

# Meddelandeblad

Nr 12/2025

## Nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2025: 52) om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning

### Inledning

#### Nya föreskrifter och allmänna råd

Den 15 januari 2026 träder Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2025:52) om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid rättspsykiatrisk undersökning (nedan kallade de nya säkerhetsföreskrifterna) i kraft.

I de nya säkerhetsföreskrifterna finns föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifterna är bindande och måste följas. De allmänna råden är rekommendationer till olika delar av föreskrifterna och anger hur man kan eller bör handla för att följa föreskrifterna. De allmänna råden är inte bindande utan det är tillåtet att göra på andra sätt för att uppfylla kraven i föreskrifterna.

Det primära syftet med de nya säkerhetsföreskrifterna är att en god säkerhet ska kunna upprätthållas i verksamheten. Av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) framgår det att vård enligt de lagarna ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten.<sup>1</sup> I de nya säkerhetsföreskrifterna definieras säkerhet som skydd för patienter och personal samt för

---

<sup>1</sup> Se 15 a § LPT och 6 § andra stycket LRV.

samhället i övrigt i samband med psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning.<sup>2</sup>

Då de nya säkerhetsföreskrifterna tillämpas ska även kravet på god vård uppfyllas.<sup>3</sup> Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, innebär det bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.<sup>4</sup> Säkerhetsåtgärder som vidtas får således inte leda till att kravet på god vård inte uppfylls.

## Gamla föreskrifter upphävs

När de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Då detta meddelandeblad publiceras gäller dock SOSFS 2006:9 fortfarande.

Den handbok som finns till SOSFS 2006:9<sup>5</sup> kommer att utgå då de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft.

---

<sup>2</sup> Se 1 kap. 7 § första stycket de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>3</sup> Se 1 kap. 8 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>4</sup> Se 5 kap. 1 § HSL.

<sup>5</sup> Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.

# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning .....   | 3  |
| De nya säkerhetsföreskrifternas innehåll .....                           | 5  |
| Tillämpningsområdet .....  | 5  |
| Krav på rutiner .....  | 7  |
| Säkerhetsutbildning av personal .....                                    | 14 |
| Säkerhetskontroller av personal .....                                    | 18 |
| Säkerhetsklassificering av avdelningar .....                             | 21 |
| Placering av patienter .....   | 24 |
| Säkerhetshandling .....  | 31 |
| Anmälan och utredning av skador till följd av brister i säkerheten ..... | 32 |

## Sammanfattning

I detta meddelandeblad redogörs i huvudsak för den reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna som är ny i förhållande till SOSFS 2006:9.

Sammanfattningsvis är i huvudsak följande nytt:

## Rutiner

- Krav på rutiner om hur verksamhetens lokaler bör användas och utformas för att främja en god säkerhet och en god vård samt hur det ska säkerställas att lokalerna fortlöpande utvärderas. I allmänna råd anges vad rutinerna bör innehålla.<sup>6</sup>
- Krav på rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas när personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.<sup>7</sup>
- Viss förändring av kravet på rutiner om samverkan om säkerheten. Genom rutinerna ska det säkerställas att samverkan möjliggörs med den regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs för att uppfylla kraven på god säkerhet i verksamheten. I allmänna råd anges vad rutinerna bör innehålla.<sup>8</sup>
- Krav på rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Se 2 kap. 5 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>7</sup> Se 2 kap. 6 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>8</sup> Se 2 kap. 9 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>9</sup> Se 2 kap. 10 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

## Säkerhetsutbildning

Krav på att vårdgivaren ska ansvara för att personalen ges en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med att en anställning eller ett uppdrag påbörjas och därefter erbjuds regelbunden kompetensutveckling. I allmänna råd anges vad säkerhetsutbildningen bör ge personalen kunskap om.<sup>10</sup>

## Säkerhetskontroller

Krav på att vårdgivaren ska ansvara för att personalen genomgår regelbundna säkerhetskontroller. I allmänna råd ges exempel på vad säkerhetskontroller kan vara.<sup>11</sup>

## Krav på slussfunktioner

Krav på att det vid en avdelning eller en del av en avdelning med mycket hög eller hög säkerhetsklass ska finnas slussfunktioner vid samtliga in- och utpasseringar som regelbundet används av patienter och personal.<sup>12</sup>

## Placering av patienter

De kriterier en chefsöverläkare särskilt ska beakta vid ett beslut att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass ändras. Kriterierna är risken för att patienten rymmer, blir fritagen, skadar någon annan eller begår ett allvarligt brott. Det innebär att tre kriterier som har gällt enligt SOSFS 2006:9 har tagits bort och att kriteriet om allvarlig brottslighet har lagts till.<sup>13</sup>

Det förtydligas att en patient endast får placeras vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl om patientens behov enbart kan tillgodoses på en sådan avdelning. I allmänna råd anges vad patientens behov kan vara.<sup>14</sup>

## Säkerhetshandling

Vårdgivaren ska ansvara för att varje avdelning inom en verksamhet har en säkerhetshandling.<sup>15</sup>

## Skada till följd av säkerhetsbrister

Ytterligare uppgifter ska lämnas i den utredning om säkerhetsskador som verksamheter ska ge in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det gäl-

---

<sup>10</sup> Se 3 kap. 1 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>11</sup> Se 3 kap. 2 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>12</sup> Se 4 kap. 4 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>13</sup> Se 5 kap. 2 § andra stycket de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>14</sup> Se 5 kap. 4 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>15</sup> Se 6 kap. 2 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

ler bland annat relevanta delar av den patientjournal eller de patientjournaler som behövs för utredningen, vilka åtgärder som ska vidtas för att liknande händelser inte ska inträffa igen samt en beskrivning av händelsen från personal som har varit involverade i en säkerhetsrelaterad händelse.<sup>16</sup>

Nytt krav på att vårdgivaren ska informera personal om säkerhetsrelaterade händelser. Det gäller bland annat information om resultatet av utredningar av säkerhetsskador och lärdomar som dragits med anledning av dem samt om anmälningar till och beslut från IVO.<sup>17</sup>

## De nya säkerhetsföreskrifternas innehåll

I detta meddelandeblad redogörs i huvudsak för den reglering i de nya säkerhetsföreskrifterna som är ny i förhållande till SOSFS 2006:9.

### Tillämpningsområdet

#### **1 kap.**

#### **Tillämpningsområde**

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

### Sluten tvångsvård

De nya säkerhetsföreskrifterna ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Det innebär att de nya säkerhetsföreskrifterna även gäller vid sjukvårdsinrättningar som endast undantagsvis har patienter som vårdas enligt LPT eller LRV.

Att tillämpningsområdet för de nya säkerhetsföreskrifterna begränsas till sjukvårdsinrättningar som ger sluten vård enligt LPT eller LRV innebär att de inte ska tillämpas vid vårdinrättningar som ger patienten öppen vård under öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT), öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) eller under permission. Vård som då ges kan exempelvis vara behandling på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Föreskrifterna ska inte heller tillämpas på en vårdcentral där en läkare utfärdar ett vårdintyg. Dvs. de nya säkerhetsföreskrifterna ska inte tillämpas vid dessa vårdinrättningar eftersom det där inte ges sluten vård.

<sup>16</sup> Se 7 kap. 5–9 §§ de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>17</sup> Se 7 kap. 14–16 §§ de nya säkerhetsföreskrifterna.

Enligt Socialstyrelsen synes det givet att sluten tvångsvård har påbörjats när ett intagningsbeslut har fattats. Det är enligt myndigheten även befogat och rimligt att se sluten tvångsvården som påbörjad redan då ett beslut om kvarhållning på vårdinrättningen har fattats. Särskilt utifrån att det då är tillåtet att använda vissa tvångsåtgärder.<sup>18</sup> Kvarhållningsbeslut fattas bland annat vid psykiatriska akutmottagningar, vilka därmed också ska tillämpa de nya säkerhetsföreskrifterna.

## Vårdgivare

### **1 kap.**

**4 §** Begreppet vårdgivare har i det följande samma betydelse som i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivare används i dessa föreskrifter och allmänna råd även som beteckning för enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Begreppet vårdgivare betyder i de nya säkerhetsföreskrifterna samma sak som begreppet gör i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Av den bestämmelsen framgår att en vårdgivare är en statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. En region som ansvarar för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård är således en vårdgivare.

Rättsmedicinalverket är vårdgivare för den hälso- och sjukvård myndigheten ansvarar för, dvs. i egenskap av statlig myndighet som bedriver hälso- och sjukvård. I de nya säkerhetsföreskrifterna används benämningen vårdgivare också för enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

## Verksamhet

### **1 kap.**

**5 §** De sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 3 § benämns i det följande verksamhet.

I de nya säkerhetsföreskrifterna används begreppet verksamhet som ett samlingsbegrepp för sjukvårdsinrättningar där det ges sluten vård enligt LPT och LRV samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Begreppet verksamhet har haft samma betydelse i SOSFS 2006:9, förutom att ”sluten” vård har lagts till i de nya säkerhetsföreskrifterna.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Se 6 och 6 a §§ LPT.

<sup>19</sup> Se 1 kap. 1 § tredje stycket SOSFS 2006:9.

## Patient

### **1 kap.**

**6 §** En person som får hälso- och sjukvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning benämns i det följande patient.

Begreppet patient har haft samma betydelse i SOSFS 2006:9.<sup>20</sup>

## Krav på rutiner

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för de krav på rutiner som är nya i förhållande till SOSFS 2006:9 samt krav på rutiner som har förtydligats. Av 2 kap. i de nya säkerhetsföreskrifterna framgår att ansvaret för att det finns rutiner ligger på vårdgivaren. I SOSFS 2006:9 har ansvarsfördelningen inte varit lika tydlig, det kunde tolkas som att ansvaret för att det finns rutiner låg både på vårdgivaren och på säkerhetsansvarig.<sup>21</sup> Att vårdgivaren har ansvaret innebär att vårdgivaren kan bestämma vem i verksamheten som är lämplig att utföra uppgiften, till exempel en verksamhetschef eller en säkerhetsansvarig.

