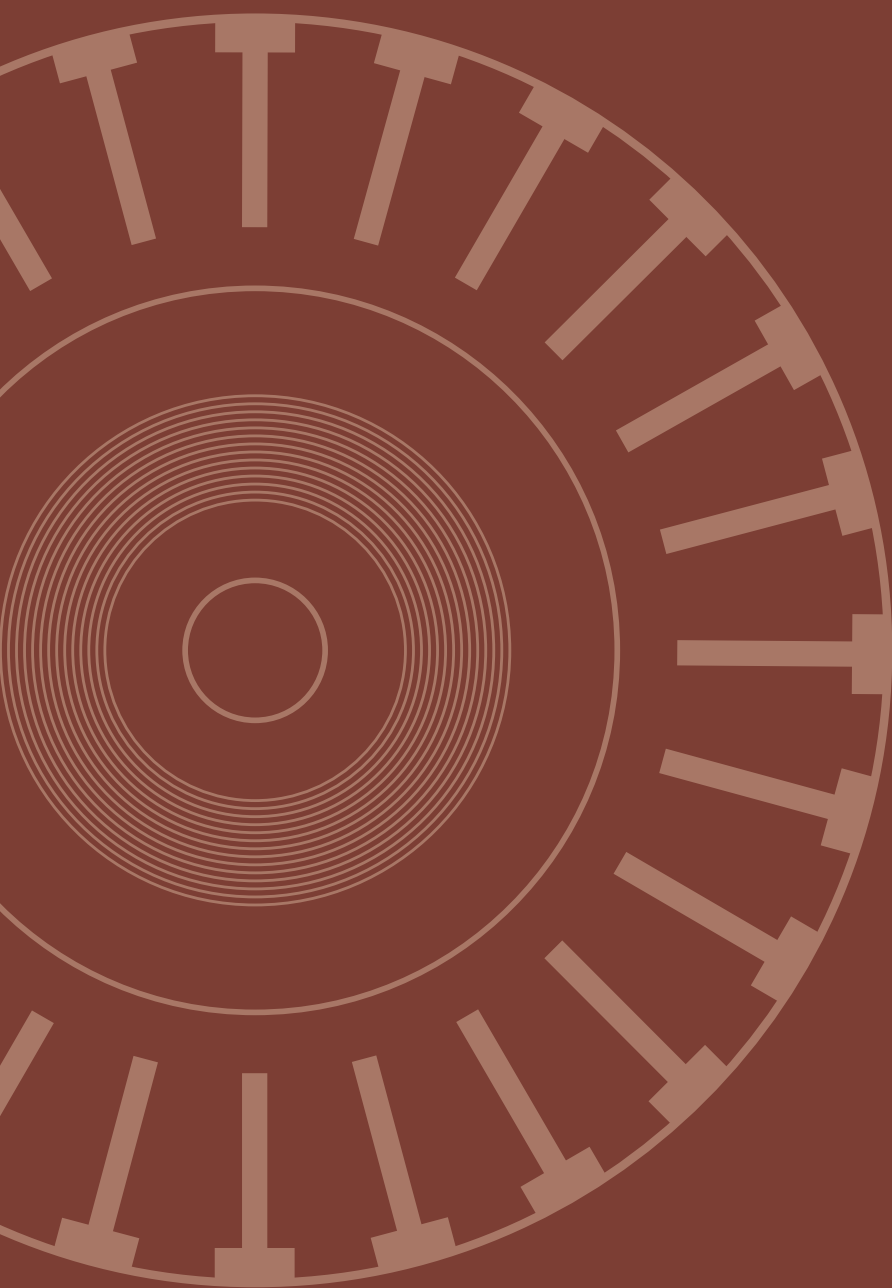


# Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN OPCAT-ENHETEN 2018





# Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN OPCAT-ENHETEN 2018

© Riksdagens ombudsmän – JO, 2019

Tryck: Taberg Media Group AB 2019

Produktion: Riksdagens ombudsmän – JO

Omslag: Del av skiss över panoptikon, ett fängelse där alla celler kan övervakas från en punkt. En design som lanserades av den brittiske filosofen Jeremy Bentham i slutet av 1700-talet.

# Förord

Sedan JO 2011 fick uppdraget som nationellt besöksorgan (NPM) enligt FN:s tilläggsprotokoll till konventionen mot tortyr (Opcat), har arbetet till stor del inriktats på att få till stånd en regelbunden inspektionsverksamhet av de platser där människor kan hållas frihetsberövade. I detta arbete har en prioritering skett av verksamheter som sällan eller aldrig tidigare inspekterats, t.ex. polisens arrester och Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem och LVM-hem. Prioriteringen har även inneburit att Opcat-enheten nu har inspekterat nära nog samtliga av Kriminalvårdens häkten. Eftersom Sverige återkommande har kritiserats för isolering av frihetsberövade människor i häkte, är det viktigt att JO i sin tillsyn nu har en fördjupad kännedom om hur situationen rent faktiskt ser ut för denna grupp.

I det förebyggande arbete som JO bedriver enligt Opcat ligger fokus på att identifiera risker och, om det behövs, förstärka skyddet för frihetsberövade mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Arbetet är framåtsyftande och kan – vid sidan av inspektioner och uttalanden i anslutning till protokoll – också ske genom att iakttagelser kommuniceras i dialog med myndigheter. Ytterligare en möjlighet är att JO kan peka på behovet av lagändringar.

I Opcat-arbetet är metodfrågor viktiga och föremål för kontinuerlig utveckling. Som exempel kan nämnas att ombudsmännen allt oftare begär en återrapportering från den inspekterade myndigheten i en eller flera frågor. En begäran om återrapportering brukar som regel avse de åtgärder som den inspekterade myndigheten har vidtagit eller avser att vidta med anledning av brister som uppmärksammats vid inspektionen. Det kan t.ex. handla om brister i den fysiska miljön eller strukturella brister. En begäran om återrapportering underlättar JO:s uppföljning av den granskade verksamheten och kan bidra till att myndigheten vidtar åtgärder i syfte att förebygga omänsklig behandling. Det förekommer att myndigheter även redovisar andra åtgärder som vidtagits efter JO:s inspektioner. Det kan exempelvis gälla förtydligandet av interna beslutsprocesser och styrdokument m.m. I denna rapport redovisas utfallet av de återrapporteringar som kommit in under 2018 och där beslut har fattats senast under första halvåret 2019.

För att samlat lyfta fram resultaten av inspektionsverksamheten har JO även prioriterat arbetet med att ta fram olika rapporter. Under 2018 har Opcat-verksamheten haft transporter av frihetsberövade som särskilt tema. Arbetet med detta tema avslutas under 2019. Inspektionerna under 2018 visade på att Kriminalvården haft stora problem att klara av det utökade ansvar för transporter som myndigheten fick den 1 april 2017. JO har i en delrapport redovisat slutsatserna från 2018 års inspektioner och temat kommer att slutredovisas i en särskild rapport 2020.

Rapporterna fyller en viktig funktion i att belysa och kommunicera hur situationen ser ut för frihetsberövade människor. I denna årsrapport redovisas mer övergripande slutsatser av de iakttagelser och erfarenheter som gjorts vid Opcat-enhetens inspektioner under 2018. Min förhoppning är att rapporten ska bidra till att öka kunskapen om vad ett frihetsberövande kan innebära och vad JO uttalat i syfte att förstärka skyddet mot omänsklig behandling.



Elisabeth Rynning



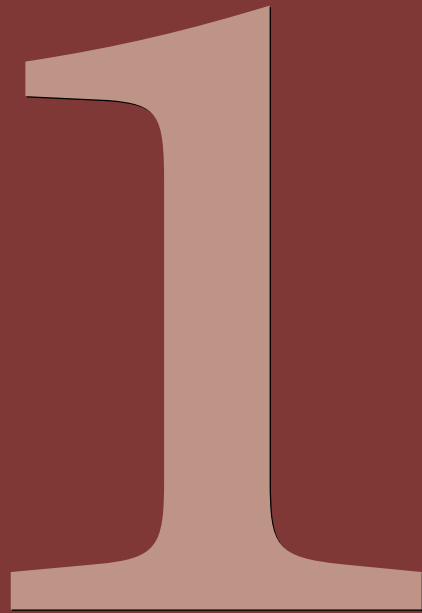
# Innehåll

Förord .....	3
<b>1. Opcat-verksamheten .....</b>	<b>7</b>
1.1 Tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling .....	8
1.2 Tortyrkonventionen och Opcat.....	8
1.3 Förebyggande arbete .....	9
1.4 Opcat-verksamheten i Sverige .....	9
1.5 De internationella granskningsorganen .....	10
1.6 Ett nordiskt NPM-nätverk .....	11
1.7 Syftet med denna rapport .....	11
<b>2. Opcat-inspektioner .....</b>	<b>13</b>
2.1 Arbetsmetod .....	14
2.2 Platser där frihetsberövande förekommer .....	14
2.3 Genomförda inspektioner .....	15
<b>3. Polismyndigheten .....</b>	<b>17</b>
3.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	18
Brister i den fysiska miljön m.m. ....	18
Säkerhetsbedömning av den som tas in i en arrest .....	20
Information om rättigheter .....	21
Tillsyn av de intagna .....	22
Förmansprovning på distans .....	23
Omhändertagande av berusade personer .....	25
3.2 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering .....	26
Miljön på arresternas rastgårdar .....	26
Ljusinsläppet i arrestceller .....	27
Utformningen av arrestceller .....	27
Bemanningen av arrester .....	27
3.3 Slutsatser .....	28
<b>4. Kriminalvården .....</b>	<b>31</b>
4.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	32
Förhållandena på en av Kriminalvårdens riksmottagningar .....	32
Grundläggande krav på en avdelning i en kriminalvårdsanstalt .....	33
Dubbelbeläggning av celler i ett häkte .....	34
Kameraövervakning av de intagna .....	34
Tillgång till hälso- och sjukvård .....	35
Möjligheten att bära egna kläder .....	35
4.2 Initiativärenden som rör häkten och kriminalvårdsanstalter .....	36
Förhållandena för en intagen på ett häktes omvårdnadsavdelning .....	36
Användandet av väntceller inom Kriminalvårdens häktesverksamhet .....	36
Förhållandena för en intagen som avlidit i en kriminalvårdsanstalt .....	37
Användningen av Kriminalvårdens säkerhetsenheter .....	37

4.3 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering .....	38
Miljön på Kriminalvårdens rastgårdar .....	38
Möjligheten att se ut genom fönstren .....	39
Övervakningskameran i ett avskildhetsrum .....	39
Utformningen av en kriminalvårdsanstalts och ett häktes lokaler .....	39
Miljön i ett häktes utskrivningslokal .....	40
Förhållandena i ett häktes s.k. KV-avdelning .....	40
4.4 Slutsatser .....	41
<b>5. Statens institutionsstyrelse .....</b>	<b>45</b>
5.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	46
Vård i enskildhet .....	46
Avskiljande .....	47
Rätten att vistas i gemensamhet .....	48
Rätten till daglig utomhusvistelse .....	49
Behandling och sysselsättning .....	49
Brister i den fysiska miljön .....	49
Anpassning för intagna med funktionsnedsättning .....	50
Ungdomar som tillhör olika kategorier av intagna placeras tillsammans .....	50
5.2 Initiativärenden som rör SiS .....	50
5.3 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering .....	51
Åtgärder för att kunna ge en trygg och säker vård .....	51
Regnskydd på institutionernas rastgårdar .....	52
Rutin för uppföljning av handräckningstransporter .....	53
5.4 Slutsatser .....	53
<b>6. Psykiatrisk trångsvård .....</b>	<b>55</b>
6.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	56
Möjligheterna att bedriva en god och säker vård .....	56
Tvångsåtgärder .....	58
Medicinering mot en patients vilja .....	60
Information till patienterna .....	60
6.2 Initiativärende som rör psykiatriska avdelningar och mottagningar .....	61
6.3 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering .....	61
Daglig utomhusvistelse .....	62
Information till patienterna om deras rättigheter .....	62
Åtgärder för att minska stigmatiseringen i samband med transport av patienter .....	63
6.4 Slutsatser .....	63
<b>7. Tema transporter av frihetsberövade personer .....</b>	<b>65</b>
Bakgrund .....	66
Brister i transportorganisationen har medfört negativa konsekvenser för frihetsberövade ...	66
Bristande samordning har lett till att de frihetsberövade utsatts för onödiga risker .....	67
Åtgärder som kan minska de negativa konsekvenserna .....	67
<b>Bilagor .....</b>	<b>69</b>
Bilaga A: Deltagande i internationella möten .....	70
Bilaga B: Inspektioner .....	71
Bilaga C: Initiativärenden med anledning av en Opcat-inspektion .....	73
Bilaga D: Frågor där JO har begärt återrapportering under 2017 och 2018 .....	74



Opcat-verksamheten



# Opcat-verksamheten

Enligt FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning från 1984 (tortyrkonventionen), har de anslutna staterna förbundet sig att vidta effektiva legislativa, administrativa, rättsliga eller andra åtgärder för att förhindra tortyrhandlingar inom varje territorium under dess jurisdiktion. Uttalade tortyrförbud finns även i ett antal andra FN-konventioner.

