbehov.

Den som utfärdar vårdintyget får inte vara jävig. Om det olyckligtvis inte finns någon annan läkare på plats som kan ta ställning till och utfärda ett vårdintyg får även en jävig läkare agera. Det ska då i intyget samt i journaltexten framgå vilket jävsförhållande som finns och omständigheterna kring varför ingen annan läkare kunde utfärda intyget.

Vid dessa speciella tillfällen är det särskilt viktigt att en intagningsprövning kan ske så fort som möjligt.

JÄVIG, ICKE OPARTISK OCH PARTISK ÄR SYNONYMER

Exempel på omständigheter som talar för jäv kan vara:

- släktskap
- beroendeställning
- konfliktförhållande
- förmånsförhållande (rör sig exempelvis om förmånstagare vid arv, försäkringar, annan juridisk handling där man ger en person en förmån).

Ytterst är det en bedömningsfråga om det lämpliga i att utreda eller fatta beslut.

Stor hänsyn bör tas till patientens uppfattning.

Frihetsberövande åtgärder och sekretess

Beslut om omhändertagande och begäran om polishandräckning för genomförande för vårdintygsundersökning innebär frihetsberövande åtgärder och omfattas inte av sekretessen i 25 kap. 1 § i offentlighets- och sekretesslagen (OSL), utan av undantaget i 25 kap. 10 § i samma lag. Där framgår att sekretess inte gäller "beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet avser frihetsberövande åtgärd". Undantaget omfattar uppgifterna i beslutet men inte de uppgifter som beslutet grundar sig på (Gustafsson, 2010, s. 347). Beslut om frihetsberövande åtgärder är således offentliga och tillgängliga för alla.

Det är därför vanligt att offentliga uppgifter dokumenteras i en separat del i patientjournalen, ofta kallad beslutsjournal.

Utöver de offentliga uppgifterna, som gärna kan vara markerade på något sätt, är det lämpligt att beslutsjournalen används som en checklista. Förslagsvis med uppgift om att information givits om rätt till stödperson, rätt att överklaga etc. med hänvisning till aktuella paragrafer, ansökan till förvaltningsrätten och förvaltningsrättens beslut, beslut om kontroll av försändelser och inskränkning av elektronisk kommunikation, fastspänning/avskiljande, tidsintervaller etc. Alltså beslut och åtgärder enligt LPT/LRV så att man har en lättillgänglig information om tvångsvården i pappersform, fil eller med möjlighet att filtrera fram informationen i den elektroniska journalen. Underlag för beslut samt beslutet dokumenteras i journalens textsidor.

EXEMPEL PÅ UNDANTAG FRÅN SEKRETESS

Modern till en välkänd patient med psykosjukdom kontaktar sjukhusets psykiatriska akutmottagning och frågar om hennes son är inlagd. Sonen har varit mycket noga med att han vill ha "full sekretess" även för närstående.

Utifrån undantaget i sekretesslagen informeras modern om att hennes son är intagen på sjukhuset och vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård samt att han uttryckt att han inte vill att några uppgifter om hans hälsotillstånd ska lämnas till någon. Patienten informeras om det som sagts till modern och vårdens skyldighet till detta.

Alternativ till vårdintyg

För att kunna utforska alternativ till vårdintyg gäller det att vara så informerad som möjligt om patienten och dennas livssituation. Ofta har patienten en redan pågående kontakt med den psykiatriska vården. Kanske har patienten ett personligt ombud, kontaktman eller en case manager (en person som samordnar stöd och vård till patienten). Om så är fallet är det angeläget att försöka informera sig om vad kontakten består av och om det finns en aktuell vårdplan sedan tidigare. Har andra insatser prövats, till exempel från primärvården, den öppna psykiatriska vården, socialpsykiatrin eller socialtjänsten? Kan den öppna psykiatriska kontakten intensifieras som ett alternativ till utfärdandet av vårdintyget?

Etiska överväganden

Det är viktigt att själva undersökningen vid vårdintygsbedömning görs så hänsynsfullt som möjligt gentemot den aktuella personen och mot andra i hans eller hennes omgivning. Personen bör ges tid och möjlighet att uttrycka sig även om det som uttrycks kan präglas av psykisk störning. Man bör vinnlägga sig om ett korrekt bemötande och att så långt möjligt få en dialog till stånd.

Vems eller vilka värden står på spel? När ett tvångsingripande bedöms nödvändigt, efter att alternativ till vårdintyg prövats, innebär det att andra värden än respekt för patientens självbestämmande bedöms viktigare utifrån de förutsättningar som föreligger i det aktuella fallet. Det kan till exempel handla om att skydda patientens eget eller andras liv, värna patientens eller andras integritet eller värdighet, ge omsorg, motverka lidande och ge skydd. Den läkare som skriver vårdintyget bör i detta utveckla vilka värden som hon eller han bedömer står på spel i den aktuella situationen, och vilken avvägning mellan dessa som hon eller han gör.

Ibland utfärdas vårdintyg i personens hem. Detta bör om möjligt undvikas eftersom det av honom eller henne kan uppfattas som ett alltför stort intrång i den personliga integriteten.

Information och dialog med patient och närstående

Patienten kan ha svårt att ta till sig information. Den kan därför behöva upprepas. Dessutom kan patienten också ha traumatiska upplevelser av tidigare tvångsvård eller tvångsupplevelser som till exempel övergrepp av olika slag som kan bidra till oro och rädsla. Om närstående är med gäller det att lyssna på dem, ta del av deras åsikt och att om inte sekretess sätter hinder informera dem om det som bedöms nödvändigt. I ett akut skede kan närstående vara de som har den bästa informationen om patienten och om vad som hänt den senaste tiden. Hur kommer det sig att patienten försämrats eller varför är det aktuellt med en läkarbedömning?

- Patienten ska informeras om utfärdandet av vårdintyget och anledningen till detta.
- Patienten ska informeras om tillvägagångssättet innan transport till psykiatrisk klinik och ska tillåtas att ta med sig nödvändiga personliga tillhörigheter och dokument.

- Även närstående ska omedelbart informeras om utfärdandet av vårdintyg, intagning av patienten (om patienten inte motsätter sig att närstående informeras om detta). Vårdintygsskrivande läkare ansvarar för att detta görs.
- För patienten och närstående är det viktigt att tydliga besked kan ges så tidigt som möjligt för att klargöra situationen.
- Patienten ska i normalfallet läggas in på närmast belägna psykiatriska klinik.
- Hela intagningsproceduren ska ske inom en begränsad tidsram för att reducera påfrestningen på patienten, till exempel genom att ordna snabb direkttransport till kliniken utan ”mellanlandning” på någon annan enhet. I vissa fall kan det dock vara bra att inte pressa tiden alltför mycket för att inte äventyra eventuellt partiellt samtycke från patienten.
- Om patienten behöver tolk ska en auktoriserad tolk anlitas. Tolken ska närvara vid alla viktiga samtal vad gäller vårdens genomförande och patientens rättigheter.

Information och dialog mellan behandlare

Ofta skrivs vårdintyg på en psykiatrisk akutmottagning. När vårdintyg utfärdas utanför akutmottagning eller sjukhus förutsätts det att den läkare som har utfärdat vårdintyget tar telefonkontakt med jourhavande läkare på den vårdinrättning där intagningen avses ske för att meddela att patienten kommer. En orientering om patienten är en naturlig del av ett sådant samtal (Proposition 1990/91:58, s. 107).

I proposition 1990/91:58, s. 104, anges att om en patient mot sin vilja förs till en psykiatrisk slutenvårdsinrättning för undersökning och utfärdande av vårdintyg, kan det av patienten uppfattas som om frågan om intagning redan är avgjord. Av det skälet bör man undvika att i onödan föra en patient till en sådan vårdinrättning för en första undersökning. Vad som är skonsammast för patienten kan diskuteras och varierar säkert från fall till fall.

Patientens ankomst ska helst meddelas per telefon så att förberedelser för att ta emot patienten kan göras på den aktuella sjukvårdsinrättningen. Syftet är att underlätta för både patient och vårdpersonal i den akuta situationen. Om möjligt bör vederbörande läkare följa med patienten till den aktuella sjukvårdsinrättning-

en. Läkaren kan om så behövs begära polismyndighetens biträde, polishandräckning, för att föra patienten till sjukvårdsinrättningen (47 § LPT). Se även avsnitt Handräckning s. 36.

Alla legitimerade läkare oavsett anställningsform kan utfärda vårdintyg. För läkare i privat tjänst som har särskilt avtal med landstinget gäller samma regler som för läkare i allmän tjänst vad gäller möjlighet att begära handräckning från polisen (47 § LPT). Privatläkare utan särskilt avtal med landstinget kan inte begära polishjälp för tillträde till en persons lägenhet i ett icke-akut läge. De kan inte heller begära polishandräckning för att föra en patient till den aktuella sjukvårdsinrättningen. Polishandräckning får då begäras av chefsöverläkaren vid den psykiatriska klinik som ska pröva intagningsfrågan som då antingen har tillgång till vårdintyget eller en kopia av det.

I vissa fall kan vårdintyget behöva faxas till den aktuella sjukvårdsinrättningen. Originalen ska då skickas så fort som möjligt till sjukvårdsinrättningen.

I vissa besvärliga situationer då en patient kan upplevas som synnerligen hotfull kan det finnas behov av att polis finns på den aktuella sjukvårdsinrättningen i samband med fattande av kvarhållnings- eller intagningsbeslut.

Dokumentation

För att genomföra en läkarundersökning inför vårdintygsbedömning krävs skälig anledning, det vill säga att fler omständigheter talar för än mot att ett vårdintyg behöver utfärdas. Det är även lämpligt att läkaren journalför, om möjligt innan undersökningen, på vilka grunder läkaren anser att "skälig anledning" föreligger. Läkaren kan dokumentera det han/hon känner till om anamnesen och uppgifter som kommit från till exempel närstående och/eller annan sjukvårdspersonal. Det här kan vara särskilt aktuellt inför ett hembesök.

Det ska alltid dokumenteras i journalen att en bedömning är gjord oavsett om den leder till att vårdintyg utfärdas eller inte.

FALLEXEMPEL

Stina (45 år) lider sedan många år av schizofreni. Hon är ordinerad depåneuroleptika och har kontakt med en öppenvårdsmottagning som ofta besöker henne i hemmet. De senaste två månaderna har hon vägrat medverka i medicinering och personalen har noterat att hon drar sig undan alltmer och isolerar sig, vilket för henne är ett tidigt tecken på risk för återinsjuknande.

Frågan om eventuell intagning för sjukhusvård har aktualiserats. Läkare tillsammans med en skötare besöker Stina som öppnar och släpper in dem i lägenheten lite motvilligt. Efter ett långt samtal där det är uppenbart att Stina försämrats och har besvärats av en del röster och vanföreställningar så kan hon tänka sig att återuppta medicinering.

Läkaren tillåts ge ordinarie dos av depåneuroleptika och Stina kommer den närmaste tiden också få tabletter. Mottagningen kommer att göra dagliga besök.

Läkaren bedömer att tillståndet är av allvarlig art men inte av den grad att sjukhusvård under nuvarande omständigheter är nödvändigt. Om tillståndet försämras får ny bedömning göras.

DISKUTERA!

1. En man som inte vill uppge sitt namn ringer till mottagningen och klagar över samt namnger en granne som tidigare vårdats på kliniken för vanföreställningssyndrom. Han säger att han inte vill att hon bor kvar eftersom han uppfattar henne som obehaglig. Vill att vi ombesörjer transport till sjukhuset.
2. En kvinna ringer angående sin make som tidigare vårdats på grund av alkoholberoende och delirium tremens. Han har nu druckit stora mängder starksprit och knappt sovit alls de senaste dygnet och betar sig nu alltmer hotfullt. Hon kräver att vi inte uppger att hon kontaktat mottagningen eftersom hon är rädd för honom.

Hur tar man emot denna typ av information på bästa sätt och hur kan man välja att agera?

5. Handräckning

47 § LPT Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling. Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av

1. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen för att han eller hon ska kunna genomföra en undersökning för vårdintyg,
2. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen eller av chefsöverläkaren för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats,
3. chefsöverläkaren för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd,
4. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denna inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats, eller
5. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denna inte har återvänt dit sedan beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats. Lag (2008:415).

Handräckningsbegäran

Om en patient inte vill inställa sig till sjukvårdsinrättningen eller har avvikit har läkaren möjlighet att begära polismyndighetens biträde, polishandräckning för transport av patient till sjukhus (47 § LPT). En bred nationell arbetsgrupp har tagit fram en nationell

handräkningsblankett. Vissa landsting har denna i sitt beslutstöd, den kan också laddas ner från internet, se länktipsen längst bak i boken.

Omhändertagandebeslut

Om det krävs att polisen skaffar sig tillträde till en patients bostad eller där patienten befinner sig krävs ett separat omhändertagandebeslut. Detta beslut får endast fattas av legitimerad läkare i allmän tjänst eller av en läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg.

På den nationella handräkningsblanketten finns en separat ruta för att ett sådant beslut har fattats.

Etiska överväganden

Det är viktigt att inför handräkning försöka undersöka alternativ till att be polisen om handräkning. På flera håll sker handräkningsinsats av vana poliser som är civilt klädda, men ibland är det polisbil och uniformerad polis med mindre erfarenhet. I alla dessa lägen är det självklart en fördel om någon person som patienten känner förtroende för kan vara med vid transport. Det kan röra sig om närstående och/eller personal från psykiatri.

Med de begränsningar som olika beslut under tvångsvårdsprocessen ger, bör ändå patientens egna önskemål beaktas och så långt som möjligt tillgodoses. När det handlar om handräkning kan det exempelvis handla om vad patienten ska få ta med sig, hur transporten till sjukhus ska gå till och vem eller vilka som ska följa med. Redan här bör också möjligheter övervägas och skapas för att närstående ska kunna utgöra trygghet för den enskilda även efter ankomst till sjukhus, avdelning och patientrum.

Information till patient och närstående

Om möjligt och lämpligt ska patienten och närstående informeras om att polishandräkning är begärd.

6. Kvarhållningsbeslut

6 § En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten ska vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Juridik

På sjukvårdsinrättningen är det nödvändigt att ta ställning till om vårdintyget är korrekt. Ibland kan det finnas formella brister, otydligheter eller oklarheter i vårdintyget som behöver redas ut. Tiden från det att patienten infinner sig till sjukvårdsinrättningen och till det att läkaren gör en bedömning av patienten ska vara så kort som möjligt. En patient får hållas kvar i 24 timmar efter ankomst i väntan på att ett intagningsbeslut ska fattas.

Ibland kan en ”gräzon” uppstå med en patient som inkommit till kliniken med vårdintyg där kvarhållningsbeslut inte är fattat. En sådan kan också uppstå när en allvarligt psykiskt störd patient kommit till kliniken men något vårdintyg ännu inte har skrivits. I en sådan situation kan inga tvångsåtgärder vidtas enligt LPT. Däremot gäller som vanligt nödrätt och nödvärn (se s. 51) om en akut farlig situation skulle uppstå. Om en patient begär att dörren till akutmottagningen ska öppnas kan det förvägras patienten antingen som en nödåtgärd eller efter beslut av läkare om kvarhållning. I akuta lägen kan beslutet även fattas per telefon. Den senare åtgärden kräver dock att det finns ett vårdintyg. Det är också viktigt när

en enskild person tillgriper nödrätt att denna sker efter en individuell bedömning i det enskilda fallet. Man kan inte systematisera nödrätten genom att på ett rutinmässigt sätt använda detta på alla patienter som önskar lämna kliniken.

Om patienten kräver att få lämna mottagningen och kvarhållningsbeslut inte fattats får han eller hon inte hindras med annat än att det föreligger allvarlig fara för patientens eller någon annans liv och hälsa.

En vårdintygsskrivande läkare kan fatta kvarhållningsbeslut redan efter undersökning innan vårdintyget är färdigskrivet. Även en icke-legitimerad läkare får fatta ett kvarhållningsbeslut. Kravet är dock att man har en anställning i offentlig psykiatrisk verksamhet. Ändamålet med kvarhållningsbeslutet är att den läkare som fattar intagningsbeslutet ska få en rimlig tid att på en sjukvårdsinrättning observera patientens psykiska tillstånd och behov av vård, liksom att ha tid att inhämta kompletterande uppgifter.

I varje enskilt fall ska det övervägas om ett kvarhållningsbeslut ska fattas eftersom det innebär ett frihetsberövande. Ett kvarhållningsbeslut fattas om det förmodas att patienten inte frivilligt stannar kvar i väntan på bedömning av behov av ett intagningsbeslut. Det krävs inget kvarhållningsbeslut om patienten medverkar till att stanna kvar i väntan på intagningsbeslut, vilket måste fattas senast inom 24 timmar efter det att patienten kommit till vårdinrättningen.

Om chefsöverläkaren finner att förutsättningarna för LPT inte är uppfyllda ska kvarhållningsbeslutet omedelbart upphävas.

Ofta skrivs patienten hem då villkoren för LPT inte är uppfyllda. Fortsatt sjukhusvård på frivillig bas kräver att patienten både själv accepterar och har behov av detta.

Etiska överväganden

Ett kvarhållningsbeslut är ett frihetsberövande som inte kan överklagas. Det ställer stora krav på att informera patienten om grunderna för kvarhållningen samt att berätta om nästa steg. Patienten ska informeras om att det eventuella behovet av tvångsvård kommer att prövas av chefsöverläkare inom 24 timmar. Ofta kan man dessutom ge en ungefärlig tidsangivelse för när detta kommer att ske i det enskilda fallet. Allt som kan göras tydligt ska göras tydligt.

Även i den här situationen bör patientens egna önskemål, exempelvis när det gäller vardagliga ting, beaktas och så långt möjligt tillgodoses. Alla handlingar från personalens sida som kan innebära att patienten känner sig sedd, hörd, respekterad och trygg i situationen trots kvarhållningsbeslutet bör eftersträvas.

