

Hot och våld mot patient

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin

Bakgrund och syfte

Denna rutin syftar till att förebygga, minimera och hantera hot och vålds-situationer riktade mot patienter, oavsett om den misstänkta gärningspersonen är medpatient eller personal. Begreppet hot och våld används genomgående för alla typer av incidenter riktade mot patienter. Detta innefattar även trakasserier, ofredande, olaga förföljelse och kränkningar.

Ansvar

Gäller för all personal på verksamhetsområde Rättspsykiatri/Område 2/SU. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Arbetsbeskrivning

Denna rutin tillämpas då en patient har blivit utsatt eller misstänks ha blivit utsatt för ett brott som har begåtts av en annan patient eller av personal.

Om en patient utifrån rapporter, observationer eller journaldokumentation bedöms ha ett riskbeteende för hot och våld ska all hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med patienten beakta detta vid planering av vården.

Vårdplanen ska kompletteras med en beskrivning över lämpliga förebyggande åtgärder och vilka individuella åtgärder som kan vidtas i händelse av hot och våld. Det ska tydligt framgå om åtgärderna vidtas för att skydda tredje part.

Exempel på förebyggande åtgärder som kan vidtas är:

- Förhindra att patienten med riskbeteende vistas tillsammans med andra patienter utan närvarande personal.
- Att drabbad patient och riskpatient inte vistas i samma utrymmen eller vårdenhet.
- Extra tillsyn för våldsamma patienter och/eller patienter som riskerar att bli utsatta.

Alla former av hot och våld ska journalföras och all berörd personal ska vara informerad om enskilda patienters riskbeteende och beslutade åtgärder. När patienten flyttas mellan eller byter enheter/verksamheter ska information om riskbeteende och åtgärder lämnas till berörd personal. Informationsöverföringen ska dokumenteras.

Exempel på akuta åtgärder

- Att drabbad patient och riskpatient inte vistas i samma utrymmen eller vårdenhet (detta ska övervägas redan efter mindre allvarliga händelser).
- Tvångsåtgärder med stöd av LPT och LRV.

Efter en våldshändelse dokumenteras i alla inblandade patienters journal, beakta att dokumentationen ska utgå från respektive individ och att medpatienters identitet inte ska röjas i annan patients journal. Den drabbade patienten ska skyndsamt undersökas av läkare och ges nödvändig psykologisk/psykiatrisk och somatisk utredning och behandling. Vid sexualbrott ska patient ges stöd att söka på den somatiska akutmottagningen. Följ upp behovet av stöd för drabbad patient efter inträffad händelse.

Platsen för händelsen kan komma att betraktas som en brottsplats och undersökas av polisen. Undvik att vidröra möbler, föremål, kläder eller andra föremål som kan utgöra bevismaterial.

Rapportering

Hot och våld mot patienter får aldrig bagatelliseras eller normaliseras av hälso- och sjukvårdspersonal utan ska alltid rapporteras i MedControl. Om flera patienter är inblandade i händelsen ska det skrivas flera rapporter om händelsen, en för varje inblandad patient, oavsett om patienten är drabbad eller riskpatient.

Vid utredning bedöms om händelsen medfört en vårdskada eller hade kunnat medföra en vårdskada. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska utredas och anmälas enligt lex Maria till IVO.

Polisanmälan

Den drabbade patienten ska uppmuntras och få stöd i att själv göra en egen polisanmälan. Vid misstanke om brott patienter emellan inom slutenvård, har sjukvården ett särskilt ansvar.

Utgångspunkten är att alltid samråda med den patienten och inhämta samtycke innan verksamheten gör en polisanmälan.

Om samtycke inte kan inhämtas eller klarläggas kan verksamheten ändå bryta sekretessen och göra en polisanmälan eller lämna uppgifter till polis när det finns lagstöd för detta, exempelvis vid misstanke om allvarligare brott eller försök till sådana, i enlighet med gällande sekretessbrytande bestämmelser.

Vid osäkerhet ska säkerhetsansvarig kontaktas för samråd och vid behov vidare juridisk bedömning.

Det går även att göra en polisanmälan utan att lämna ut patientens uppgifter. I så fall får polisen begära ut de uppgifter de behöver. Sedvanlig menprövning får då göras.

Om verksamheten gör polisanmälan ska den göras av ansvarig chef och när polisanmälan är genomförd dokumenteras det i alla inblandande patienters journal.

Särskild hantering vid ömsesidiga anklagelser mellan patient och medarbetare

Vid händelser där både patient och medarbetare riktar anklagelser om våld eller övergrepp mot varandra ska en strukturerad och skyndsam hantering säkerställas.

- Information ska inhämtas från patienten. Patienten ska informeras om möjligheten att göra en polisanmälan och erbjudas stöd i detta.
- Ansvarig chef ska så snart som möjligt när situationen är stabil hålla utredande samtal med berörd medarbetare samt med eventuella kollegor som närvarat vid händelsen.
- Om den initiala bedömningen är att anklagelsen saknar grund ska detta återkopplas till patienten. Eventuell polisanmälan från patienten hanteras vidare av rättsvårdande myndigheter.
- Om ärendet bedöms behöva utredas vidare ska ansvarig chef involvera chefskollega. Arbetet fördelas så att:
 - ordinarie chef ansvarar för stöd till medarbetaren, arbetsmiljöfrågor samt bedömning av eventuella säkerhetsåtgärder,
 - chefskollega ansvarar för fortsatt hantering utifrån patientens perspektiv, inklusive behov av stöd och åtgärder i vården.
- Löpande avstämning och nära dialog ska hållas mellan ansvariga chefer tills dess att ärendet är avslutat eller övertaget av rättsvårdande myndighet.

Uppföljning och utvärdering

Verksamhetschefen ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Granskare

Emmelie Arnoldsson, VEC, Enhet 7

Anita Kamia, VEC, Enhet 8

Anna Olander, VEC, Enhet 2

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Rättspsykiatri

Innehållsansvar: Rickard Kjellstedt, (rickj1),
Säkerhetssamordnare

Godkänd av: Eirini Alexiou, (eiral1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9806-1988473940-522

Version: 1.0

Giltig från: 2026-05-18

Giltig till: 2028-05-15