## Rutiner om individuella insatser

### **2 kap.**

#### **Rutiner om individuella insatser**

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

I SOSFS 2006:9 har det funnits krav på rutiner om hur vården kan individanpassas så att säkerheten upprätthålls.<sup>22</sup> I de nya säkerhetsföreskrifterna tydliggörs att syftet med insatserna ska vara att minska risken för att patienten agerar på ett sätt som leder till att kraven på god säkerhet i verksamheten inte kan uppfyllas. Rutinerna kan exempelvis innehålla information om hur patienter med vissa psykiatriska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt bör bemötas, hur deras närmaste vårdmiljö bör utformas och vilken patientsammansättning som är gynnsam för att undvika

<sup>20</sup> Se 1 kap. 1 § tredje stycket SOSFS 2006:9.

<sup>21</sup> Se 3 kap. samt 5 kap. 2 § SOSFS 2006:9.

<sup>22</sup> Se 3 kap. 2 § SOSFS 2006:9

säkerhetsincidenter. Rutinerna kan även redogöra för när och hur individuella riskbedömningar bör göras och krisplaner eller liknande tas fram.

Även hälso- och sjukvårdsåtgärder kan bidra till ökad säkerhet. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>23</sup> En hälso- och sjukvårdsåtgärd ska alltså ha detta syfte, och inte vidtas enbart för att minska risken att patienten exempelvis blir våldsam eller hotfull. Om en patient får adekvat behandling för sina psykiatriska besvär eller ett drogberoende bör det emellertid generellt även ha en positiv inverkan på risken att patienten exempelvis utsätter andra för hot och våld.

## Rutiner om lokaler

### **2 kap.**

#### **Rutiner om lokaler**

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

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

#### **Allmänna råd**

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

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

## Hur lokaler bör utformas och användas

Det införs ett nytt krav på rutiner om hur verksamhetens lokaler bör utformas och användas för att främja en god säkerhet och en god vård och hur lokalerna fortlöpande ska utvärderas. I allmänna råd anges vad rutinerna bör innehålla, såsom vilka åtgärder som kan vidtas för att patienter och personal inte ska uppleva trängsel.

Av LPT och LRV framgår att det på sjukvårdsinrättningar för vård enligt dessa lagar ska finnas de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.<sup>24</sup> Av HSL framgår att

---

<sup>23</sup> Se 2 kap. 1 § HSL.

<sup>24</sup> Se 15 a § LPT och 6 § LRV.

det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>25</sup>

Rutinerna kan ses som en process för att identifiera vilka åtgärder som bör vidtas för att lokalerna ska vara sådana att kraven på god säkerhet och god vård ska kunna upprätthållas. I allmänna råd ges exempel på vad som bör uppnås med de åtgärder som vidtas, nämligen att:

- Patienter och personal inte ska uppleva trängsel.
- Patienter ska få tillgång till rum för återhämtning.
- Patienter inte ska kunna använda möbler och annan inredning för att skada sig själva eller någon annan.
- Personalen ska kunna observera patienterna.

De målsättningar som lyfts i de allmänna råden kan bidra till att lokalernas utformning och användning skapar en miljö som bidrar till god säkerhet och god vård. De är relevanta för såväl befintliga lokaler som då det byggs nya lokaler eller delar av lokaler.

Vilka åtgärder som bör och kan vidtas för att möta de mål som anges i de allmänna råden kan skilja sig från verksamhet till verksamhet och bero på hur befintliga lokaler är utformade. Åtgärder som kan vidtas för att patienter och personal inte ska uppleva trängsel kan exempelvis vara att patienter får egna rum samt att köbildning undviks i samband med måltider. När det gäller rum för återhämtning kan det exempelvis skapas genom att det finns rum med särskilt vilsam inredning och möjlighet till vilsamma aktiviteter. Andra exempel på åtgärder kan vara att inreda med möbler som är svåra att lyfta och kasta samt se till att patienter inte vistas på platser där det finns dolda vinklar.

De målsättningar som nämns i de allmänna råden är inte uttömmande, utan det kan även finnas andra faktorer som ur ett säkerhetsperspektiv är angelägna att beakta då lokaler utformas och används.

Att såväl god säkerhet som god vård ska beaktas då lokalers användning och utformning planeras innebär att dessa värden behöver vägas i förhållande till varandra. Såsom att säkerhetsarrangemang behöver vägas mot att lokalerna ska främja patientens självbestämmande och integritet. Hur det kan göras kan vara en del av rutinerna om lokalerna.

Centrum för Vårdens Arkitektur har tagit fram ett så kallat konceptprogram om lokaler för psykiatri.<sup>26</sup> I konceptprogrammet finns mer information om hur de faktorer som har lyfts i de allmänna råden påverkar möjligheten att upprätthålla god säkerhet och god vård.

---

<sup>25</sup> Se 5 kap. 2 § HSL.

<sup>26</sup> Centrum för Vårdens Arkitektur (CVA), Chalmers, Konceptprogram lokaler för psykiatri, 2018-10-16.

## Utvärdering av lokalerna

Genom rutinerna ska vårdgivaren säkerställa att lokalernas användning och utformning fortlöpande utvärderas. Regleringen innebär att det i rutinerna ska klargöras hur en utvärdering på ett systematiskt sätt ska genomföras så att det säkerställs att lokalerna används och utformas så att de bidrar till god säkerhet och god vård.

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

## Rutiner om åtgärder vid tillfällig patientkontakt

### **2 kap.**

#### **Rutiner om åtgärder vid tillfällig patientkontakt**

**6 §** Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas när personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.

Det införs ett nytt krav på rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas för att kraven på god säkerhet ska kunna uppfyllas när personer som vistas tillfälligt i verksamhetens lokaler kommer i kontakt med patienter.

Personer som tillfälligt vistas i lokalerna och som kan komma i kontakt med patienter kan t.ex. vara besökare till patienten, lokalvårdare, hantverkare, forskare och vårdpersonal från andra verksamheter. Det innebär generellt att personer som inte har erbjudits en säkerhetsutbildning omfattas av rutinerna (se nedan under avsnittet ”Säkerhetsutbildningens målgrupp”).

I rutinerna kan det finnas information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förebygga och hantera säkerhetsincidenter vid sådana tillfällen. Det kan exempelvis handla om vilken information som ska ges till den som tillfälligt vistas i lokalen. Såsom hur verktyg och andra redskap bör hanteras, hur patienter bör bemötas och hur larm och andra säkerhetsarrangemang fungerar. Det kan även handla om när och hur den tillfällige besökaren bör ledsagas av personal i verksamheten.

## Rutiner om samverkan

### **2 kap.**

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

### Allmänna råd

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

Kravet på rutiner om samverkan har förtydligats och i viss mån ändrats i förhållande till SOSFS 2006:9.<sup>27</sup> Enligt de nya säkerhetsföreskrifterna ska rutinerna säkerställa att samverkan *möjliggörs* med vissa aktörer. Det innebär att det av rutinerna ska framgå vilka åtgärder verksamheter bör vidta för att samverkan med andra aktörer ska kunna komma till stånd. Att samverkan verkligen äger rum är dock inget som kan krävas av verksamheten, eftersom samverkan förutsätter att båda parterna är delaktiga.

De aktörer som samverkan ska möjliggöras med är den regionala hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten.<sup>28</sup> Dessa aktörer har enligt lag en skyldighet att samverka och att ha en samordnad vårdplanering.<sup>29</sup> En samverkan för vården har också en central betydelse för säkerheten.<sup>30</sup>

Vilka delar av den regionala och kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten som samverkan behövs med kan variera mellan olika vårdgivare, bland annat beroende på hur vården är organiserad. Rutinerna ska omfatta de delar som vårdgivaren bedömer att det behövs samverkan om säkerheten med. I allmänna råd anges vad rutinerna bör innehålla.

Ett exempel som tas upp i de allmänna råden handlar om situationen då patienter under t.ex. öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) vistas på ett hem eller någon annan institution för vård eller behandling. Rutinerna kan redogöra för vilken information verksamheten bör ge till personalen på boendet, såsom hur en patient bör bemötas och vilka riskfaktorer som finns för utåtagerande beteende. Det kan även handla om den omvända situationen, dvs. vilken information personalen på boendet bör uppmanas delge verksamheten. Såsom att patienten försämras i sitt psykiska mående, vägrar att ta emot behandling eller är våldsam. Sådan information kan vara relevant för en bedömning av om patienten bör återin-

<sup>27</sup> Se 3 kap. 3 § SOSFS 2006:9.

<sup>28</sup> De samverkansaktörer som pekas ut i SOSFS 2006:9 är beroendevården, primärvården samt kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Se 3 kap. 3 § SOSFS2006:9.

<sup>29</sup> För patienter som ska ges öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) eller som helt skrivs ut från tvångsvården finns krav i lag på samverkan med regionens och kommunens hälso- och sjukvård samt kommunens socialtjänst om insatser som patienten har behov av. Se 7 a § LPT, 12 a § och 16 b § LRV samt 4 kap. 1 § 4 lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Av 4 kap. 8 § tredje stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att den ordinarie vårdplanen ska upprättas i samråd med primärvården, den psykiatriska öppenvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten om patienten har behov av åtgärder från dessa aktörer.

<sup>30</sup> Prop. 2005/06:63, s. 24.

tas i sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård.<sup>31</sup> Syftet med informationsutbytet ska vara att förhindra att patienten agerar så att god säkerhet inte kan upprätthållas.

Ett annat exempel som tas upp i de allmänna råden handlar om situationen då en patient vistas på en avdelning för sluten somatisk vård. Rutinerna kan exempelvis redogöra för vilken information verksamheten bör ge till personalen på en sådan avdelning för att förhindra att patienter avviker eller blir våldsamma. Det kan även handla om konkreta åtgärder, såsom hur extravak bör organiseras.

