

Gäller för: VE Psykiatri

Giltig från: 2026-03-31

Innehållsansvar: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Robert Lundin, (roblu4), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Tvångsåtgärder enligt LPT- Psykiatri

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet.

Revidering gällande uppföljande samtal efter tvångsåtgärd/dokumentation.

Syfte

Styrdokumentet syftar till att följa Lag om psykiatrisk tvångsvård, så att tvångsåtgärder sker korrekt, patientsäkert och på ett så humant sätt som möjligt. Detta styrdokument gäller för vuxna patienter över 18 år. För patienter under 18 år gäller annan lagstiftning.

Mål

Tydliggöra handläggning av de vanligaste tvångsåtgärderna enligt LPT för personal inom psykiatrin.

Tvångsinjektion

Bakgrund

Tvångsinjektion kan ges mot patientens vilja, om det krävs för att uppnå syfte med vården. Det är dock viktigt att alltid försöka eftersträva att patienten tar emot medicinering frivilligt innan beslut om tvångsinjektion. Tvångsinjektion används enbart i de fall där patientens sjukdomstillstånd kräver detta. Depotläkemedel (långtidsverkande) bör inte användas innan ett intagningsbeslut enligt §6b har fattats.

Arbetsbeskrivning

- Tvångsinjektion kan ordineras enligt § 6a av legitimerad läkare på patient där vårdintyg har utfärdats och kvarhållningsbeslut är fattat.
- Efter § 6b kan tvångsinjektion ordineras över telefon av ansvarig överläkare.
- Tvångsinjektion kan *inte* användas som nödåtgärd.

Chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare fattar beslut om tvångsinjektion och ansvarar för att läkemedel ordineras.

Ansvarig sjuksköterska är arbetsledare vid genomförande av tvångsinjektion och ansvarar för samordningen av injektionsgivningen. Vid behov kan personal från annan avdelning hjälpa till. Viktigt att personal som kommer för att assistera får en lägesbeskrivning av ansvarig sjuksköterska. Vanligtvis behövs fyra medarbetare med viss erfarenhet av tvångsinjektionssituationer. Någon personal utses för att ta hand om övriga medpatienter.

Ansvarig sjuksköterska drar upp och förbereder injektionssprutan.

Bältessängen ska vara klar att användas vid behov om kraftigt våld skulle uppstå, för att skydda patient och personal. Se rutin nedan gällande fastspänning.

Läkare, ofta tillsammans med ansvarig sjuksköterska eller skötare, ger information till patienten vad som ska ske och varför. Patienten informeras om att det bästa är att ta emot injektionen utan motstånd. Om patienten inte går med på detta anses frågan slutdiskuterad.

Patienten får inte lämnas ensam efter att ha blivit informerad om att tvångsinjektion kommer att ges. Patienten försöker övertalas att följa med till utsett rum utan att ta tag i patienten. Det är viktigt att eftersträva patientens värdighet.

Vid fasthållning av patienten läggs patienten med fördel i framstupa sidoläge. Personal håller sina händer på patientens armar och ben. Personal som håller patientens händer ansvarar för att hålla en personlig kontakt med patienten och talar lugnande och informerar fortlöpande om vad som händer. Först när situationen är under kontroll tar sjuksköterska fram injektionssprutan. Sjuksköterska sköter injektionen och noterar klockslag för dokumentation i journal. Personal måste ständigt vara observant på patientens reaktion, till exempel kontroll av andning. Ansvarig sjuksköterska avgör när patient kan släppas ur fasthållning. Ansvarig överläkare gör bedömning avseende tillsynsgrad efter injektion.

Efter genomförd tvångsåtgärd ska patienten erbjudas uppföljningssamtal, se rubrik *Uppföljande samtal* nedan. Samtalet skall dokumenteras i Melior och KVÅ-kodas.