Information och dialog med patient och närstående

Det gäller att skapa en så lugn och trygg miljö som möjligt för patienten. Ofta är situationen kaotisk och orolig för såväl personal, patient som närstående. Både före och efter ett kvarhållningsbeslut är det viktigt att försöka samtala med patienten om den aktuella vårdssituationen. Vad grundar läkaren sin bedömning på och varför har ett kvarhållningsbeslut fattats? Om möjligt ska närstående beredas möjlighet att vara delaktiga och ges information såvida sekretessen inte sätter hinder för detta. Man kan inte utgå från att det räcker med den information man givit. Polisen kan ha fört en väldigt orolig och psykotisk patient till sjukvårdsinrättningen. Det kan ta tid att skapa lugn, men här är det viktigt att personalen har en adekvat kompetens och utbildning att bemöta svåra situationer.

Det är viktigt att tänka på närstående och deras situation. De kan ha levt nära patienten under lång tid och bevittnat en alltmer ohållbar psykisk ohälsa. Många kan ha tagit ett stort och ibland nära övermäktigt ansvar för att få patienten att inte sluta mediciner och att klara grundläggande aktiviteter i dagligt liv. Patientens psykiska tillstånd kan tiden innan vårdintygsprövningen ha kraftigt försämrats med ångest, rädsla, skuld känslor och utmattning som följd för närstående. För vissa kan den akuta kontakten med psykiatri och kvarhållningsbeslutet för patienten innebära en lättnad över att få hjälp.

Om patienten däremot inte kan läggas in enligt LPT, kan det väcka starka reaktioner hos de anhöriga. De kan behöva informeras om vart de kan vända sig, både vid eventuellt akuta situationer med patienten i framtiden och för att få stöd som närstående.

Information och dialog mellan behandlare

Om ett kvarhållningsbeslut fattats ska chefsöverläkaren informeras. Personalen på den enhet som ska vårda patienten behöver adekvat information om patienten.

Dokumentation

Då kvarhållningsbeslutet är en frihetsberövande åtgärd ska beslutet dokumenteras i journal samt i beslutsjournalen. Vård som kvarhållen kan inte ses som frivillig vård. Den är inte heller tvångsvård eftersom intagningsbeslut ej fattats. Från och med 1 januari 2014 ska denna vård registreras som ”psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning” (personligt meddelande Socialstyrelsen).

DISKUTERA!

Karl (60 år) kommer till mottagningen tillsammans med sin hustru. Han har redan tidigare vårdats för djupa depressioner både frivilligt och med tvång. Han har också ett par allvarliga suicidförsök bakom sig. På mottagningen tjänstgör en AT-läkare som bedömer att Karl bör kvarstanna. Karl blir plötsligt väldigt agiterad och vill lämna mottagningen. Hustrun försöker förtvivalat övertala honom att stanna kvar. Något vårdintyg föreligger inte – vad kan man göra i denna situation?

7. Tvångsåtgärder före intagningsbeslut

Juridik

Om ett kvarhållningsbeslut fattats är det möjligt att om så behövs vidta tvångsåtgärder såsom kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning.

KROPPSVISITATION

Här avses en undersökning av kläder och annat som någon bär på sig samt av väskor, paket och andra föremål som någon har med sig.

YTLIG KROPPSBESIKTNING

Granskning av de delar av den nakna kroppen som är synliga samt armbålor, hår och fotsulor.

Vår regeringsform (grundlag) är tydlig med att kroppsvisitation inte är tillåten i vårt samhälle.

6§ Var och en är dessutom skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande.

Detta har medfört att man i LPT när det gäller dessa bägge undersökningar föreskriver att det är chefsöverläkaren som beslutar om dessa åtgärder, 23 § LPT. Sådana beslut kan inte vara generella utan ska fattas i det enskilda fallet och det ska då göras en bedömning om åtgärden är nödvändig. Den enskildas samtycke kan i princip

inte återopas till stöd för intrång på det grundlagsskyddade området, om uttryckligt lagstöd för ett sådant återopande saknas.

Det finns inte lagstöd för krav på att samtliga besökare och patienter ska passera genom en larmbåge för att komma in på vårdinrättningen (Justitieombudsmannen, 2012, Dnr. 5231-2012).

Att beslut om kroppsvisitation och/eller ytlig kroppsbesiktning fattas av annan än chefsöverläkare är ett av de vanligast förekommande formella felen vad gäller tvångsvården ute i verksamheterna.

Det kan förefalla motsägelsefullt att just detta är chefsöverläkarbeslut medan bältesläggning, tvångsmedicinering och avskiljning innan intagningsbeslut är fattat kan avgöras av en legitimerad läkare. Men lagen är entydig vad gäller detta. Syftet med åtgärderna är att kontrollera att patienten inte har med sig alkohol, droger, sprutor eller annan egendom som kan skada eller vara till men för vården eller ordningen på kliniken. Dessa åtgärder får inte vidtas rutinmässigt utan ska motiveras i det enskilda fallet. Helst ska två personal delta vid undersökningarna. Ett beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning kan inte överklagas.

Kroppsvisitation av besökare

Det finns varken i LPT eller i LRV några bestämmelser som ger möjlighet att kroppsvisitera besökare.

Av säkerhetsskäl har kriminalvården lagligt reglerad befogenhet att underkasta besökande till en intagen kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning. I avsaknad av sådant lagstöd på det tvångspsykiatriska området är vårdpersonalen därför hänvisad till att be besökare lämna ifrån sig ytterkläder och väskor. I det fall besökaren inte accepterar detta kan vederbörande självfallet vägras inträde (Socialstyrelsen, 2009, s. 45).

DISKUTERA!

Lagskyddet för att inte bli kroppsvisiterad, det vill säga att ens kläder och tillhörigheter genomsöks av personal, är mycket starkt. I vardagen kan det krocka med säkerhetstänkande och omsorg om att patienten exempelvis inte ska ha med sig rakblad, snören, saxar och annat som kan användas för att skada sig eller ta sitt liv. Detta gap mellan vad det finns lagstöd för att göra och vad som i vissa situationer känns rimligt att göra är ett exempel på en konflikt innehållande både etik och juridik. Hur gör ni?

6a § I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling. Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare. Lag (2000:353).

Kvarhållning och upprätthållande av ordning och säkerhet

Efter det att ett kvarhållningsbeslut har fattats får en patient hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning är avgjord (6 § LPT). Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten ska vistas för att upprätthålla ordningen eller för att tillgodose säkerheten i vården (6 och 18 §§ LPT). Bestämmelsen ger personalen rätt att ingripa med tvång om andra åtgärder inte är tillräckliga. Det kan gälla till exempel att med fysiskt våld hålla fast en patient som vill lämna vårdinrättningen eller angriper personal eller medpatienter. Avsikten är att i LPT reglera personalens befogenhet när det gäller användning av tvång i stället för att vara hänvisad till brottsbalkens regler om straffrihet (Proposition 1999/2000:44, s. 114).

Fastspänning, avskiljning och tvångsbehandling

Samtliga tvångsåtgärder innan ett intagningsbeslut fattats kräver ett kvarhållningsbeslut. När tvångsåtgärder utförs före intagningsbeslut bör en specialistbedömning med ställningstagande till intagning enligt LPT utföras så fort som möjligt.

Fastspänning före intagningsbeslut (kortvarig fastspänning i bälte, högst 4 timmar). Förutsättningarna är att det föreligger en omedelbar fara att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Beslut får fattas av en legitimerad läkare. Har beslut om bältesläggning fattats före intagningsbeslut ska chefsöverläkaren ta ställning till ett intagningsbeslut i nära anslutning till detta. Vårdpersonal ska vara närvarande under hela den tid patienten är fastspänd i bälte.

Avskiljande före intagningsbeslut (kortvarigt avskiljande, max 8 timmar). Förutsättningarna för avskiljning är att det föreligger en

aggressivitet eller ett allvarligt störande beteende som väsentligt försvårar vården av medpatienterna. Under avskiljning ska patienten stå under fortlöpande uppsikt. Ett beslut får fattas av en legitimerad läkare. Det är viktigt att i journalen dokumentera vem/vilka som ansvarat för den fortlöpande uppsikten av patienten.

Även *tvångsbehandling före intagningsbeslut* kan ges i specifika fall när det föreligger en verkligt allvarlig och överhängande fara för patientens liv eller hälsa. I praktiken är tvångsbehandling lika med tvångsmedicinering och/eller näringstillförsel. Tvångsmedicinering innan intagningsbeslut får med andra ord inte enbart ges i syfte att till exempel sedera patienten för att undvika att denna blir våldsam och skadar andra.

Beslut om medicinering mot patientens vilja får fattas av en legitimerad läkare. Tvångsmedicinering innebär att patienten under fasthållning eller fastspänning erhåller medicin, vanligtvis i form av en intramuskulär injektion.

Långtidsverkande depotläkemedel får inte användas i det akuta skedet innan ett intagningsbeslut har fattats.

Problematisering kring tvångsåtgärder

Psykiatrisk tvångsvård får aldrig användas i bestraffande syfte. Oavsett vårdtidernas längd är det synnerligen viktigt med ett adekvat vårdinnehåll på avdelningen, och att det utförs ett gediget utrednings-, bedömnings- och behandlingsarbete. Det ska ges möjligheter till terapi, inkluderande samtalsterapi, utifrån patientens individuella behov.

Att till exempel isolera en patient med svår anorexia, utifrån aspekten att åsynen av patientens svåra anorexia riskerar att störa vården av de andra patienterna, är inte tillåtet.

Att motivera användandet av avskiljning eller fastspänning som en behandlingsmetod eller som gränssättning av patienten är inte tillåtet. Att fatta beslut om tvångsåtgärder i förväg eller förlängning av tvångsåtgärder i förväg är inte heller tillåtet. Avskiljning får inte ske utifrån att patienten är självdestruktiv, utan endast om patienten genom ett störande och aggressivt beteende försvårar vården av sina medpatienter.

Brist på personal får inte ersättas av tvångsåtgärder såsom fastspänning, avskiljning eller tvångsmedicinering.

Att teckna kontrakt med hot om bestraffning, om patienten inte fullföljer kontraktet, är inget som får ske inom den psykiatriska vården. Vårdplaner som regelbundet revideras ska användas i vården.

Etiska överväganden

Patienter med en självmordsbenägenhet eller en självdestruktivitet kan upplevas svåra att vårda. Bakom självdestruktiviteten finns ofta en upplevelse av hopplöshet och maktlöshet och en upplevelse av att sakna kontroll över sitt liv. Självdestruktiviteten kan ses som ett sätt att hantera maktlösheten. I en sådan situation finns en risk att personal och patient hamnar i en kamp- eller maktsituation med varandra. Inom vården krävs kunskaper om och möjligheter till reflektion för att kunna bemöta patientens problematik på rätt sätt och med rätt metoder, för att inte hamna i denna maktkamp.

Tidsperioden mellan kvarhållningsbeslut och beslut om intagning vid tvångsvård kan vara problematisk för både patient och personal. Särskilt svårt kan det bli om ett läge uppstår där tvångsåtgärder måste användas för att kvarhålla och/eller lugna patienten. Den juridiska täckningen för ett kvarhållningsbeslut, som dessutom inte kan överklagas och pågå upp till 24 timmar efter ankomst till vårdinrättningen, räcker kanske inte för att den kvarhållne ska acceptera sin situation. Samtliga involverade parter kan uppleva osäkerhet om vad som gäller i en sådan här situation: vad får göras och av vem?

Patientens trygghet, medbestämmande och värdighet skyddas i mesta möjliga mån genom kontinuerlig kommunikation.

FALLEXEMPEL

Peter (47 år) har diagnos alkoholberoende. Inkommer tillsammans med hustru kraftigt berusad och uppger självmordsönskan och -planer. Han vill inte stanna kvar på sjukhuset. Legitimerad primärjour skriver ett vårdintyg och fattar kvarhållningsbeslut. Bakjour informeras och väljer att avvakta med ställningstagande för intagning enligt LPT. Morgonen därpå talar Peter med överläkare och har då nyktrat till. Han är ångerfull och säger nu att han vill ha kontakt med öppenvårdens beroendemottagning. Han är inte deprimerad och bedöms inte längre suicidal. Förutsättningar för tvångsvård föreligger inte.

Information och dialog med patient och närstående

Med tanke på att tvångsåtgärder innan intagningsbeslut är extraordinära åtgärder som dessutom inte kan överklagas är information till patient och närstående om varför man vidtar dessa åtgärder viktig. Vid dessa tvångsåtgärder ska chefsöverläkare underrättas och så fort som möjligt undersöka patienten för att ta ställning till om intagning enligt LPT ska ske eller inte. Om möjligt bör patienten informeras om när en sådan bedömning förväntas ske.

Information och dialog mellan behandlare (SBAR)

Det finns ofta en risk för informationsmissar eller rena missförstånd när en patient överförs mellan olika vårdenheter och behandlare. Vikten av korrekt informationsöverföring i tidsutrymmet mellan kvarhållningsbeslut och chefsöverläkarens bedömning av patientens vårdbehov kan inte nog betonas. Under den tiden kan patienten ibland ha lämnat akutmottagningen och överförts till en annan avdelning.

Psykiatrin liksom övrig hälso- och sjukvård är en komplex och riskfylld verksamhet, där en stor mängd information om enskilda patienter överförs mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Otydlig kommunikation och informationsöverföring kan leda till att patientsäkerheten hotas. Brister i kommunikationen mellan vårdenheter kan till exempel bestå i att

- syftet med kontakten inte framgår tydligt
- informationen innehåller faktafel eller missuppfattas
- informationen är ofullständig
- speciella problem eller angelägenhetsgraden i situationen framhålls inte eller uppmärksammas inte
- rekommendation om åtgärd saknas eller är oprecis
- eventuella oklarheter inte reds ut mellan sändare och mottagare innan kommunikationen avslutas
- en tydlig överenskommelse inte träffas om vad, vem och när.

Med en fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas (Wallin & Thor, 2008).

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen (Socialstyrelsen, 2011). Speciellt viktigt är detta vid akuta situationer och när kommunikationen sker under tidspress. För att både avsändare och mottagare ska kunna skapa en gemensam förståelse av situationen ska kommunikationen:

- vara fullständig
- vara korrekt
- vara avgränsad
- komma i rätt tid.

SBAR är ett instrument som kan användas för informationsöverföring muntligt eller per telefon mellan vårdenheter. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuell situation samt Rekommendation.

SBAR

Situation – vad är problemet – anledningen till kontakt.

Bakgrund – kortfattad relevant sjukhistoria av patienten fram till nu, vilka åtgärder har genomförts.

Aktuellt tillstånd – aktuellt status och aktuell bedömning.

Rekommendation – åtgärder, tidsram och bekräftelse på kommunikationen.

SBAR är särskilt användbart vid:

- överrapportering av patient
- kommunikation mellan medarbetare med olika yrkestillhörighet
- rapport till akutteam
- stress, brådska och ovana situationer.

Att tänka på vid kommunikation med SBAR, innan du tar kontakt:

- bedöm patientens psykiatriska och somatiska status
- bestäm vem det är relevant att kontakta.

Dokumentation

Alla former av tvångsåtgärder ska dokumenteras noggrant i journalen samt i förekommande fall i beslutsjournal. Dessa beslut kan inte överklagas. Alla tvångsåtgärder ska också varje tertiäl rapporteras till Socialstyrelsens patientregister. På många håll krävs därför också att man fyller i beslutsjournal eller separat dokumentationshandling i samband med tvångsåtgärder. Av dokumentationen ska framgå skälen till tvångsåtgärd, vem som fattar beslut och tidpunkt. Personal som närvarar eller utför tvångsåtgärd ska kunna identifieras utifrån journalen.

Avsaknad av tydligt dokumenterade beslut av kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning är den vanligaste bristen i dokumentationen vid granskning av tvångsvården.

FALLEXEMPEL

Sixten (55 år) lider av ett schizoaffektiva syndrom och har tidigare vårdats vid flera tillfällen, oftast enligt LPT. Inkommer nu till den psykiatriska akutmottagningen mitt i natten med polis efter att i berusat tillstånd stått och uppträtt hotfullt mot förbipasserande vid en busshållplats. Han är tydligt psykotisk på ett närmast maniskt sätt och hävdar att han har direktkontakt med Gud och enbart "tar order av Honom och ingen annan". Vill på inga villkor läggas in för vård.

Vårdintyg skrivs av en primärvårdsläkare som kallas till mottagningen. Jourhavande läkare, som vid detta tillfälle är AT-läkare, fattar kvarhållningsbeslut. När polisen lämnat mottagningen försöker Sixten med hjälp av en stol krossa fönstret på mottagningens dörr för att ta sig ut. Sjuksköterskan fattar beslut enligt nödreglerna att i detta läge bälteslägga Sixten eftersom man inte lyckas hålla honom. Bakjouren informeras och fattar beslut per telefon om bältesläggning (6a § LPT) samt beger sig till mottagningen för att bedöma patienten och ta ställning till intagning enligt LPT.

FALLEXEMPEL

Anna (26 år) inkommer till sjukhuset medvetslös efter att ha förgiftat sig med alkohol och paracetamol. När hon återfår medvetandet vill hon inte kvarstanna på sjukhuset varför vårdintyg skrivs och kvarhållningsbeslut fattas av läkare från psykiatrin. Då hon försöker lämna sjukhuset hålls hon fast av vårdpersonalen (18 § LPT) och psykiatrins bakjour tillkallas för ställningstagande till intagning enligt LPT.

Han bedömer Annas handlande som allvarligt samt att hon i nuvarande situation fyller kriterierna för vård enligt LPT. Bakjouren informerar Anna om detta samt om rättigheter till överklagande, rättsligt ombud och stödperson. Anna behöver kvarstanna ännu ett dygn för medicinsk behandling av paracetamolförgiftningen.