Innan uppgifter om en patient lämnas ut behöver en sekretessprövning göras utifrån offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.<sup>32</sup>

## Rutiner om patienter som brottsoffer

### 2 kap.

#### Rutiner om patienter som brottsoffer

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

Det införs ett nytt krav på rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient, personal eller någon annan person i verksamheten. Det handlar således inte om brott eller misstänkta brott som skett då en patient befunnit sig utanför verksamheten under t.ex. permission.

En patient som utsätts för brott då denne är frihetsberövade mot sin vilja befinner sig i en särskilt sårbar situation. Såsom att hen kan ha begränsade möjligheter att kommunicera med rättsväsendet eller civilsamhället och riskerar att vara inlåst tillsammans med förövaren.<sup>33</sup>

De rutiner som ska finnas kan till exempel innehålla en redogörelse för följande:<sup>34</sup>

<sup>31</sup> Av 4 kap. 11 § HSLF-FS 2022:62 framgår följande. Om en patient ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska chefsöverläkaren själv eller genom någon annan hälso- och sjukvårdspersonal hämta in information från berörda aktörer inom den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att frågan om återintagning till sluten vård eller vårdens upphörande ska kunna prövas fortlöpande.

<sup>32</sup> För mer information om sekretess se Socialstyrelsen, Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården, Artikelnr 2012-2-28, publicerad februari 2012.

<sup>33</sup> För mer information se Civil Rights Defenders (CRD), Frihetsberövade brottsoffers rättigheter – en kartläggning av brottsofferdirektivens implementering i den svenska tvångsvården, 2021.

<sup>34</sup> Exempelen är inga allmänna råd om vad rutiner bör innehålla, utan ska ses som ett stöd till verksamheter vid utformningen av rutinernas innehåll.

- Vilket stöd som bör ges till en patient som har utsatts för eller misstänks ha utsatts för ett brott.
- Vilket stöd som bör ges till en patient som har utfört eller misstänks ha utfört ett brott.
- När en patient som är brottsoffer eller förövare kan behöva flyttas till en annan vårdavdelning.
- Vilka som ska informeras om brottet eller det misstänkta brottet.
- Hur händelsen ska dokumenteras.
- När det ska göras en avvikelserapportering, anmälan till IVO av allvarlig vårdskada eller skada till följd av en säkerhetsrelaterad händelse.
- När och hur en polisanmälan bör göras.
- Relevanta sekretessbestämmelser.

## Rutiner om tvångsåtgärder

Det finns inga krav på rutiner om tvångsåtgärder i de nya säkerhetsföreskrifterna. Sådana krav har flyttats över från SOSFS 2006:9 till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Ett nytt krav på rutiner om genomsökning av patienters rum som träder i kraft den 15 januari 2026 har införts i HSLF-FS 2022:62.<sup>35</sup> Innehållet i rutinerna kan bland annat utgå ifrån vad JO och IVO har framfört om visitation av patienters rum i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

JO har bedömt att det är tillåtet att söka igenom en tvångsvårdad patients bostadsrum för att säkerställa att det inte finns några förbjudna föremål. Syftet med en sådan åtgärd ska vara att upprätthålla ordning och säkerhet och att möjliggöra god och säker vård. JO har vidare framfört att det kan behövas ordningsregler om vilken egendom patienter får ha på sina patientrum. Ordningsreglerna får dock inte inskränka patienternas fri- och rättigheter på ett sätt som strider mot gällande lagstiftning.<sup>36</sup>

IVO har i beslut bedömt att ett patientrum får genomsökas med stöd av ordningsregler men inte patientens personliga tillhörigheter som väska, necessär eller kläder såvida inte chefsöverläkaren fattar ett beslut om kroppsvisitation med stöd av 23 § LPT.<sup>37</sup>

För personer som är intagna på en enhet för att genomgå en rättspsykiatrisk undersökning och samtidigt är häktade eller annars frihetsberövade finns bestämmelser om kontroll av deras bostadsrum i häkteslagen (2010:611). Enligt den bestämmelsen får den intagnes bostadsrum och hans eller hennes

<sup>35</sup> Se 2 kap. 2 b § HSLF-FS 2022:62.

<sup>36</sup> Se bland annat JO dnr 4090-2001, JO dnr 5753-2011, JO dnr 1170-2012, JO dnr 2046-2012 och JO dnr 5277-2018.

<sup>37</sup> IVO, Beslut 2020-02-04, dnr 8.2.1-40248/2018-48.

tillhörigheter kontrolleras i den utsträckning det är nödvändigt för att ordningen eller säkerheten ska kunna upprätthållas.<sup>38</sup>

## Säkerhetsutbildning av personal

### 3 kap.

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

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

### Allmänna råd

Den grundläggande säkerhetsutbildningen bör ge personalen kunskap om

- vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga hot och våld,
- hur relationen mellan patienter och personal kan stärkas,
- hur patienter kan göras delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet som bedrivs i verksamheten,
- hur en hotfull eller våldsam situation med minsta möjliga risk för att en patient traumatiseras eller skadar sig själv eller någon annan kan deeskaleras och hanteras,
- hur användningen av tvångsåtgärder kan förebyggas,
- hur patienter kan transporteras och ledsagas på ett säkert sätt, samt
- vilka relevanta rutiner som finns om säkerheten i verksamheten och om rutinernas innehåll.

## Krav på säkerhetsutbildning

Det införs krav på att vårdgivare ska ge personal en grundläggande säkerhetsutbildning i samband med att en anställning eller ett uppdrag påbörjas samt därefter erbjuda regelbunden kompetensutveckling.<sup>39</sup> Kravet är i linje med regleringen i LPT/LRV om att det ska finnas den personal som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.<sup>40</sup> I SOSFS 2006:9 har det funnits ett krav att det ska finnas rutiner för säkerhetsutbild-

<sup>38</sup> Se 4 kap. 1 § häkteslagen (2010:611) och 5 a § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.

<sup>39</sup> I SOSFS 2006:9 har kravet varit att det ska finnas rutiner för säkerhetsutbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan ses som ett indirekt krav på sådan utbildning.

<sup>40</sup> Se 15 a § LPT och 6 § LRV.

ning av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan ses som ett indirekt krav på sådan utbildning.<sup>41</sup>

Av de nya säkerhetsföreskrifterna framgår att syftet med säkerhetsutbildningen är att personalen ska ha den kunskap som behövs för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett sådant sätt att kraven på god säkerhet kan uppfyllas. I föreskrifterna betyder begreppet säkerhet att det i verksamheter ska finnas skydd för patienter och personal samt för samhället i övrigt.<sup>42</sup>

## Innehållet i den grundläggande säkerhetsutbildningen

Av allmänna råd framgår vad den grundläggande säkerhetsutbildningen bör ge personalen kunskap om.

De allmänna råden om utbildningens innehåll bygger i huvudsak på innehållet i utbildningar som används inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården samt vad verksamheter och andra externa aktörer har framfört som särskilt angelägen kunskap under arbetet med de nya säkerhetsföreskrifterna. Utbildningar som används av verksamheter är bland annat Bergenmodellen, Terma och Safewards.

Följande sju områden tas upp i de allmänna råden:

1. Vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga hot och våld.
2. Hur relationen mellan patienter och personal kan stärkas.
3. Hur patienter kan göras delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet som bedrivs i verksamheten.

Dessa tre områden samverkar med varandra på så sätt att en vårdmiljö där det finns goda relationer mellan patienter och personal och där patienter görs delaktiga i det trygghets- och säkerhetsskapande arbetet är gynnsam för att förebygga hot och våld.

Relationen mellan patienter och personal kan bland annat stärkas genom kunskap om hur patienter bör bemötas och hur tillit kan skapas. Såsom hur man kan kommunicera och använda språket i mötet med patienter som har olika diagnoser och hur patienter kan stödjas vid svåra känslor och svåra besked. Sådan kunskap kan bidra till att minska risken för att det uppstår missförstånd och orsaker till konflikter.

När det gäller patienters delaktighet i det trygghets- och säkerhetsrelaterade arbetet kan personalen behöva kunskap om när sådan delaktighet kan vara lämplig och hur delaktigheten kan realiseras. Såsom att patienter kan vara delaktiga då ordningsregler tas fram, vilket kan bidra till att ordningsreg-

---

<sup>41</sup> Se 3 kap. 4 § SOSFS 2006:9.

<sup>42</sup> Se 1 kap. 7 § första stycket. Begreppet säkerhet har haft samma betydelse i SOSFS 2006:9, se 2 kap. 1 §.

lerna utformas på ett sätt som är lättare för patienter att acceptera och därmed minskar risken för frustration och aggression.

4. Hur en hotfull eller våldsam situation med minsta möjliga risk för att en patient traumatiseras eller skadar sig själv eller någon annan kan deeskaleras och hanteras.

Personalen kan behöva kunskap om hur de kan agera för att lugna ner en patient som är irriterad eller upprörd eller hjälpa till att hantera en konflikt som uppstått. Det kan till exempel handla om hur de kan anpassa sitt bemötande och hur problemlösning kan ske tillsammans med patienten. Annan kunskap kan handla om hur ett ingripande kan ske med respekt och empati för patienten samt hur man kan värdera att ett ingripande är proportionerligt i förhållande till hur allvarlig situationen är.