Dokumentation

Tvångsåtgärden skall KVÅ-registreras i Melior samt sjuksköterska fyller i [rapportblad](#) över åtgärder enligt LPT eller LRV, se styrdokument [Åtgärder enligt LPT och LRV-registrering och dokumentation](#). Om patienten tar emot injektionen utan motstånd men *utan* samtycke ska detta dokumenteras som tvångsåtgärd.

Fastspänning

Bakgrund

Fastspänning med bälte är en tvångsåtgärd som används vid akut farligt beteende hos patient. Ofta kombineras fastspänning med tvångsinjektion.

Arbetsbeskrivning

- Fastspänning kan ordinerars enligt § 6a av legitimerad läkare på patient där vårdintyg utfärdats och kvarhållningsbeslut är fattat. Ansvarig överläkare skall snarast infinns sig för intagningsbedömning enligt § 6b.
- Efter § 6b kan fastspänning ordinerars över telefon av ansvarig överläkare.
- Fastspänning kan användas kortvarigt som nödåtgärd enligt brottsbalken kap 24. Ansvarig läkare skall snarast underrättas för vidare beslut.

Ansvarig sjuksköterska ansvarar för samordning i samband med bältesläggningen. Denna arbetsuppgift kan lämnas över till annan medarbetare vid behov. Vid fastspänning behövs vanligtvis 3 till 4 medarbetare med erfarenhet av fastspänningar. Vid behov kan personal från annan avdelning hjälpa till. Viktigt att personal som kommer för att assistera får en lägesbeskrivning av ansvarig sjuksköterska.

Samordnande sjuksköterska ansvarar för att:

- Utse medarbetare som informerar och kommunicerar med patienten.
- Utse medarbetare som ansvarar för att bältessängen är förberedd och att bältesnyckel finns.

- Personal utses att ta hand om övriga medpatienter.
- Fördela uppgifter vid fastspänningen.
- Utse medarbetare för ständig tillsyn.
- Genomgång med medarbetare som deltagit i fastspänningen efteråt.
- Dokumentation i journal görs.

Fastspänning i bälte sker i ryggläge i första hand. Patienter med hög risk för aspiration kan undantagsfall läggas i bukläge. Vid fastspänning i bälte ordinerar alltid ständig tillsyn, för att kunna samtala med patienten och för att observera andning och cirkulation. Personal bör säkra att patienten får dryck och hjälp att uträtta sina behov.

Bara delvis avlägsnande av bälte vid händer och fötter innebär inte att patienten är släppt ur bältet. Inte heller innebär avbrott vid dusch eller toalettbesök att fastspänningen har upphört.

Under fastspänningsperioden görs kontinuerligt bedömning om fastspänningen kan upphävas. Beslut om detta kan tas över telefon av ansvarig överläkare. Fastspänning får inte överstiga 4 timmar utan beslut om förlängning.

Personlig undersökning och underrättelse till IVO

Inför beslut om förlängning skall chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare **personligen** undersöka patienten inför beslut om förlängd fastspänning och detta gäller vid varje förnyad 4-timmarsperiod. IVO (Inspektionen för vård och omsorg) skall underrättas på avsedd blankett [Fastspänning av patient över 18 år](#) så snart ett beslut är fattat om fastspänning längre än 4 timmar. Därefter ska ny underrättelse skickas in var 4:de timma i och med den personliga undersökningen. Ansvarig överläkare ansvarar för att blanketten fylls i korrekt.

Efter genomförd tvångsåtgärd ska patienten erbjudas uppföljningssamtal, se rubrik *Uppföljande samtal* nedan. Samtalet skall dokumenteras i Melior och KVÅ-kodas.

Ställningstagande till trombosprofylax

Vid fastspänning ska ansvarig läkare bedöma och besluta kring behandling med trombosprofylax. De faktorer som skall vägas in är om patienten är en hög- eller lågriskpatient samt hur länge fastspänningen har pågått, se styrdokumentet [Trombosprofylax](#). Kontroll av

vitalparametrar (puls, blodtryck, temp, andningsfrekvens samt saturation) skall göras vid fastspänningens start samt upprepas var 4:e timma.