- Kan acetylcysteindroppet vara en del av tvångsvårdsbehandlingen?
- Vi får alltså utgå från att intagningsbeslut (6 b § LPT) har fattats av behörig läkare:
- livräddande åtgärder får vidtas mot en patients vilja
- med vilken kompetens och var behandlingen kan ges är en medicinsk bedömning och
- om det finns en omedelbar fara att en patient allvarligt kan skada sig själv genom att exempelvis dra ut ett dropp får patienten spännas fast med bälte.

I det enskilda fallet får man ta hänsyn till ovanstående.

Ärenden av liknande karaktär som aktualiserats är till exempel sondmatning vid anorexi och port-a-cath vid sepsis.

8. Nödvärn och nödrätt

BROTTSBALKEN KAP. 24

4 § En gärning som någon, i annat fall än som nämnts tidigare i detta kapitel, begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. Lag (1994:458).

Om det inte går att nå läkaren vid akut farliga situationer kan det bli nödvändigt att beslut tas om skyddsåtgärder enligt Brottsbalkens nödregler. Ansvarig överläkare ska omedelbart underrättas om detta.

Nödreglerna innebär att man i nödsituationer av olika slag har rätt att begå handlingar som i normala fall anses olovliga och straffbara. Detta är reglerat i ett avsnitt av Brottsbalken. En nödsituation kan exempelvis vara när man gått vilse och utsvulten och nedkyld hittar en låst sommarstuga. I detta nödläge kan man ha rätt att bryta sig in för att kunna påkalla hjälp och söka skydd. Ett annat läge kan vara att olovligen ta en båt för att rädda någon som riskerar att drunkna.

Nödvärn är en del av nödreglerna som innebär att det är tillåtet att stoppa en person från att begå en brottslig gärning. Möjligheten att åberopa nödvärn föreligger alltså i fall av påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Nödrätt är en annan del av nödreglerna som kan föreligga då någon är så våldsam att han eller hon riskerar att skada sig själv. Nödrätt skiljer sig från nödvärn då det inte omfattar någon brottslig gärning.

BROTTSBALKEN KAP. 24

§ En gärning som någon begår i nödvärn utgör brott endast om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig.

Rätt till nödvärn föreligger mot

1. ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom,
2. den som med våld eller hot om våld eller på annat sätt hindrar att egendom återtas på bar gärning,
3. den som olovligen trängt in i eller försöker tränga in i rum, hus, gård eller fartyg, eller
4. den som vägrar att lämna en bostad efter tillsägelse.

Lag (1994:458).

En förutsättning är att man inte tillgriper mer våld än nöden kräver. Om en patient på ett farligt sätt hotar att misshandla personal eller medpatienter eller slår sönder inredningen kan nödvärn tillgripas. Viktigt att notera är att nödvärnsrätten upphör så snart angreppet upphör.

Vem som helst kan fatta beslut om ingripande med stöd av nödvärn eller nödrätt, vilket också medför ett personligt ansvar för handlingen. Det är inte lagstadgat och det går heller inte att lagstifta om exakta gränser för hur mycket våld som kan tillgripas för att hindra en patient från att skada sig själv, andra eller egendom. Det ska inte vara ”uppenbart oförsvarligt”.

Vårdpersonal kan med stöd av 18 § LPT fysiskt hålla fast en patient som försöker avvika från sjukvårdsinrättningen, hotar eller försöker attackera andra. Överläkare ska då snarast kontaktas för beslut om vidare åtgärder. Fasthållning och nertagning på golv som sker efter beslut om bältesläggning av läkare som ett första steg att få kontroll över situationen kan dock ses som en del av bältesläggningen.

Bältesläggning oavsett orsak som genomförs utan föregående beslut av behörig läkare kan ha lagstöd enbart i Brottsbalkens nödr regler. Vem som helst kan fatta beslut utifrån nödvärn. Om man i nödvärn bälteslägger en person så är detta juridiskt något helt annat än om det sker med hjälp av LPT. I lokala direktiv är det dock vanligt att man nämner att tjänstgörande sjuksköterska bör fatta så-

dana beslut, troligtvis för att det förutsätts att sjuksköterskan ska ha fullgoda kunskaper om Brottsbalkens nödregler.

Nödvärn eller nöd kan inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder. Tvärtom måste åtgärder med stöd av nödvärns- och nödbestämmelserna vara av rent tillfällig art.

DISKUTERA!

Nödvärn är ett svårt område – bedömningen i det akuta läget kan i efterförloppet ha lett till otillräcklig insats eller till att man använt mer våld än nöden krävde.

Diskutera olika situationer när nödrätt/nödvärn tillgripits.

- Kunde man ha gjort på annat sätt?
- När är situationen avvärdad?
- Tala om era kanske olika uppfattningar om just "mer våld än nöden kräver".

Etiska överväganden

När nödrättsreglerna åberopas för fasthållning eller bältesläggning vid en hot- och våldsincident, kan det först i efterhand avgöras om ingripandet kan räknas som nödvärn eller inte. Ingripandet ska stå i proportion till angreppet, och nödvärnsrätten upphör så snart angreppet upphör. En systematisk uppföljning och genomgång i efterhand av händelsen med patient och personal ska göras, liksom efter alla tvångsåtgärder (se s. 22).

Dialogen vid ett återkopplingsamtal utgör många gånger den faktor som gör att en god vårdrelation kan bibehållas. Ansvar för ett återkopplingsamtal är personalens.

9. Intagningsbeslut

6b § Frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård ska avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter den ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.

Beslut om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Intagningsbeslutet utgör själva grunden för den psykiatriska tvångsvården. Tvångsintagning ska endast användas om alla villkor för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda och om alla andra behandlingsalternativ övervägts och uteslutits och om patienten inte kan motiveras att läggas in frivilligt. Det är möjligt att fatta intagningsbeslut direkt då patienten kommer till sjukvårdsinrättningen, utan att ett kvarhållningsbeslut har fattats. Intagningsbeslutet får endast fattas av chefsöverläkare. Ett sådant beslut kräver att denna gjort en personlig undersökning av patienten.

Vården syftar i första hand på att patienten ska motiveras till att medverka till nödvändig vård, inte på att patienten ska bli fri från sina symtom eller sin psykiska störning.

Juridik

Under tidsfristen på 24 timmar gäller det att gå igenom patientens sociala situation. Helst bör kontakt tas med närstående, socialtjänsten, den öppna psykiatriska vården eller andra aktuella kontakter.

Farlighet mot andra är betydligt nedtonat i LPT jämfört med LSPV och avser i första hand, enligt lagens förarbeten, att skyddet för

närstående och andra i omgivningen ska beaktas i bedömningen. Efter granskning av två uppmärksammade våldsdåd begångna av personer med psykiska störningar har dock Socialstyrelsen uttalat att farlighetsbedömningen även ska innefatta risk för allmänheten.

Etiska överväganden

Liksom vid vårdintygsbedömningen bör, förutom de kliniska bedömningarna, även de etiska övervägandena dokumenteras. Den läkare som fattar intagningsbeslutet bör dokumentera vilka värden som hon eller han bedömer står på spel i den aktuella situationen, och vilken avvägning mellan dessa som hon eller han gör.

EXEMPEL PÅ INTAGNINGSBESLUT

”Beslut om intagning enligt 6b § LPT. Patienten har en allvarlig psykisk störning i form av en bipolär sjukdom, är för närvarande manisk. Har den senaste veckan endast sovit 2-3 timmar per natt, sköter inte grundläggande hygien eller måltider. Väger i dag 49 kg (BMI 19) jämfört med 57 kg för endast två veckor sedan. Flera stora sår på fötterna efter att ha gått barfota flera mil på motorvägen i förgår natt. Har de senaste dagarna tagit flera lån på totalt 530 000 kr och köpt två bilar. Är ökat verbalt aggressiv mot maken och barnen. Sjukhusvård är för närvarande oundgängligt då patienten inte kunnat motiveras till behandling i öppen vård. Patientens inställning till erbjuden sjukhusvård är ambivalent. Då hon informeras om att värden även kommer att innebära medicinsk behandling motsätter hon sig inläggning. Att välja att inte lägga in henne skulle allvarligt skada hennes hälsa och riskera försätta henne i en ohållbar situation både på arbetsplats och i hemmet. Jag bedömer att dessa värden i denna situation är viktigare att värna än patientens självbestämmande.”

Suicid och suicidrisk

Tankar om att ta sitt liv i samband med allvarlig psykisk störning är en vanlig orsak till intagning för tvångsvård.

De flesta suicid inträffar i en kaotisk livssituation med stark ångest, förvirring, starkt nedsatt uppfattningsförmåga och en bristande möjlighet att hitta lösningar och en avsaknad av bemästringsstrategier, så kallade copingstrategier.

De utförs under inflytande av en psykisk störning (vanligtvis depression, missbruk och schizofreni eller affektiva psykoser) och svår

ångest i en outhärdlig livssituation, där stöd från omgivningen saknats eller varit otillräcklig eller inte funnits på det sätt som individen önskat.

Samsjuklighet, det vill säga att flera sjukdomstillstånd förekommer samtidigt, förhöjer både risken för suicidförsök och suicid kraftigt. Att tidigare ha gjort ett suicidförsök innebär en allvarlig riskfaktor för att i framtiden ta sitt liv.

Ett suicid kan ha många olika orsaker. Förståelsen av den suicidala processen, som beskriver utvecklingen från den första allvarliga tanken på suicid till ett suicidförsök eller fullbordat suicid, är ett centralt mål i vården av den suicidnära patienten. Suicidet är ett slutsteg i en kortare eller längre tids process, där biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar.

Svenska Psykiatriska Föreningen har utkommit med *Kliniska riktlinjer för suicidnära patienter*, vilka rekommenderas för ytterligare läsning (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning, 2013).

Suicidriskbedömning

Överhängande risk för suicid i samband med depression, psykos och ångesttillstånd är en mycket vanligt förekommande anledning till att man blir intagen för tvångsvård. Det är alltid den kliniska bedömningen som väger tyngst – sedan kan olika skalor för suicidalitet användas som stöd. Begreppet strukturerad suicidriskbedömning innebär att man dokumenterar information under viktiga rubriker. Här kan ingå suicidal intention, tidigare och aktuella suicidförsök, suicidal kommunikation, sociala faktorer samt aktuell sjukdomsbild. Graden av intention kan värderas med den suicidala stegen där man stegvis frågar om dödsönskan, suicidtankar, suicidönskan och suicidplaner. Inget befintligt intervju- eller skattningssinstrument har visat sig vara överlägset den kliniska bedömningen. En omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare suicidalt beteende och aktuell sjukdomsbild är av stor betydelse.

Man ska alltid göra en sammanfattande bedömning baserad på det underlag som finns. Det kan formuleras i några få grader (ingen risk, mycket låg risk, låg risk, hög risk, mycket hög risk) eller i fri text. Om risken är svårbedömd ska det anges. Underlaget för en riskbedömning kan vara otillräckligt, vilket är ett observandum och

bör leda till en ny bedömning så snart som möjligt. Suicidrisken kan snabbt förändras. Både på vårdintyg och i journaltext bör en skattning av suicidrisken finnas med.

FALLEXEMPEL

Hans (33 år) inkommer till den psykiatriska jourmottagningen tillsammans med sin far. Hans har ett halvt år tidigare fått – som han beskriver det – ekonomiska problem. Han är gift och har två små barn på tre och fem år. Sedan ett halvt år tillbaka har han börjat sova sämre, endast 3–4 timmar per natt. Han sökte sin familjeläkare sex veckor tidigare som skrev ut sömntabletter till Hans som tyckte han sov bättre i någon vecka. Beskriver att han är nedstämd, orolig för ekonomin och har självmordstankar. Han uppger att han helst vill försvinna och önskar han kunde få dö. Han uppger sig förföljd av tidigare arbetskamrater och är säker på att även familjen är hotad. I familjen finns en faster med psykisk sjukdom, men man vet inte riktigt vad det rör sig om. Dessutom finns en moster med bipolär sjukdom. Hans är hjälpsökande, men vill absolut inte bli inlagd. Hans vill ha sömntabletter så han får sova då det är den hjälp han tror på. Fadern som är med uttrycker oro och känner att han inte orkar ta ansvar för Hans som bott hos honom de senaste veckorna. Primärjouren som är ST-läkare i psykiatri utfärdar ett vårdintyg. Bakjouren som är på plats fattar ett intagningsbeslut så snart vårdintyget utfärdats och utan att kvarhållningsbeslut fattats.

Diskutera på vilket sätt bakjouren kan tänkas resonera då han fattar ett intagningsbeslut.

Extravak

Vid en överhängande suicidrisk eller efter ett suicidförsök kan det vara påkallat med extra tillsyn/övervakning, så kallat extravak. Vid en särskild form av extravak kan patienten behöva tillsyn av en personal, i form av psykologiskt stöd men även vid sådana situationer som toalettbesök och duschning. Extravaket kan upplevas som integritetskränkande. Av etiska skäl är det viktigt att tvångsvården sker med största möjliga hänsyn till patientens integritet. Dock måste patientsäkerheten, som är ett centralt mål i vården av den suicidnära patienten, vägas mot patientens integritet (patientsäkerhetslagen). En sådan här situation kan vara svår och krävande både för patienten och för extravaket. Det krävs att extravaket är en person med en gedigen psykiatrisk erfarenhet och en empatisk förmåga, för att situationen ska bli så lite kränkande som möjligt (Runeson, 2012).

Den tvångsvårdade patienten kan inte avsäga sig tillsyn/övervakning.

En frivilligt vårdad patient kan avsäga sig tillsyn/övervakning och då ska patientens vårdbehov bedömas bland annat med tanke på eventuell konvertering. En vanlig orsak till konvertering av frivillig vård till tvångsvård enligt LPT är om patienten har en allvarlig psykisk störning och ineliggande utvecklar kraftigt ökad risk för suicid.

Brist på resurser, såsom vårdplatser och personal, innebär en etisk konflikt med den övergripande principen att rädda liv. Den som kommer in efter ett självmordsförsök måste erbjudas snabb och lämplig behandling. Brist på resurser får inte hindra att patienten får en slutenvårdsplats, utrymme att utredas, behandlas psykiatriskt, psykosocialt och ur ett relationsmässigt perspektiv. Inte heller att tvångsvårdas enligt LPT, om så behövs.

Informellt tvång

Informellt tvång är en benämning på situationer som alls inte är ovanliga. Ibland kan patienten ställas inför att om han eller hon inte frivilligt går med på att läggas in, att ta emot medicin eller något annat så kan det bli fråga om att genomföra det hela med hjälp av tvång. Många patienter går då med på saker som de inte skulle ha gjort om inte hot om tvång funnits i bakgrunden. Patienten känner av personalens dispositionella makt (se inledningen, s. 11) och kan känna detta som lika tvingande som ett formellt tvångsbeslut. Baserat på en litteraturgenomgång beskriver Szmulker och Appelbaum (2008) en hierarki av påtryckningar enligt följande:

1. *Övertalning*. En vädjan till förnuft (men ofta också till känsla), baserad på argument om fördelar och risker. Patientens argument beaktas och besvaras.
2. *Utnyttjande av den personliga relationen*. Den personliga relationen används för att påverka patienten, som kan ha en känslomässig beroendeställning till behandlaren och kanske inte vill göra honom eller henne besviken.
3. *Lockbete*. Det antyds att patienten kommer att få extra stöd eller tjänster om hon eller han samtycker till att delta i den föreslagna behandlingen.

4. *Hot*. Det antyds att tjänster och stöd kan komma att dras in, eller att användningen av tvång kommer att övervägas, om patienten inte följer behandlingen.

5. *Tvång*. Patienten tvingas genomgå behandlingen mot sin vilja genom användning av tvångslagstiftningen.

Gränsdragningen mellan saklig information och mer direkta påverkansförsök är inte alltid så lätt att ange. Patientens egen upplevelse av det skedda är förmodligen den bästa vägvisaren. När personalen avser att ge information kan det av patienten uppfattas som att hon eller han inte har något val. Förekomst och hantering av det informella tvånget bör uppmärksammas genom reflektion och diskussion i personalgruppen.

Information och dialog med patient och närstående

Vanligtvis ska närstående involveras i tvångsintagningsituationen så tidigt som möjligt så att vårdpersonal i dialog med närstående kan ta reda på viktiga omständigheter kring insjuknandet eller vad som varit hjälpsamt under tidigare sjukhusepisoder. Sådan viktig information kan fås genom direkt samtal eller via telefon.

Under varje steg i intagningsproceduren ska patienten ges rätt till adekvat kontakt med och hjälp av närstående, och behandlingen ska planeras, så långt möjligt, i samarbete med patienten och hans eller hennes närstående. Vidare ska de närståendes behov av information och delaktighet tas i beaktande.

Att motivera patienten till att närstående ska ges möjlighet att delta i vården är ett sätt att kunna öka närståendes delaktighet i vårdarbetet.

Efter den kliniska undersökningen som utförs av läkaren vid sjukhuset ska läkaren tala med patienten om hans eller hennes tillstånd, om vidare behandling, prognos, vilka beslut som nu tas och om möjligheter att få juridisk hjälp. Läkaren måste informera patienten om dennas rättigheter och ska ge så mycket objektiv information som möjligt.

PATIENTSAMTAL VID INTAGNINGSBESLUT

- Lyft fram vad som är fakta i situationen, till exempel konkreta uttalanden och beteenden hos patienten som bidragit till beslut om vårdintyg.
- Förmedla hoppfullhet och att det finns god kunskap och erfarenhet av att hjälpa patienter i liknande situationer.
- Var empatisk och balansera kunskaper om situationen med egna känslomässiga reaktioner och en ödmjukhet inför att patienten äger sin egen upplevelse.
- Skydda patientens värdighet genom att lyssna och ge beslutsalternativ där det är möjligt. Ge information som bidrar till en viss förutsägbarhet för patienten och försök att under vårdtiden söka upp patienten för att höra hur det har gått.