5. Hur användningen av tvångsåtgärder kan förebyggas.

Kompetens som kan bidra till att tvångsåtgärder förebyggs kan handla om metoder för att patienten ska känna sig trygg, hur situationer som triggar aggressivitet kan undvikas och hur personalen kan hjälpa patienten att hantera och bemästra känslor av frustration eller stress. Det kan även handla om etiska frågor i samband med tvångsåtgärder.<sup>43</sup>

6. Hur patienter kan transporteras och ledsagas på ett säkert sätt.

Personalen kan behöva kunskap om hur en transport eller ledsagning bör bemannas och genomföras utifrån olika risker, såsom risk för rymning, våldshandlingar eller självskaumbeteende. Kunskap kan även behövas om hur patientens tillgång till nödvändig vård ska säkerställas under transporten, såsom att läkemedel kan administreras. Personalen kan även behöva kunskap om vilken information som berörda aktörer kan behöva inför eller under transporten. Dessutom kan kunskap förmedlas om innehållet i de rutiner som ska finnas om patienters vistelse utanför verksamhetens område.<sup>44</sup>

7. Vilka relevanta rutiner som finns om säkerheten i verksamheten och om rutinernas innehåll.

För att personalen ska kunna agera på ett sätt som minskar risken för säkerhetsincidenter behöver de kunskap om innehållet i de rutiner om säkerhet som ska finnas enligt de nya säkerhetsföreskrifterna samt de rutiner som ska finnas om tvångsåtgärder enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk

---

<sup>43</sup> För mer information se SBU, Förstudie avseende alternativa metoder till tvångsåtgärder, Rapport till Socialdepartementet, 2023-05-05 samt SBU, Interventioner för att förebygga och minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård och institutionsvård av barn och unga - En systematisk översikt och etiska aspekter, rapport 400, publicerad den 11 december 2025.

<sup>44</sup> Se 2 kap. 7 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

vård.<sup>45</sup> Verksamheter kan även ha andra rutiner om säkerhet som personalen bör ha kunskap om.

## Kompetensutveckling och dess frekvens

Vårdgivaren ska erbjuda personalen regelbunden<sup>46</sup> kompetensutveckling, dvs. utöver grundutbildningen. Det kan t.ex. handla om att hålla kunskap aktuell, ta del av ny forskning eller nya rutiner inom området säkerhet.

Att kompetensutveckling ska erbjudas regelbundet innebär att den ska ges återkommande. Tidsintervallet kan dock variera utifrån verksamhetens behov och förutsättningar, såsom vilken verksamhet som bedrivs och vilka patienter som vårdas i verksamheten. I vissa situationer kan det vara särskilt angeläget med kompetensutveckling, till exempel om en säkerhetsincident har inträffat.

## Säkerhetsutbildningens målgrupp

Säkerhetsutbildning ska ges till hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som har kontinuerlig kontakt med patienter.

Vem som är hälso- och sjukvårdspersonal regleras i PSL.<sup>47</sup> Personalkategorier som ingår är därmed bland annat de som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter samt den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

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

Personal som har kontinuerlig kontakt med patienter kan exempelvis vara personer som arbetar i receptionen eller vid en allmän inpasseringskontroll. Personer som endast har tillfällig kontakt med patienter inkluderas således inte, såsom hantverkare eller forskare. Vilka personalkategorier som har kontinuerlig kontakt med patienter kan dock skilja sig åt mellan verksamheter och bero på hur arbetet är organiserat. Det blir därmed upp till varje vårdgivare att bedöma vilka personalkategorier som omfattas och därmed ska ges säkerhetsutbildning.

---

<sup>45</sup> Se bestämmelserna om rutiner om tvångsåtgärder i 2 kap. HSLF-FS 2022:62.

<sup>46</sup> Kravet på utbildningens frekvens är det samma som det har varit i SOSFS 2006:9.

<sup>47</sup> Se 1 kap. 4 § PSL.

Säkerhetsutbildningen ska ges till personal oavsett anställningsform. Personalen kan således ha såväl en visstidsanställning som t.ex. ett vikariat eller uppdrag som hyrläkare.

## Säkerhetskontroller av personal

### **3 kap.**

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

### **Allmänna råd**

Inför anställning eller anlåtande av uppdragstagare bör det göras en beställning av utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister samt en fördjupad referenstagning.

Under pågående anställning eller uppdrag bör individuella samtal om säkerheten genomföras.

## Krav på säkerhetskontroller

Det införs krav på att vårdgivare ska ansvara för att personal genomgår regelbundna säkerhetskontroller. Kravet är i linje med regleringen i LPT/LRV om att det ska finnas den personal som behövs för att en god säkerhet ska kunna tillgodoses i verksamheten.<sup>48</sup> I SOSFS 2006:9 har kravet varit att det ska finnas rutiner för säkerhetskontroller av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan ses som ett indirekt krav på sådana kontroller.<sup>49</sup>

Av de nya säkerhetsföreskrifterna framgår att syftet med säkerhetskontrollerna är att de ska minska risken för att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas. Den risken kan minska genom att åtgärder vidtas för att inför eller under en anställning upptäcka om en anställd har sårbarheter som medför en ökad risk för att det uppstår en situation som gör att säkerheten inte kan tillgodoses.

## Säkerhetskontrollernas målgrupp

Säkerhetskontroller ska, precis som säkerhetsutbildning, omfatta hälso- och sjukvårdspersonal och personal som har kontinuerlig kontakt med patienter. En närmare redogörelse för hur dessa begrepp kan tolkas finns ovan under rubriken Säkerhetsutbildningens målgrupp, och är även relevanta för målgruppen för säkerhetskontroller.

---

<sup>48</sup> Se 15 a § LPT och 6 § LRV.

<sup>49</sup> Se 3 kap. 4 § SOSFS 2006:9.

## Säkerhetskontrollernas frekvens

Av de nya säkerhetsföreskrifterna framgår att säkerhetskontroller ska genomföras regelbundet.<sup>50</sup> Det som anges ovan om regelbundet i avsnittet Kompetensutveckling och dess frekvens är relevant även när det gäller frekvensen för säkerhetskontroller av anställda och uppdragstagare.

## Personlig integritet och privatlivet

Då säkerhetskontroller genomförs behöver det ske i enlighet med reglering i annan författning. En reglering som särskilt behöver beaktas är den om skyddet mot betydande intrång i den personliga integriteten och respekten för privatliv i regeringsformen (RF) och Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).<sup>51</sup> För att dessa rättigheter ska kunna begränsas krävs stöd i lag.<sup>52</sup> Reglering om säkerhetskontroller i de nya säkerhetsföreskrifterna är inte ett sådant lagstöd.<sup>53</sup>

## Vad säkerhetskontroller kan vara

I allmänna råd anges vilka säkerhetskontroller verksamheter bör använda. Även andra kontroller av personal kan användas, om det sker i enlighet med gällande rätt. Nedan ges en redogörelse för de säkerhetskontroller som anges i de allmänna råden.

### Utdrag ur misstanke- och belastningsregistret

Enligt de allmänna råden bör det inför en anställning eller anlitan av uppdragstagare göras en beställning av utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister.

Utdrag ur misstanke- och belastningsregistren behöver ske i enlighet med gällande rätt. Av lagen (1998:621) om misstankeregister, lagen (1998:620) om belastningsregister och dess förordningar framgår det att uppgifter ur registret ska lämnas ut om det begärs av en kommunal myndighet (här inkluderar regioner) som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare.<sup>54</sup> Uppgifter ur belastningsregistret ska också lämnas ut om de begärs av Rättsmedicinalverket i fråga om den som myndigheten avser att

---

<sup>50</sup> Kravet på säkerhetskontrollernas frekvens är det samma som i SOSFS 2006:9.

<sup>51</sup> Se 2 kap. 6 § andra stycket RF och artikel 8 i europakonventionen. Europakonventionen gäller som lag i Sverige. Se lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

<sup>52</sup> Se 2 kap. 20 och 21 §§ RF samt artikel 8.2 Europakonventionen.

<sup>53</sup> Inte heller är säkerhetskylldslagen (2018:585) ett lagstöd för de säkerhetskontroller som ska göras enligt de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>54</sup> Se 5 § 2 lagen om misstankeregister, 4 § 6 förordningen (1999:1135) om misstankeregister, 6 § 4 lagen om belastningsregister samt 11 § 5 förordningen (1999:1134) om belastningsregister.

anställa eller anlita som uppdragstagare i den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.<sup>55</sup>

### Fördjupad referenstagning

Enligt de allmänna råden bör det inför en anställning eller anlitan­de av uppdragstagare göras en fördjupad referenstagning. Det kan handla om ett djupgående samtal med tidigare arbetsgivare om exempelvis personens förmåga att hantera stress- och akuta krissituationer. Det är ytterst upp till vårdgivar­en att närmare avgöra när en fördjupad referenstagning är angelägen för att minska risken för att god säkerhet inte kan uppfyllas då ny personal anställs eller anlitas som uppdragstagare.

### Individuella samtal om säkerheten

Enligt de allmänna råden bör individuella samtal om säkerheten genomföras under pågående anställning eller uppdrag. Dessa samtal ska, som övriga säkerhetskontroller, syfta till att minska risken för att kraven på god säkerhet inte kan uppfyllas.

Innehållet i ett samtal om säkerhet kan skilja sig åt beroende på exempelvis vilken tjänst och arbetsuppgifter personen har, vilken verksamhet som be­drivs och om det har inträffat någon händelse som påverkat säkerheten. Innehållet i samtalen behöver vara i enlighet med regleringen om skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten och respekten för privatlivet, som redogjorts för ovan under rubriken Personlig integritet och privatlivet.

Det är upp till varje vårdgivare och verksamhet att närmare avgöra vad ett samtal om säkerhet ska innehålla. Ett sådant samtal skulle kunna handla om att inhämta information om vilken erfarenhet och kompetens den anställda har för att förebygga och hantera en hotfull eller våldsam situation. Såsom frågor om den anställda har kännedom om verksamhetens säkerhetsrutiner, dennes säkerhetsmedvetenhet och hur hen hanterar stress- och konfliktsitua­tioner. Det kan även vara frågor om den anställda har utsatts för påtryck­ningar från patienter, till exempel om att ta in otillåten egendom, såsom narkotika eller vapen.

---

<sup>55</sup> Se 11 § 16 förordningen om belastningsregister.