Bedöms patienten som lågriskpatient ordineras Fragmin 2500 E, Klexane 20 mg eller Innohep 3500 E s.c. var 24:e timma om fastspänningen överstiger **8 timmar** och behandling bör pågå till full mobilisering.

Bedöms patienten som en högriskpatient ordineras Fragmin 5000 E, Klexane 40 mg eller Innohep 4500 E s.c. var 24:e timma **direkt vid beslut om fastspänningen** tills full mobilisering av patienten, dock minst 5 dagar. Vid lång orörlighet hos högriskpatienter bör förlängd profylax övervägas i 3–4 v.

Dokumentation

Tvångsåtgärden skall KVÅ-registreras i Melior och sjuksköterska fyller i [rapportblad](#) över åtgärder enligt LPT eller LRV, se styrdokument [Åtgärder enligt LPT och LRV-registrering och dokumentation](#).

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) skall underrättas på avsedd blankett [Fastspänning av patient över 18 år](#) så snart ett beslut är fattat om fastspänning längre än 4 timmar och efter fastspänning längre än 72h. Ansvarig överläkare ansvarar för att blanketten fylls i korrekt. Blanketten skickas utan dröjsmål av sekreterare till IVO.

Avskiljning

Bakgrund

En patient får avskiljas endast om det är nödvändigt på grund av aggressivitet eller beteende som allvarligt försvårar vården av andra patienter. Möjligheten att lösa situationen med ökade personalinsatser skall först övervägas.

I vissa fall kan det vara lämpligare och humanare att patienten läggs i bälte med vårdpersonal närvarande än att vederbörande hålls avskild.

Avskiljande är en undantagsåtgärd i skyddssyfte för medpatienter.

Avskiljande ses som en stark integritetskränkande åtgärd som skall avslutas så snart som möjligt.

Observera att beslut om avskiljning inte får fattas av någon annan än chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare.

Arbetsbeskrivning

- Avskiljning kan *inte* användas som nödåtgärd.

- Avskiljning kan ordinerars enligt § 6a av legitimerad läkare på patient där vårdintyg har utfärdats och kvarhållningsbeslut är fattat. Ansvarig överläkare skall snarast infinna sig för bedömning avseende intagningsbeslutet enligt § 6b.
- Efter § 6b kan avskiljning ordinerars över telefon av ansvarig överläkare.

Chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare fattar beslut om avskiljning samt när avskiljning ska upphöra. Beslutet kan inte överklagas av patienten eller upphävas av läkare med lägre kompetensgrad.

Beslut om avskiljande innebär att patienten hålls hänvisad till ett rum eller lokal på enheten där patienten inte får möjlighet att träffa medpatienter. Dörren kan vara öppen, men kan om nödvändigt hållas stängd eller låsas. Beslut om vad som gäller i det enskilda fallet beslutas av chefsöverläkaren. Patienten skall stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal, men något krav på personals närvaro i rummet under avskiljning finns inte. Chefsöverläkaren bedömer tillsynsgrad, lägsta tillsynsgrad är extra tillsyn, minst var 30:e minut.

Personligundersökning och underrättelse till IVO

Ett avskiljandebeslut gäller i högst 8 timmar. Efter 8 timmar måste chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare göra en **personlig undersökning** innan ett beslut fattas om avskiljning ytterligare 8 timmar. Undantagsvis, om det finns ”synnerliga skäl” kan beslut tas om avskiljning mer än 8 timmar. Det krävs då att tiden är förutbestämd, dock inte längre än 24 timmar och att en **personlig undersökning** görs inför beslutet. Om beslut tas direkt att patienten ska vara avskild i mer än 8 timmar i följd ska IVO (Inspektionen för vård och omsorg) underrättas utan dröjsmål på avsedd blankett.