EXEMPEL PÅ BUDSKAP TILL PATIENT

"Du har under den senaste månaden allvarligt hotat och attackerat människor omkring dig. Du säger att du kommer att bli mördad och har därför nästan helt slutat sova och äta. Min bedömning är att detta är tecken på att du är psykotisk och mår mycket dåligt. Samtidigt vill du inte ta emot någon vård. Jag bestämmer därför, trots att du själv inte vill, att du läggs in på vår vårdavdelning så att vi kan hjälpa dig."

"Du ska inte behöva må så här dåligt. Du behöver inte vara rädd och jag hoppas att du snart ska känna att du kan lita på oss som jobbar här. Vi har goda kunskaper om vård som brukar hjälpa när man har det svårt på det här sättet. Jag hör och respekterar att du ser situationen på ett helt annat sätt men i detta fall är det jag som fattar beslutet. Du kan överklaga beslutet. Om du vill göra det, vänd dig till ..."

"Jag vill också att du börjar ta den medicin som du slutade med tidigare i år. Jag vet att du är orolig för att det ska vara gift i sprutan så du kan gärna få tabletter i stället. Du känner ju sedan tidigare sjuksköterskan Olof som jobbar här. Om det känns tryggt för dig kan vi be att han sköter dina mediciner i dag och att du får vara med och se vilken ask han tar tabletterna ur."

"Det som händer nu är att du snart kommer att få följa med två personal upp till avdelningen där du får ett eget rum. Din fru får gärna följa med dig upp. Du kommer att få träffa en läkare varje dag på avdelningen som hör hur du mår och också diskuterar med dig om du kan tänka dig att stanna frivilligt resten av vårdtiden. Jag kan inte säga hur länge du får stanna på avdelningen men hos oss är det vanligt att stanna 2–3 veckor. Jag kommer upp till avdelningen senare i eftermiddag. Om du vill tittar jag gärna in till dig och hör hur du tycker att det verkar."

Tolk

Då vården och behandlingen ska planeras och genomföras i samråd med patienten samt med tanke på skyldigheten att ge individuellt anpassad information följer att tolk kan behövas när patienten har annat hemspråk än svenska (2 a § HSL, 2 b § HSL och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen, PSL. Vid myndighetsutövning enligt LPT kan också rätten till tolk i den offentliga hälso- och sjukvården enligt 8 § förvaltningslagen (FL 1986:223) gälla. Helst ska auktoriserade tolkar användas och tolkar med särskild kompetens för sjukvårdstolkning. För minderåriga patienter som behärskar svenska kan tolk behöva användas om vårdnadsinnehavaren inte behärskar svenska. I många situationer kan det av olika skäl vara olämpligt att använda vårdnadshavare som tolk. Ibland av det enkla skälet att de behöver vara just vårdnadshavare och inget annat under samtalet.

Information om stödperson

Så fort patientens tillstånd tillåter ska chefsöverläkaren se till att en person som vårdas med stöd av LPT får en individuellt anpassad information om sin rätt att få en stödperson (30 § LPT). En stödperson ska utses när patienten begär det, men kan också utses i annat fall om patienten inte motsätter sig det. Stödpersonen ska bistå patienten i personliga frågor under tvångsvården och även under fyra veckor efter att tvångsvården upphört om patienten och stödpersonen är överens om det. Stödperson utses av patientnämnden (31 § LPT).

Information och dialog mellan behandlare

Det är självklart viktigt att personal är väl informerad om intagningsbeslut och att vården då inte längre är frivillig. Vidare är det viktigt att personalen är underrättad om den preliminära vårdplanen och överenskommelser som görs med patienten.

Dokumentation

Varje åtgärd under intagningsprocessen ska dokumenteras i detalj i journalen, helst i ett särskilt formulär med definierade rubriker, till exempel:

- Patientens tillstånd
- Tvångsåtgärder som vidtagits och alla andra åtgärder som utförts med patienten
- Namnen på deltagande personer
- Kliniska överväganden
- Etiska överväganden.

Intagningsbeslutet ska dokumenteras med klockslag i patientjournal och beslutsjournal. Ett intagningsbeslut kan överklagas till förvaltningsrätten och personalen är skyldig att bistå patienten om han eller hon vill detta.

I samband med intagningen bör också en preliminär vårdplan upprättas, helst tillsammans med patienten. Denna och eventuella överenskommelser med patienten ska dokumenteras tydligt.

- Att beslutet fattats (och av vem)
- När beslutet fattats
- Motivering för beslutet

EXEMPEL PÅ INTAGNINGSBESLUT OCH PRELIMINÄR VÅRDPLAN

Lena är 17 år och har sedan två år tillbaka diagnosen anorexia nervosa. Hon har de senaste två månaderna haft ett mycket litet energiintag parat med timslånga upprepade långa promenader i raskt tempo. Inkommer tillsammans med personal från öppenvården med ett nyligen skrivet vårdintyg av leg. läk. Ann Bengtsson på ätstörningsmottagningen.

Statusmässigt noteras ett BMI på 14,5. Lena har dålig insikt i den allvarliga situationen. Hon har förlorat stora delar av sitt hår, händerna är "iskalla", ögonen djupt liggande och hon har nedsatt hudturgor. Hon vill på inga villkor medverka eller stanna kvar på sjukhuset.

Hon informeras om att tillståndet bedöms som potentiellt livshotande. Lena lider av en allvarlig psykisk störning och är i oundgängligt behov av heldygnsvård. Hon motsätter sig detta. Jag fattar därför beslut om intagning enligt LPT kl. 14.20 dagens datum samt informerar henne om detta och hennes rätt till stödperson, juridiskt ombud och möjligheter att överklaga detta beslut.

Vi kommer nu att med eller mot hennes vilja se till att hon får tillräckligt med näring för att få vikten att vända uppåt. Jag betonar att jag är

medveten om att en viktuppgång kan väcka mycket ångest och att det på enheten finns hög kompetens för de komplexa faktorer som är involverade i ätstörningsproblematik. Efter diskussion med Lena och modern överförs Lena till vårdavdelningen. Man är överens om att i första hand pröva med tillförsel av näringsdryck samt att hon inte får lämna vårdavdelningen. Ett individuellt stödprogram utformas tillsammans med Lena för de första dagarna. Både Lena och modern är informerade om att sondtillförsel av näring kan bli aktuellt om vikten fortsätter att falla.

10. Konvertering

Juridik

Om en patient som är intagen på psykiatrisk klinik försämras och uppfyller kriterier för tvångsvård enligt LPT samt också det så kallade farlighetskriteriet kan patienten ”konverteras” till tvångsvård. Detta sker enligt § 11 LPT.

Regelverket liknar i hög utsträckning det som finns vid intagning. Vårdintyg ska skrivas av en legitimerad läkare. Kvarhållningsbeslut kan fattas på precis samma sätt som vid övrig tvångsvård. Ett intagningsbeslut ska fattas av chefsöverläkare inom 24 timmar efter att vårdintyget utfärdats. En viktig skillnad är att för konvertering krävs även att patienten befaras ”allvarligt skada sig själv eller någon annan”. Beslut om konvertering ska senast dagen efter underställas förvaltningsrättens prövning. Bedömer chefsöverläkaren att tvångsvården behöver fortsätta ska han eller hon inom fyra dagar efter beslut om konvertering ansöka om fortsatt tvångsvård hos förvaltningsrätten.

För patienter som vårdas på en somatisk avdelning men inte på en psykiatrisk klinik gäller vid försämring och om de uppfyller krav för vård enligt LPT samma förfarande som vid intagning av en patient till psykiatrisk klinik. Här är det alltså 4 § LPT som tillämpas.

11 § Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om sluten psykiatrisk tvångsvård när

1. de förutsättningar som anges i 3 § första stycket 1 och andra stycket är uppfyllda, och

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

Ett sådant beslut får inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats av en annan läkare än chefsöverläkaren. I fråga om vårdintyg gäller bestämmelserna i 4 § och 5 § första och andra styckena. Beslut om vård enligt första stycket ska fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. Det som sägs i 6 och 6 a §§ gäller också vid övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt första stycket. Lag (2008:415).

Etiska överväganden

Att överföra en frivilligt vårdad patient till tvångsvård är självklart förknippat med etiska dilemman. Patienten kan ha kommit frivilligt till sjukhuset och blivit inlagd och sedan försämrats på ett sådant vis att tvångsvård känns som den enda utvägen. Detta har bidragit till att patienten enligt den nuvarande lagstiftningen förutom att uppfylla alla kriterier för tvångsvård även ska uppfylla det som kallas för farlighetsrekvisitet – ”kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan”. Tillägget motiveras av risken för att människor inte söker vård om de känner oro för att den frivilliga vården kan omvandlas till tvångsvård. En utmaning när konvertering bedöms nödvändig är därför att försöka genomföra denna utan att allvarligt skada patientens förtroende för vården.

Andelen tvångsvård som sker via konvertering skiljer sig ganska mycket åt mellan olika kliniker. Kan ett medvetet etiskt övervägande vara att via en högre andel intagningsbeslut enligt 6 § möjligen undvika konvertering till tvångsvård enligt 11 §?

Information och dialog mellan behandlare

Det är viktigt att all personal är medveten om konverteringsbeslutet eftersom detta innebär att patienten kan behöva extra stöd och information. Det är ju också möjligt att efter ett konverteringsbeslut kvarhålla patienten och vidtaga nödvändiga tvångsåtgärder. Konverteringsbeslutet är också ofta förenat med förändrad tillsyn, medicinerings och annat.

Information och dialog med patient och närstående

Patienten måste tydligt informeras om vad överförandet till LPT-vård innebär och användningen av denna åtgärd.

Även patientens närstående ska informeras om ändringen i legal status om inte sekretess lägger hinder i vägen (se dock undantag från sekretesslagen s. 31).

Dokumentation

Beslutet om förändringen av vårdform till tvångsvård enligt LPT ska liksom motiveringen till detta beslut dokumenteras i journalen.

I samband med beslutet om konvertering ska vårdplanen revideras med redogörelse för behandlingsmöjligheterna samt de åtgärder som behövs för att uppnå målet med tvångsvården.

Tvång kan användas för att förhindra patienten från att lämna avdelningen. Vid omedelbar fara för patientens liv och hälsa får nödvändig behandling ges under kvarhållningen, men depotmedicinering får inte ges förrän ett konverteringsbeslut är fattat av chefsöverläkaren. Om det finns fara att patienten skadar sig själv eller andra och alla andra möjligheter till samarbete har misslyckats, får patienten under en kortare period spännas fast i bälte.

FALLEXEMPEL

Elsa (70 år) har vårdats för en melankolisk depression i tre veckor. Tillståndet har inte förbättrats utan hon har tvärtom fortsatt försämrats. Sista tiden har hon alltmer plågats av vanföreställningar om att tarmarna är "fulla av ormar och maskar" och att hon därför varken kan äta eller besöka toaletten. Hon har blivit tilltagande urvätskad och vid ett tillfälle ramlat omkull, sannolikt på grund av blodtrycksfall i samband med att hon reste sig.

För tillfället mat- och vätskevägrar hon. Personalen har inte lyckats få i henne någonting det senaste dygnet.

ST-läkaren på avdelningen skriver vårdintyg och fattar kvarhållningsbeslut. Några timmar därefter undersöks Elsa av överläkaren vid samma vårdavdelning och beslut om konvertering och vård enligt 11 § LPT inleds. Hon och anhöriga informeras om detta och vätskeersättning samt glukos ges intravenöst. I detta fall görs anmälan och ansökan om fortsatt vård enligt LPT till förvaltningsrätten i samband med beslut om konvertering.

II. Vårdplan

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

Chefsöverläkaren ska undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt ska detta ske i samråd med patienten. Lag (2000:353).

Preliminär vårdplanering vid psykiatrisk tvångsvård

Vårdplanering ska inledas i anslutning till att beslut om intagning för tvångsvård tas. Den vårdplan som då upprättas ska ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Vårdplanen ska omprövas löpande.

I vårdplanen beskrivs de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås. Syftet med tvångsvården är att få patienten till att medverka till frivillig vård.

Den preliminära vårdplanen upprättas ofta i det mera akuta skedet då information om patienten och dennas behov ofta är ofullständig. Trots det ska en vårdplan upprättas. Den kan vara utformad som en fyllig preliminärbedömning och kortfattat beskriva patienten och dennas situation i nuläget. De viktigaste åtgärderna i det akuta skedet kan till exempel vara att få en patient i sömn och akuta farmakologiska insatser. Vid andra tillfällen kan behovet vara att observera patienten och skaffa ytterligare information och kunskap

om patientens sociala situation. Kontakter kan behöva tas med socialtjänst, närstående och även andra aktörer. Ställningstagande till suicidrisk och beslut om övervakningsgrad ingår alltid i själva vårdplanen. Chefsöverläkaren har också ett ansvar för att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten.

EXEMPEL PRELIMINÄR VÅRDPLAN

"Patienten behöver nu i första hand återhämtning, vila samt tillräckligt med vätska och föda. Hon har vid intagningen enligt anhöriga inte sovit alls de senaste två dygnen samt ätit dåligt och tappat i vikt. Patientens insikt är bristfällig men vi har en överenskommelse om att hon ska ta emot den ordinerade medicinen samt försöka äta och dricka.

Patienten har suicidtankar – risken för suicid inneliggande bedöms dock som relativt låg. Observation av patienten varje kvart under natten. Förnyad bedömning och mer detaljerad plan under morgondagen.

Om patienten inte medverkar ska jourläkare kontaktas."

Vårdplan vid psykiatrisk tvångsvård

Vårdplanen ska ge en fullständig bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala problem, behov och önskingar samt ange inplanerade åtgärder och mål med behandlingen.

I vårdplanen ska framgå behandlingsinsatser och andra insatser som ska syfta till att tvångsvården inte längre behövs. En struktur för vårdplan finns i *Handbok vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (Socialstyrelsen, 2009).

Vårdplanen blir ofta mer värdefull om den upprättas tillsammans med patienten och gärna också med närstående. I vårdplanen anges gemensamma beslut om vad patienten behöver göra eller ta ansvar för och vad läkare och annan personal åtar sig att ta ansvar för. Lämpligt är att vara så konkret som möjligt samt att ange ungefärlig tid när målet kan ha nåtts och när utvärdering ska göras. Använt på rätt sätt kan vårdplansarbete bli ett mycket kraftfullt verktyg i vården. Vårdplanen ska så långt det är möjligt delges även patienter som inte vill eller kan delta i sin vårdplanering. Ge gärna patienten en kopia på planen.

Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplan upprättas när bedömningen är att patienten kan komma att behöva insatser från primärkommunen. Syftet med

den samordnade vårdplanen är att fördela ansvaret och insatserna av patientens vård- och stödbehov mellan enheterna samt att reglera betalningsansvaret mellan kommunen och landstinget (Socialstyrelsen, 2005).

Även här finns en struktur i Socialstyrelsens handbok (2009), s. 63.

Normalt underrättas kommunen samt öppenvården via ett in-skrivningsmeddelande att patienten är inlagd samt att fortsatta behandlings- och stödinsatser efter avslutad sjukhusvård bedöms bli aktuella. I god tid innan utskrivning kallas berörda till en samordnad vårdplanering. Denna planering bygger på frivillighet och patienten har möjlighet att tacka nej. Vid pågående tvångsvård kan dock den samordnade vårdplaneringen genomföras ”om det behövs för att ge den enskilda nödvändig vård, behandling eller annat stöd” (Offentlighets- och sekretesslag 25 kap. 12 §). Den samordnade vårdplanen ska efter upprättandet justeras av deltagande antingen direkt vid upprättandet eller inom 24 timmar. En justering är en bekräftelse på att parterna är överens om planeringen.

Läkaren bedömer när patienten är utskrivningsklar. Kommunens betalningsansvar för patienter som vårdas inom psykiatri in-träder tidigast 30 vardagar efter det att kallelse till samordnad vårdplanering skickats till primärkommunen och patienten bedömts som utskrivningsklar.

Sekretess vid samordnad vårdplanering

En grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera i hela vårdkedjan är att den information som behövs för att planera patientens vård och omsorg finns tillgänglig och kan överföras mellan olika behandlare i samband med att patienten flyttar från en vårdform till en annan. Även när patienten tvångsvårdas gäller sekretesslagen. Detta innebär att när samordning ska ske med kommunen och annan öppenvård så måste patienten ge sitt samtycke. I vissa lägen kan det vara aktuellt att genomföra menprövning – det vill säga om uppgifter som tas upp kan vara till men för patienten. Patientens egen uppfattning av vad som räknas som men är den som i de flesta fall gäller. Ett samtycke underlättas av att patienten får relevant information om syftet med den samordnade vårdplaneringen, hur upprättandet går till rent konkret och möjlighet att ha stödperson och närstående med sig vid upprättande av den samordnade vårdplanen.

Som tidigare nämnts (s. 31) är själva beslutet om frihetsberövande åtgärder inte sekretessbelagt utan kan lämnas ut på begäran. Underlaget för beslutet omfattas dock av hälso- och sjukvårdsssekretessen. Själva vårdintyget räknas som underlag och omfattas av sekretess.

Dokumentation

Vårdplanen ska dokumenteras i patientjournalen av den ansvariga behandlaren och innehålla alla planerade omvårdnads- och behandlingsåtgärder samt tidpunkten för upprättandet av vårdplanen såväl som tidpunkten för planerad uppföljning och utvärdering.

Chefsöverläkaren är ansvarig för vårdplanen men det praktiska arbetet kan delegeras till annan personal.

Övriga uppgifter som kan ingå i vårdplanen:

- Det ska noteras om patienten medverkat vid upprättandet av vårdplanen: Ja/Nej. Om inte, varför?
- Det ska noteras om närstående medverkat vid upprättandet av vårdplanen: Ja/Nej. Om inte, varför?
- Namnet på den läkare som ansvarar för vårdplanen.
- Huruvida patienten har stödperson eller inte och i förekommande fall namnet på stödpersonen.
- Vilka kommunala insatser som är aktuella.
- Om patienten har förvaltare eller god man och i förekommande fall namnet på den.
- Vilka somatiska problem som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå de upprättade målen för dessa.
- Vilka psykiatriska problem som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå de upprättade målen för dessa.
- Vilka psykologiska problem som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå de upprättade målen för dessa.
- Vilka sociala problem som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå de upprättade målen för dessa.
- Vilka omvårdnadsbehov som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för dessa.
- Huruvida det förekommer ett missbruk och vilka åtgärder som ska vidtas mot missbruket.
- Utvärdering av vårdplanen.