# Säkerhetsklassificering av avdelningar

## Vårdgivaren ansvarar för säkerhetsklassificering

### **4 kap.**

#### **Säkerhetsklassificering**

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

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

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

Ansvar för att verksamhetens avdelningar delas in i säkerhetsklasser ligger på vårdgivaren. Vårdgivaren bestämmer vem eller vilka i verksamheten som ska arbeta med säkerhetsklassificeringen, t.ex. en säkerhetsansvarig eller annan lämplig person.<sup>56</sup>

I vissa fall kan vården vid en avdelning vara organiserad så att den bedrivs i flera olika lokaler. I sådana fall gäller, precis som det har gjorts enligt SOSFS 2006:9, att varje sådan del av en avdelning ska säkerhetsklassificeras.<sup>57</sup> Det innebär exempelvis att en lokal som ligger utanför själva huvudbyggnaden och används av patienter för olika aktiviteter eller en lägenhet som används för patienter som är i utslussningsfasen ska säkerhetsklassificeras. Även en inhägnad uteplats kan ses som en del av en avdelning och ska därmed säkerhetsklassificeras.

---

<sup>56</sup> I SOSFS 2006:9 har ansvaret för att avdelningar säkerhetsklassificeras legat på säkerhetsansvarig, se 5 kap. 3 § SOSFS 2006:9.

<sup>57</sup> Det gäller även för avdelningar/enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

## Krav på säkerhetsklass 1 och 2

### **4 kap.**

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

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

**4 §** Vid en avdelning eller en del av en avdelning med mycket hög eller hög säkerhetsklass ska det finnas slussfunktioner vid samtliga in- och utpasseringar som regelbundet används av patienter och personal.

De krav som enligt de nya säkerhetsföreskrifterna gäller för säkerhetsklass 1 och 2 är i huvudsak oförändrade i förhållande till regleringen i SOSFS 2006:9.<sup>58</sup> Kraven handlar i huvudsak om den yttre säkerheten, såsom utformning och anpassning av sjukvårdsinrättningens område och byggnader.<sup>59</sup> Kraven är kopplade till samhällsskyddet och ska bland annat förhindra att patienter rymmer eller fritas.

I de nya säkerhetsföreskrifterna har det förtydligats att perimeterskyddet ska skydda mot otillbörlig kontakt genom skalskyddet.<sup>60</sup> Kravet innebär att perimeterskyddet ska kunna förhindra att någon otillåtet tar sig in genom perimeterskyddet och sedan otillåtet har kontakt med någon innanför skalskyddet.

Kravet på slussfunktioner på avdelningar med säkerhetsklass 1 och 2 har förtydligats och utvidgats i förhållande till SOSFS 2006:9.<sup>61</sup> Kravet är att det ska finnas slussfunktioner vid samtliga in- och utpasseringar som regelbundet används av patienter och personal. Om in- och utpasseringen inte regelbundet används av patienter och personal krävs däremot inte att det ska finnas någon slussfunktion. Det kan exempelvis handla om utrymningsvägar.

Kraven på säkerhetsklass 1 och 2 i de nya säkerhetsföreskrifterna är övergripande, dvs. inte reglerade i detalj. Det är upp till varje vårdgivare att närmare avgöra vilken typ av skal- och perimeterskydden som behövs och vilka byggnadstekniska detaljer som ska installeras för att förhindra rymningar

<sup>58</sup> Se 4 kap. 2 § SOSFS 2006:9.

<sup>59</sup> Prop. 2005/06:63 Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård, s. 25.

<sup>60</sup> I SOSFS 2006:9 har kravet att perimeterskyddet ska skydda mot otillbörlig kontakt genom skalskyddet varit en del av definitionen av perimeterskydd, se 2 kap. 1 § SOSFS 2006:9.

<sup>61</sup> I SOSFS 2006:9 har kravet på slussfunktion varit en del av definitionen av skalskydd.

och fritagningar. Det kan t.ex. handla om installation av larmordningar och kameror.

## Krav på säkerhetsklass 3

### **4 kap.**

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

Kravet på en avdelning eller en del av en avdelning med säkerhetsklass 3 har utvidgats på så sätt att det nu finns ett krav på att det fortlöpande ska kontrolleras var patienterna befinner sig. I SOSFS 2006:9 har kravet varit att det ska finnas rutiner för sådan kontroll, vilket kan sägas vara ett indirekt krav på kontroll av var patienter befinner sig.<sup>62</sup>

Kontrollen av patienter handlar primärt om att patienter inte ska kunna ta sig ut ur verksamhetens byggnader utan personalens kännedom och utan medgivande, dvs. det är även på denna säkerhetsklass främst en fråga om yttre säkerhet och samhällsskydd. Det kan dock även handla om att skydda patienter, såsom förhindra att patienter rymmer och utför en suicidhandling eller annat självskadebeteende. På vilket sätt kontrollen av patienterna sker är det upp till vårdgivare och verksamheter att närmare bestämma. Det kan exempelvis handla om att ha låsbara fönster och dörrar, larm eller observation av var patienterna befinner sig. Kraven på en avdelning med säkerhetsklass 3 hindrar inte att avdelningen är olåst, dvs. så länge det finns en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig.

Vilka kontroller som behövs kan skilja sig från verksamhet till verksamhet, från patient till patient och variera över tid. En patient som just skrivits in i en verksamhet och vars psykiska hälsotillstånd är mycket svårt och obehandlat kan exempelvis behöva kontrolleras oftare än en patient som är i slutet av sin vårdtid.

På avdelningar med säkerhetsklass 3 inom allmänpsykiatri vårdas oftast såväl LPT-patienter som patienter som vårdas frivilligt enligt HSL. Regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna om fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig gäller inte den senare kategorin av patienter.<sup>63</sup> Detta eftersom dessa patienter vårdas frivilligt och därmed inte får hindras att lämna vårdavdelningen.

---

<sup>62</sup> Se 4 kap. 2 § SOSFS 2006:9.

<sup>63</sup> Vilket också framgår av förklaringen av begreppet patient i 1 kap. 6 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

## Placering av patienter

### Patienter för vilka ett placeringsbeslut alltid ska fattas

#### **5 kap.**

#### **Placering vid avdelning med viss säkerhetsklass**

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

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

I bestämmelsen anges för vilka patienter en chefsöverläkare alltid ska fatta ett beslut om placering vid en avdelning med viss säkerhetsklass. En motsvarande bestämmelse har funnits i SOSFS 2006:9.<sup>64</sup>

### Placeringsbedömning

#### **5 kap.**

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

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

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

### Chefsöverläkare ska besluta om placering

Det är en chefsöverläkare som ska fatta beslut om placering av en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass. Det har inte ändrats i förhållande till SOSFS 2006:9.<sup>65</sup> Det har däremot införts en ny bestämmelse om överlåtelse av placeringsbeslut, se nedan under rubriken ”Chefsöverläkaren får överlåta till annan läkare att besluta om placering”.

<sup>64</sup> Se 6 kap. 1 § SOSFS 2006:9.

<sup>65</sup> Se 6 kap. 3 § SOSFS 2006:9.

Det innebär att det är chefsöverläkaren på den vårdinrättning där patienten ska placeras vid en avdelning med viss säkerhetsklass som ska fatta beslutet om placering. Om en patient byter vårdinrättning är det chefsöverläkaren vid den mottagande vårdinrättningen som ska fatta ett beslut om placering där.

Chefsöverläkaren ska bedöma vilken säkerhetsklass som är *nödvändig* för en viss patient.<sup>66</sup> En proportionalitetsbedömning behöver göras där behovet av god säkerhet vägs mot de inskränkningar det innebär i en patients fri- och rättigheter att placeras vid en avdelning med viss säkerhetsklass.

Vid bedömningen ska chefsöverläkaren *särskilt* beakta vissa kriterier som anges i de nya säkerhetsföreskrifterna. Det är således inte uteslutande dessa kriterier som får beaktas, utan även andra omständigheter kan vägas in. Den bedömning som ska göras är en samlad bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

### Tre kriterier har tagits bort, tre är desamma

De kriterier som enligt de nya säkerhetsföreskrifterna särskilt ska beaktas inför ett placeringsbeslut har ändrats i förhållande till SOSFS 2006:9. Tre kriterier som har funnits i SOSFS 2006:9 har inte tagits med i de nya säkerhetsföreskrifterna, nämligen patientens benägenhet att skada sig själv, om patienten tidigare motsatt sig att medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder och om patienten är beroende av alkohol eller andra droger.

Anledningen till att dessa tre kriterier har tagits bort är i huvudsak att de primärt inte handlar om säkerhetsrisker. Möjligen kan kriterierna indirekt medföra en sådan risk. Såsom att en person som motsätter sig vård eller har använt droger kan bli våldsam, men då är det den risken som ska beaktas.

Tre kriterier i de nya säkerhetsföreskrifterna är desamma som de som har funnits i SOSFS 2006:9, nämligen risken för att patienten rymmer, blir fritagen eller skadar någon annan. Risken att patienter skadar någon annan inkluderar såväl andra patienter, personal, besökare som någon annan person.

### Ett nytt kriterium – risken för allvarlig brottslighet

I de nya säkerhetsföreskrifterna har det lagts till ett nytt kriterium som särskilt ska beaktas vid en placeringsbedömning, nämligen risken för att patienten begår ett allvarligt brott. Chefsöverläkaren ska således bedöma om den risken är sådan att det är nödvändigt att placera patienten på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass, sammanvägt med andra omständigheter.

Enligt LRV ska en chefsöverläkare respektive domstol i vissa fall göra en bedömning av risken att en patient återfaller i brottslighet som är av all-

---

<sup>66</sup> I SOSFS 2006:9 har det funnits en hänvisning så väl till att placeringen ska ske utifrån vilken säkerhetsklass som är nödvändigt som till patientens behov. Se 6 kap. 2 och 3 §§ SOSFS 2006:9.

varligt slag. Det gäller vid beslut att återinta en patient med så kallad särskild utskrivningsprövning (SUP) från öppen rättspsykiatrisk vård till slutenvård samt vid beslut om upphörande av rättspsykiatrisk vård för en patient med SUP.<sup>67</sup> Dessa bedömningar skiljer sig från den bedömning chefsöverläkaren ska göra av risken för allvarlig brottslighet vid beslut om placering. Vid en sådan bedömning bör viss vägledning ändå kunna hämtas från förarbetena till regleringen om återfall i allvarlig brottslighet i LRV och från praxis.