IVO ska sedan fortlöpande underrättas varje 24-timmarsperiod på avsedd blankett de första fyra veckorna av avskiljning, därefter varje ny 72-timmars period.

Observera att beslutet om avskiljning måste motiveras och dokumenteras i journal samt på blankett till IVO varför detta beslut fattas. Motivering är särskilt viktig vid beslut om avskiljning mer än 8 timmar redan vid första bedömningen.

Efter genomförd tvångsåtgärd skall patienten erbjudas uppföljningssamtal, se rubrik *Uppföljande samtal* nedan. Samtalet skall dokumenteras i Melior och KVÅ-kodas.

Dokumentation

Omständigheterna kring och orsaken till avskiljandet, klockslag för åtgärden och vem som fattat beslutet dokumenteras i patientens journal. Ansvarig överläkare dokumenterar i beslutsöversikten klockslag och tidsomfattning. Sjuksköterska fyller i rapportblad över åtgärder enligt LPT eller LRV enligt styrdokument Åtgärder enligt LPT och LRV-registrering och dokumentation.

Underrättelse till IVO skrivs av chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare på avsedd blankett Avskiljande av patient över 18 år vid avskiljning mer än 8 timmar. IVO ska sedan underrättas fortlöpande varje 24-timmarsperiod på avsedd blankett de första fyra veckorna av avskiljningen, därefter varje ny 72-timmars period. Blanketten skickas utan dröjsmål av sekreterare till IVO.

Inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster

Bakgrund

Med elektroniska kommunikationstjänster avses här telefoner (inklusive kameramobiler och patienttelefoner), datorer samt andra medel avsedda för elektronisk kommunikation.

Regeringsformen och Europakonventionen garanterar patienters rätt att fritt kommunicera med sin omvärld. Dessa rättigheter kan endast inskränkas med stöd av lag.

Inga inskränkningar får göras kollektivt för en patientgrupp eller sjukhusavdelning. Generell tidsbegränsning vid användning av gemensam patienttelefon är tillåten endast för att säkerställa en rättvis tillgänglighet för samtliga patienter på avdelningen. Patienters telefonsamtal får inte olovligen avlyssnas.

Med inskränkningar avses här alla begränsningar av patienters rätt att inneha, ha tillgång till samt använda elektroniska kommunikationstjänster.

Endast enskilda patienter som vårdas i heldygnsvård enligt LPT eller LRV får, efter individuell prövning undantagsvis utsättas för inskränkningar. Syftet skall vara att det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada.

Ljudupptagning, filmning eller fotografering är inte att anse som att patienten missbrukat sin rätt till kommunikation då ingen överföring av signaler sker över något kommunikationsnät. Att en patient spelar in ljud, fotograferar eller filmar med en mobiltelefon är därför i sig inte skäl till att inskränka en patients rätt till användning av elektronisk kommunikation.

Arbetsbeskrivning

- Inom sjukhuset får endast chefsöverläkare, eller specialist med delegation av chefsöverläkaren, besluta om inskränkningar enligt § 20b LPT på patienter om är intagna enligt § 6b. Beslutet kan fattas över telefon.
- Inskränkningar gällande LRV-patienter får förutom av chefsöverläkare, även beslutas av i lagen särskilt stipulerade utomstående myndigheter.

Som skäl för beslutet ska framgå tydliga och konkreta omständigheter som beskriver att patienten missbrukat sin rätt till användning av elektronisk kommunikation, eller att det finns välgrundad anledning att anta att ett sådant missbruk kommer att inträffa. Patienten informeras om beslutet och anledningen till detta.

Omhändertagen utrustning måste förvaras på ett säkert sätt. Information som ligger sparad i utrustningen får inte granskas. Utrustningen återlämnas till patienten när beslutet upphävs.

Vid inskränkning skall underrättelse till IVO skickas omedelbart på särskild blankett.