12. På vårdavdelningen

Rutiner på avdelningen

Idealiskt är om de som tar emot patienten är den läkare och den personal från avdelningen som kommer att vårda patienten, inklusive den eller dem som utses till patientens kontaktperson/er.

Information och dialog med patient och närstående

Det är viktigt att i så hög utsträckning som möjligt ge patienten och närstående information för att underlätta deras förståelse för vad som händer och vad som är planerat. Det i sin tur gör att de lättare kan hantera situationen som kan kännas skrämmande. Att skapa sammanhang är också på sikt bidragande till verklighetsförankring.

Kan man inte lämna informationen till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten (2b § HSL och 6 kap. 6 § PSL) om inte patienten motsätter sig detta.

På avdelningen finns rutiner och tider som det är viktigt för patienten att känna till. Likaså att patienten hittar och kan orientera sig på avdelningen. Fotoförbud råder som regel på avdelningar och sjukhus. Avdelningsinformationen ska ges också i skriftlig form och bör finnas på olika språk.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård ska finnas tillgänglig för patienterna på svenska och engelska, och om möjligt översatt till andra språk.

- Patienten ska ges möjlighet att använda egen telefon, fax och e-post, besökare ska inte utestängas och censur får inte förekomma, såvida det inte är reglerat i lag.
- Personalen ska söka regelbunden kontakt med patienten och en

relation byggd på ömsesidig respekt och förståelse ska eftersträvas. Kontakten med patienten är personalens ansvar och initiativ.

- Patienten och närstående ska så tidigt i processen som möjligt få förklarar för sig alla funktioner och professioner hos de personer som är involverade i tvångsintagningen och vården.
- Patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd, förväntad vårdtid, prognos, om tillgänglig vård och ges möjlighet att diskutera de åtgärder som vidtas.
- Under hela processen ska patienten ges möjlighet till kommunikation med och assistans av närstående så att familjen också är involverad i hela förarbetet.
- Information om patientens intagning på psykiatrisk klinik ska inte utan patientens medgivande lämnas ut till andra behandlare, myndigheter etc. som inte är involverade i processen om inte detta är reglerat i lag.

Ett exempel på hur en allmän skriftlig information från en vårdavdelning kan se ut finns i bilagan.

Tolk

Personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård har rätt till tolk vid myndighetsutövningen (se s. 61).

Försändelsekontroll till en patient

Enligt 22 § LPT får försändelser *till* en patient undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 § LPT, till exempel narkotika eller annan egendom som kan vara till skada för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Bedömning och beslut

Syftet med beslutet är att förhindra att det förs in otillåten egendom på vårdinrättningen. Alla brev och paket som kommer till patienten får öppnas. Av hänsyn till patientens integritet får det skriftliga innehållet i brev eller annan handling inte granskas.

Försändelser till patienten får inte innehålla narkotika, vapen eller annat som kan skada eller vara till men för vården av en patient eller ordningen på vårdinrättningen.

I bestämmelserna anges inte några särskilda förutsättningar för att kontrollen ska få ske. Däremot ska proportionalitetsprincipen (2 a § LPT) beaktas. Granskningen av innehållet får inte vara mer ingående än vad som är nödvändigt utifrån syftet med granskningen. Det bör dock finnas någon grund för att åtgärden ska vidtas då beslutet är ett intrång i de grundlagsskyddade rättigheterna.

Ett beslut om försändelsekontroll till en patient kan inte överklagas. Om försändelsen däremot innehåller sådan egendom som enligt 24 § LPT får förstöras eller försäljas får ett sådant beslut överklagas. Patienten ska då underrättas formellt om detta.

Beslut ska fattas om varje enskild försändelse till patienten.

Dokumentation

Uppgiften om kontroll av försändelser och omhändertagande av egendom ska dokumenteras i patientens journal.

Försändelsekontroll från en patient

22a § LPT Chefsöverläkaren får besluta att övervaka försändelser från en patient, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. För detta ändamål får chefsöverläkaren öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten.

Bedömning och beslut

Beslut att kvarhålla försändelser får vidtas när vården eller rehabiliteringen av patienten försvåras eller för att motverka att någon annan lider skada. Det kan till exempel behöva vidtas för att bryta ett destruktivt beteende hos en patient som orsakas av patientens sjukdomstillstånd eller för att förhindra hot och trakasserier för närstående eller andra personer. Med försändelse menas brev, paket eller liknande som är avsedda att befordras.

Ett beslut om övervakning av försändelse kan aldrig fattas kollektivt för en grupp av patienter eller för en särskild vårdavdelning.

I varje enskilt fall ska det göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet. Det får aldrig användas i straffningssyfte. Inför ett beslut om att övervaka försändelser ska det ha framkommit att patienten missbrukat sin rätt att kommunicera med omvärlden eller att det finns en välgrundad anledning till att ett sådant miss-

bruk kommer att finnas. Självklart ska patientens aktuella psykiska tillstånd och tidigare beteende beaktas inför beslutet.

Proportionalitetsprincipen enligt 2 a § LPT är tillämplig. Det innebär att granskningen av innehållet inte ska vara mer ingående än vad som är nödvändigt utifrån syftet med granskningen. Det innebär också att om så är möjligt bör granskningen avgränsas till en viss person eller vissa personer. Beslutet innebär inte heller att alla försändelser regelmässigt ska övervakas.

Under den tid som beslutet om övervakning gäller behövs inte något ytterligare beslut fattas för att i varje enskilt fall öppna, ta del av och kvarhålla brev.

Patienten bör vara närvarande vid öppning och granskning av försändelse.

Även om det föreligger ett formellt beslut om övervakning av försändelser har patienten alltid rätt att fritt meddela sig skriftligen till exempel med sitt offentliga biträde eller tillsynsmyndigheten för att tillvarata sina rättigheter.

Patienter som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller patienter som kvarhålls på vårdinrättningen i väntan på intagningsbeslut enligt § 6 LPT får inte bli utsatta för försändelsekontroll.

Beslut om försändelseövervakning gäller högst under två månader. Beslut kan fattas om kortare period än två månader och beslutet ska fortlöpande övervägas. Och när det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det genast upphöra.

Om det finns förutsättningar för en fortsatt övervakning får ett nytt beslut fattas men det kräver förnyade överväganden och underlag för beslutet. Det finns inte någon begränsning av hur många beslut som kan fattas.

Information till patienten

Patienten ska informeras om beslutet samt motiven för detta. Patientens ska också informeras om att beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten.

Generellt kan patienten inte överklaga tvångsåtgärder. Men då det gäller övervakning av försändelser fattas inte ett sådant beslut bara utifrån behandlingen av patienten utan även utifrån att någon annan kan komma att lida skada. Dessutom är giltighetstiden för sådana beslut längre än för andra tvångsåtgärder – ”högst två må-

nader” (22b § LPT). Beslutet gällande övervakning av försändelser är en myndighetsutövning.

Dokumentation

Beslutet liksom skälen för beslutet ska dokumenteras i patientjournalen. Beslutet ska också dokumenteras i beslutsjournalen.

Underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska underrättas utan dröjsmål om beslutet enligt 22a § LPT. Underrättelsen gäller också vid ett nytt beslut även om de löper i följd.

Inskränkning i rätten till att använda elektronisk kommunikationstjänst

20a § LPT Chefsöverläkaren får besluta 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. Lagstiftningen medger också att patienten kan hindras från att inneha utrustning som möjliggör elektronisk kommunikation. Den tekniska utrustningen får omhändertas.

Bedömning och beslut

Patienterna har som regel rätt att använda elektronisk kommunikationsutrustning. Under vissa förutsättningar får den inskränkas. I varje enskilt fall krävs ett särskilt övervägande om bestämmelsen ska tillämpas eller inte. Tjänster som omfattas är till exempel användandet av fast telefoni, mobiltelefon, internet och e-post. Syftet med inskränkningen är att motverka att vård och rehabilitering av patienten försvåras genom att patienten missbrukar sin rätt att kommunicera. Ofta handlar det om att kunna bryta destruktiva beteenden till följd av allvarlig psykisk störning hos en patient. Syftet med inskränkningen kan också vara att förhindra hot och trakasserier av närstående och andra personer. Det kan vara svårt att skilja på vad som är till skada för patientens vård och rehabilitering eller vad som är till skada för någon annan. Dessa två syften sammanhänger ofta. Det får aldrig fattas kollektiva beslut om användandet av elektroniska kommunikationstjänster för en grupp patienter

eller för en hel vårdavdelning och självklart inte för att bestraffa patienter.

I varje enskilt fall ska det göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet. Inför ett beslut om att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster ska det ha framkommit att patienten har missbrukat sin rätt till användning av kommunikation, eller att det finns en välgrundad anledning till att ett sådant missbruk kommer att inträffa. Självklart ska patientens aktuella psykiska tillstånd och tidigare beteende beaktas inför beslutet.

Det kan uppstå situationer där patienter utsätts för påtryckningar, hot och våld för att till exempel låna ut sin mobiltelefon. Det kan då bli aktuellt att avskilja den patient vars rätt till kommunikation har inskränkts ifall vården av andra patienter allvarligt försväras.

Proportionalitetsprincipen enligt 2 a § LPT är tillämplig. Det innebär att negativa följder av inskränkningen ska minskas på olika sätt. Exempelvis kan kommunikation enbart till en viss person eller viss grupp av personer inskränkas. Patienten kan hindras från att ha en dator med internetanslutning men inneha en annan dator för spel, utbildning och hjälpmedel som används vid behandling och rehabilitering. Beslutet kan fattas för två månader i taget. Det finns ingen begränsning för hur många beslut som kan fattas. Den tekniska utrustningen som omhändertagits ska återlämnas till patienten när beslutet om inskränkning upphört att gälla.

Information till patienten

Patienten ska informeras om beslutet samt motiven för detta. Patientens ska också informeras om att beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten.

Generellt kan patienten inte överklaga tvångsåtgärder. Men då det gäller rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster fattas inte ett sådant beslut bara utifrån behandlingen av patienten utan även utifrån att någon annan lider skada. Dessutom är giltighetstiden för sådana beslut längre än för andra tvångsåtgärder. Beslutet gällande rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster är en myndighetsutövning.

Dokumentation

Beslutet liksom skälen för beslutet ska dokumenteras i patientjournalen. Beslutet ska också dokumenteras i beslutsjournalen. Omhändertagande av teknisk utrustning ska dokumenteras i patientjournalen.

Underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska underrättas utan dröjsmål om beslutet enligt 20a § LPT. Underrättelsen gäller också vid ett nytt beslut även om den löper i följd.

PATIENTER MED HEMVIST UTANFÖR SVERIGE

Socialstyrelsen har befogenhet besluta att sända en patient som vårdas enligt LPT med hemvist utanför Sverige tillbaka till sitt hemland. Om patienten har fast anknytning till Sverige får han eller hon inte sändas till sitt hemland annat än på egen begäran. Om patienten säger sig vara politisk flykting ska Migrationsverket bekräfta detta.

En förutsättning för att sändas till hemlandet är att patienten ska kunna erbjudas tillfredsställande vård där.

Då medborgare i vissa länder tas in för tvångsvård ska UD omedelbart underrättas, detsamma gäller då tvångsvården upphör eller om patienten avlider på sjukvårdsinrättningen.

Då det finns beslut om avvisning ska den myndighet som ska ta över ärendet underrättas innan tvångsvården upphör. I det fall en patient med hemvist utanför Sverige vårdas med stöd av LRV med SUP (särskild utskrivningsprövning) ska chefsöverläkaren underrätta patientens ambassad/konsulat om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra.

Etiska överväganden

I ett samhälle som vill kunna hjälpa även svårt sjuka personer är nog de flesta överens om att möjligheten till psykiatrisk tvångsvård måste finnas. Tvångsvårdsprocessen och de beslut som fattas under denna process bör dock vara transparenta för patienten och även för andra, så långt gällande lagstiftning medger. Besluten bör vara tydliga för patienten, exempelvis avseende skäl för beslut, vad besluten innebär och ungefärlig tidsrymd. Ett gott bemötande genom bland annat dialog och individuellt anpassade insatser och hänsyn kan göra att patienten känner sig respekterad även inom denna vårdform. Målet måste vara att alla patienter ska känna sig trygga även när de vårdas mot sin vilja.

Tvångsvården ska enligt LPT syfta till att få patienten att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Huruvida tvång är fortsatt nödvändigt för vårdens genomförande ska därför kontinuerligt övervägas.

Trots att vården sker med tvång ska delaktighet från patienten eftersträvas. Så långt möjligt ska vårdplanen upprättas i samråd med patienten, och om möjligt ska samråd ske också med närstående. En nedsatt förmåga att förstå sitt eget bästa ska alltså inte utesluta patienten från att erbjudas delaktighet. Graden av beslutsförmåga spelar roll endast vad gäller hur stor hänsyn som tas till patientens önskemål. Rätten att få göra sin röst hörd, oavsett bedömd grad av beslutsförmåga, bör anses som en grundläggande rättighet.

Vårdmiljö

Eftersom tvångsvårdade patienter inte själva kan besluta att avsluta vården och lämna vårdinrättningen är vårdmiljöns kvalitet av yttersta vikt (Kallstenius, 2012). Enligt LPT får tvångsvårdade patienter hindras att lämna vårdinrättningen, vilket vanligtvis innebär att ytterdörr och fönster är låsta. Det finns dock inget krav på att tvångsvårdade patienter ska vårdas inlåsta. Den fysiska vårdmiljön ska vara i gott skick, estetiskt genomtänkt och ge möjlighet för patienterna att välja avskildhet eller umgänge med andra. Det finns inget som hindrar att patienter kan låsa om sig i sina rum på avdelningarna så länge personalen vid behov kan låsa upp. Rutinåtgärder som kan påverka patientens egenvärde och självbild, till exempel krav på att bära patientkläder eller att omhänderta för patienten viktiga saker mot patientens vilja, bör undvikas och får endast genomföras med lagstöd. Regler och rutiner på avdelningen ska vara tydligt formulerade, förutsägbara och etiskt förankrade. Reglerna ska alltid kunna förklaras och motiveras för patienter och närstående. Personal ska bära tydlig namn- och titelskylt.

En god vårdmiljö vid tvångsvård innebär också att patientens vård och behandling utgår från en helhetssyn på patientens behov. Att innehållet i längre perioder av tvångsvård stannar vid insättning och stabilisering av farmakologisk behandling kan anses som alltför torftigt. Regelbundna krisbearbetande och stödjande samtal, nätverksmöten, fysisk aktivitet, psykoedukativa åtgärder och psykosocial planering och träning kan vara exempel på meningsfullt vårdinnehåll.

Överklagan

Patienten kan närhelst hon eller han önskar överklaga följande beslut och åtgärder:

- beslut om intagning – en sådan överklagan anses också innefatta en begäran om att tvångsvården ska upphöra
- avslag på en begäran om att vården ska upphöra
- avslag på önskan om att vistas utanför vårdinrättningen
- inskränkning i användning av elektroniska kommunikationsmedel
- beslut om övervakning av försändelser från en patient
- förstöring eller försäljning av egendom (se 24 § LPT)
- återkallelse att vistas utanför vårdinrättningens område
- villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård.

Personalen ska vara behjälplig i detta. Vissa vårdåtgärder går inte att överklaga, exempelvis medicinering mot patientens vilja, bältesläggning, avskiljning, kroppsvisitation samt yttlig kroppsbesiktning.

13. Ansökan om fortsatt vård enligt LPT

7 § Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård. Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form.

I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård.

I ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts i fråga om vård i annan form för patienten. Till ansökan ska det fogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

I ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses i 7a § LPT. Lag (2009:809).

Dokumentation

I samband med ansökan om fortsatt vård enligt LPT ska en vårdplan bifogas. Denna bör utarbetas tillsammans med patienten (se avsnitt Vårdplan, s. 67) och vara formulerad på ett enkelt och lättbegripligt språk. Ansökan samt samtliga bifogade handlingar ska delges patienten innan den muntliga förhandlingen som ofta hålls på den psykiatriska kliniken.

Information och dialog mellan behandlare

Oftast har klinikerna ett system för när tidsgränser för tvångsvården aktualiseras så att ansökan om fortsatt vård ska komma in i rätt

tid till förvaltningsrätten. Det är viktigt att patienten får bistånd av personal som känner henne/honom inför den rättsliga förhandlingen. Det är en klar fördel om en personal som patienten har ett förtroende för kan närvara under förhandlingen, vilket kan underlätta om patienten har frågor och funderingar efter förhandlingen.

FALLEXEMPEL

Arne (31 år) vårdas för ett maniskt skov och har en bipolär sjukdom typ 1. Han har efter drygt tre veckors vård inte stabiliserats utan är fortsatt manisk. Vid ett tillfälle har han avvikit från avdelningen och varit borta under ett par dygn vilket bidragit till att han är fortsatt ur balans.

Ansvarig specialist informerar Arne om att ansökan om förlängd vård kommer att lämnas till förvaltningsrätten samt berättar om förloppet – att det är en muntlig förhandling, vilka som deltar och varför samt att han kommer att få ta del av handlingarna (vårdintyg, aktuella journalanteckningar samt vårdplan samt ansökan om förlängd tvångsvård) och också ha möjlighet att diskutera igenom ärendet med en advokat innan förhandlingen.

14. Tvångsåtgärder vid LPT-vård

Konvertering och tvångsintagning innebär att patienten måste kvarstanna på vårdinrättningen. Detta är i de flesta fall tillräckligt för att få patienten att acceptera nödvändiga behandlingsåtgärder. Tvångsåtgärder får endast tillgripas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och när andra möjligheter uteslutits. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården.