Av förarbetena framgår att begreppet brott av allvarligt slag omfattar brott som riktar sig mot eller innebär fara för någon annans liv, hälsa eller personliga säkerhet. Det framgår vidare att misshandel beroende på omständigheterna är exempel på ett sådant brott och grov stöld, men att exempelvis ofredande inte är det. Andra exempel som ges är grov skadegörelse, t. ex. anläggande av brand, och narkotikabrottslighet samt spioneri. I förarbetena anges också att det bör betonas att kravet på att det ska vara fråga om brottslighet som är av allvarligt slag innebär att det ska ske en samlad bedömning där inte bara enskilda gärningar utan även den totala omfattningen av brotten och sambandet mellan dessa får vägas in.<sup>68</sup>

En bedömning av vid vilken avdelning med viss säkerhetsklass en patient ska placeras ska göras utifrån en samlad bedömning i varje enskilt fall, där risken för att patienten begår ett allvarligt brott är en faktor. Att en patient har SUP innebär således inte per automatik att denne ska placeras på en avdelning med förhöjd säkerhetsklass.

## Placering av LPT-patienter

### **5 kap.**

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

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

LPT-patienter ska placeras på en avdelning med säkerhetsklass 3. Om det är särskilt påkallat ska en chefsöverläkare bedöma om patienten behöver placeras på högre säkerhetsklass. Bedömningen ska då göras utifrån samma kriterier som gäller för LRV-patienter med flera enligt 5 kap. 2 § de nya säker-

<sup>67</sup> Se 3 d § och 16 § LRV.

<sup>68</sup> Prop. 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård, m. m., s. 534.

hetsföreskrifterna. Regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna motsvarar den som har funnits i SOSFS 2006:9.<sup>69</sup>

I de nya säkerhetsföreskrifterna har det emellertid förtydligats att chefsöverläkaren endast behöver fatta beslut om placering då patienten placeras på en avdelning med säkerhetsklass 1 eller 2, dvs. inte om placeringen är på en avdelning med säkerhetsklass 3.

## Placering av annat skäl än säkerhet

### **5 kap.**

#### **Placering av annat skäl än säkerhet**

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

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

#### **Allmänna råd**

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

Bestämmelsen om att en patient under vissa förutsättningar får placeras på en avdelning som har en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl har förtydligats i förhållande till SOSFS 2006:9.<sup>70</sup> En sådan placering får enligt de nya säkerhetsföreskrifterna endast ske om patientens behov enbart kan tillgodoses vid en sådan avdelning. Av allmänna råd framgår att patientens behov t.ex. kan gälla kontinuitet i vården och att få vistas nära närstående.

En bedömning av när en patient kan placeras på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som behövs av säkerhetsskäl behöver göras i varje enskilt fall. Ett exempel på en sådan placering skulle kunna vara att en patient får vara kvar på säkerhetsklass 2 eftersom hen har vistats där en längre tid och har behov av att träffa hälso- och sjukvårdspersonal som hen känner sedan en lång tid. Detta trots att det av säkerhetsskäl inte längre är nödvändigt att patienten är placerad på säkerhetsklass 2.

Eftersom en placering på en avdelning som har en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som behövs av säkerhetsskäl endast får ske av skäl som är

<sup>69</sup> Se 6 kap. 4 § SOSFS 2006:9.

<sup>70</sup> Av 6 kap. 3 § andra stycket SOSFS 2006:9 framgår att en sådan placering får ske om det finns särskilda skäl.

hänförliga till patientens behov blir det tydligare att en sådan placering inte får ske av organisatoriska skäl, såsom platsbrist.<sup>71</sup>

I de nya säkerhetsföreskrifterna har det införts ett nytt krav på att patienten ska ges möjlighet att lämna synpunkter på en placering på en avdelning med en högre säkerhetsklass än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl. Patientens synpunkter blir ett underlag till chefsöverläkarens bedömning av om en sådan placering ska ske eller inte. Synpunkterna kan bland annat handla om patientens behov och hur denne ser på de inskränkningar i fri- och rättigheter som en sådan placering kan innebära. Såsom att det på förhöjd säkerhetsklass kan finnas allmän inpasseringskontroll och att patienter med SUP där endast får använda elektroniska kommunikationstjänster som tillhandahålls av vården.<sup>72</sup>

## Chefsöverläkaren får överlåta till annan läkare att besluta om placering

### 5 kap.

#### Överlåtelse av uppgifter

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

Det införs en ny reglering om att en chefsöverläkare får överlåta uppgiften att bedöma och besluta om placering av patienter vid en avdelning med viss säkerhetsklass. Det gäller samtliga placeringsbeslut, dvs. det inkluderar samtliga patienter som ett placeringsbeslut ska fattas för. Det inkluderar såväl placeringar på en avdelning som har en säkerhetsklass som bedöms nödvändig av säkerhetsskäl som en placering på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl.

Överlåtelsen får ske till en läkare inom verksamheten som har specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och som är erfaren på området.<sup>73</sup>

<sup>71</sup> Av handboken till SOSFS 2006:9, s. 32, framgår att platsbrist inte är ett särskilt skäl för att placera en patient på en avdelning som har en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som behövs av säkerhetsskäl.

<sup>72</sup> Se 23 b § LPT samt 8 a § och 8 b § LRV.

<sup>73</sup> Kraven på den som uppgifterna får överlåtas till överensstämmer med de krav som finns för överlåtelse av andra uppgifter i LPT och LRV. Se 39 § LPT och 23 § LRV.

## Fortlöpande övervägande av säkerhetsklass

### 5 kap.

#### Fortlöpande övervägande av säkerhetsklass

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

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

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

För vissa patienter ska chefsöverläkaren fortlöpande överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig, dvs. om patienten ska vara kvar på den avdelning där patienten är placerad, eller om hen bör flyttas till en avdelning med en annan säkerhetsklass. Det gäller för de patienter som anges i 5 kap. 1 § de nya säkerhetsföreskrifterna. Nämligen patienter som

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

För patienter som vårdas enligt LPT och är placerade på en avdelning med säkerhetsklass 3 behöver chefsöverläkaren inte överväga om patienten ska vara kvar på den säkerhetsklassen eller om hen ska flyttas till en avdelning med säkerhetsklass 1 eller 2. Detta eftersom utgångspunkten är att en patient som vårdas enligt LPT ska vara placerad på säkerhetsklass 3. Om patienten är placerad vid en avdelning säkerhetsklass 1 eller 2 behöver chefsöverläkaren däremot fortlöpande överväga vilken säkerhetsklass som är nödvändig.

För samtliga patienter som är placerade på en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå över den som är nödvändig av säkerhetsskäl ska chefsöverläkaren fortlöpande överväga om patientens behov av att vara placerad där kvarstår.

Anledningen till att säkerhetsklassen behöver övervägas är primärt att en patient inte ska vara placerad på en säkerhetsklass som är högre än vad som är nödvändigt av säkerhetsskäl eller patienten har behov av. Detta eftersom

det skulle vara en oproportionerlig inskränkning i patientens grundläggande fri- och rättigheter. Det är emellertid även viktigt att en patient inte är placerad på en för låg säkerhetsklass, eftersom det skulle kunna innebära att kravet på god säkerhet inte kan uppfyllas.

Att avdelningens säkerhetsklass ska övervägas fortlöpande innebär att det ska finnas viss kontinuitet i bedömningen. Hur ofta övervägandena bör göras beror dock på omständigheterna i det enskilda fallet och kan därmed variera från patient till patient och över tid. Det kan exempelvis bero på om skälet till att patienten placerades på den aktuella säkerhetsklassen är mer eller mindre oförändrat över tid.

Chefsöverläkaren får överlämna uppgiften att fortlöpande överväga vid vilken avdelning med viss säkerhetsklass en patient ska vara placerad till en annan läkare inom verksamheten. Det ska vara en läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och med erfarenhet på området.

## Journalföring

### 5 kap.

7 § Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller uppgifter om

- vilket eller vilka beslut som har fattats om att placera patienten på en avdelning med en viss säkerhetsklass samt de skäl som ligger till grund för beslutet eller besluten, och
- bedömningar enligt 3 § andra stycket vilka inte resulterar i ett beslut att placera patienten på en avdelning med mycket hög eller hög säkerhetsklass.

Samtliga beslut om placering på en avdelning med viss säkerhetsklass och skälen för beslutet ska journalföras. Regleringen innebär, i förhållande till SOSFS 2006:9, ett nytt krav på journalföring av beslut att placera en patient vid en avdelning med en säkerhetsklass som är en nivå högre än den som är nödvändig av säkerhetsskäl och skälen för beslutet.

Genom regleringen i de nya säkerhetsföreskrifterna förtydligas att beslut om placering av LPT-patienter och skälen för beslutet ska journalföras.<sup>74</sup> Det gäller beslut om placering på säkerhetsklass 1 och 2, eftersom det endast är sådana placeringar som kräver ett beslut.

För LPT-patienter införs också ett nytt krav på journalföring av en bedömning som gjorts av om patienten ska placeras på en avdelning med säker-

<sup>74</sup> Se 6 kap. 2 § tredje stycket SOSFS 2006:9.

hetsklass 1 eller 2, dvs. i de fall bedömningen inte resulterar i ett beslut om sådan placering.

Chefsöverläkaren ska se till att en patients journal innehåller de uppgifter som anges i bestämmelsen.<sup>75</sup> Det innebär inte att chefsöverläkaren måste göra själva anteckningen.

## Äldre placeringsbeslut fortsätter att gälla under en övergångsperiod

Beslut om att placera en patient vid en avdelning med viss säkerhetsklass som har fattats enligt de äldre föreskrifterna gäller fram till den 15 mars 2026.

Sist i de nya säkerhetsföreskrifterna i punkten tre finns en så kallad övergångsbestämmelse. Bestämmelsen har införts för att ge verksamheter tid för att fatta nya beslut om placering för patienter som är intagna på en avdelning då de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft, dvs. den 15 januari 2026. Ett nytt beslut ska ha fattats senast den 15 mars 2026, dvs. inom två månader.