Även Europeiska konventionen om skydd för mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen, och Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, EU-stadgan, innehåller tortyrförbud. Europakonventionen gäller som svensk lag sedan 1995. Därtill innehåller den svenska regeringsformen förbud mot tortyr. Enligt regeringsformen är var och en skyddad mot kroppsstraff, och ingen får heller utsättas för tortyr eller för medicinsk påverkan i syfte att framtvunga eller hindra yttranden.<sup>1</sup>

## 1.1 Tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling

I FN:s tortyrkonventions första artikel finns en relativt omfattande definition av begreppet tortyr. I korthet innebär tortyr att någon uppsåtligt utsätts för allvarlig psykisk eller fysisk smärta eller lidande i ett specifikt syfte, exempelvis för att framtvunga information eller för att straffa eller hota en person. Konventionen saknar definitioner av grym, omänsklig eller förnedrande behandling.

Europadomstolen för mänskliga rättigheter (Europadomstolen) har uttalat att omänsklig behandling ska omfatta åtminstone sådan behandling som avsiktligt orsakar någon allvarligt psykiskt eller fysiskt lidande och som i den specifika situationen kan ses som orättfärdig. Med förnedrande behandling avses ett agerande som väcker en känsla av fruktan, ångest eller underlägsenhet hos offret. Subjektiva omständigheter som offrets kön och ålder har en stor betydelse för att avgöra om en behandling eller bestraffning är förnedrande. En behandling kan vara förnedrande även om ingen annan än offret självt har bevittnat eller fått kunskap om den.

## 1.2 Tortyrkonventionen och Opcat

Tortyrkonventionen gäller i Sverige sedan 1987. De länder som skrivit på konventionen granskas av en särskild kommitté, Committee against Torture, CAT. Konventionsstaterna ska regelbundet rapportera om hur de lever upp

<sup>1</sup> 2 kap. 5 § regeringsformen.

till konventionen. Om en anslutande stat tillåtit det kan enskilda även klaga till kommittén. Sverige tillåter enskilda klagomål. Tortyrkonventionen i sig ger inte CAT mandat att genomföra besök i anslutna stater.

För att möjliggöra bl.a. internationella besök antogs 2002 det fakultativa protokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture, Opcat). Protokollet trädde i kraft 2006. Genom Opcat inrättades en internationell kommitté, the Subcommittee on Prevention of Torture, SPT.

### 1.3 Förebyggande arbete

Arbetet enligt Opcat ska genomföras med målsättningen att – om så behövs – förstärka skyddet för frihetsberövade mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Ett förebyggande arbete kan utföras på flera sätt, bl.a. genom tillsyn i de miljöer där risken för uppkomst av övergrepp och kränkningar är särskilt hög.

En annan viktig del av det förebyggande arbetet är att identifiera och analysera faktorer som direkt eller indirekt kan öka eller minska risken för tortyr och andra former av omänsklig behandling m.m. Arbetet ska vara framåtsyttande och ägnat att systematiskt minska eller undanröja riskfaktorer samt att förstärka förebyggande faktorer och skyddsmekanismer. Vidare ska arbetet ha ett långsiktigt perspektiv och fokusera på att åstadkomma förbättringar genom konstruktiv dialog, förslag till skyddsmekanismer och andra åtgärder.

### 1.4 Opcat-verksamheten i Sverige

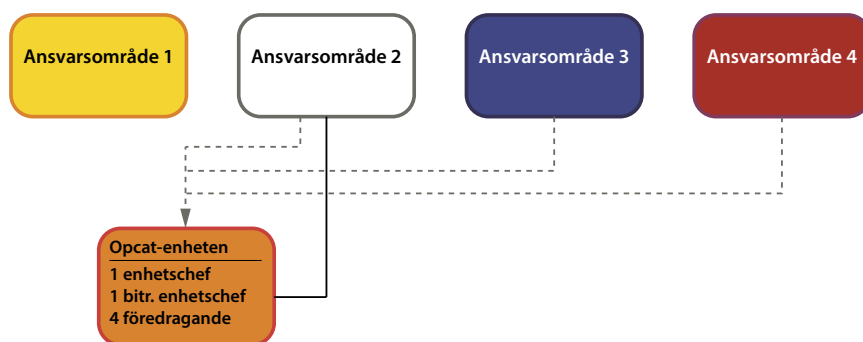
Stater som ansluter sig till Opcat är skyldiga att peka ut ett eller flera nationella besöksorgan. Sedan den 1 juli 2011 fullgör Riksdagens ombudsmän uppdraget som nationellt besöksorgan, NPM, enligt Opcat.<sup>2</sup> När JO tilldelades detta uppdrag konstaterade konstitutionsutskottet att de uppgifter och befogenheter som JO har sedan lång tid tillbaka överensstämmer med de uppgifter som ett NPM har. I egenskap av NPM har JO i uppgift att:

- regelbundet inspektera platser där människor kan hållas frihetsberövade,
- ge rekommendationer till behöriga myndigheter med sikte på att förbättra behandlingen av och förhållandena för frihetsberövade personer och att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning,
- lämna förslag och synpunkter på gällande eller föreslagna lagstiftning som rör behandlingen av och förhållandena för frihetsberövade,
- medverka i dialoger med behöriga myndigheter, samt
- rapportera om Opcat-verksamheten.

<sup>2</sup> 5 a § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

Samtliga justitieombudsmän ska fullgöra NPM-uppdraget inom sina respektive ansvarsområden. JO har bedömt att de platser som ska inspekteras inom ramen för detta uppdrag i första hand är kriminalvårdsanstalter, häkten, polisarrester, inrättningar för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Migrationsverkets förvar samt Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem och särskilda ungdomshem.

Hos JO har det inrättats en särskild Opcat-enhet som har i uppdrag att biträda ombudsmännen i deras arbete som NPM. Arbetet består i första hand av att planera och genomföra inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade. Sedan 2018 består Opcat-enheten av en enhetschef, en biträdande enhetschef och fyra föredragande.



## 1.5 De internationella granskningsorganen

SPT har 25 oberoende medlemmar som är experter på områden av relevans för att förebygga tortyr. Medlemmarna utses av de stater som är bundna av protokollet. I ett årligt schema fastställs vilka länder SPT ska besöka.

Den europeiska konventionen för förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning trädde i kraft 1989. Genom konventionen inrättades den europeiska tortyrkommittén (Committee for Prevention of Torture, CPT), vars huvudsakliga uppgift är att regelbundet besöka institutioner för frihetsberövade personer i Europa. Samtliga av Europarådets 47 medlemsstater har ratificerat konventionen. Svenska myndigheter är skyldiga att samarbeta med SPT och CPT.<sup>3</sup>

CAT granskar Sverige periodiskt, i praktiken vart sjätte år. Inom ramen för granskningen har CAT i februari 2017 ställt ett antal frågor till Sveriges regering. I skrivelsen från CAT tillfrågas regeringen bl.a. om Sverige har vidtagit några åtgärder för att begränsa häktningstiderna.<sup>4</sup> Sveriges svar kom in till

<sup>3</sup> Lagen (1988:695) om vissa internationella åtaganden mot tortyr m.m.

<sup>4</sup> Se CAT/C/SWE/QPR/8.

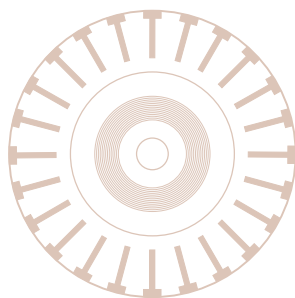
CAT i november 2018.<sup>5</sup> Granskningen kommer att fortsätta vid en session som antagligen kommer att äga rum under 2020.

## 1.6 Ett nordiskt NPM-nätverk

Det nordiska NPM-nätverket (som bildades 2015) hade två möten under 2018. Det första mötet ägde rum i Köpenhamn och det andra i Lund. Temat för det senare mötet var missbruksvård och frihetsberövande. Under mötet besöktes bl.a. ett av SiS LVM-hem (LVM-hemmet Lunden).

## 1.7 Syftet med denna rapport

Denna rapport innehåller en sammanställning av de iakttagelser som JO har gjort inom ramen för Opcat-enhetens inspektionsverksamhet 2018. Förutom redogörelser för det gångna årets inspektionsverksamhet innehåller rapporten analyser som syftar till att identifiera frågor och områden som verksamheten bör fokusera på under de kommande åren. Därmed ska även denna rapport ses som en del i det förebyggande arbetet. Under 2018 hade Opcat-verksamhet en tematisk inriktning mot inrikestransporter av frihetsberövade personer. Detta tema fortsätter under 2019. De iakttagelser som gjorts avseende transporter under 2018 redovisades i en särskild rapport i juni 2019.<sup>6</sup>



<sup>5</sup> Se Sveriges åttonde periodiska rapport till FN:s kommitté mot tortyr.

<sup>6</sup> Se Rapport från Opcat-enheten 2019 – Tema Transporter.



Opcat-inspektioner

2

# Opcat-inspektioner

Ett av de viktigaste inslagen i JO:s Opcat-verksamhet är inspektioner av de platser där människor kan hållas frihetsberövade. I likhet med tidigare år har ambitionen med inspektionsverksamheten varit att den ska ha god geografisk spridning och att en viss andel av inspektionerna ska avse platser som inte tidigare har inspekterats eller som inte har inspekterats på länge. Den tematiska inriktningen på transporter av frihetsberövade människor har dock haft en stor inverkan på valet av inspektionsobjekt. Den tematiska inriktningen har inneburit bl.a. att samtliga av Kriminalvårdens transporthäkten – som redan tidigare har inspekterats inom Opcat-verksamheten – inspekterades under året.

## 2.1 Arbetsmetod

I årsrapporten 2015–2017 finns en redogörelse för arbetsmetoden vid Opcat-inspektioner.<sup>1</sup> Arbetet under 2018 har i hög grad präglats av Opcat-verksamhetens pågående transporttema. Arbetet med temat påbörjades redan under 2017, med att Opcat-enheten tog fram ett antal frågeställningar. En utförlig beskrivning av planeringen och utförandet av transporttemat finns i den särskilda delrapporten.<sup>2</sup> Dialoger med företrädare för myndigheter utgör en viktig del av Opcat-enhetens inspektionsverksamhet. Under 2018 genomfördes dock inte några dialoger.