Fastspänning

19 § Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Efter att intagningsbeslut fattats får patienten läggas i bälte om det finns en överhängande fara för att patienten ska skada sig själv eller någon annan. Bältesläggning är en tvångsåtgärd och en patient kan inte frivilligt bli lagd i bälte (beslut av 2007-09-19, dnr. 3235-2006).

Vid fastspänning ska personal närvara, vilket innebär att de ska vara i samma rum som patienten. Vid fastspänning av allvarligt psy-

kiskt störda, ofta agiterade patienter finns risk för att patienten kan försämrans medicinskt. Det är därför viktigt att kontinuerligt övervaka patientens både psykiska och kroppsliga tillstånd.

I en akut situation då en patient riskerar att skada sig själv, någon annan eller inredning, och läkare inte kan nås, kan nödrättsregler tillämpas. Det kan innebära att man håller patienten eller i extrema fall även bälteslägger en patient. Läkare måste omedelbart tillkallas för att ta beslut om bältesläggning enligt LPT eller annan åtgärd. Otillräckliga personalresurser får inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än vad som är absolut nödvändigt med hänsyn till bedömd fara. Systematisk observation av det psykiska och somatiska tillståndet är mycket viktigt. Ha gärna checklista som stöd för vad som ska observeras och vad som ska dokumenteras, samt "larmnivåer" då den som ansvarar för observationen ska ta kontakt med sjuksköterska eller läkare.

Synnerliga skäl krävs för en fastspänning som varar längre än fyra timmar. Det förutsätter en personlig undersökning av chefsöverläkaren. Fastspänning längre tid än fyra timmar ska så snart beslut har fattats rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hålls patienten fastspänd mer än 72 timmar ska en ny blankett med kompletterande uppgifter sändas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det är samma blankett som tidigare men med ett kryss i rutan för att patienten varit fastspänd mer än 72 timmar.

Det är även ett chefsöverläkarbeslut att besluta om att avbryta pågående fastspänning. Beslut kan tas per telefon efter information från personalen.

Fastspänning är en starkt integritetskränkande handling. Beslutet kan inte överklagas, vilket ställer stora krav på den som fattar beslutet samt dem som utför tvångsåtgärden.

Det är viktigt att personalen har kunskap om sina uppgifter och agerar med en respektfull attityd utan att visa någon fysisk eller verbal aggressivitet. Lämplig utbildning ska tillhandahållas, eftersom framgångsrik användning (eller undvikande av) bältesläggning till stora delar är beroende av tillgång till ett tillräckligt antal välutbildad personal. Utbildningen ska avse såväl själva bältesläggningsproceduren som de-escaleringstrategier enligt ovan. Viktigt är att hela tiden så långt möjligt beakta patientens värdighet.

Etiska överväganden

Fastspänning uppfattas av de flesta patienter även efteråt som något starkt negativt. Det är viktigt att understryka att fastspänning är en kvalificerad åtgärd som kräver regelbunden övning och uppföljning. En i personalgruppen bör vara helt frikopplad från direkt fysisk kontakt och enbart ha till uppgift att samordna insatserna samt hela tiden hålla kontakt med patienten och informera denna om vad som sker steg för steg. I vissa lägen är det inte nödvändigt att fixera samtliga extremiteter.

Alternativ till fastspänning (de-eskalering, överenskommelser, alternativ till tvång, se s. 21, 23, 86) bör hela tiden övervägas.

DISKUTERA!

I vissa länder är fastspänning inte tillåtet inom psykiatrisk tvångsvård. Där uppfattas det ofta som "barbariskt" och "medeltida" och man har många gånger svårt att förstå varför vi i länder som Sverige anser oss behöva ha tillgång till bältesläggning. I stället kan man ha arbetat med att utveckla nedtrappnings- och förhandlingstekniker samt använda fysisk fasthållning och avskiljning i högre grad än i Sverige.

Det är viktigt och intressant att ibland stanna upp och fundera över och diskutera med vilken självklarhet psykiatri i dag inkluderar bältesläggning i tvångsätgärdsalternativen. Vad skulle hända om lagstiftningen ändrades så att det inte längre var tillåtet? Psykiatri skulle med största sannolikhet fortsätta att fungera men vara tvungen att hantera akut farliga situationer på delvis andra sätt. Vad skulle vara en önskvärd utveckling? I debatten kring förslaget till ny tvångsvårdslagstiftning har framförts att bältesläggning av etiska skäl bör avföras från psykiatrisk tvångsvård (Ottosson, 2013).

Information och dialog med patient och närstående

Att patienten är psykotisk, manisk eller starkt ångestfylld är inte lika med att hon eller han inte förstår eller uppfattar vad som sägs. Det är viktigt att informera patienten om grunderna för varför man bälteslägger. Det är också viktigt att fråga patienten upprepat om det finns något som kan underlätta situationen, till exempel en kudde under huvudet, en filt över sig och så vidare. Det finns enstaka ställen där patienten har möjlighet att lyssna till valfri musik alternativt naturljud under pågående bältesläggning. Erfarenheterna är goda.

Patienten bör erbjudas ett eftersamtal för att lyssna till hans eller hennes upplevelser, kunna besvara eventuella frågor och gemen-

samt kunna ha en dialog kring hur man kan göra framöver för att om möjligt undvika tvångsåtgärd.

Dokumentation

- Hela händelseförloppet ska dokumenteras i patientens journal: tidpunkt, vad som inträffat som gjorde att tvångsåtgärden övervägdes, vilka åtgärder som vidtogs för att försöka undvika tvångsåtgärden, vilka som var med, vad beslutet blev, om åtgärden hade avsedd effekt samt uppföljningen av åtgärden tillsammans med patienten.
- I journalen noteras vilka som deltog vid tvångsåtgärden samt vilka som haft tillsyn över patienten. Beslutet liksom tidpunkten för beslutet noteras i beslutsjournalen.
- Samtal i personalgruppen som ska dokumenteras i verksamhetens administrativa system.
- I samband med uppföljningen kan man tillsammans med patienten träffa en överenskommelse om hur en liknande situation ska hanteras om den inträffar på nytt.

FALLEXEMPEL

Eva (43 år) lider av ett schizoaffektivt syndrom. Hon har precis anlänt med polistransport till sjukhuset i ett upprymt och förvirrat tillstånd. Vårdintyg är utfärdat och kvarhållningsbeslut fattat. När hon får information om kvarhållningsbeslutet reagerar hon med ilska och sparkar till en sjuksköterska. Personal håller henne och frågan om bältesläggning uppstår då hon är fortsatt aggressiv och personalen inte lyckas få kontakt med henne. Via telefon fattas beslut om bältesläggning. Hon är mycket aggressiv och uppvarvad och informeras om att hon för sin egen och andras säkerhet kommer att läggas i bälte.

Medicinering under fasthållande eller fastspänning

När tvångsmedicinering måste tillgripas är det ofta en engångsinsats i början av behandlingsperioden. Tvångsmedicinering får aldrig beslutas av någon med stöd av Brottsbalkens nödregler. En orsak är att åtgärder enligt nödreglerna omedelbart måste kunna upphöra i samma stund som nödsituationen upphör. Det är inte möjligt vid tvångsmedicinering.

Eftersom krissituationer kan vara mer eller mindre akuta och

mer eller mindre farliga (för patienten själv och/eller andra) går det inte att definiera i vilka situationer som tvångsmedicinering måste tillgripas. I första hand ska man försöka undvika tvångsmedicinering genom att överväga andra möjliga alternativ. Endast om andra åtgärder visat sig ineffektiva eller inte tillämpliga kan tvångsmedicinering tillgripas. Förutom att erbjuda patienten att ta medicinen frivilligt ska andra de-eskalering strategier användas:

Försök förstå vad patientens ovilja att medicinera beror på. Samtala med patienten och närstående och sök i eventuella tidigare journaluppgifter. Har patienten tidigare erfarenheter av besvärande biverkningar eller tagit del av andras eller medias negativa beskrivningar av mediciner? Finns rädsla för att utveckla beroende eller att läkemedlet skulle kunna vara skadligt? Har patienten själv förslag på andra läkemedel som han eller hon kan tänka sig och som från behandlingssynpunkt kan vara acceptabla även om det inte skulle vara förstahandsalternativ?

Utifrån patientens förutsättningar och intresse: förklara, rita och beskriv för patienten om hur och varför det aktuella läkemedlet verkar. Förtydliga vilka symtom hos patienten som läkemedlet förväntas mildra. Var öppen för att patienten kanske initialt kan acceptera att pröva en mycket låg ingångsdos för att sedan godta en försiktig stegvis insättning av terapeutisk dos.

Överväg att tänka utanför ramarna. Vilka andra behandlingsmöjligheter som patienten kan tänka sig att delta i kan prövas? Mindfulness? Grundläggande kognitiv träning? Strukturerad fysisk motion? Om behov av medicinering kvarstår kanske patientens ovilja att medicinera minskar om det finns en öppenhet även för andra komplementära behandlingsmetoder.

- Verbal de-eskalering (se s. 21).
- Att muntligt förklara situationen.
- Att involvera patienten i sysselsättning på avdelningen.
- Att erbjuda en promenad eller något att äta.
- Att tillgodose något önskemål från patienten.
- Att presentera andra vägar att lösa situationen (till exempel ett samtal med chefsöverläkaren).
- Att involvera någon person som patienten litar på.

Innan tvångsmedicinering tillgrips ska flera steg övervägas:

- Att erbjuda peroral medicinering.
- Att lyssna till patientens argument.
- Att upprepa erbjudandet.
- Att informera om att det blir tvångsmedicinering om patienten inte tar medicinen.
- I sista hand medicinering under fasthållande eller fastspänning.

Vid en eskalerande konfliktsituation måste chefsöverläkaren bedöma om den pågående behandlingsepisoden kan avbrytas, men om han eller hon av medicinska eller legala skäl inte kan ta ansvar för en utebliven medicinering måste proceduren med tvångsmedicinering (till exempel orsak, typ av medicin) på ett rimligt sätt förklaras för patienten. Om denna information inte kan ges innan tvångsmedicineringen genomförs måste patienten informeras i efterhand.

Vid tvångsmedicineringen bör läkare närvara, även om själva injektionen ges av annan personal. Den ska genomföras på det minst restriktiva sätt som är säkert och effektivt. Patientens värdighet, privata sfär och säkerhet ska så långt möjligt bevaras under hela processen. Tvångsåtgärder som tvångsmedicinering är en känslig fråga i den kliniska vardagen på psykiatriska vårdavdelningar. För att förhindra traumatisering av patienten vid tvångsmedicinering är det nödvändigt att åtgärden utförs av utbildad psykiatrisk personal. Personalen ska ha erfarenhet av att utföra sådana åtgärder och av att använda de-escalerande tekniker.

Avskiljning

20 § En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt det första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, skall Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om detta. En patient skall under den tid han hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Juridik

Efter ett kvarhållningsbeslut men innan beslut om intagning enligt 6b § LPT kan legitimerad läkare besluta om avskiljning. Avskiljningsbeslut av patienter som är intagna för tvångsvård kan endast fattas av chefsöverläkaren.

Avskiljning ska endast användas i en akutsituation när andra åtgärder inte fungerar eller är lämpliga. Avskiljningen används i syfte att skydda medpatienterna. Om patienten utsätter andra för fara genom att fysiskt attackera andra personer eller allvarligt förhindrar behandlingen av andra patienter kan patienten avskiljas.

Avskiljning innebär att patienten hindras från att ha kontakt med andra patienter, oftast via att hänvisas till sitt rum. Det kan också ibland finnas speciella rum för avskiljning. Det finns möjlighet att låsa in patienten men det är sällan varken nödvändigt eller önskvärt. Är patienten hänvisad till ett avskilt utrymme även om dörren till detta är öppen är detta avskiljning i lagens mening. Under avskiljning ska patienten stå under fortlöpande uppsikt.

Ett avskiljningsbeslut gäller i högst 8 timmar. Därefter måste patienten personligen undersökas av chefsöverläkaren inför ett eventuellt nytt beslut.

Om det finns ”synnerliga skäl” får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Detta innebär att det finns möjlighet att i undantagsfall ha beslut som sträcker sig längre än 8 timmar, dock högst 72 timmar. Vid avskiljning över 8 timmar måste Inspektionen för vård och omsorg (IVO) underrättas skyndsamt. Blanketten finns tillgänglig på IVO:s hemsida, se länktips längst bak i boken.

Vid avskiljning överstigande 72 timmar måste samma blankett med kryss i rutan för avskiljning > 72 timmar samt kompletterande uppgifter fyllas i och skickas in skyndsamt. Det är chefsöverläkaren som fattar beslut om att avbryta avskiljningen. Detta beslut kan fattas per telefon efter information från annan personal.

En patient som själv vill låsa sin dörr över natten, men som personal vid behov kan öppna utifrån, är inte avskild.

Genomförande och uppföljning

Avskiljning innebär just avskiljning från andra patienter men betyder inte med automatik att vistas avskild från mänsklig kontakt

och meningsfull vård och behandling. Det får inte användas som bestraffning eller som ett ”pedagogiskt” verktyg för att försöka modifiera patientens beteende, till exempel vid självskadeproblematik. Beroende på patientens behov är avskiljandet en kort och avgränsad tidsperiod där patienten kanske kan varva ner i lugn och ro, med eller utan stöd av personal och utan att störas av medpatienter. Vissa patienter kan må bäst av en stimulifattig avskiljningsmiljö medan andra finner detta plågsamt och stressande. Dessa kanske har lättare att lugna sig under avskiljningsperioden genom samtal med personal som aktivt lyssnar, genom att använda avslappningsmusik eller spela datorspel.

Patienten ska ha möjlighet att kommunicera med personalen och ska ofta tillfrågas om grundläggande behov för att säkerställa patientens säkerhet och att vården bedrivs humant och enligt gällande kvalitetsstandarder. Det ska finnas en klocka i rummet för patientens tidsorientering samt om möjligt ett fönster.

Om det finns risk för att en avskild patient kan komma att skada sig är det mycket viktigt att utrymmet patienten vistas i är utformat så att det skyddar patienten mot kroppslig skada (alla saker som kan skada patienten eller rummet, till exempel smycken, skarpa föremål, tändare etc., ska tas bort). Patienten måste exempelvis ges visst rörelseutrymme inom det givna utrymmet.

Alternativ

Alternativ till avskiljning ska provas, till exempel att personal och patient gör någon form av aktivitet eller går någonstans tillsammans. Endast om nödvändigt ska patienten för en kort tid avskiljas. Patienten måste alltid informeras om åtgärden, till exempel om orsaker och varaktighet.

Etiska överväganden

Patientens värdighet, privata sfär och säkerhet ska skyddas så långt som möjligt under hela avskiljningen. Om patienten övervakas ständigt ska hänsyn tas till patientens kön i känsliga situationer, exempelvis toalettbesök.

Den minst restriktiva avskiljningsmetod som är säker och effektiv ska användas. Alternativ ska diskuteras. Alla beslut ska begränsas till en bestämd tidsperiod och avskiljningen ska upphöra så fort som möjligt, när patienten inte längre utgör ett hot mot andra. Det ska vara tydligt utsagt att ett protestbeteende, brytande av behandlingsöverenskommelse eller vägran att ta medicin inte ska anses vara en anledning till att använda avskiljning. Det finns exempel på att avskiljning använts som hot eller som straff vid ett visst beteende. Detta finns det inget lagstöd för och får därför inte förekomma. Viktigt är också att vara medveten om att en tvångsåtgärd av patienten kan upplevas som en bestraffning, även om detta inte på något sätt varit avsikten med åtgärden.

Information till patienten

Det är viktigt att informera patienten om grunderna för avskiljning. Det ska vara tydligt för patienten att åtgärden inte används som bestraffning. Om patienten samtycker ska även närstående informeras om att beslut om avskiljning har fattats. Patienter som avskilts och personal som deltagit i åtgärden ska erbjudas delta i en efterföljande diskussion efter händelsen för att gå igenom vad som hände och hur man i framtiden ska kunna undvika en liknande upptrappning.

Dokumentation

Hela händelseförloppet ska dokumenteras i patientens journal, grunderna för beslutet och vilka åtgärder som vidtogs för att försöka undvika tvångsåtgärden. Det ska gå att utläsa tidpunkter för beslut, avskiljning, tidpunkt för när den upphörde samt också vilken personal som närvarat.

Beslutet liksom tidpunkten för beslutet ska noteras i beslutsjournalen.

15. Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT)

Möjlighet finns att vårda patienter inom öppen psykiatrisk tvångsvård. Chefsöverläkaren ansöker hos förvaltningsrätten om sådan tvångsvård. Till ansökan bifogas en samordnad vårdplan som ska vara justerad av landstinget och socialtjänsten. I den samordnade vårdplanen ska det framgå hur den fortsatta vården ska bedrivas. Där ska framgå vilka öppna psykiatriska vårdinsatser och vilka sociala insatser som ska vidtas. Där ska även framgå vem/vilka som ansvarar för de olika insatserna. Det förutsätts att patienten och den ansvariga chefsöverläkaren är överens om de olika insatser som ska ingå i den öppna psykiatriska tvångsvården.

Om förvaltningsrätten fattar beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård får den fortgå i högst fyra månader från intagningsbeslutet. Vid ny ansökan får beslut om förlängning gälla i högst sex månader.

Då chefsöverläkaren ansöker om öppen psykiatrisk tvångsvård har denna bedömt att patienten inte har ett oundgängligt behov av sjukhusvård.

