

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2021-1-7149

Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

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

**HSLF-FS
2020:87**

Utkom från trycket
den 4 februari 2021

beslutade den 15 december 2020.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338), 17 § anställningsförordningen (1994:373), 18 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 19 § begravningsförordningen (1990:1147), förordningen (1988:1366) om utredningen i ärenden om förordnande av god man och förvaltare samt 4 § 4 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. i fråga om Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården

dels att bilagorna 1 och 5 a ska upphöra att gälla,

dels att 1 kap. 4 §, 4 kap. 1 och 2 §§, 6 kap. 5 §, 7 kap. 2 och 5 §§ samt bilagorna 2–5 ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya bilagor, bilaga 1 a–c, av följande lydelse.

Föreskrifterna är utarbetade efter samråd med Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket och Skatteverket.

1 kap.

4 § Med hälso- och sjukvård avses i dessa föreskrifter verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125).

Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

4 kap.

1 § Vad gäller anställda i kommuner och regioner finns bestämmelser om jäv i 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725).

Vad gäller övriga förvaltningsmyndigheter finns bestämmelser om jäv i 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900).

Vårdgivaren ska genom rutinerna för utfärdande av intyg säkerställa att paragraferna som anges i första stycket följs, om de är tillämpliga.

2 § I andra verksamheter än de som omfattas av 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) och 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) ska intygsutfärdaren inte utfärda ett intyg, om det finns någon särskild omständighet som gör att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Intyget får dock utfärdas om det finns särskilda skäl. Skälen ska då anges i intyget.

Vårdgivaren ska genom rutinerna för utfärdande av intyg säkerställa att vad som anges i första stycket följs, om det är tillämpligt. Av rutinerna ska det framgå vilka särskilda omständigheter som kan innebära att intygsutfärdarens opartiskhet kan ifrågasättas.

6 kap.

5 § Ett intyg ska innehålla uppgifter om

1. intygets ändamål,
2. datumet för utfärdandet,
3. intygspersonens namn,
4. intygspersonens personnummer eller, om sådant inte finns, samordningsnummer,
5. intygsutfärdarens namn, kompetens, tjänsteställning eller befattning och kontaktuppgifter i tjänsten, samt
6. kontaktsätt i de fall intygspersonen har undersökts.

Om uppgifterna i första stycket 3 och 4 inte är möjliga att lämna, ska intygspersonens identitet beskrivas på ett sådant sätt att han eller hon inte kan förväxlas med någon annan.

7 kap.

2 § Vårdintyg enligt 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska utfärdas på särskilda formulär (*bilagorna 1 a–c*).

5 §¹ Dödsbevis och dödsorsaksintyg enligt 4 kap. 2 § begravningslagen (1990:1144) ska utfärdas och lämnas till Skatteverket respektive Socialstyrelsen genom myndigheternas elektroniska tjänster för ändamålet.

Intygen får dock även utfärdas och lämnas på formulären för dödsbevis (***bilaga 5***) respektive dödsorsaksintyg (***bilaga 6***). Vid polisanmälan ska formuläret för dödsbevis alltid användas.

När uppgifterna lämnas elektroniskt enligt första stycket ska det göras i enlighet med bilaga 5 respektive bilaga 6.

-
1. Denna författning träder i kraft den 1 mars 2021.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för intyg som har utfärdats före den 1 mars 2021.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Emmelie Pettersén Uggla



Vårdintyget utfärdas

Datum

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn

Personnummer/samordningsnummer

Identiteten styrkt genom

lakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård

☐	Patienten motsätter sig vården
☐	Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

Utlåtande

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation ☐	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg ☐
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	



VÅRDINTYG
för konvertering till psykiatrisk
tvångsvård

Detta formulär ska användas vid behov av konvertering från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Vårdintyget utfärdas

Datum	Klockslag
-------	-----------

Datum och klockslag avser alltså inte tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Iakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsoillstånd och vårdbehov

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård

☐

Patienten motsätter sig vården

☐

Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Riskbedömning

Patienten riskerar att skada sig själv
Patienten riskerar att begå självmord
Patienten riskerar att skada någon annan

Utlåtande

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation ☐	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg ☐
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020:12)

**VÅRDINTYG**
för rättspsykiatrisk vård

Detta formulär ska användas vid behov av rättspsykiatrisk vård enligt 4 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Av 5 § samma lag framgår det att 4 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gäller vid utfärdande av vårdintyg. Av 4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård framgår det att intyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Vårdintyget utfärdas

Datum

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn

Personnummer/samordningsnummer

Identiteten styrkt genom

Iakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020-12)

Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård

☐

Patienten motsätter sig vården

☐

Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett behov av rättspsykiatrisk vård och inte kan behandlas där denne nu är frihetsberövad

Utlåtande

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation ☐	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg ☐
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020:12)

**LÄKARINTYG**i ärende om anordnande av
godmanskap

Detta formulär ska användas vid behov av god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken.

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte ☐	annat kontaktsätt ☐ dvs.
distanskontakt via videolänk ☐	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt ☐	

Bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten behöver på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande hjälp med att			
bevaka sin rätt	☐ Ja	☐ Nej	
förvalta sin egendom	☐ Ja	☐ Nej	
sörja för sin person	☐ Ja	☐ Nej	
Ange vad det är som gör att patienten bedöms behöva god man med utgångspunkt från hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningar			

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 2 (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av god man

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

Inför handläggningen i tingsrätten

Patienten kan höras muntligen utan att det medför skada för denne	☐ Ja	☐ Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	☐ Stämmer	☐ Stämmer inte

Intygsutfärdande läkares underskrift

Namn-teckning	Datum
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 2 (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

**LÄKARINTYG**i ärende om anordnande av
förvaltare

Detta formulär ska användas vid behov av förvaltare enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken.