Samtliga inskränkningar måste vara tidsbegränsade, **max två månader**. Frågan om upphörande skall, förutom vid tidsgränsens slut, övervägas fortlöpande under tiden inskränkningen gäller. Finns förutsättning för fortsatt inskränkning kan nytt beslut fattas, då med samma maximala giltighetstid som beslutades initialt. Det finns ingen begränsning av hur många sådana beslut som kan fattas, det vill säga att beslutet kan upprepas om behov finns.

Patienten har ovillkorlig rätt att överklaga beslut om inskränkning och skall av överläkare informeras om hur beslutet kan överklagas och när ett överklagande senast skall göras. Patienten skall få både muntlig och skriftlig information om detta.

Dokumentation

Omständigheterna kring och orsaken till inskränkande, klockslag för åtgärden och vem som fattat beslutet dokumenteras i patientens journal. Sjuksköterska fyller i rapportblad över åtgärder enligt LPT eller LRV enligt styrdokument Åtgärder enligt LPT och LRV-registrering och dokumentation.

Underrättelse till IVO skrivs av chefsöverläkare eller läkare med delegation från chefsöverläkare på avsedd blankett Underrättelse om beslut om inskränkning i patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster samt övervakning av försändelser från en patient. Blanketten skickas utan dröjsmål av sekreterare till IVO.

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd

Bakgrund

Enligt LPT § 18a ska chefsöverläkaren eller annan uppdragstagare se till att patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Erbjudandet kan avböjas av patienten. Ofta är omvårdnadspersonal på den avdelning där patienten vårdas mest lämplig att hålla uppföljningssamtalet. Patientens tillstånd avgör när samtalet hålls efter tvångsåtgärd.

Samtalet ska ske ostört.

Här nedan kommer ett förslag på vad ett uppföljningssamtal kan innehålla:

1. Vad tror du var orsaken till tvångsvården/ tvångsåtgärden?
2. Kunde vi ha gjort på något annat sätt?
3. Fick du information om varför du vårdades under tvång/varför tvångsåtgärden utfördes?
4. Hur upplevde du tvångsvården/tvångsåtgärden?
5. Var du nöjd med den omvårdnad personalen gav dig under tiden?
6. Blev du behandlad med respekt och medmänsklighet före/under/efter tvångsvården/ tvångsåtgärden?
7. Vill du prata med personalen som utförde åtgärden?
8. Vad ska personalen tänka på i framtiden om liknande situation uppstår?

9. Upplever du att detta samtal ger dig ökad trygghet och delaktighet i din vård?

Avsluta med att ge patienten personalens version av händelsen.

Dokumentation

Erbjudande av samtal ska dokumenteras i Melior oavsett om patienten tackat ja eller nej. KVÅ-kod ska endast sättas om samtalet genomförts.

[Åtgärder enligt LPT och LRV - registrering och dokumentation.](#)

Patientens rättigheter samt möjlighet att överklaga tvångsvården

I samband med beslut om tvångsvård är det viktigt att patienten informeras om sina rättigheter att överklaga vissa beslut. Med fördel kan blankett *överklagande* användas där det också framgår vilka beslut som kan överklagas. Patienten ska också informeras om möjlighet till offentligt biträde vid förhandling i förvaltningsrätten samt stödperson. Denna information ska upprepas till patienten, särskilt i de fall där det är tydligt att informationen inte nått patienten fullt ut.

Samtliga beslut kring LPT-lagstiftningen kan delges muntligt till patienten men om patienten önskar beslutet kring tvångsåtgärder *skriftligt* skall detta göras enligt 33 § i Förvaltningslagen. Detta kan göras genom journalkopia eller att chefsöverläkaren skriver ett separat papper där beslutet framgår.

Information på andra språk kring tvångsvård finns [här](#).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),
Överläkare

Granskad av: Robert Lundin, (roblu4), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9718-621466736-93

Version: 6.0

Giltig från: 2026-03-31

Giltig till: 2028-03-31