## 2.2 Platser där frihetsberövande förekommer

I Sverige fanns 2018 bl.a. följande platser där det förekommer frihetsberövanden:

- 45 kriminalvårdsanstalter (4 400 platser)
- 32 häkten (2 200 platser)
- 120 polisarrester (1 350 platser)
- 23 särskilda ungdomshem (700 platser)
- 11 LVM-hem (400 platser)
- Minst 80 institutioner för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (ca 4 000 platser)
- 5 migrationsförvar (420 platser)

De ovan redovisade siffrorna bygger i vissa delar på uppskattningar. Vid en jämförelse med den senaste Opcat-rapporten framgår att antalet platser för

<sup>1</sup> Se Nationellt besöksorgan – NPM, Rapport från Opcat-enheten 2015–2017 s. 16 och 17.

<sup>2</sup> Se Rapport från Opcat-enheten 2019 – Tema Transporter s. 11–14.



frihetsberövande sedan 2017 har ökat inom Kriminalvården och Migrationsverket. Denna ökning kommer sannolikt att fortsätta under 2019.

### 2.3 Genomförda inspektioner

Under 2018 genomförde Opcat-enheten 26 inspektioner. Dessa har omfattat kriminalvårdsanstalter, häkten, polisarrester, LVU- och LVM-hem, psykiatriska avdelningar samt Nationella transportenheten (NTE). Valet av inspektionsobjekt har skett utifrån den tematiska inriktningen mot inrikes transporter av frihetsberövade människor. Av den anledningen inspekterades bl.a. samtliga häkten där NTE regelmässigt gör transportuppehåll.<sup>3</sup> Sådana transporthäkten finns i Gävle, Härnösand (Saltvik), Jönköping och Örebro. I Stockholmsområdet sker transportuppehåll i något av de tre säkerhetshäktena, Huddinge, Kronoberg och Sollentuna. Under året inspekterades häktena Huddinge och Kronoberg. I samband med inspektionerna av häktena inspekterades även NTE:s transportgrupper.

Det förekommer även att Kriminalvården gör transportuppehåll i vissa polisarrester. Sådana uppehåll sker bl.a. i arresterna Sandviken och Värnamo. Dessa arrester inspekterades under året. Det har även skett en särskild inspektion av NTE, gruppen för inrikes planering, i Arvidsjaur. Under året skedde inte några inspektioner av Migrationsverkets förvar.

Inspektionsobjekt	Antal inspektioner	
	Totalt	inkl. NTE
Kriminalvårdsanstalter	3	
Häkten	7	5
Polisarrester	9	
LVU-hem	2	
LVM-hem	1	
Psykiatrisk avdelning	3	
Migrationsförvar	0	
Nationella transportenheten, NTE	1	1
<b>Summa</b>	<b>26</b>	<b>6</b>

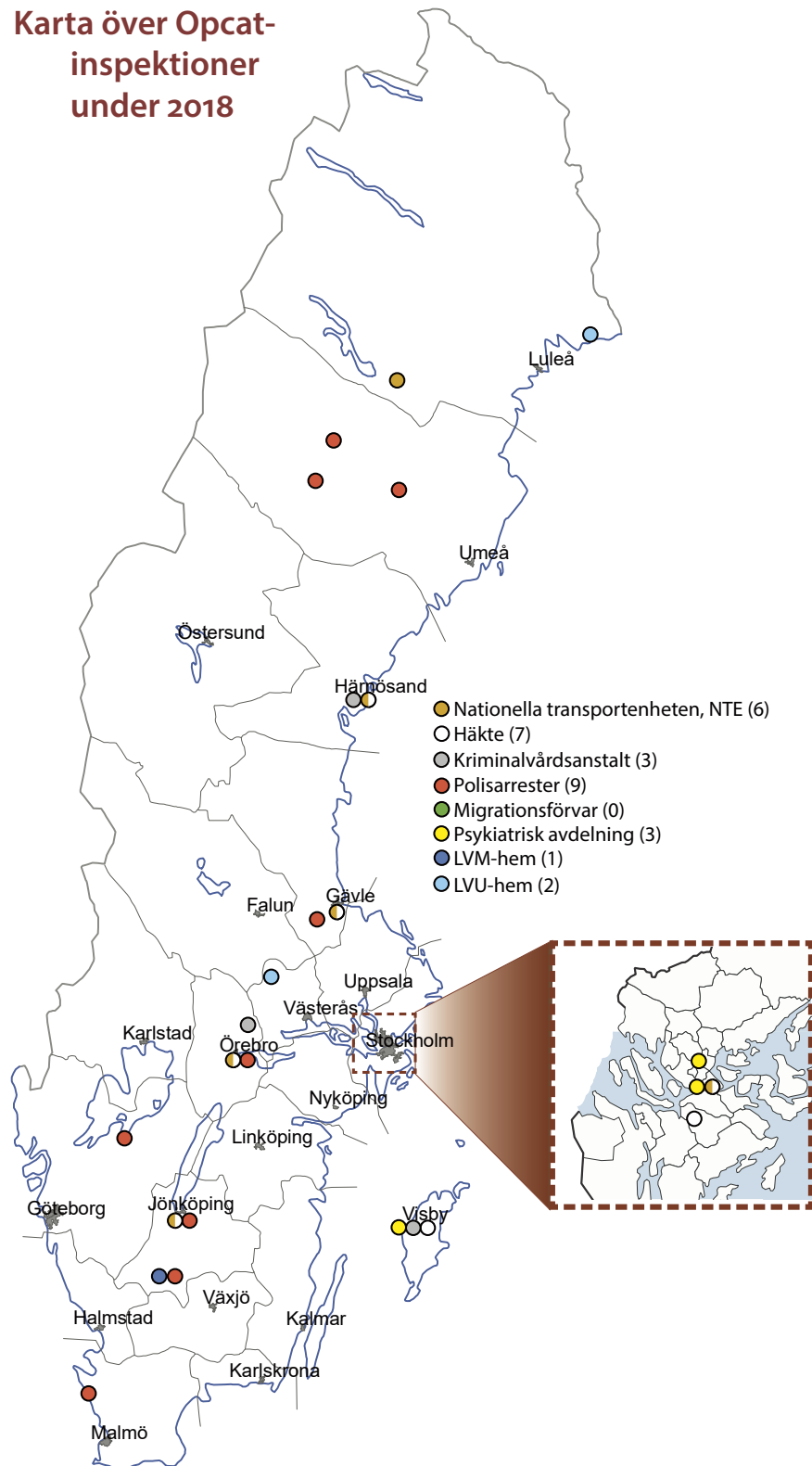
För en fullständig redogörelse av genomförda inspektioner, se bilaga B.

Inspektioner av ytterligare fyra platser där människor kan hållas frihetsberövade genomfördes under 2018 av JO:s tillsynsavdelningar (två kriminalvårdsanstalter och två inrättningar för psykiatrisk tvångsvård).<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Dvs. alla typer av uppehåll där den frihetsberövade tas in i någon typ av verksamhetsställe i avvaktan på fortsatt transport, t.ex. häkte, arrest eller LVM-hem.

<sup>4</sup> Anstalterna Hall och Tidaholm, vuxenpsykiatri i Västerås samt Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena.

## Karta över Opcat-inspektioner under 2018



Polismyndigheten



# Polismyndigheten

Polismyndigheten har möjlighet att placera frihetsberövade människor i polisarrester. I Sverige fanns det vid utgången av 2018 cirka 120 arrester med sammanlagt 1 350 platser. I arresterna placeras bl.a. personer som är gripna eller anhållna. Även personer som omhändertas för berusning med stöd av lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m., LOB, placeras regelmässigt i arrester.

Under 2018 inspekterades nio arrester och fyra av dessa inspekterades för första gången.<sup>1</sup> Av inspektionerna var det åtta som var föranmälda. Skälen för att flertalet av inspektionerna var föranmälda var bl.a. att vissa av arresterna bara är öppna vid behov. Ett annat skäl var att några av inspektionerna var särskilt inriktade på arrester som används av Kriminalvården för s.k. transportuppehåll (se vidare i avsnitt 7).

## 3.1 Iakttagelser vid årets inspektioner

Polisens arrester är avsedda för frihetsberövanden under relativt kort tid. Beroende av vilket skäl en person placerats i en polisarrest kan ett frihetsberövande pågå från några timmar upp till som mest ett antal dygn. Vid inspektionerna av arrester är därför fokus i första hand att ta reda på hur några av de frihetsberövades grundläggande behov tillgodoses. Det rör sig bl.a. om deras rätt till mat, möjlighet att sköta sin personliga hygien och daglig utomhusvistelse. En annan central fråga för inspektionerna är de frihetsberövades säkerhet. Det är inte ovanligt att de som placeras i en arrest är i dåligt fysiskt eller psykiskt skick. Därför är det viktigt att det sker en säkerhetsbedömning av den som placeras i en arrest. Vidare är det viktigt att de frihetsberövade ses till regelbundet och att denna tillsyn dokumenteras. Vid inspektionerna kontrolleras även arresternas fysiska miljöer.

### Brister i den fysiska miljön m.m.

Det finns tydliga regler om vilka krav som kan ställas på de förvaringsrum (celler) som en frihetsberövad placeras i. En cell ska ha en golvyta på minst 6 kvadratmeter och ett kubikinnehåll om minst 15 kubikmeter. Höjden från golv till tak ska vara minst 2,40 meter. Cellen ska även vara försedd med ett fönster så att den får tillräckligt med dagsljus. Samtidigt ska obehöriga hindras från att se in.<sup>2</sup> En cell i en arrest får avvika från kraven på golvyta, kubikinnehåll och rumshöjd med högst fem procent. Om det finns särskilda skäl

<sup>1</sup> Arresterna Helsingborg, Jönköping, Lidköping, Lycksele, Sandviken, Storuman, Vilhelmina, Värnamo och Örebro. Arresterna Lidköping, Lycksele, Storuman och Vilhelmina inspekterades för första gången.