Villkor inom öppen psykiatrisk tvångsvård

Inga tvångsåtgärder får förekomma inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Inte heller får insatser ges med tvång enligt socialtjänstlagen. De olika villkoren för den öppna psykiatriska tvångsvården kan till exempel vara att patienten ska ta ordinerad medicin, ha regelbunden kontakt med en viss mottagning eller med viss vårdpersonal. Villkoren kan också vara att patienten ska ta emot vissa kommunala insatser, hålla sig drogfri med mera. Insatserna ska anpassas och vara relaterade till den enskildas behov. Syftet med

den öppna psykiatriska tvångsvården ska vara att patientens vård övergår till frivillig psykiatrisk vård.

Patienter som vårdas inom den öppna psykiatriska tvångsvården har ofta vårdats under lång tid inom den slutna psykiatriska tvångsvården eller haft flera vårdkontakter. Den frivilliga vården har inte varit tillräcklig för att hindra patienterna från att återinsjukna i allvarlig psykisk störning. Patienter som snabbt avbrutit sin ordinerade medicinering ingår i den här gruppen.

Om förvaltningsrätten avslår chefsöverläkarens ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård upphör vården. Chefsöverläkaren kan ansöka om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård i första hand och öppen psykiatrisk tvångsvård i andra hand. Förvaltningsrätten kan då vid avslag på fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård även pröva andrahandsyrkandet.

Förvaltningsrätten kan överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om villkoren för öppen psykiatrisk tvångsvård.

Beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård får överklagas av patienten.

Ändrade villkor inom öppen psykiatrisk tvångsvård

Om det uppstår behov av att ändra villkoren under den öppna psykiatriska tvångsvården måste en ny ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård med nya villkor lämnas in till förvaltningsrätten.

Återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård

För att en patient ska återintas räcker det inte med att patienten inte rättar sig efter de villkor som föreskrivits. Det räcker således inte för en återintagning att patienten inte tar ordinerad medicin eller inte deltar i en planerad missbruksbehandling eller inte kommer i tid till planerade återbesök. En återintagning ska bedömas utifrån det individuella fallet och är beroende av patientens sjukdomstillstånd och de villkor som är föreskrivna. Villkoren ska vara ändamålsenliga utifrån vården av patienten.

Förutsättningar för att patienten kan återintas kan till exempel vara att patienten överhuvudtaget vägrar att infinna sig på återbesök eller för annan behandling, vilket bedöms komma att ha negativa konsekvenser för patientens hälsa.

Chefsöverläkaren får fatta beslut om återintagning i de fall förvaltningsrättens beslut inte kan avvaktas. Patientens ska då uppfylla de kriterier som finns för vård enligt LPT.

Endast i de fall då fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård bedöms vara nödvändig ska chefsöverläkaren lämna en ansökan till förvaltningsrätten inom fyra dygn efter återintagning (Socialstyrelsen, 2009, s. 24–26).

Förvaltningsrätten kan efter ansökan av chefsöverläkaren fatta beslut om återintagning. I de fall förvaltningsrättens beslut inte kan avvaktas (26 a § LPT) får chefsöverläkaren fatta beslut om återintagning vilket förutsätter att patientens vårdbehov förändrats väldigt snabbt. Chefsöverläkaren ska inom fyra dagar från återintagningsbeslutet ansöka om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård hos förvaltningsrätten om denna bedömer att den slutna vården ska fortsätta. Om förvaltningsrätten avslår ansökan eller om chefsöverläkaren inte ansöker om sluten psykiatrisk tvångsvård kvarstår det tidigare beslutet om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vid återintagning krävs inget nytt vårdintyg.

En psykiater på en öppenvårdsmottagning kan inte i den funktionen fatta beslut om återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård. Däremot kan hon/han i sin funktion som deltidsanställd med ansvar för en vårdavdelning eller i sin funktion som bakjour fatta ett sådant beslut.

Samordnad vårdplan under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård

Den samordnade vårdplanen bör göras i samråd med patientens närstående, om det inte bedöms olämpligt (Socialstyrelsen, 2008). Om den samordnade vårdplanen inte kunnat göras i samverkan med patienten ska det stå varför inte patienten medverkat.

Många patienter behöver bistånd från kommunen enligt SOL (Socialtjänstlagen) eller LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), vilket förutsätter att patienten själv ansöker om dessa insatser.

Den samordnade vårdplanen utformas i samarbete med de ansvariga enheter som är involverade och ansvariga för respektive insats. Då respektive enhet från kommun och landsting justerat den samordnade vårdplanen är den upprättad. Om insatser inte behövs från kommunen ska det stå i den samordnade vårdplanen. Skälet till att kommunala insatser inte behövs kan till exempel vara att patienten redan har ett boende och/eller en sysselsättning.

En samordnad vårdplan ska alltid bifogas ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård även om det inte finns behov av eller om patienten inte önskar några insatser från socialtjänsten.

Närståendes delaktighet kan förstärkas om de medverkar i den samordnade vårdplaneringen. Även andra aktörer kan delta i den samordnade vårdplaneringen såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen eller andra personer i patientens sociala nätverk. Sekretessbestämmelserna måste beaktas.

Den samordnade vårdplanen ska innehålla uppgifter om:

- det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård
- beslut om insatser
- vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen.

Uppföljning av samordnad vårdplan

Chefsöverläkaren har ansvaret för att följa upp den samordnade vårdplanen genom att hålla sig uppdaterad om patientens tillstånd och behov. Detta kan ske genom direkt kontakt med patienten, med den öppna psykiatriska vården, primärvården och den kommunala verksamheten.

Frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård

Vid behov kan en patient som vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård själv söka för inläggning och frivillig psykiatrisk sluten vård. Inga tvångsåtgärder får då vidtas. Om tvångsåtgärder bedöms nödvändiga måste beslut fattas om att återinta patienten för sluten psykiatrisk tvångsvård. Inget vårdintyg behövs då konverteringsbestämmelserna i 11 § LPT inte är tillämpliga.

I och med att patienten själv söker hjälp kan det tyda på att syftet med tvångsvården uppnåtts och att patienten frivilligt medverkar till nödvändig vård och tar emot det stöd han eller hon behöver.

Tvångsvårdens upphörande ska fortlöpande övervägas enligt 27 § LPT.

16. Barn och LPT

I vårt samhälle ökar intresset alltmer för att beakta såväl ett barnperspektiv som ett barnrättsperspektiv i alla beslut som rör barn inom samhällsplanering, lagstiftning och även sjukvård. Denna utveckling har skett gradvis under 1900-talet fram till i dag, men särskilt betydelsefullt har varit utarbetandet av FN:s konvention om barnets rättigheter (CRC, 1989). Sverige ratificerade denna konvention 1990, vilket innebär att Sverige förbinder sig att följa konventionen. Svenska organisationer som arbetar för barns rättigheter anser att konventionen bör upphöjas till lag för att på så sätt få ännu större legitimitet. Inom sjukvården finns två olika perspektiv som vi behöver ta hänsyn till.

Barn som anhöriga

Det ena perspektivet handlar om barnet som anhörig till föräldrar som drabbats av sjukdom (i detta sammanhang allvarlig psykisk störning).

Det andra perspektivet handlar om barnet som patient inom hälso- och sjukvården.

Det första perspektivet betonar att när patienter med psykisk störning kommer i kontakt med sjukvården, läggs in på sjukhus eller tvångsvårdas enligt LPT, måste vårdpersonalen förvissa sig om att patientens eventuella barn uppmärksammas så att de får det stöd och den information de behöver. Ibland behöver aktiva åtgärder vidtas för att säkerställa att barnen blir delaktiga i vården av deras föräldrar, och märker vi inom sjukvården att en patients barn befinner sig i en osäker och otrygg situation, måste vi uppmärksamma socialtjänsten på detta genom att göra en socialtjänstanmälan enligt

Socialtjänstlagen 14 kap. § 1. Sedan januari 2010 är det inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (2g § HSL) att barn till personer som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården eller allmänt har en psykisk funktionsnedsättning har rätt att få information och stöd.

Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden.

Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.

14 kap. 1 § Socialtjänstlagen (2001:453).

Anmälningsskyldighet när barn far illa

Verksamma inom hälso- och sjukvården har skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.

Verksamheter som har anmälningsskyldighet bör därför ha tydliga rutiner för hur en anmälan görs (Socialstyrelsen, 2004).

Om detta blir aktuellt i akuta situationer såsom i samband med vårdintygsbedömning kan anmälan göras per telefon för att senare bekräftas skriftligt. Den som har denna anmälningsskyldighet kan inte vara anonym. Är man osäker på om en anmälan ska göras eller inte kan socialtjänsten konsulteras för att ge råd. I en sådan konsultation behöver inte barnets identitet lämnas ut. Exempel på situationer som innebär att socialtjänsten behöver gripa in kan vara att barnet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller att barnets grundläggande behov inte blir tillgodosedda. Handboken *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn* finns att ladda ner elektroniskt på Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen, 2004), se länktips längst bak i boken.

Etiska överväganden

Det råder alltså en skyldighet att anmäla även om man inte vet mer än att barn riskerar att fara illa. Detta kan upplevas som ett etiskt dilemma genom att kravet att fullgöra denna skyldighet ställs mot

kravet att se till patientens bästa och skapa och upprätthålla ett förtroende hos honom eller henne. Utgångspunkten är i detta fall barnets – historien vittnar om många barn med psykiskt sjuka föräldrar som inte fått rimligt stöd och farit mer illa än vad som behövt vara fallet.

Information och dialog med patient och närstående

Det kan kännas svårt att informera framför allt en psykotisk eller agiterad patient om att anmälan till socialtjänsten angående barn i fara görs. Ibland händer det tyvärr att informationen inte ges, vilket inte bara strider mot föreskrift utan riskerar förtroendet till vården. I informationen kan framhållas att det sker utifrån gällande regelverk samt ur barnets perspektiv och syftar till att undersöka möjligheter till stöd för barnet i en svår situation. Socialtjänstens mål är att bistå med stöd och avlastning för att hålla ihop hela familjen när man själv inte mäktar med. Ett förtydligande kan även göras gällande det faktum att en anmälan till socialtjänsten inte per automatik innebär att en utredning öppnas. Detta avgör socialtjänsten efter en förhandsbedömning som bör göras skyndsamt och enligt Socialstyrelsens rekommendationer samma dag som anmälan inkommer. Beslut ska fattas inom fjorton dagar om en utredning ska inledas.

Barn som patienter – allmänna förutsättningar

44 § LPT Om patienten har fyllt 15 år, har han rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag. En patient som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

Det andra perspektivet handlar om barnet som patient. Någon nedre åldergräns för personer som kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård finns inte. Tvångsvård förekommer också inom BUP, främst i våra storstäder. Vanligen rör det sig om ungdomar mellan 15–18 år, men i undantagsfall kan även yngre barn vårdas. De lagstadda kriterierna för tvångsvård är desamma för barn, ungdomar och vuxna. Ibland är det tydligt att barnet eller ungdomen har så allvarlig psykiatrisk problematik att LPT kan tillämpas. Ibland kan svårigheterna vara mer svårbedömda och ibland kan vi inom psykiatrin kanske anse att de sociala svårigheterna runt ett barn eller

ungdom är så omfattande att det primärt borde vara socialtjänsten som erbjuder barnet skydd och stöd och att BUP kan ge kompletterande vårdinsatser. En socialtjänstanmälan behöver då ske i dessa situationer. Ibland behövs vård enligt LPT samtidigt som vi uppmärksammar barnets otillfredsställande situation genom en socialtjänstanmälan.

Strävan ska vara att behandlaren så långt det går försöker uppnå frivilliga överenskommelser med barnet och dess föräldrar. Men rätten att vårda en patient enligt LPT väger tyngre än föräldrabalkens bestämmelser om föräldrars bestämmanderätt över sina barn. Skulle vi alltså inom sjukvården anse att det skulle vara till barnets bästa att under en period till exempel skyddas med hjälp av sjukhusinläggning enligt LPT, så har vi rätt att göra det trots att föräldrarna vill ta hem sitt barn. Vi behöver dock alltid sträva efter att komma överens med föräldrar om beslut av detta slag eftersom eskalerande motsättningar mellan föräldrar och behandlare sällan är gynnsamt för barnet.

Information och kommunikation med den unga patienten

Undersökningar visar att ungdomar många gånger inte har kännedom om juridiska omständigheter kring sin egen sjukhusvård (Engström, 2006). Ungdomar som vårdas enligt LPT förstår ibland inte att det är en tvångslag som reglerar vården. Omvänt förstår inte en del ungdomar att de vårdas frivilligt, eftersom dörren ibland är låst till avdelningen. Detta pekar på att ungdomar behöver upprepade och anpassad muntlig såväl som skriftlig information för att förstå det vårdsammanhang de ingår i. Samma sak gäller för föräldrar.

Att informera om juridiska regler och patientens rättigheter är svårt. Det handlar om att förklara relativt komplicerade regelverk för unga människor med allvarliga psykiska symtom såsom förvirring, djup depression, ångest eller utagerande beteende. När LPT-vård tillgrips är ofta situationen turbulent. Det är därför en utmaning att stegvis, när omständigheterna tillåter, informera patienterna om detta. Det är klokt att använda skriftligt material som tagits fram speciellt för detta ändamål som ett komplement till muntlig information. Vi bör se till att barn och ungdomar får anpassad information om regler och rättigheter.

Alla som vårdas enligt LPT måste informeras om att de har rätt till juridiskt stöd. Alla måste också, så långt det är möjligt, informeras om rätten till stödperson. Det är klokt att samråda med ungdomarnas föräldrar om detta. Stödperson kan vid behov utses av patientnämnden.

Inom barn- och ungdomspsykiatri behövs man ibland göra delikata avvägningar mellan barnets intresse, föräldrars ansvar och makt och professionella ställningstaganden. I dessa praktiskt och etiskt komplicerade situationer är det viktigt att vi alltid handlar med barnets bästa för ögonen. Det finns situationer när vård enligt LPT kan vara att föredra eftersom det juridiska regelsystemet är relativt tydligt och barnet/ungdomens rättigheter också tydligt framgår av sammanhanget.

Tvångsåtgärder

De tvångsåtgärder som enligt LPT är möjliga att vidta används även inom barn- och ungdomspsykiatri. Bältesläggning förekommer när patienter är våldsamt utagerande och en fara för sig själva och andra. Avskiljning används inte lika ofta, men kan bli aktuell om en patient är utagerande, uppvarvad och försvårar vården av andra patienter. Tvångsmedicinering används ibland som enskild åtgärd men oftare i kombination med bältesläggning. Vid tvångsmedicinering används vanligen akut sederande preparat. Tvångsanvändning av ECT förekommer knappast. Att tillföra näring via sond förekommer då och då som en del av behandlingen av patienter med svår anorexia nervosa.

En särskild utmaning inom barn- och ungdomspsykiatri är barns och ungdomars användning av mobiltelefoner, läsplattor och datorer. Om det av chefsöverläkaren bedöms vara nödvändigt för patientens behandling att begränsa patientens elektroniska kommunikationsmöjligheter, är det möjligt enligt nuvarande lagstiftning. Det handlar då om ett specifikt, tidsavgränsat beslut, där patienten har möjlighet att överklaga beslutet. Men mobiltelefoner (som ju numera regelmässigt kan användas till att ta bilder, göra videoinspelningar och kommunicera med andra på till exempel Facebook) kan också användas till att samplanera rymning från avdelningen eller samplanera självsador. En allvarlig form av integritetskränkning kan också ske om någon spelar in en videofilm av

medpatienter och sedan lägger ut detta material på internet. Ibland finns behov av ordningsregler på en avdelning för att stävja denna typ av elektronisk kommunikation. Men det är självfallet viktigt att också respektera barns/ungdomars behov av sin självklara och centrala kanal till omvärlden, nämligen mobiltelefonen.

Barn och ungdomar inom vuxenpsykiatri

Barn och ungdomar med allvarliga psykiska störningar som har behov av vård enligt LPT bör erbjudas vård inom en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet/avdelning. Dels uttrycks allvarliga psykiska störningar annorlunda i barn- och ungdomsåren, vilket gör att särskild kompetens behövs för att bedöma dessa tillstånd, dels innebär det vanligen en skrämmande upplevelse för barn och ungdomar att låsas in tillsammans med mycket allvarligt psykiskt störda vuxna, där det kan finnas en risk för att barnen/ungdomarna kan bli utsatta för otillbörliga närmanden. I det lagförslag som nu diskuteras finns ett krav att LPT-vård av barn och ungdomar utifrån ett barnrättsperspektiv nästan uteslutande ska ske inom en barn- och ungdomspsykiatrisk vårdenhet.

Möjligen kräver detta mer av regionalt samarbete inom barn- och ungdomspsykiatri för att dessa ambitioner ska kunna förverkligas.

17. Viktigt att veta om rättspsykiatrisk vård för allmänpsykiatrin

Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, infördes tillsammans med LPT 1992 och ersatte den dåvarande lagen om sluten psykiatrisk tvångsvård (LSPV). Rättspsykiatrisk vård infördes som en påföljd till brott, och vården av rättspsykiatriskt dömda regleras i denna lag. Vård enligt LRV kan komma till stånd på två sätt. Det vanligaste är att en person överlämnas till sådan vård efter beslut av domstol, men lagen omfattar även tvångsvård av personer som finns på häkten och anstalter.

Psykiatrisk tvångsvård som påföljd

Rättspsykiatrisk vård är alltså en påföljd för ett begånget brott. Tvångsåtgärder enligt LRV begränsas på samma sätt som vid vård enligt LPT. Samma formuleringar finns om proportionalitet och att patienten i första hand ska förmås att medverka frivilligt. Vid vård enligt lagen skiljs mellan de som har särskild utskrivningsprövning (SUP) och de som inte har beslut om detta i domen. Att notera är att detta ingår i domen och alltså inte kan ändras så länge beslutet om tvångsvård gäller. Majoriteten, över 80 procent, av de dömda har SUP.

Vid vård utan särskild utskrivningsprövning är likheterna stora med vård enligt LPT. Skillnaden gentemot LRV med SUP består huvudsakligen i att vården upphör efter 4 månader om inte chefsöverläkaren ansöker om fortsatt vård. Kriterierna för när vården kan övergå i öppen rättspsykiatrisk vård är också lika för vad som gäller vid övergång från sluten till öppen vård enligt LPT.