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte ☐	annat kontaktsätt ☐ dvs.
distanskontakt via videolänk ☐	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt ☐	

Bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten är på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande ur stånd att	
vårda sig ☐	Ja ☐ Nej ☐
vårda sin egendom ☐	Ja ☐ Nej ☐
Ange vad det är som gör att patienten bedöms behöva förvaltare med utgångspunkt från hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningar	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 3 (2020-12)

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av förvattare

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

Inför handläggningen i tingsrätten

Patienten kan höras muntligen utan att det medför skada för denne	☐ Ja	☐ Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	☐ Stämmer	☐ Stämmer inte

Intygsutfärdande läkares underskrift

Namn-teckning	Datum
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 3 (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	



LÄKARINTYG

för utredning i ärende enligt lagen
(1994:261) om **fullmaktсанställning**

Detta formulär ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförfordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.
Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktсанställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförbart förhållande.

Till

Statens ansvarsnämnd

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Identiteten styrkt genom	Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnummer)

Intygspersonens arbetsgivare

Arbetsgivarens namn		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

Underlag för bedömningen

Anamnes
Nuvarande hälsotillstånd

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 4 (2020-12)

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den undersökte på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom är för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i fullmaksanställningen tillfredsställande (jfr 6 § första stycket 1 lagen om fullmaksanställning)

Utlåtande

Jag intygar att jag i förhållande till den undersökte har en oberoende ställning och att jag efter utredning som innefattar undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

.....

(Den undersöktes namn)

på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom

är ☐ är inte ☐ för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i sin fullmaksanställning tillfredsställande.

Den intygsutfärdande legitimerade läkarens underskrift

Namn-teckning	Datum
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 4 (2020-12)



DÖDSBEVIS

Till

Skatteverket/
Polismyndigheten vid polisanmälan
☐ Ersätter tidigare utfärdat dödsbevis

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)		Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas	
		☐ Kvinna	☐ Man ☐ Går ej att avgöra
Efternamn		Förnamn	
Bostadsadress		Postnummer	Postort
Identiteten styrkt genom			

Dödsdatum

År mån dag (fyll ut med nollor om exakta uppgifter saknas)	Om dödsdatum ej säkert, anträffad död	År mån dag
☐ Säkert ☐ Ej säkert		

Dödsplats

Kommun (om okänd dödsplats, kommunen där kroppen påträffades)	☐ Sjukhus ☐ Särskilt boende
	☐ Ordinärt boende ☐ Annan/okänd

Barn som avlidit senast 28 dygn efter födelsen

(uppgifterna om modern fylls i endast för barn utan personnummer)

☐ Dödfött ☐ Avlidet inom 28 dygn efter födelsen	
Moderns efternamn och förnamn	Moderns personnr/samordn.nr/födelsedatum

Explosivt implantat

Har den avlidne haft ett implantat som kan explodera vid kremering?	Om ja, har implantatet avlägsnats?
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej

Yttre undersökning¹

Har yttre undersökning av kroppen genomförts?	År mån dag
☐ Ja ☐ Nej, den avlidne undersökt kort före döden	☐ Nej, rättsmedicinsk undersökning ska göras

Polisanmälan²

Finns skäl för polisanmälan?
☐ Nej ☐ Ja, om dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada/förgiftning) eller fel/försummelse i vården eller den dödes identitet är okänd, ska polisanmälan göras och dödsbeviset lämnas till Polismyndigheten

Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn	Befattning	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 5 (2020-12)

DENNA SIDA INNEHÅLLER INFORMATION. LÄMNA INTE NÅGRA UPPGIFTER NEDAN.

❶ Yttre undersökning

Beslut om att hämta in en rättsmedicinsk undersökning enligt 13–15 §§ lagen (1995:832) om obduktion m.m. meddelas av Polismyndigheten enligt 18 § samma lag. En sådan undersökning som avses i 13 § 1 får även beslutas av allmän domstol eller allmän åklagare.

❷ Polisanmälan

Enligt 14 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:15) om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall ska en anmälan till Polismyndigheten göras i följande fall.

1. Om ett dödsfall har eller kan ha orsakats av yttre påverkan, dvs. skada eller förgiftning tillfogad

- av någon annan person än den som har avlidit,
- genom olycksfall, eller
- genom självmord

och inte enbart av sjukdom.

2. Om det är svårt att avgöra om ett dödsfall har orsakats av yttre påverkan

- när någon anträffas död och tidigare sjukdom eller sjukdomsbild inte kan förklara dödsfallet, dvs. vid helt oväntade dödsfall hos både barn och vuxna,
- när en missbrukare anträffas död, eller
- vid framskriden förruttnelse.

3. Om ett dödsfall kan misstänkas ha samband med fel eller försummelse i hälso- och sjukvården.

4. Om en avliden inte har kunnat identifieras.

Av de allmänna råden till 17 § i samma författning framgår det att när ett dödsbevis lämnas till Polismyndigheten enligt 4 kap. 4 § andra stycket begravningslagen (1990:1144) bör en kopia av dödsbeviset samtidigt skickas till Skatteverket.

Polismyndigheten ska skicka dödsbeviset tillsammans med tillståndet till gravsättning och kremering till Skatteverket enligt 4 kap. 4 § andra stycket begravningslagen (1990:1144).

HSLF-FS
2020:87

HSLF-FS kan laddas ned eller beställas via
Socialstyrelsens publikationsservice
webb: www.socialstyrelsen.se/publikationer
e-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