<sup>2</sup> 2 § förordningen (2014:1108) om utformningen av häkten och polisarrester.

med hänsyn till tillfälliga behov, får en cell som inte används stadigvarande även avvika från kraven på att cellen ska vara försedd med fönster. Det senare undantaget gäller endast arrester som har färdigställts före den 1 april 2016.<sup>3</sup>

En cell ska vara ändamålsenligt utrustad för den intagnes behov. I cellen ska det finnas stol, bord, säng och utrymme för förvaring av tillhörigheter. Den ska också ha ett signalsystem för att den frihetsberövade ska kunna påkalla uppmärksamhet. I anslutning till cellen ska det finnas handfat och toalett. Det är möjligt att begränsa utrustningen i de celler som används för placering av berusade eller våldsamma personer.<sup>4</sup> Polismyndigheten har beslutat om kompletterande bestämmelser och av dessa följer att en arrestcell som regel ska vara utrustad med en anordning som medger reglering av ljusinsläpp samt filt, kudde, madrass, spegel, klocka och radio. Det kan dock finnas skäl att begränsa utrustningen vid t.ex. risk för självskadande handlingar.<sup>5</sup>

Inspektionerna under 2018 visar att arrestcellerna i de allra flesta fall är utformade och utrustade i överensstämmelse med gällande bestämmelser. I vissa fall har det uppmärksamats att arrestlokalerna är slitna men de har som regel uppfattats som välhållna. JO har dock haft synpunkter på att de frihetsberövade i några arrester saknar möjlighet att reglera inflödet av dagsljus.<sup>6</sup> I några andra fall har JO uttalat att de åtgärder som vidtagits för att hindra insyn har lett till att inflödet av dagsljus är alltför begränsat.<sup>7</sup>

Vid inspektionen av *arresten Lidköping* kom det fram att arresten är utrustad med en mindre s.k. väntarrest. Den har en golvyta på ca fyra kvadratmeter och är utrustad med en bänk, signalanordning och en övervakningskamera som ständigt är på. Det är vidare möjligt att stänga väntarresten med en fönsterförsedd dörr och det är inte möjligt att öppna dörren från insidan. Delar av ena väggen består av klarglas men rummet saknar inflöde av dagsljus. Enligt Polismyndigheten används väntarresten när unga personer har omhändertagits för vidare transport. Eftersom väntarresten inte överensstämmer med de krav som ställs i förordningen uttalade JO att frihetsberövade endast bör placeras i cellen under kortare stunder i samband med inskrivning. JO framhöll vidare att möjligheten till att ta ungdomar i förvar i samband med transport enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, endast bör användas som en sista utväg och under kortast möjliga tid.<sup>8</sup>

En gripen eller anhållen som hålls frihetsberövad i en arrest ska ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme varje dag, om det inte finns synnerliga

En arrestcell ska uppfylla vissa grundläggande krav

<sup>3</sup> 5 § ovan nämnda förordning och andra punkten i övergångsbestämmelsen till förordningen (2016:84) om ändring i förordningen om utformningen av häkten och polisarrester.

<sup>4</sup> 3 § förordningen om utformningen av häkten och polisarrester.

<sup>5</sup> 1 kap. 8 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd (PMFS 2015:7) om polisarrester och bestämmelsens allmänna råd.

<sup>6</sup> Sådana anmärkningar har gjorts beträffande arresterna Lycksele och Sandviken.

<sup>7</sup> Sådana anmärkningar har gjorts beträffande arresterna Jönköping och Örebro.

<sup>8</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 s. 4 och 11.

Flera av de inspekterade arresternas rastgårdar uppfyller inte de grundläggande kraven

skäl mot det.<sup>9</sup> För att syftet med utomhusvistelsen ska uppnås bör en rastgård enligt JO ha ett ordentligt ljusinsläpp och frisk luft. För att kunna tillgodose behovet av fysisk aktivitet under den begränsade tid som en intagen befinner sig i en arrest bör en rastgård ha en yta på åtminstone 15 kvadratmeter.<sup>10</sup> Under inspektionerna 2018 har det vid flera tillfällen uppmärksammats rastgårdar som inte uppfyller dessa grundläggande krav. I flera inspektionsprotokoll har rastgårdarna beskrivits som slutna rum.<sup>11</sup>

En intagen i en arrest ska enligt huvudregeln vid behov förseas med sängkläder, kläder och skor. I likhet med vad som gäller utrustningen av arrestcellerna får tillgången till kläder m.m. begränsas om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne skadar sig själv eller andra. Även om tillgången till kläder begränsas av säkerhetsskäl bör den intagne alltid ha något att skylla sig med. En intagen får inte vistas i arresten utan kläder under längre tid än vad som är nödvändigt för den intagnes egen säkerhet.<sup>12</sup> Vid inspektionen av *arresten Sandviken* kom det fram att gripna och anhållna uppmanades att byta om till särskilda kläder som Polismyndigheten tillhandahåller. Liknande iakttagelser gjordes vid inspektionen av *arresten Lidköping*. Enligt JO är det inte tillåtet att begränsa tillgången till egna kläder i andra fall än när det bedöms nödvändigt för att hindra att den intagne skadar sig själv eller andra. Av den anledningen bör Polismyndigheten informera de frihetsberövade om att ett byte till myndighetens kläder inte är obligatoriskt och att de har rätt att bära sina egna kläder.<sup>13</sup>

### Säkerhetsbedömning av den som tas in i en arrest

Det ska ske en säkerhetsbedömning av en person så snart som möjligt efter att han eller hon har tagits in i en arrest. Säkerhetsbedömningen ska dokumenteras och syftet med den är att bedöma behovet av säkerhetsåtgärder. Det kan röra sig om åtgärder i samband med transport, för att kunna upprätthålla ordningen och säkerheten i polisarresten eller vid fara för den intagnes eller annans liv eller hälsa.<sup>14</sup> Säkerhetsbedömningen genomförs av polispatrullen som fört personen till arresten och/eller ansvarigt befäl. Den ska fastställas av ansvarigt befäl på en särskild blankett som har tagits fram av Polismyndigheten.<sup>15</sup>

Vid inspektionerna under 2018 har det i flera fall uppmärksammats brister i genomförandet och dokumentationen av säkerhetsbedömningarna. I samband med inspektionen av *arresten Örebro* kom det fram att det vakthavande befälet gjorde säkerhetsbedömningen och beslutade om tillsynsfrekvensen.

Det har uppmärksammats att det finns brister i dokumentationen av säkerhetsbedömningar

<sup>9</sup> 2 kap. 7 § jfr med 1 kap. 3 § häkteslagen (2010:611).

<sup>10</sup> Se JO 2014/15 s. 115.

<sup>11</sup> Sådana iakttagelser har gjorts beträffande arresterna Jönköping, Sandviken, Värnamo och Örebro.

<sup>12</sup> 3 kap. 3 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrest och bestämmelsens allmänna råd.

<sup>13</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 s. 12 och dnr 6001-2018 s. 11.

<sup>14</sup> 1 kap. 6 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrest och bestämmelsens allmänna råd.

<sup>15</sup> Se bilaga 9 till Polismyndighetens handbok för arrestverksamheten.

Vid granskningen av säkerhetsbedömningarna kunde det dock konstateras att i de flesta fall var det någon annan som dokumenterat dessa och att de inte var signerade av det vakthavande befälet. Enligt JO är det viktigt att den dokumentation som görs återspeglar den ansvarsfördelning som råder.<sup>16</sup> Liknande iakttagelser gjordes även vid inspektionerna av *arresterna Lidköping* och *Lycksele*.<sup>17</sup>

Vid inspektionen av *arresten Helsingborg* kom det fram att den polispersonal som genomförde och fastställde säkerhetsbedömningarna upplevde att det är svårt att göra en korrekt bedömning av den intagne, eftersom det är fråga om en snabb kontroll och polisen som regel inte använder sig av tolk. En granskning av säkerhetsbedömningarna visade att vissa inre befäl inte ansåg sig kunna bedöma den intagnes psykiska status eller risken för självskadande handlingar. Enligt JO bör tillsynen ske flera gånger i timmen i de fall där det inte har kunnat ske en sådan bedömning bl.a. för att säkerställa att den intagne inte far illa. Vidare är det enligt JO viktigt att det i en sådan situation sker en uppföljande säkerhetsbedömning och att resultatet av denna dokumenteras på ett korrekt sätt.<sup>18</sup>

Vid den handlingsgranskning som skedde vid inspektionerna av *arresterna Lycksele* och *Vilhelmina* kom det fram att blanketten för säkerhetsbedömning i flera fall saknades i den dokumentation som i arresterna benämns som ”arrestliggare”. Det var därför inte möjligt att utifrån den granskade dokumentationen kontrollera om dessa bedömningar hade skett. Det var inte heller möjligt att kontrollera om blanketterna hade skrivits ut ur Polismyndighetens datasystem och på så sätt gjorts tillgängliga för arrestvakterna. Enligt JO är det nödvändigt att dokumentationen skrivs ut och sparas så länge arrestvakterna saknar tillgång till informationen i digital form. Det måste nämligen i efterhand vara möjligt att kontrollera vilka uppgifter om en intagen som arrestvakterna har haft tillgång till.<sup>19</sup>

## Information om rättigheter

Enligt JO är det angeläget att Polismyndigheten har rutiner som innebär att de intagna får del av information om sina rättigheter och verkställighetens innebörd på ett rättssäkert sätt. I detta ligger bl.a. att de som är frihetsberövade, oavsett grunden för frihetsberövandet får information om sina rättigheter, muntligen och skriftligen, på ett språk som de förstår i så nära anslutning till frihetsberövandet som möjligt. Det är också viktigt att dessa åtgärder dokumenteras.<sup>20</sup> Detta följer även av Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd.<sup>21</sup>

<sup>16</sup> Se JO:s protokoll i dnr 701-2018 s. 10.

<sup>17</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 och dnr 7556-2018.

<sup>18</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5424-2018 s. 7.

<sup>19</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7556-2018 s. 11.

<sup>20</sup> Se JO 2014/15 s. 104, dnr 2572-2013.

<sup>21</sup> 1 kap. 4 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrester och bestämmelsens allmänna råd.

Efter inspektionen av *arresten Örebro* konstaterade JO att det är positivt att arresten har skriftlig information som kan lämnas till de som är omhändertagna för berusning. Det kunde dock konstateras att det i flertalet fall inte var möjligt att vid en handlingsgranskning se om sådan information hade lämnats till de frihetsberövade. JO ansåg därför att Polismyndigheten behövde vidta åtgärder som säkerställer att det i efterhand går att kontrollera att de frihetsberövade har fått skriftlig information om sina rättigheter.<sup>22</sup>

I samband med inspektionen av *arresten Helsingborg* kom det fram att arresten slutat dela ut informationsblad till personer omhändertagna för berusning. Anledningen till det var att det inträffat att de omhändertagna försökt skada sig med informationsbladet. JO uttryckte en förståelse för att det i vissa fall, t.ex. av säkerhetsskäl, bedöms som omöjligt att lämna ut informationsbladet. Trots det är det viktigt att den omhändertagne även i dessa fall ges möjlighet att skriftligen få del av informationen om sina rättigheter. Polismyndigheten bör därför enligt JO överväga att sätta upp informationsbladet – t.ex. på väggen eller dörren till tillnyktringscellerna – som ett alternativ till att dela ut bladen.<sup>23</sup> Vid inspektionen av *arresten Värnamo* kom det fram att personer som omhändertagits för berusning inte fick någon information.<sup>24</sup>

Polismyndigheten har tagit fram en särskild blankett på vilken det ska dokumenteras att de intagna bl.a. informerats om sina rättigheter. JO har välkomnat detta.<sup>25</sup> Vid inspektionen av *arresten Helsingborg* kom det fram att blanketten inte användes och att dokumentationen i stället skedde på tillsynsbladet. Av den anledningen framhöll JO att på den särskilda blanketten ska det dokumenteras bl.a. om den intagnes närstående har underrättats och om den intagne informerats om dagliga rutiner i arresten och underrättats om eventuella restriktioner. Det är fråga om grundläggande information som den intagne har rätt att få del av. Avsikten med att alla sådana åtgärder ska dokumenteras på en och samma blankett är att minska risken för att den intagne går miste om information. Blanketten fyller alltså en viktig funktion och Polismyndigheten bör se till att det finns enhetliga rutiner som säkerställer att den används på ett korrekt sätt.<sup>26</sup> Liknande iakttagelser gjordes vid inspektionen av *arresten Jönköping*.<sup>27</sup>

Det är positivt att det finns en blankett för dokumentation av att intagna i en arrest har fått viss information

### Tillsyn av de intagna

Tillsyn av de frihetsberövade fyller en viktig funktion för att hindra att de far illa under sin vistelse i en arrest, p.g.a. exempelvis sjukdom eller självska-

<sup>22</sup> Se JO:s protokoll i dnr 701-2018 s. 11.

<sup>23</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5424-2018 s. 8.

<sup>24</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5568-2018 s. 8.

<sup>25</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 s. 10.