Anledningen till att nya placeringsbeslut behöver fattas för patienter som är intagna då de nya säkerhetsföreskrifterna träder i kraft, och för vilka placeringsbeslut har fattats, är att kriterierna för sådana beslut i de nya säkerhetsföreskrifterna skiljer sig från de i SOSFS 2006:9. För patienter som skrivs in från och med den 15 januari 2026 ska bestämmelserna om placering i de nya säkerhetsföreskrifterna tillämpas.

## Säkerhetshandling

### **6 kap.**

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

Det införs ett nytt krav på att det för en avdelning ska finnas en säkerhetshandling och att den ska uppdateras kontinuerligt. I SOSFS 2006:9 har det

---

<sup>75</sup> Bestämmelsen är utformad i enlighet med hur regleringen om journalföring i 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är utformad. Dvs. att chefsöverläkaren har ett ansvar för att se till att journalen innehåller vissa uppgifter.

endast funnits krav på rutiner för en säkerhetshandling och för att den ska uppdateras kontinuerligt.<sup>76</sup>

Beskrivningen av en säkerhetshandling i de nya säkerhetsföreskrifterna är lik den definition som har funnits av säkerhetshandling i SOSFS 2006:9.<sup>77</sup> Beskrivningen är dock mindre detaljerad än i SOSFS 2006:9. Detta för att formen och innehållet i en säkerhetshandling ska kunna variera från verksamhet till verksamhet och förändras över tid.

Säkerhetshandlingen ska uppdateras kontinuerligt, vilket också har varit det indirekta kravet enligt SOSFS 2006:9. Begreppet kontinuerligt ger utrymme för viss flexibilitet och ger därmed verksamheter möjlighet att anpassa frekvensen utifrån behov, samtidigt som det finns krav på kontinuitet. Behoven av uppdatering kan exempelvis variera utifrån hur omfattande säkerhetsarrangemang en verksamhet har och i vilken utsträckning förändringar görs.

## Anmälan och utredning av skador till följd av brister i säkerheten

### Anmälan till IVO

#### **7 kap.**

**2 §** I Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2025:53) om anmälan av händelser gällande säkerhetsbrister inom psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning finns bestämmelser om hur en anmälan enligt 3 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska göras.

IVO har beslutat om nya föreskrifter (HSLF-FS 2025:53) om anmälan av händelser gällande säkerhetsbrister inom psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.<sup>78</sup> IVO har även tagit fram en blankett och ett elektroniskt formulär som anmälan ska göras på.

Bestämmelsen om anmälningsförfarandet i SOSFS 2006:9 och blanketten för anmälan till IVO förs därför inte över till de nya säkerhetsföreskrifterna.<sup>79</sup> IVO:s föreskrifter om anmälningsförfarande träder i kraft den 15 januari 2026, dvs. samtidigt som de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>76</sup> Se 3 kap. 9 §

<sup>77</sup> Se 2 kap. 1 § SOSFS 2006:9.

<sup>78</sup> Det är numera IVO som har bemyndigande att meddela föreskrifter om anmälningsförfarandet avseende skador till följd av brister i säkerheten. Det framgår av 8 kap. 6 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Socialstyrelsen hade tidigare ett sådant bemyndigande.

<sup>79</sup> Se 7 kap. 3 § första stycket samt bilagan ”Anmälan av brister i säkerheten” i SOSFS 2006:9.

## Utredningens innehåll

Kraven på vad en utredning av en skada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten ska innehålla har i de nya säkerhetsföreskrifterna utformats för att likna de krav som gäller för utredning av vårdskador enligt lex Maria.<sup>80</sup> I vissa fall kan det vara svårt att bedöma om en skada är en vårdskada enligt lex Maria eller en säkerhetsskada eller om det är både och. Det kan då vara en fördel att utredningsskyldigheten för dessa skador är relativt överensstämmande.

### Händelsens förlopp, konsekvenser, risker m.m.

#### **7 kap.**

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

1. uppgifter om när händelsen inträffade med datum och klockslag när detta är känt,
2. uppgift om när händelsen uppmärksammades och rapporterades till vårdgivaren,
3. en redogörelse för händelsens förlopp,
4. uppgifter om orsaken eller orsakerna till händelsen,
5. relevanta delar av den patientjournal eller de patientjournaler som behövs för utredningen,
6. uppgifter om vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienter, personal och andra personer,
7. en riskbedömning som anger sannolikheten för att liknande händelser kommer att inträffa igen och tänkbara konsekvenser, och
8. uppgifter om händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten.

Den händelse som ska utredas kan vara såväl en händelse där någon har drabbats av en skada till följd av brister i säkerheten som att någon har utsatts för en risk att drabbas av en sådan skada.<sup>81</sup>

De krav som har funnits i SOSFS 2006:9 om vad en utredning av en skada till följd av säkerhetsbrister ska innehålla gäller även enligt de nya säkerhets-

<sup>80</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

<sup>81</sup> Se 3 kap. 3 § andra stycket PSL.

föreskrifterna.<sup>82</sup> Dessutom gäller följande nya krav på utredningens innehåll:<sup>83</sup>

- Uppgifter om när händelsen inträffade med datum och klockslag när detta är känt.
- Uppgift om när händelsen uppmärksammades och rapporterades till vårdgivaren.<sup>84</sup>
- Relevanta delar av den patientjournal eller de patientjournaler som behövs för utredningen.
- Uppgifter om vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienter, personal och andra personer.

Kravet att utreda konsekvenserna av en skada till följd av säkerhetsbrister i verksamhetens gäller konsekvenserna för såväl patienter, personal som andra personer. Detta eftersom effekterna av en säkerhetsskada inte behöver vara begränsad till viss personkategori, utan gäller om *någon* har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en säkerhetsskada.<sup>85</sup> Till skillnad från en skada enligt lex Maria som endast drabbar patienter.<sup>86</sup>

## Vidtagna åtgärder

### **7 kap.**

#### **6 §** I utredningen ska det redovisas

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

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

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

De krav på åtgärder som regleras i 7 kap. 6 § 1 och 2 har även gällt enligt SOSFS 2006:9.<sup>87</sup> I övrigt är kraven på utredningens innehåll i denna bestämmelse nya.

<sup>82</sup> Se 7 kap. 3 § andra stycket SOSFS 2006:9. Några mindre språkliga justeringar har gjorts i kraven, det innebär inte någon ändring i sak.

<sup>83</sup> Se 7 kap. 5 § 1, 2, 5 och 6 de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>84</sup> Av 6 kap. 4 § PSL framgår att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att till vårdgivaren rapportera skador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

<sup>85</sup> Se 3 kap. 6 § PSL.

<sup>86</sup> 1 kap. 5 § PSL.

<sup>87</sup> Se 7 kap 3 § andra stycket 2 och 6.

## Patientens beskrivning av händelsen

### **7 kap.**

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

Om patienten inte kan eller vill beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt att patienten gör det, ska i stället det anges i utredningen.

### **Allmänna råd**

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

Det har införts ett utökat och förtydligat krav på att en utredning av en skada till följd av säkerhetsbrister ska innehålla patientens beskrivning och upplevelse av händelsen. I SOSFS 2006:9 har det funnits krav på att patienten ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.<sup>88</sup>

Patienten har dock ingen skyldighet att lämna en redogörelse för händelsen, utan det bygger på frivillighet. Om patienten inte kan eller vill lämna uppgifter om händelsen ska det i stället anges i utredningen. Det kan även i ett enskilt fall bedömas olämpligt att patienten lämnar uppgifter om händelsen, då ska det i stället anges i utredningen.

I de nya säkerhetsföreskrifterna tydliggörs att det är såväl patienter som själva har medverkat i en säkerhetsrelaterad händelse som patienter som har utsatts för en sådan som ska ge sin beskrivning och upplevelse av händelsen. Begreppet patient används i de nya säkerhetsföreskrifterna för en person som får hälso- och sjukvård enligt LPT eller LRV eller som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning.<sup>89</sup>

På en sjukvårdsinrättning som ger sluten vård till patienter enligt LPT finns generellt även patienter som vårdas frivilligt enligt HSL. Även dessa patienter kan ha såväl medverkat i som utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse. Dessa patienter omfattas dock inte av de nya säkerhetsföreskrifternas krav på att en utredning ska innehålla deras beskrivning och upplevelse av händelsen. Det innebär inte att dessa patienters beskrivning och upplevelse av en

<sup>88</sup> Se 7 kap. 4 § första stycket SOSFS 2006:9.

<sup>89</sup> Se 1 kap. 6 § de nya säkerhetsföreskrifterna. Även i SOSFS 2006:9 begränsas begreppet patient till patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV samt för personer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning. Se 1 kap. 1 § tredje stycket SOSFS 2006:9.

säkerhetsrelaterad händelse inte ska ingå i utredningen. Tvärtom kan det vara lämpligt eller till och med behövas utifrån annan reglering som finns för hälso- och sjukvården. Detta särskilt utifrån kraven på god och säker vård, att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att patienten ska visas omsorg och respekt samt att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.<sup>90</sup>

Av allmänna råd framgår att närstående i vissa fall bör erbjudas att lämna uppgifter om händelsen i stället för patienten. Det gäller om patienten begär det eller själv inte kan beskriva eller förmedla sin upplevelse av händelsen. Det förutsätter också att det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.

## Personalens beskrivning av händelsen

### **7 kap.**

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

Det införs ett nytt krav på att utredningen ska innehålla personalens beskrivning och upplevelse av en säkerhetsrelaterad händelse. Kravet gäller såväl hälso- och sjukvårdspersonal som andra personalkategorier, men är begränsad till den personal som har varit involverad i händelsen. Med involverad personal avses t.ex. personal som har ingripit i händelseförloppet och försökt deeskalera situationen, personal som utsatts för våld eller som själv har varit våldsam.