Vid vård med särskild utskrivningsprövning krävs det enbart att en psykisk störning föreligger för att vården ska fortskrida. Den behöver alltså inte vara allvarlig. Detta är även en förutsättning för att vården kan övergå i öppen rättspsykiatrisk vård. Övriga kriterier för att vården ska fortgå betingas av risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag och vad som benämns som ”personliga förhållanden i övrigt”. En ökad risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag liksom förändring av det psykiska tillståndet eller personliga förhållanden i övrigt medför att sådan vård åter kan bli sluten.

Psykiatrisk tvångsvård av intagna på häkten, anstalter med mera

Lagen gäller även den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård.

Om en person befinner sig i någon av dessa situationer och insjuknar i en allvarlig psykisk störning så att tvångsvård kan vara nödvändig ska denna ske enligt LRV. Beslut om intagning enligt LRV kan fattas av chefsöverläkaren eller specialisläkare som detta är delegerat till. Här finns lite olika lokala variationer i hur detta är organiserat. Rent juridiskt föreligger inget hinder att en specialisläkare som har delegation vad gäller intagningsbeslut enligt LPT också kan fatta dessa beslut för LRV. För flertalet patienter blir det därefter aktuellt med transport till rättspsykiatrisk klinik eller vårdavdelning.

FALLEXEMPEL

Stig (37 år) behandlas sedan många år för bipolär sjukdom, men han har en benägenhet att slarva med sina mediciner och låter sig inte påverkas att återuppta medicineringen när han håller på att glida in i ett maniskt skov. Med åren har hans maniska skov blivit mer dysforiska och han har nu häktats efter misstanke om misshandel. Läkaren på häktet utfärdar ett vårdintyg enligt 5 § LRV eftersom han bedömer att Stigs tillstånd kommer att försämrats. Vid ankomsten till den psykiatriska akutmottagningen bedöms Stig av bakjouren, som finner honom ytligt lugn men starkt irriterad och dysforisk. Han är dock klar och orienterad, uppvisar inga tecken på hallucinationer och vanförställningar och förefaller väl sammanhållen under samtalet. Eftersom Stig motsätter sig såväl inläggning som medicinering fattas beslut om intagning för vård enligt LRV då Stig lider av en allvarlig psykisk störning och har behov av att medicinera.

För intagning för vård enligt LRV krävs att en person:

- lider av en allvarlig psykisk störning
- 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
- 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.

För att vård ska kunna ges enligt LRV krävs alltså inte att det föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård utan endast att det finns behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning. Det beror på att dessa patienter redan är frihetsberövade och därför är det vårdbehovet som styr.

Att notera är att beslut om intagning inte behöver medföra att personen tas in på den mottagande kliniken. Däremot måste överläkaren där placera den intagne. Häktet (eller anstalten) ska alltid skicka patienten till den närmaste allmänpsykiatriska akutmottagning där chefsöverläkaren har rätt att pröva vårdintyg enligt 5 § LRV. Efter prövningen av intyget kan man välja att placera på en annan rättspsykiatrisk klinik med högre säkerhet för att slippa exempelvis vakter.

För de som tas in för vård enligt LRV får Kriminalvården besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att stå i förbindelse med utomstående genom elektronisk kommunikation om det behövs från ordnings- eller säkerhetssynpunkt. I fråga om den som är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottbalken får Statens institutionsstyrelse fatta motsvarande beslut. När det gäller så kallad frigång får sådana beslut fattas endast efter att Kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse medgivit det.

Enligt häkteslagen (2010:611) ska en intagen som behöver hälso- och sjukvård vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om en intagen inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i förvaringslokalen (arrest/häkte), ska den allmänna sjukvården anlitas.

Om det behövs, ska den intagne föras över till sjukhus.

Ett tillstånd till vistelse utanför förvaringslokalen enligt andra stycket ska förenas med de villkor som behövs. Om det är nödvändigt av säkerhetsskäl ska den intagne stå under bevakning. Häkteslagen reglerar även när fängsel får användas. I korthet får sådana användas vid transporter och om den intagne är våldsam och det behövs för hans/hennes eller annans säkerhet.

Om en person befinner sig på en psykiatrisk klinik och vårdas enligt LPT och under vårdtiden häktas övergår vården till vård enligt LRV. På samma sätt ändras vården från vård enligt LRV till LPT om häktningen hävs.

FALLEXEMPEL

Holger (45 år) innehar en ledande position i en motorcykelförening som förknippas med kriminell aktivitet. Han har på häktet uppvisat tecken på hallucinationer och förvirring och förs till sjukhus för bedömning avseende delirium tremens. Personalen reagerar på att sex vård- och tillsynspersonal medföljer och att Holger är belagd med fängsel. Efter beslut om intagning för vård enligt LRV vill man med hänvisning till tvångsåtgärder enligt LRV att Holgers fängsel och åtminstone fyra av vårdarna ska tas bort. Efter kontakt med sitt vakthavande befäl stannar vårdarna kvar och Holger får behålla fängsel när han ska transporteras till vårdavdelningen. Även om Holger vårdas enligt LRV så gäller fortfarande häkteslagen och därmed Kriminalvårdens bedömningar.

Exempel på skriftlig information till tvångsvårdade patienter

En patient som läggs in för psykiatrisk tvångsvård är ofta rädd. Många lider av depression, hopplöshet och maktlöshet. Rätten att själv bestämma har tagits ifrån en och leder ofta till många olika reaktioner, alltifrån uppgivenhet, avskärmning till vrede och utagerande.

Att kunna erbjuda information på olika sätt, anpassad till den enskilda patientens förutsättningar, är centralt. Vi ger nedan exempel på en allmän, tryckt information från en vårdavdelning som ges till tvångsvårdade patienter. Denna kan patienten även delge närstående och ha som underlag för frågor till personal.

Välkommen till Avdelning 1

Du vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Syftet med denna vård är att få dig att må bättre så att du slipper vårdas med hjälp av tvång. Under den tid som tvångsvården pågår har du inte samma rätt att bestämma över din vardag som du är van vid. Denna information är en beskrivning av vad som gäller enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och vilka rättigheter du som patient har enligt denna lag.

1. Intagen för tvångsvård

Detta innebär att du inte får lämna avdelningen utan tillstånd. Överläkaren har möjlighet att hindra dig från att lämna avdelningen och det avgörande är bedömningen av ditt hälsotillstånd. Detta beslut kan du inte överklaga. Däremot kan du till förvaltningsrätten överklaga själva intagningsbeslutet, det vill säga beslutet om att mot din vilja lägga in dig på avdelningen. Om du vill överklaga detta kan du be din kontaktman om hjälp. Du har också rätt att kostnadsfritt få kontakt med advokat som också kan hjälpa dig.

2. Medicinsk behandling

För att tvångsvårdas krävs det att du lider av en ”allvarlig psykisk störning”. Med detta menas ett tillstånd där du på grund av allvarlig psykisk ohälsa har svårt att ta hand om dig själv. Det kan se väldigt olika ut för olika patienter – det du har rätt att få information om är vad det är just för dig som har lett fram till att överläkaren har fattat detta beslut.

Vården syftar till att öka din förmåga att ta hand om dig själv. Ibland kan sådant som vila, mat och återhämtning bidra till stor förbättring, men oftast behövs det också någon form av medicinsk behandling. Denna kan ges i tablettform, som flytande läkemedel eller som injektionsbehandling.

Om du vägrar att ta emot den medicin som läkaren ordinerar kan i vissa fall denna ges mot din vilja, men detta är något som vi så långt det är möjligt vill undvika.

Du har rätt till att veta vilken medicin läkaren ordinerar, hur mycket, medicinens effekt och eventuella biverkningar.

3. Tvångsåtgärder

Om du allvarligt försvårar vården av andra patienter får man hålla dig avskild. Detta betyder ofta att du inte får lämna ditt rum och att dörren vid särskilda situationer kan låsas. Även detta beslut måste tas av överläkaren och gäller högst åtta timmar. Om situationen inte är under kontroll kan avskiljningen förlängas, men först efter att du haft möjlighet att tala med och blivit bedömd av en överläkare.

Om det finns risk att du skadar dig själv eller andra finns det möjlighet att vidta tvångsåtgärder.

Det kan innebära att du kortvarigt späns fast i en säng med hjälp av remmar så att du inte kan göra dig själv eller någon annan illa. För detta krävs ett beslut från överläkaren. Du får högst vara fastspänd fyra timmar och du har alltid en personal närvarande. Om situationen då inte är under kontroll kan detta komma att förlängas, men först efter att du fått tala med och blivit bedömd av en överläkare.

Tvångsåtgärder kan du inte överklaga.

Om tvångsåtgärd blir aktuellt så kommer du att erbjudas ett eftersamtal där du får berätta om hur du såg på situationen och ha möjlighet att diskutera genom det som hände. En tanke med detta samtal är att tillsammans försöka hitta sätt att liknande situationer inte ska hända igen.

4. Stödperson

Du har rätt till en egen stödperson. Det är en person som inte arbetar på avdelningen. Stödpersonen utses av Patientnämnden och består av personer som valts ut för att de är lämpliga att hjälpa människor som har det svårt. De arbetar liksom alla andra under tystnadsplikt. Vill du träffa en stödperson säger du till din kontaktperson så meddelar vi Patientnämnden som utser en sådan. Det brukar högst ta ett par dagar.

5. Överklaga

Du kan när som helst överklaga beslutet om tvångsvård. Det gör du till Förvaltningsrätten som sammanträder varje vecka här på sjukhuset. Det är en muntlig förhandling där du själv har rätt att vara med. Du har också rätt till en advokat inför denna förhandling som har till uppgift att stödja dig och är ditt ombud. Inför denna förhandling har du rätt till att få läsa igenom vårdintyget som skrevs i samband med att du blev inlagd samt alla journalhandlingar från detta vårdtillfälle. Under förhandlingen har du eller din advokat möjlighet att ge din uppfattning om varför du inte vill tvångsvårdas. Förvaltningsrätten består av en lagman (domare), en sekreterare och några nämndemän. Överläkaren kommer också vara med, liksom en medicinsk sakkunnig läkare, som inte arbetar på detta sjukhus och har till uppgift att mer oberoende ge sina synpunkter efter att ha tagit del av din journal och lyssnat på både dig och överläkaren. Det är lagmannen och nämndemännen som sedan fattar beslut om vården ska fortsätta eller avbrytas. De kommer att skriva ner sitt beslut och meddela dig och de ansvariga för vården skriftligen vad som ska gälla framöver.

6. Har du frågor?

Det är mycket information, mycket som kan kännas nytt och främmande. Personalen är till för dig som patient. Till dem kan du ställa frågor och be om hjälp. Är du intresserad av att läsa hela lagen om psykiatrisk tvångsvård så finns den anslagen på anslagstavlan utanför dagrummet. Du kan också få ett eget exemplar utskrivet.

Länktips

Handräkningsblankett http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Handrackningsblankett_2011.pdf

SBAR http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden

Underrättelseblankett IVO
<http://www.ivo.se/publiceratmaterial/blanketter/Documents/fastspanning-balte-avskiljande-19-20-8.pdf>

Handboken *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1>

Referenser

- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Edition. New York: Oxford University Press.
- Björkdahl, A. (2010) *Violence prevention and management in acute psychiatric care: aspects of nursing practice* (thesis). Stockholm: Karolinska Institutet.
- CRC – *Convention on the Rights of the Child* (1989) <http://www.fn.se/Documents/MR/Barnkonventionen%20latlast.pdf>. Hämtad 2013-05-06.
- Dack, C. et al. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 127, s. 255–68.
- Engström, I., red. (2006) *Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Europakonventionen. *Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna* (1950, med efterföljande ändringar). http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1009F7DB-87E3-4056-8E17-8A8A41768BA7/0/Convention_SWE.pdf. Hämtad 2013-04-24.
- Fiorillo, A. et al. (2011) How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*: 26, s. 201–207.
- Fulford, K.W.M. et al., eds. (2007) *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. UK: Oxford University Press.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2009) *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. Fjärde upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Gustavsson, E. (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: en rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur.
- Hamann, J. et al. (2006) Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 114, s. 265–273.
- Hawaiideklarationen II*. (1983) <http://www.svenskpsykiatri.se/care/ethical/hawaii.html>. Hämtad 2013-04-25.
- Den Hippokratiska eden*. <http://www.sls.se/Etik/Etiska-koder/Den-Hippokratiska-Eden/>. Hämtad 2013-04-25.
- Høyer, G. (2008) Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. *Journal of Mental Health*: 17, s. 281 – 292.
- Jacobsson, L. (2013) Välkommet förslag till ny tvångsvårdslagstiftning. *Läkartidningen* 2013: 110, s. 68–69.

- Justitieombudsmannen (2012) *Inspektion av Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, Landstinget Västernorrland, den 1-4 oktober 2012* <http://www.jo.se/Global/Inspektionsprotokoll/5231-2012.pdf>. Hämtad 2013-05-06.
- Kallert, T.W. et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4, s. 168-172.
- Kallert, T.W. et al. *Coerced Hospital Admission and Symptom Change – A Prospective Observational Multi-Centre Study*. PLoS ONE 6(11): e28191. doi:10.1371/journal.pone.0028191.
- Kallstenius, M. (2012) *Läkande rum – om arkitektur, psykiatrin och läkande miljöer*. Arkitekturskolan, KTH.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2007) Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*: 16, s. 172-178.
- Kisely, S.R., Campbell, L.A. & Preston, N.J. (2011) *Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Database of Systematic reviews: 2.
- Kjellin, L. et al. (2013) Etik och moralisk stress diskuteras sällan inom psykiatrin. *Läkartidningen*: 110, s. 150-153.
- Lindström, E., Eberhard, J. & Levander, S. (2007) Five-year follow-up during antipsychotic treatment: efficacy, safety, functional and social outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* (435): s. 5-16.
- Lütznén, K. et al. (2003) Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*: 10, s. 312-322.
- The MacArthur Coercion Study* (2004) <http://www.macarthur.virginia.edu/coercion.html>. Hämtad 2013-04-25.
- Madriddeklarationen* (1996) <http://www.svenskpsykiatri.se/care/ethical/madrid.html>. Hämtad 2013-04-25.
- Ottosson, J.-O. (2013) Etiska aspekter på tvångsvård. *Läkartidningen*: 110, s. 1080-1081.
- Price, O. & Baker, J. (2012) Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*: 21, s. 310-319.
- Priebe, S. et al. (2009) Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*: 194, s. 49-54.
- Proposition 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård m.m.* http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/om-psykiatrisk-tvangsvard-mm_GEO358/. Hämtad 2013-05-06.
- Proposition 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.* <http://www.regeringen.se/content/1/c4/14/84/a4028820.pdf>. Hämtad 2013-05-06.
- Psykiatriskt forskningscentrum (2008) *Vägledning vid psykiatrisk tvångsvård. Örebro*. <http://www.orebro.se/Files-sv/%c3%96rebro%20l%c3%a4ns%20landsting/Forskning/Forskningsheter/Psykiatriskt%20forskningcentrum/%c3%96vrigt/guidelines%20svenska%20080528.pdf>. Hämtad 2013-04-25.

- Runeson, B. et al. (2012) *Den suicidnära patienten – värdering och hantering av suicidrisk*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU (2005) *Riskbedömningar i psykiatri – kan våld i samballet förutsägas?* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU-rapport nr 175.
- Socialstyrelsen (2004) *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1>. Hämtad 2013-05-06.
- Socialstyrelsen (2005) *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27*. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27>. Hämtad 2013-05-06.
- Socialstyrelsen (2008) *Föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, SOSFS 2008:18*. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-18>. Hämtad 2013-05-06.
- Socialstyrelsen (2009) *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)*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009-126-114.pdf. Hämtad 2013-05-06.
- Socialstyrelsen (2011) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9*. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>. Hämtad 2013-05-06.
- SOU 2002:3. *Psykisk störning, brott och ansvar*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- SOU 2012:17. *Psykiatri och lagen. Tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Steinert, T. & Lepping, P. (2011) Is it possible to define a best practice standard for coercive treatment in psychiatry? I: Kallert, T. (red.). *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects*. Chichester: John Wiley & Sons, s. 49–56.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (1998) *Tvångsvård – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska Psykiatriska Föreningen och Spri. *Svensk Psykiatri* nr 6/1998.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2012) *Suicidnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård*. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning. *Svensk Psykiatri* nr 12/2013.
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. (2008) Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*: 17, s. 233–244.
- Thorsén, H. & Engström, I. (2006) *Makt och etik. I: Engström, I. (red.), Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur, s. 101–115.
- Wallin, C.J. & Thor, J. (2008) SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*: 105, s. 1922–1925.
- Wallsten, T., Kjellin, L. & Lindström, L. (2006) Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 41, s. 975–980.

Psykiatrisk tvångsvård är så gott som ständigt under utredning, granskad av myndigheter och media. Det är viktigt att den psykiatriska tvångsvården sker både på ett rättssäkert och humant sätt; det handlar om allvarligt psykiskt stördas vård- och omsorgsbehov. Samtidigt som tvångsvård kan rädda liv handlar det om makt- och myndighetsutövning, som i en del fall kan sätta djupa spår hos den tvångsvårdade.

Dessa kliniska riktlinjer fokuserar på tvångsvård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och beskriver noggrant juridiken kring denna vård. Etik, bemötande, dialog och patientmedverkan är värdefulla aspekter som också lyfts fram i boken.

Boken vänder sig i första hand till personal inom psykiatrisk vård. Även personal inom primärvård och socialtjänst samt studerande har utbyte av boken, liksom patienter och anhöriga.

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan 1996 utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden. *Psykiatrisk tvångsvård – kliniska riktlinjer för vård och behandling* är den trettonde skrften i serien Svensk Psykiatri.



gothiafortbildning.se

ISBN 978-91-72-05947-4



9 789172 059474