<sup>26</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5424-2018 s. 7 och 8.

<sup>27</sup> Se JO:s protokoll i dnr 1366-2018 s. 9.



dande handlingar. Den säkerhetsbedömning som görs när en frihetsberövad tas in i arresten läggs till grund för bl.a. beslut om hur ofta personen ska ses till. En person som är omhändertagen för berusning ska ses till fortlöpande.<sup>28</sup> Enligt Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd ska tillsynen vara noggrann. Den som är kraftigt berusad ska ses till med högst 15 minuters mellanrum.<sup>29</sup> Vidare rekommenderar myndigheten att gripna ses till minst var 15:e minut under de första timmarna av frihetsberövandet för att minimera risken för självskadehandlingar och för att arrestpersonalen ska kunna bilda sig en uppfattning om personen.<sup>30</sup>

JO har tidigare uttalat att det är viktigt att det görs detaljerade noteringar vid tillsynen, så att det framgår om den intagne ligger på rygg, mage, eller på vänster eller höger sida. Det har också betydelse för övrig personal som har del i tillsynen av den intagne.<sup>31</sup> Vid inspektionerna av *arresterna Helsingborg, Lycksele* och *Vilhelmina* kom det fram att tillsynen utfördes på ett tillfredsställande sätt, men att anteckningarna av iakttagelser i vissa fall var bristfälliga. Av den anledningen påminde JO om det tidigare uttalandet.<sup>32</sup>

Vid inspektionerna av *arresterna Lidköping* och *Sandviken* uppmärksammades att den utförda tillsynen vid kvartstillsyn genomgående hade angetts ha ägt rum med exakt 15 minuters mellanrum. JO noterade att även om en arrest är förhållandevis liten är det inte sannolikt att arrestpersonalen förmår att se till flera intagna samma klockslag under en längre period. Enligt JO måste dokumentationen av tillsynen återge den faktiska tidpunkten för när tillsyn skett. Tidsangivelsen har en avgörande betydelse för att i efterhand kunna granska vad som har hänt en intagen, om det skulle behövas.<sup>33</sup>

Tillsynen utförs som regel på ett tillfredsställande rätt, men det finns brister i dokumentationen

## Förmansprövning på distans

Innan en frihetsberövad tas in i en arrest ska en förman pröva om omhändertagandet ska bestå.<sup>34</sup> Det vanligaste är att förmansprövningen sker genom att ett stationsbefäl går ut till arrestintaget och talar dels med de poliser som gjort omhändertagandet, dels med den frihetsberövade. När det gäller personer omhändertagna för berusning ska förmannen vid sin prövning bl.a. ta ställning till om den omhändertagnes tillstånd är sådant att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller för någon annan. En liknande prövning kan behöva ske vid ett omhändertagande enligt 13 § polislagen. JO har tidigare uttalat att förmannen i normalfallet bör träffa den omhändertagne och genom att bl.a. tala med personen bilda sig en

28 6 § LOB.

29 5 kap. 1 § Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (RPSFS 2000:57) om omhändertagande av berusade personer.

30 Se Polismyndighetens handbok för arrestverksamheten s. 45.

31 Se JO:s protokoll i dnr 6291-2014 s. 6.

32 Se JO:s protokoll i dnr 5424-2018 s. 7 och dnr 7556-2018 s. 12.

33 Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 s. 12 och dnr 6001-2018 s. 11.

34 15 § första stycket polislagen (1984:387) och 5 § LOB.

uppfattning om dennes tillstånd. Åtgärden utgör även en viktig förutsättning för att förmannen ska kunna säkerställa att den omhändertagnes tillstånd är orsakat av berusning och inte av t.ex. ett allvarligt sjukdomstillstånd.<sup>35</sup>

Det förekommer att förmansprövningen sker på distans. Denna ordning är vanligast i arrester som bara är öppna vid behov och där polisstationen saknar stationsbefäl. Prövningen går i normalfallet till så att polispatrullen ringer upp stationsbefälet och prövningen sker per telefon. Ibland förekommer det att prövningen sker med hjälp av ljud- och bildöverföring. Polismyndigheten har utfärdat allmänna råd om förmansprövning på distans.<sup>36</sup> Prövningen ska dokumenteras på en särskild blankett.

Förmansprövning på distans bör bara förekomma vid betydande geografiska avstånd

Förmansprövning på distans förekommer bl.a. i *arresten Sandviken* och utförs av de stationsbefäl som är placerade i Gävle. JO har framhållit att det kan finnas skäl att tillämpa ett sådant förfarande bl.a. när det är fråga om ett betydande geografiskt avstånd mellan arrestlokalen och den plats där den som ska genomföra förmansprövningen befinner sig. En sådan ordning kan även vara motiverad i mindre arrester som bara är öppna vid behov. JO konstaterade att arresten Sandviken har ett stort antal celler och är belägen endast ca 20 km från polishuset i Gävle, som är lokalpolisområdets centralort. I arresten Sandviken tas det in ett stort antal frihetsberövade personer och Kriminalvården genomför många transportuppehåll där. Dessa förhållanden gör att JO ställer sig mycket tveksam till att Polismyndigheten valt att sköta förmansprövningen på distans. Av den anledningen bör myndigheten, enligt JO, överväga att placera den som ansvarar för förmansprövningen på samma ort som den som är föremål för prövningen.<sup>37</sup>

Förmansprövning på distans bör bara i undantagsfall ske per telefon

Förmansprövningen på distans förekommer även i *arresterna Lycksele, Storuman och Vilhelmina*. I de två senare arresterna finns det utrustning för ljud- och bildöverföring. Utrustningen används inte utan prövningen sker i stället via telefon av ett stationsbefäl som befinner sig i polishuset i Umeå. Enligt JO blir förutsättningarna för att göra de bedömningar som ska ske vid en förmansprövning sämre om prövningen sker på distans. Om prövningen ändå behöver ske på sådant sätt bör den i första hand ske med ljud- och bildöverföring. På så sätt ges förmannen bättre förutsättningar att genomföra prövningen, än om den bara sker per telefon. Enligt JO bör de senaste årens teknikutveckling ha förbättrat möjligheterna att ordna med de tekniska lösningar som krävs för att prövningen ska kunna ske med ljud och bild. Därmed bör det bara i undantagsfall få förekomma att prövningen sker enbart per telefon. Om prövningen ändå sker per telefon bör förmannen enligt JO regelmässigt även tala direkt med den omhändertagne, om hans eller hennes tillstånd tillåter det.

<sup>35</sup> Se JO 1998/99 s. 116.

<sup>36</sup> Se Rikspolisstyrelsens allmänna råd (RPSFS 2000:22) om förmansprövning på distans m.m.

<sup>37</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6001-2018 s. 12 och 13.

Enligt JO är det oacceptabelt att den tekniska utrustning som finns installerad i *arresterna Storuman* och *Vilhelmina* inte används och därmed att ansvarigt stationsbefäl inte ges de bästa möjliga förutsättningarna att genomföra förmansprövningen. Av den anledningen uttalade JO att Polismyndigheten omedelbart bör vidta åtgärder för att denna utrustning ska kunna användas för detta syfte. JO uppmanade Polismyndigheten att omedelbart vidta nödvändiga åtgärder för att den förmansprövning på distans som i dag sker per telefon så snart som möjligt ska kunna ske med ljud och bild.<sup>38</sup>

### Omhändertagande av berusade personer

Avsikten med bestämmelserna i LOB är att poliser tillfälligt ska kunna omhänderta en person som på grund av berusning bl.a. inte kan ta hand om sig själv.<sup>39</sup> Polisen bör i första hand försöka hitta alternativ till att placera en omhändertagen i en arrest. Det kan exempelvis handla om att överlämna personen till en anhörig eller till sjukvården. Om den omhändertagne placeras i en arrest, ska omhändertagandet pågå så kort tid som möjligt. Det innebär att det måste ske en kontinuerlig prövning av om förutsättningarna för ett fortsatt omhändertagande är uppfyllda.

Vid inspektionerna av *arresterna Lycksele, Storuman* och *Vilhelmina* kom det fram flera goda exempel som visar att poliserna i lokalpolisområdet arbetar i enlighet med lagens intentioner och aktivt försöker hitta alternativ till att placera omhändertagna personer i en arrest. Enligt JO är detta mycket positivt. Samtidigt är det enligt JO oroande att det vid granskningen av tillsynsbladen för personer som tagits in i *arresterna* har uppmärksammats anteckningar som anger att en person får frigges ”tidigast” vid en viss tidpunkt. Ett sådant förhållningssätt är inte förenligt med lagstiftningen, eftersom det ska ske en kontinuerlig prövning av om skälen för omhändertagandet kvarstår. Enligt JO måste Polismyndigheten vidta åtgärder för att göra det känt vad som gäller. Detta är särskilt viktigt vid förmansprövning på distans eftersom arrestpersonalen måste hålla stationsbefälet kontinuerligt uppdaterad om de omhändertagnas status.<sup>40</sup>

Vid inspektionen av *arresten Vilhelmina* uppmärksammades även att en person fått vänta kvar i arresten efter det att omhändertagandet hävts i väntan på skjuts därifrån. I ett annat fall uppmärksammades att en omhändertagen var i så gott skick att han fick äta en medhavd pizza i cellen. Liknande iakttagelser gjordes vid inspektionen av *arresten Värnamo*. JO uttalade efter den senare inspektionen att det inte är möjligt att förlänga ett frihetsberövande utan att det finns skäl för det, oavsett om den berörda personen samtycker. Det är dessutom självklart olämpligt att personer som inte ska vara i arresten vistas där, även om det inte rör sig om ett låst utrymme.<sup>41</sup>

Det har uppmärksammats positiva exempel där polisen aktivt arbetar för att hitta alternativ till att placera en berusad i en arrest

<sup>38</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7556-2018 s. 10 och 11.

<sup>39</sup> 1 § LOB.

<sup>40</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7556-2018 s. 13.

<sup>41</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5568-2018 s. 9.

### 3.2 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering

JO har efter inspektionerna av *arresterna Jönköping, Lycksele, Sandviken, Värnamo* och *Örebro* begärt att Polismyndigheten ska återkomma med besked om hur myndigheten har hanterat vissa frågor som uppmärksammats av JO. Sådana återrapporteringar har i första hand begärts i fråga om brister i den fysiska miljön, men även andra frågor har förekommit. JO har begärt återrapportering beträffande följande frågor:

- Miljön på arresternas rastgårdar (*arresterna Jönköping, Lycksele, Sandviken, Värnamo* och *Örebro*).
- Ljusinsläppet i arrestceller (*arresterna Lycksele* och *Sandviken*).
- Utformningen av arrestceller (*arresten Lidköping*).
- Bemanningen av arrester (*arresten Jönköping* och *Lycksele*).

JO har fattat beslut i fråga om samtliga återrapporteringar.