## Hur personalen har informerats om utredningar och lärdomar

### **7 kap.**

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

Det införs ett nytt krav på att utredningen ska innehålla uppgifter om hur personal har informerats eller ska informeras om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Själva informationskravet beskrivs nedan under rubriken Information om utredningar och lärdomar.

<sup>90</sup> Se 5 kap. 1 § HSL, 15 a LPT, 6 § LRV, 6 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

## Information till patienter om anmälan till IVO och om IVO:s beslut

### 7 kap.

#### Information till patient

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

Vårdgivaren ska även lämna en kopia av beslutet till patienten.

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

Det finns ett krav på att vårdgivaren utan dröjsmål ska informera en patient om att en anmälan har gjorts till IVO om en säkerhetsrelaterad händelse och om deras beslut, samt att patienten ska ges en kopia av beslutet. Ett snarligt informationskrav har även funnits i SOSFS 2006:9.<sup>91</sup>

I de nya säkerhetsföreskrifterna ligger ansvaret för att informationen ges på vårdgivaren.<sup>92</sup> Det innebär att vårdgivaren har informationsansvar för såväl säkerhetsskador som för allvarliga vårdskador enligt lex Maria.<sup>93</sup> Vårdgivaren bestämmer vem eller vilka i verksamheten som ska utföra informationsskyldigheten.

I bestämmelsen förtydligas vilka patienter informationskravet gäller för, nämligen patienter som har medverkat i och patienter som har utsatts för en säkerhetsrelaterad händelse. I de nya säkerhetsföreskrifterna används begreppet patient för en person som får hälso- och sjukvård enligt LPT eller LRV eller som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning.<sup>94</sup> När det gäller informationsskyldighet till patienter som vårdas frivilligt gäller samma resonemang som ovan redogjorts för när det gäller dessa patienters beskrivning av en säkerhetsrelaterad händelse (se under rubriken ”Patientens beskrivning av händelsen”).

<sup>91</sup> Se 7 kap 4 § första stycket och 5 § SOSFS 2006:9. Kravet på att informationen ska ges utan dröjsmål finns endast för IVO:s beslut, inte själva anmälan.

<sup>92</sup> I SOSFS 2006:9 pekas ingen ut som informationsansvarig vad gäller anmälan till IVO, medan anmälningsansvarig pekas ut som ansvarig för information om IVO:s beslut. Se 7 kap. 4 § första stycket och 5 § SOSFS 2006:9.

<sup>93</sup> Se 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Som framgår ovan, under rubriken ”Vårdgivare”, så har begreppet i de nya säkerhetsföreskrifterna samma betydelse som i 1 kap. 3 § PSL.

<sup>94</sup> Se 1 kap. 6 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

Skyldigheten att ge information till en patient om anmälan till IVO och dess beslut gäller inte om det finns hinder enligt bestämmelserna i OSL eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt.<sup>95</sup>

Ett exempel på när det skulle kunna vara olämpligt att ge information är om det finns fog för att tro att en patient som har orsakat skadan skulle bli väldigt aggressiv om hen fick informationen. Det skulle även kunna vara olämpligt om det finns en risk för att säkerhetsrelaterad information sprids till patienter när detta inte är lämpligt. Såsom om en anmälan till IVO handlar om en brist i säkerhetssystemet, till exempel att ett larm varit urkopplat, och att det skulle kunna finnas en fara med att patienterna känner till detta.

## Information till närstående

### **7 kap.**

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

Det införs ett förtydligat och delvis utökat krav på att information om en anmälan till IVO om en säkerhetsrelaterad händelse och dess beslut i två situationer ska ges till patientens närstående.<sup>96</sup>

Den ena situationen är då patienten själv begär att informationen i stället ges till närstående. Den andra är att patienten själv inte kan ta del av informationen. Det handlar då om patientens egna förutsättningar, såsom att patienten är medvetlös eller av andra skäl inte kan ta emot informationen.

Kravet att informationen i vissa fall ska ges till närstående gäller dock inte om det råder sekretess gentemot närstående eller om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt att lämna informationen till närstående.

---

<sup>95</sup> I SOSFS 2006:9 skiljer sig undantagen åt vad gäller anmälan respektive beslut från IVO. Av 7 kap. 4 § första stycket framgår att information om en anmälan inte behöver ges till patienten om det finns hinder enligt OSL. Av 7 kap. 5 § framgår att information om IVO:s beslut inte behöver ges till en patient om det bedöms olämpligt.

<sup>96</sup> Av 7 kap. 4 § andra stycket SOSFS 2006:9 framgår att information om en anmälan till IVO ska ges till närstående om informationen inte kan ges till patienten, om det inte finns hinder enligt OSL. Av 7 kap. 5 § framgår att information om IVO:s beslut ska ges till närstående, om det inte är olämpligt.

## Information till vårdnadshavare när patienten är ett barn

### **7 kap.**

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

Det införs en ny bestämmelse om information till patienter som är barn, dvs. under 18 år. För dessa patienter ska även deras vårdnadshavare få information om att en anmälan har gjorts till IVO om en säkerhetsrelaterad händelse och om dess beslut. Det gäller dock inte om det finns sekretess i förhållande till vårdnadshavarna eller om det skulle vara olämpligt att ge dem informationen.

## Informationen ska anpassas till mottagaren

### **7 kap.**

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

Om mottagaren önskar avstå från information, ska det respekteras.

Det införs en ny bestämmelse om att all information som ges till patienter om en säkerhetsrelaterad händelse ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar, såsom dennes ålder, mognad, erfarenhet och språkliga bakgrund. Bestämmelsen gäller såväl för patienter som är barn som vuxna. Om mottagaren önskar avstå från information, ska det respekteras.

## Information till personal

Det införs nya krav på information till personal om säkerhetsrelaterade händelser, sådan reglering har saknats i SOSFS 2006:9.

## Information om rapporteringsskyldighet

### **7 kap.**

#### **Information till personal**

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

Det införs ett nytt krav på att vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras rapporteringsskyldighet enligt 6 kap. 4 § andra stycket PSL. Av den bestämmelsen framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera skador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten till vårdgivaren. Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande.

## Information om utredningar och lärdomar

### **7 kap.**

**15 §** Vidare ska information ges om resultatet av utredningar av säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragits med anledning av dem. Vilken hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som ska informeras får vårdgivaren bedöma i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Det införs ett nytt krav på att personalen ska ges information om resultatet av de utredningar verksamheten har gjort om säkerhetsrelaterade händelser och de lärdomar som har dragit med anledning av utredningarna.

Vilken personal som ska informeras får bedömas i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Det kan således vara såväl hälso- och sjukvårdspersonal som annan personal som behöver få informationen.

## Information om anmälningar till och beslut från IVO

### **7 kap.**

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

Information ska vidare ges till personal om anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg. De som ska få denna information är den personal som har varit involverad i en säkerhetsrelaterad händelse. Med involverad avses samma personalgrupp som den som ska beskriva en säkerhetsrelaterad händelse i samband med verksamhetens utredning av händelsen.<sup>97</sup> Det kan, som framgår ovan, handla t.ex. om personal som har ingripit i händelseförloppet och försökt att deeskalera det, personal som har utsatts för våld eller som själv har varit våldsam. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdspersonal som annan personal.

---

<sup>97</sup> Se 7 kap. 8 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

För denna information finns det inget skyndsamhetskrav såsom för motsvarande informationskrav till patienter, som kräver att informationen ges utan dröjsmål.<sup>98</sup> Detta för att patienterna generellt sett befinner sig i en mer utsatt situation än personalen och eftersom vårdgivaren i högre utsträckning själv bör kunna avgöra när det är möjligt och lämpligt att informera sin personal.

## Journalföring om att information har lämnats eller inte har lämnats till patienter, närstående och vårdnadshavare

### **7 kap.**

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

1. har lämnats, eller
2. inte har lämnats och om skälet till detta är hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller om det har bedömts olämpligt.

Journalen behöver inte innehålla uppgifterna i första stycket 2 om värdet av dessa bedöms vara lågt i förhållande till den arbetsinsats som krävs för journalföringen.

I de nya säkerhetsföreskrifterna har kravet på journalföring utökats i förhållande till SOSFS 2006:9. I SOSFS 2006:9 har det funnits krav på att det ska journalföras att patienten eller en närstående har underrättats om att en anmälan ska göras till IVO eller att informationen inte har lämnats och anledningen till det.<sup>99</sup>

Kravet på journalföring gäller både information om att en anmälan om en säkerhetsrelaterad händelse har gjorts till IVO och att patienten har informerats om IVO:s beslut. Dessutom gäller journalföringskravet inte bara att information har getts eller inte har getts till en patient eller närstående utan även till vårdnadshavare.

Kravet på journalföring av att informationen inte har lämnats innebär att det behöver antecknas i journalen om det beror på att det finns hinder enligt OSL eller om det har bedömts olämpligt. Om det beror på att det har bedömts olämpligt behöver det alltså inte anges varför, utan endast att det har bedömts olämpligt.

Det införs också ett undantag från kravet att journalföra att information inte har lämnats och skälet till det. Nämligen om värdet av en sådan journalför-

<sup>98</sup> Se 7 kap. 10 § de nya säkerhetsföreskrifterna.

<sup>99</sup> Se 7 kap 4 § tredje stycket SOSFS 2006:9.

ing bedöms vara lågt i förhållande till den arbetsinsats som krävs. Det kan exempelvis vara fallet om ett stort antal patienter har påverkats av händelsen och värdet av att det journalförs i samtliga patienters journaler är lågt, såsom om ett larm har varit ur funktion.

Det är chefsöverläkaren som ska se till att en patients journal innehåller de uppgifter som anges i bestämmelsen.<sup>100</sup> Det innebär inte att chefsöverläkaren måste göra själva anteckningen.

---

<sup>100</sup> Bestämmelsen är utformad i enlighet med hur regleringen om journalföring i 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är utformad. Dvs. att chefsöverläkaren har ett ansvar för att se till att journalen innehåller vissa uppgifter.