#### Miljön på arresternas rastgårdar

Efter inspektionen av *arresten Jönköping* konstaterade JO att det begränsade inflödet av dagsljus och frisk luft till arrestens rastgård gjorde att den i sin dåvarande utformning inte kunde anses tillgodose syftet med en utomhusvistelse. Liknande iakttagelser gjordes vid inspektionerna av *arresterna Sandviken, Värnamo* och *Örebro*. Polismyndigheten ombads att återrapportera vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra miljön på rastgårdarna.<sup>42</sup>

Av Polismyndighetens återrapportering framgår att myndigheten har vidtagit eller kommer att vidta åtgärder för att förbättra rastgårdarna. Det handlar bl.a. om att tillföra befintliga rastgårdar med en tillbyggnad med bättre luft- och ljusinsläpp samt att avlägsna detaljer som hindrar ljusinsläpp. Efter att Polismyndigheten har kommit in med återrapporteringen har JO avslutat ärendena.<sup>43</sup>

Vid inspektionen av *arresten Lycksele* uppmärksammades att det var möjligt att från en närliggande parkering se in på rastgården och därmed identifiera den intagne som befinner sig där. Efter inspektionen uppmanade JO Polismyndigheten att vidta åtgärder för att minska möjligheten till insyn och återrapportera dessa.<sup>44</sup> I en återrapportering har Polismyndigheten uppgett att myndigheten planerar att vidta åtgärder för att minska insynen på rastgården. De planerade åtgärderna har välkomnats av JO.<sup>45</sup>

Återrapporteringar visar att miljön har förbättrats på ett antal rastgårdar

<sup>42</sup> Se JO:s protokoll i dnr 1366-2018 s. 8, dnr 6001-2018 s. 10, dnr 5568-2018 s. 9 och dnr 701-2018 s. 12.

<sup>43</sup> Se JO:s beslut den 14 mars i dnr 1366-2018 (Jönköping) och dnr 701-2018 (Örebro) samt den 17 maj 2019 i dnr O 35-2019 (Värnamo) och i dnr O 24-2019 (Sandviken).

<sup>44</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7556-2018 s. 5 och 14.

<sup>45</sup> Se JO:s beslut den 26 juni 2019 i dnr O 11-2019.

### Ljusinsläppet i arrestceller

Vid inspektionen av *arresten Sandviken* uppmärksammades att persiennerna i anhållningscellerna var vinklade på sådant sätt att de inte släppte in något dagsljus. Efter inspektionen uttalade JO att en anhållningscell ska vara försedd med fönster så att en intagen får tillräckligt med dagsljus. Enligt JO var det angeläget att Polismyndigheten vidtog åtgärder för att öka ljusinsläppet i celler där anhållna kan placeras. Myndigheten ombads att återrapportera vilka åtgärder som vidtagits.<sup>46</sup> I en återrapportering uppgav Polismyndigheten att det kommer monteras reglage som gör det möjligt att reglera ljusinsläppet genom cellfönsterna. Ärendet avslutades därefter av JO.<sup>47</sup>

Vid inspektionen av *arresten Lycksele* konstaterades att situationen var den rakt motsatta och att cellfönstren helt saknade persienner eller liknande anordningar. JO uppmanade Polismyndigheten att åtgärda denna brist. I en återrapportering uppgav myndigheten att cellfönstren kommer att förse med persienner. Beskedet välkomnades av JO.<sup>48</sup>

### Utformningen av arrestceller

Vid inspektionen av *arresten Lidköping* noterades att innermåttan i arrestens nyrenoverade celler avvek från de krav som ställs i förordningen om utformningen av häkten och polisarrester. Enligt JO är det olyckligt att cellerna i en arrest som just har renoverats inte har de mått som anges i förordningen. Vidare ansåg JO att det var förvånande att Polismyndigheten inte sett till att de gjorts en slutlig mätning av arrestutrymmena i samband med att ombyggnaden slutfördes. Mot den bakgrunden gavs Polismyndigheten möjlighet att kommentera hur cellernas utformning förhåller sig till vad som gäller enligt förordningen.<sup>49</sup>

I en återrapportering uppgav Polismyndigheten att det var nödvändigt att sänka cellernas takhöjd för att kunna förse dem med ny ventilation. Det har medfört att cellerna har en takhöjd som varierar mellan 2,322 och 2,354 meter, samt en volym som varierar mellan 14,644 och 14,87 kubikmeter. (Enligt förordningen ska takhöjden vara minst 2,4 meter och volym om minst 15 kubikmeter.) Mot bakgrund av vad som kommit fram fann JO inte skäl att vidta några ytterligare åtgärder och ärendet avslutades.<sup>50</sup>

### Bemanningen av arrester

Vid inspektionen av *arresten Jönköping* uppgav arrestvakterna att den låga bemanningen medförde att tillsyn, mathantering och toalettbesök i vissa situationer blev eftersatt. Enligt JO är det inte acceptabelt att t.ex. tillsyn inte

46 Se JO:s protokoll i dnr 6001-2018 s. 3 och 10

47 Se JO:s beslut den 17 maj 2019 i dnr O 24-2019.

48 Se JO:s beslut den 26 juni 2019 i dnr O 11-2019.

49 Se JO:s protokoll i dnr 2094-2018 s. 11.

50 Se JO:s beslut 14 mars 2019 i dnr 2094-2018.

kan utföras med den frekvens som beslutats. Av den anledningen ansåg JO att Polismyndigheten behövde vidta åtgärder som säkerställer att arresten är bemannad på ett sådant sätt att de intagna alltid kan ses till med den frekvens som är beslutad och att grundläggande uppgifter kan utföras i enlighet med de författningar, föreskrifter och arbetsrutiner som gäller för arrestverksamheten. Polismyndigheten ombads återrapportera vilka åtgärder som vidtagits.<sup>51</sup>

I en återrapportering uppgav Polismyndigheten att bemanningen i arresten setts över och att den utökats till nio heltidsarbetande arrestvakter. Översynen har medfört att arrestvakterna aldrig behöver arbeta ensamma. Därtill hade det skett en översyn av schemaläggningen för att få en bättre täckning ur ett verksamhetsperspektiv. JO välkomnade dessa förändringar.<sup>52</sup>

Vid inspektionen av *arresten Lycksele* kom det fram att Polismyndigheten hade för avsikt att börja bemanna arresten med väktare från ett bevakningsbolag. I sin återrapportering uppgav myndigheten att den ingått ett avtal med ett bevakningsbolag. Av avtalet framgår att personalen ska ha för uppgiften erforderlig kompetens, utbildning och erfarenhet. Bolaget ska även se till att personalen löpande får nödvändig vidareutbildning. Det är bevakningsbolaget som har arbetsgivaransvar för personalen, och de åtgärder som rör arrestvakternas utbildning och löpande kompetensutveckling ingår – enligt Polismyndigheten – i bolagets ansvarsområde.

JO konstaterade att det inte är ovanligt att Polismyndigheten träffar avtal med bevakningsbolag om bemanningen av arrester. Även vid en sådan lösning är det Polismyndigheten som ansvarar för arrestverksamheten och att den i alla avseenden följer de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Myndigheten måste därför redan vid upphandlingen se till att bevakningsbolaget är medvetet om vilken kompetens, utbildning och erfarenhet som krävs, och att den personal som tjänstgör i en arrest har tillräckligt kompetens för uppgiften. Eftersom Polismyndigheten har ansvar för arrestverksamheten förutsätter JO att myndigheten har rutiner för att kontinuerligt följa upp att ett bevakningsbolag uppfyller sin del av avtalet. Detta är särskilt viktigt eftersom det handlar om myndighetsutövning mot enskilda.<sup>53</sup>

Polismyndigheten måste ha rutiner för att kontinuerligt följa upp att väktare som tjänstgör i en arrest har rätt kompetens

### 3.3 Slutsatser

Den säkerhetsbedömning som sker när en frihetsberövad tas in i arresten fyller en mycket viktig funktion och läggs bl.a. till grund för beslut om hur ofta den frihetsberövade ska ses till. Vid inspektionerna 2018 har det kommit fram att rutinerna för säkerhetsbedömning som regel tillämpas på ett korrekt sätt. Det finns dock vissa tendenser till att tillsynen fastställs slentrianmässigt. Det

<sup>51</sup> Se JO:s protokoll i dnr 1366-2018 s. 8.

<sup>52</sup> Se JO:s beslut den 14 mars 2019 i dnr 1366-2018.

<sup>53</sup> Se JO:s beslut den 26 juni 2019 i dnr O 11-2019.

har uppmärksammat i vissa fall att tillsynsfrekvensen regelmässigt bestäms till en timme för gripna och anhållna personer, trots att det vid säkerhetsbedömningen kommit fram omständigheter som borde leda till en tätare tillsyn. Det har t.ex. handlat om att den som genomfört säkerhetsbedömningen gjort bedömningen att det inte är möjligt att bedöma den frihetsberövades psykiska status. Vidare har det kommit fram att säkerhetsbedömningarna inte dokumenteras på ett korrekt sätt. Polismyndigheten behöver fortsatt arbeta med att förbättra dessa delar.

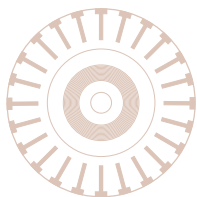
Polismyndigheten har även ett viktigt arbete framför sig när det gäller att förbättra förutsättningarna för förmansprövning på distans. En sådan prövning bör alltså bara användas i undantagsfall. För att ge den som ska utföra en sådan prövning bästa möjliga förutsättningar bör den genomföras med ljud- och bildöverföring. JO:s Opcat-verksamhet kommer under 2020 att ha ett särskilt fokus på denna fråga för att belysa vilka åtgärder Polismyndigheten har vidtagit.

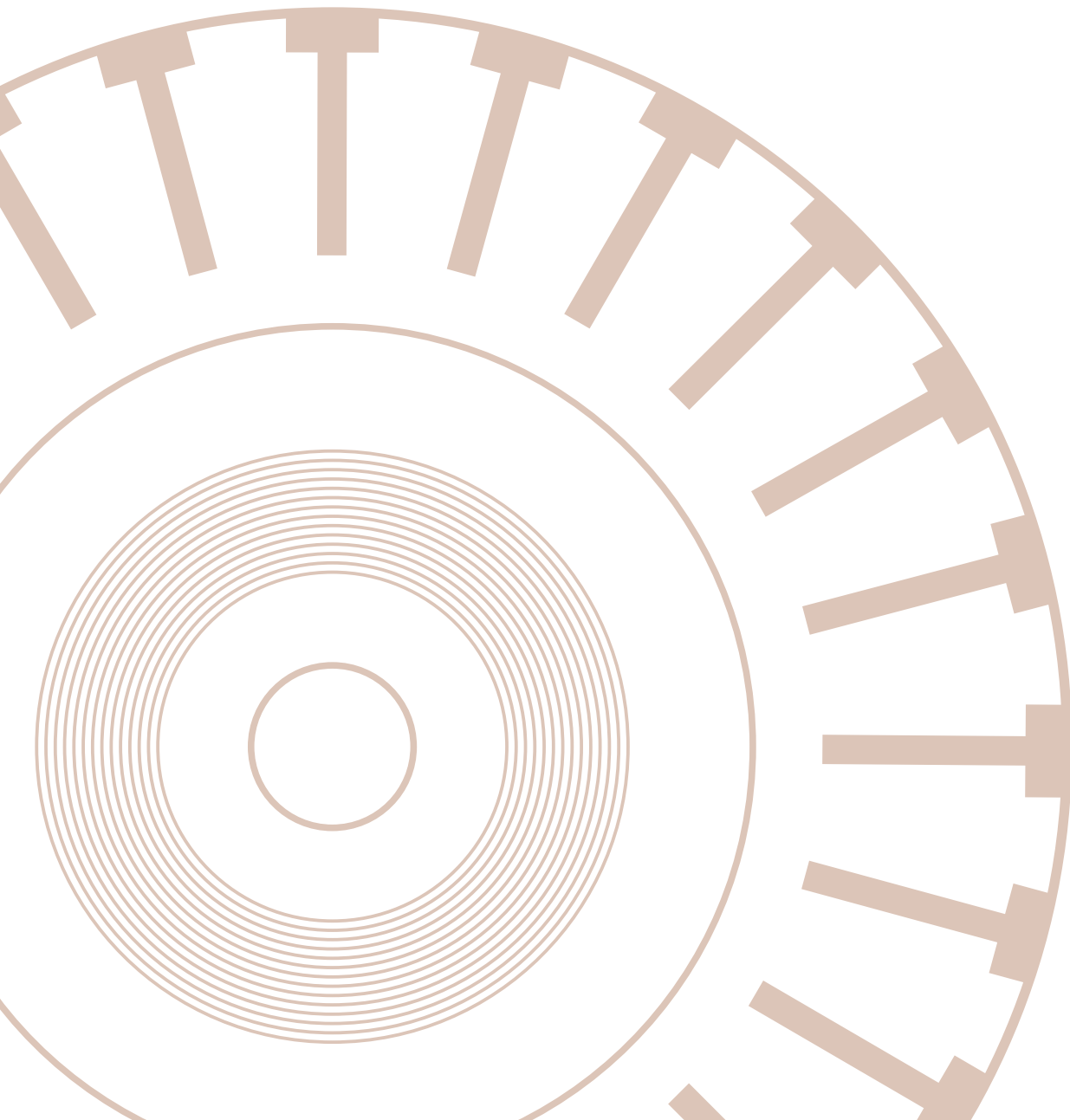
Det är positivt att Polismyndigheten har vidtagit åtgärder för att säkerställa att intagna informeras om sina rättigheter. Inspektionerna under 2018 visar att den blankett som tagits fram inte alltid används och det är viktigt att myndigheten sprider kunskapen om varför blanketten ska användas. Inspektionerna visar att myndigheten i de allra flesta fall även delar ut information till de som tas om hand för berusning. I de fall där personalen gör bedömningen att informationen inte kan ges direkt till den omhändertagne bör det vara tillräckligt att informationen sätts upp i tillnyktringscellerna.

Inspektionerna under 2018 visar att tillsynen av de intagna genomförs i enlighet med den beslutade tillsynsfrekvensen, vilket är mycket positivt. I vissa fall finns det dock brister när det gäller dokumentationen av den utförda tillsynen. Det är viktigt att Polismyndigheten fortsätter att informera den personal som arbetar i arresten om vikten av att utförd tillsyn dokumenteras på ett korrekt sätt.

Det gångna årets inspektioner visar att det fortfarande finns brister i arrestlokalernas fysiska miljöer. Samtidigt visar de återrapporteringar som skett att det är möjligt att åtgärda dessa brister. Det är viktigt att erfarenheterna av att förbättra arrestmiljöerna inte förblir lokala eller regionala frågor, utan att kunskapen om hur miljöerna kan förändras till det bättre sprids inom hela myndigheten. Detta kan bidra till att arrestlokalerna generellt kan utformas på ett sätt som bättre tillgodoser de frihetsberövades behov och att det är möjligt att förebygga självskadehandlingar.

Opcat-verksamheten kommer under 2020 fokusera på frågan om förmansprövning på distans







4

Kriminalvården

# Kriminalvården

Vid utgången av 2018 fanns det i Sverige 32 häkten och 45 kriminalvårdsanstalter med totalt drygt 6 600 platser. I Kriminalvårdens institutioner placeras i första hand personer som är frihetsberövade på grund av att de är häktade eller avtjänar en fängelsepåföljd. Det förekommer även att andra kategorier av frihetsberövade personer placeras i Kriminalvårdens häkten. I första hand rör det sig om personer som transporteras av Kriminalvården, Nationella transportenheten, NTE. Det kan exempelvis handla om ungdomar omhändertagna enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller missbrukare omhändertagna med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Även utlännningar förvarstagna enligt utlänningslagen (2005:716) kan placeras i häkten.

Under 2018 genomförde Opcat-enheten tio inspektioner av häkten och kriminalvårdsanstalter.<sup>1</sup> Vidare skedde en inspektion av NTE, gruppen för inrikes planering. I samband med inspektionerna av vissa häkten inspekterades även NTE:s transportgrupper. Enheterna inom NTE hade inte inspekterats tidigare av JO. Tre av inspektionerna var oanmälda.

## 4.1 Iakttagelser vid årets inspektioner

Inspektionerna av häkten och kriminalvårdsanstalter omfattar ett stort antal olika frågor. Förutom att inspektionerna ger möjlighet att uppmärksamma brister i den fysiska miljön, brukar inspektionerna som regel avse frågor om personalens bemötande av intagna och hur intagnas grundläggande rättigheter tillgodoses. I den senare delen kan det handla om rätten att få vistas i gemensamhet med andra intagna, daglig vistelse utomhus m.m.

## Förhållandena på en av Kriminalvårdens riksmottagningar

En intagen som är man och avtjänar fängelse i lägst fyra år och som vistas i häkte när domen blir verkställbar ska enligt huvudregeln placeras i riksmottagning för utredning inför beslut om särskilda villkor. Om den intagna är en kvinna gäller motsvarande i stället om hon avtjänar fängelse i lägst två år.<sup>2</sup> Riksmottagningen för män finns i *anstalten Kumla*, medan riksmottagningen för kvinnor finns i *anstalten Hinseberg*. Vid en inspektion av den senare anstalten kom det fram att en person intagen på riksmottagningen hade placerats i avskildhet direkt när hon kom till anstalten.

I besluten om avskildhetsplacering framhöll Kriminalvården bl.a. att riksmottagningen saknade förutsättningar som möjliggör en inre differentiering

<sup>1</sup> Anstalterna Hinseberg, Saltvik och Visby samt häktena Gävle, Huddinge, Jönköping, Kronoberg, Saltvik, Visby och Örebro.

<sup>2</sup> 2 kap. 4 och 5 §§ Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd (KVFS 2011:1) om fängelse.

(möjligheten att skapa mindre enheter med färre intagna). Det innebar enligt JO att om en sådan möjlighet hade funnits, skulle den intagne inte ha behövt vara placerad i avskildhet. JO har tidigare uttalat att resursbrist eller avsaknaden av möjlighet till inre differentiering inte är acceptabla skäl för att hålla en intagen avskild från andra intagna.<sup>3</sup> Enligt JO var det särskilt bekymmersamt att den intagna var under utredning vid riksmottagning och att personalen trots detta inte gavs möjlighet att bedöma hur hon interagerade med andra intagna. Enligt JO var detta en brist som ofrånkomligen medförde att riksmottagningen fick ett sämre underlag för sin slutliga bedömning, jämfört med om den intagna hade varit placerad i gemensamhet. Enligt JO finns det ett fortsatt behov för Kriminalvården att göra en översyn av båda riksmottagningarnas verksamhet. Eftersom den av Kriminalvården tidigare initierade översynen av riksmottagningarna numer är vilande, avser JO att återkomma i denna fråga.<sup>4</sup>

Det är enligt JO bekymmersamt att en intagen varit avskildhetsplacerad under hela sin tid på riksmottagningen

### Grundläggande krav på en avdelning i en kriminalvårdsanstalt

En intagen i en kriminalvårdsanstalt ska under dagtid ha rätt att vistas tillsammans med andra intagna (gemensamhet).<sup>5</sup> Rätten till gemensamhet kan begränsas genom att Kriminalvården beslutar om att hålla en intagen avskild från andra intagna. Det kan exempelvis ske av ordnings- eller säkerhetsskäl.<sup>6</sup> Liknande bestämmelser finns för personer som är intagna i häkte.<sup>7</sup> Gemensamhet innebär att den intagne vistas tillsammans med minst två andra intagna.

Efter inspektionen av *anstalten Hinseberg* framhöll JO det positiva i att det skett förändringar i anstalten. Därmed har en del av de brister som uppmärksammats vid en tidigare inspektion i fråga om möjligheten att differentiera intagna åtgärdats. Vid inspektionen kom det dock fram att ”avdelningen Aspen” som har 2 platser ingår i de 93 platser som anstalten kan använda för placering av intagna. Även om platserna på Aspen i första hand används för avskildhetsplaceringar innebär lösningen att även intagna som inte är avskildhetsplacerade kan komma att placeras på avdelningen.

Enligt JO bör en avdelning i en Kriminalvårdsanstalt bestå av åtminstone tre celler/platser för att möjliggöra vistelse i gemensamhet. Avdelningen Aspen består av två celler/platser och en angränsande och fönsterlös korridor utgör avdelningens enda gemensamhetsutrymme. Enligt JO kan detta inte anses utgöra ett funktionellt utrymme som är lämpligt för intagnas vistelse i gemensamhet. Aspen kan därför inte anses utgöra en avdelning och bör enligt JO

<sup>3</sup> Se JO 2015/16 s. 191.

<sup>4</sup> Se JO:s protokoll i dnr 4138-2018 s. 8 och 9.

<sup>5</sup> 6 kap. 1 och 2 §§ fängelselagen.

<sup>6</sup> 6 kap. 5-7 §§ fängelselagen.

<sup>7</sup> 2 kap. 5 § och 6 kap. 2 § 2 häkteslagen.

En avdelning i ett häkte eller i en kriminalvårdsanstalt bör bestå av åtminstone tre celler

inte användas för placering av andra intagna än de som är avskilda<sup>8</sup> (se vidare under avsnitt 4.3 angående frågan om återrapportering avseende den s.k. KV-avdelningen i *häktet Ystad*).

### Dubbelbeläggning av celler i ett häkte

Vid en inspektion av *häktet Saltvik* kom det fram att fem celler försetts med våningssängar för att vid behov möjliggöra dubbelbeläggning. Efter inspektionen uttalade JO att de celler som häktet använder för dubbelbeläggningar ursprungligen är avsedda för att hysa en person, även om cellerna enligt uppgift är något större än en normalcell. Redan detta förhållande gör enligt JO att dubbelbeläggningen innebär ett särskilt riskmoment, och JO ställde sig mycket tveksam till den aktuella lösningen. Till detta kommer att de som är häktade som regel inte är dömda för brott och i väntan på en kommande rättegång kan befinna sig under en stor psykisk press. Det kan även vara så att häktespersonalen saknar tidigare kännedom om de häktade, och därmed inte har den kunskap som krävs för att kunna bedöma vilka intagna som kan dela cell. Därmed innebär dubbelbeläggningar generellt sett en ökad risk för hot och våld mellan intagna.

Dubbelbeläggning av celler utgör ett särskilt riskmoment

Av dessa skäl ansåg JO att Kriminalvården bör avstå från att dubbelbelägga celler på det sätt som skett i häktet. Om myndigheten ändå anser att det, av utrymmesskäl eller någon annan särskild anledning, finns skäl för dubbelbeläggning i häkte bör myndigheten hantera dessa situationer på ett enhetligt och rättssäkert sätt till skydd för den enskilde. Ett minimikrav bör enligt JO vara att dubbelbeläggning endast sker i celler som är storleksmässigt anpassade för att hysa mer än en intagen. Vidare rekommenderades Kriminalvården att ta fram föreskrifter eller skriftliga rutiner som reglerar denna del av verksamheten.<sup>9</sup> Myndigheten har därefter tagit fram sådana föreskrifter.

### Kameraövervakning av de intagna

Av säkerhetsskäl är delar av Kriminalvårdens lokaler regelmässigt kameraövervakade. Sådan övervakning förekommer såväl av stängsel och murar som av korridorer inne i häkten och kriminalvårdsanstalter. Vid inspektionerna under 2018 har det uppmärksammats att det i häkten även förekommer kameraövervakning av celler där intagna kan placeras i avskildhet. Sådana iakttagelser gjordes vid inspektionerna av *häktena Gävle, Jönköping* och *Örebro*. Vid samtliga häkten var kamerorna igång hela tiden och övervakningsbilderna spelades in. Det innebar att även de intagna där Kriminalvården inte fattat ett särskilt beslut om kameraövervakning övervakades.

Efter inspektionen av *häktet Örebro* uttalade JO att det är viktigt att det finns en tydlighet och förutsebarhet när kameraövervakning används. Det är

<sup>8</sup> Se JO:s protokoll i dnr 4138-2018 s. 8.

<sup>9</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5266-2018 s. 13 och 14.

oacceptabelt om personalen vilseleder de intagna i fråga om kameraanvändning eller inte upplyser om sådan övervakning i enlighet med kamerabevakningslagen (2018:1200). JO rekommenderade Kriminalvården att se till att det införs en teknisk lösning som gör att kameran kan stängas av när en sådan övervakningsåtgärd inte bedöms nödvändig. Ett liknande uttalande gjordes även efter inspektionen av *häktet Jönköping*.<sup>10</sup> Efter inspektionen av *häktet Gävle* begärde JO att Kriminalvården skulle komma in med en återrapportering i denna fråga (se vidare under avsnitt 4.3).

Det måste vara tydligt för den intagne när han eller hon kameraövervakas

### Tillgång till hälso- och sjukvård

En intagen som behöver hälso- och sjukvård ska undersökas av läkare. Läkare ska också tillkallas om en intagen begär det och det inte är uppenbart att en sådan undersökning inte behövs. En intagen som behöver hälso- och sjukvård ska vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om en intagen inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i förvaringslokalen, ska den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, ska den intagne föras över till sjukhus.<sup>11</sup>

Vid en inspektion av *häktet Kronoberg* 2013 kom det fram att häktet under vardagar kunde tillkalla jourläkare mellan kl. 18.00 och 7.00. Av den anledningen kunde det enligt häktesledningen uppstå situationer där häktet måste avvakta en längre stund innan läkare kunde tillkallas. Efter en inspektion 2017 uppmanade JO häktet att se över jourläkaravtalet för att det ska vara möjligt att tillkalla en läkare oavsett tid på dygnet.<sup>12</sup> Mot den bakgrunden var det enligt JO förvånande att häktesledningen vid en inspektion 2018 uppgav att jourläkaravtalet inte kan användas för akuta medicinska bedömningar, utan att personalen då är hänvisad till att kontakta vårdguiden 1177.<sup>13</sup>

### Möjligheten att bära egna kläder

En intagen i häkte ska förses med sängkläder, handdukar och basartiklar för personlig hygien samt, om den intagne vill det, kläder och skor. Utrustningen får dock begränsas om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne allvarligt skadar sig själv. En intagen får normalt inte förvara mer kläder i sin cell än vad som behövs mellan två tvättbyten. Om den intagne har möjlighet att själv tvätta sina kläder bör den tillåtna mängden anpassas efter hur ofta den intagne har möjlighet att tvätta.<sup>14</sup>

I den skriftliga information som intagna i *häktet Örebro* fick del av saknades uppgifter om de intagnas möjlighet att bära privata kläder. Det kom fram att de intagna inte heller gavs någon muntlig upplysning om detta. Av den

<sup>10</sup> Se JO:s protokoll i dnr 750-2018 s. 15 och 16 och JO:s protokoll i dnr 1364-2018 s. 12 och 13.

<sup>11</sup> 5 kap. 1 § första och andra styckena häkteslagen (2010:611) och 9 kap. 1 § fängelselagen (2010:610).

<sup>12</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6889-2013 s. 8 och 9 och dnr 417-2017 s. 12.

<sup>13</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2643-2018 s. 14.

<sup>14</sup> 1 kap. 13 § Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd (KVFS 2011:2) om häkte.

anledningen underströk JO vikten av att den information som lämnas till de intagna är tydlig och korrekt. Vidare förutsatte JO att häktet i fortsättningen informerar intagna om att ett byte till häktets kläder inte är obligatoriskt.<sup>15</sup>

## 4.2 Initiativärenden som rör häkten och kriminalvårdsanstalter

JO har efter inspektionerna av *häktena Gävle, Huddinge, Kronoberg och Saltvik* beslutat att utreda vissa frågor inom ramen för särskilda initiativärenden. De frågor som JO har valt att utreda är:

- Förhållandena för en intagen på ett häktes omvårdnadsavdelning (*häktet Kronoberg*).
- Användandet av transportceller inom Kriminalvårdens häktesverksamhet (*häktena Gävle, Huddinge och Saltvik*).
- Förhållandena för en intagen som avlidit i en kriminalvårdsanstalt (*anstalten Saltvik*).
- Användningen av Kriminalvårdens säkerhetsenheter (*anstalten Saltvik*).

### Förhållandena för en intagen på ett häktes omvårdnadsavdelning

Vid inspektionen av *häktet Kronoberg* samtalade JO:s medarbetare med en sängliggande äldre intagen på häktets omvårdnadsavdelning. Den intagne var svårt sjuk och i behov av regelbunden behandling. Vid granskningen av viss dokumentation kom det fram bl.a. att den intagne hade varit placerad i häktet vid flera tillfällen och att han överfördes dit för att kunna få bättre omvårdnad än vad som kunde erbjudas i häktet Ystad. Han hade transporterats liggande och var i mycket dåligt fysiskt skick. Vid flera tillfällen hade han transporterats till allmänna sjukvårdsinrättningar. Med anledning av vad som kom fram vid inspektionen beslutade JO att öppna ett särskilt initiativärende för att utreda Kriminalvårdens behandling av den häktade.<sup>16</sup>

### Användandet av väntceller inom Kriminalvårdens häktesverksamhet

I bl.a. *häktena Gävle, Huddinge och Saltvik* används mindre fönsterlösa utrymmen för placering av intagna i samband med att de ankommer eller lämnar häktena, s.k. väntceller. Efter inspektionen av *häktet Gävle* konstaterade JO att det finns skillnader i hur *dels* väntcellerna är utformade, *dels* häktena använder dessa utrymmen. Av den anledningen beslutade JO att inom ramen för ett särskilt initiativärende utreda användandet av sådana celler inom Kriminalvårdens häktesverksamhet.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Se JO:s protokoll i dnr 750-2018 s. 16.

<sup>16</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2643-2018 s. 5, 6 och 15 samt JO:s dnr 3801-2018.

<sup>17</sup> Se JO:s protokoll i dnr 4675-2018 s. 12 och JO:s dnr 7286-2018.

I ett beslut den 2 september 2019 har JO uttryckt förståelse för att det kan finnas ett behov av att använda väntceller vid in- och utskrivningar i häkte. För att det ska vara möjligt krävs dock att förordningen (2014:1108) om utformningen av häkten och polisarrester ändras. I ärendet kom det fram uppgifter om att intagna kan vara placerade i väntceller i flera timmar. Enligt JO måste i detta sammanhang även förvaringstider som uppgår till en timme beskrivas som långa. Om Kriminalvården ska använda väntceller bör förordningen enligt JO ändras för att förhindra att dessa celler utformas och används på ett godtyckligt sätt.<sup>18</sup>

### Förhållandena för en intagen som avlidit i en kriminalvårdsanstalt

Vid inspektionen av *anstalten Saltvik* kom det fram att en intagen i anstalten hade avlidit en knapp månad innan inspektionen ägde rum. Enligt uppgift hade den intagne före ankomsten till anstalten i omgångar vägrat att ta sin medicin och att äta. Vidare hade den intagne uttalat att han vägrade alla livsuppehållande åtgärder. Kriminalvårdens medicinske expert hade begärt ett yttrande från sjukvårdspersonalen i anstalten för att kunna bedöma om det skulle göras en lex Maria-anmälan. JO beslutade att utreda saken i ett särskilt initiativärende.<sup>19</sup>

### Användningen av Kriminalvårdens säkerhetsenheter

Kriminalvården har tre s.k. säkerhetsenheter i *anstalterna Hall, Kumla* och *Saltvik*. Enheterna är avsedda för placering av intagna där Kriminalvården gör bedömningen att (1) det finns en varaktig risk för att den intagne rymmer eller fritas och det kan antas att han eller hon är särskilt benägen att fortsätta allvarlig brottslig verksamhet, eller (2) det finns särskild anledning att anta att det behövs för att hindra den intagne från allvarlig brottslig verksamhet under vistelsen i anstalt.<sup>20</sup>

Säkerhetsenheten i *anstalten Saltvik* har under flera år använts för placering av intagna som är i behov av skydd. JO har uttalat att den speciella miljö som säkerhetsenheterna utgör inte gör dem lämpade för placering av andra intagna än de som omfattas av 2 kap. 4 § fängelselagen.<sup>21</sup> Efter en inspektion 2017 konstaterade JO att det inte hade skett några märkbara förbättringar av förhållandena för intagna som är skyddsplacerade på säkerhetsenheten. Det pågick dock ett arbete med att tydliggöra och utveckla lättnader för de intagna som inte omfattades av 2 kap. 4 § fängelselagen. JO underströk dock att situationen för de intagna inte verkade ha förbättrats sedan JO:s beslut i maj 2016. JO var mycket kritisk till det.<sup>22</sup>

<sup>18</sup> Se JO:s beslut i dnr 7286-2018.

<sup>19</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6027-2018 s. 4 och 5 och JO:s dnr 6300-2018.

<sup>20</sup> 2 kap. 4 § fängelselagen.

<sup>21</sup> Se JO 2016/17 s. 174, dnr 6384-2014.

<sup>22</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7573-2017 s. 18.

Det pågår en utredning av hur Kriminalvården använder myndighetens säkerhetsenheter

Vid Opcat-inspektionen 2018 framförde skyddsplacerade på säkerhetsenheten i *anstalten Saltvik* klagomål över att de inte hade samma frihet som tidigare. Dagarna beskrevs som mindre flexibla och mer inrutade. Efter inspektionen beslutade JO att i ett initiativärende utreda förutsättningarna för att placera andra grupper av intagna, än de med beslut om säkerhetsplacering, på Kriminalvårdens säkerhetsenheter.<sup>23</sup>

### 4.3 lakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering

JO har efter inspektionerna av *anstalterna Saltvik* och *Ystad* samt *häktena Gävle, Jönköping, Saltvik* och *Ystad* begärt att Kriminalvården ska återkomma med besked om hur myndigheten har hanterat vissa frågor som uppmärksamats. Sådana återrapporteringar har bl.a. rört brister i den fysiska miljön. Vidare begärde JO återrapportering efter inspektionerna av *häktet Huddinge* i januari 2017 och *häktet Ystad* i februari 2017. JO har begärt återrapportering beträffande följande frågor:

- Miljön på Kriminalvårdens rastgårdar (*anstalten Saltvik* samt *häktena Gävle* och *Jönköping*).
- De intagnas möjlighet att se ut genom fönstren (*anstalten Saltvik*).
- Övervakningskameran i ett avskildhetsrum (*häktet Gävle*).
- Utformningen av en kriminalvårdsanstalts och ett häktes lokaler (*anstalten* och *häktet Visby*).
- Miljön i ett häktes utskrivningslokal (*häktet Huddinge*).
- Förhållandena i ett häktes s.k. KV-avdelning (*häktet Ystad*).

Vid sammanställningen av den här rapporten har JO fattat beslut i de återrapporteringsärenden som rör *anstalten* och *häktet Visby* samt *häktena Huddinge, Jönköping* och *Ystad*.

#### Miljön på Kriminalvårdens rastgårdar

JO har tidigare uttalat att det bör betecknas som en grundläggande rättighet att intagna i anstalter och häkten har möjlighet att betrakta omgivningarna från rastgårdarna. Bra miljöer på rastgårdarna bidrar till att motverka de negativa följderna av ett frihetsberövande.<sup>24</sup> Vid inspektionerna av *häktena Gävle* och *Jönköping* uppmärksammades att häktenas rastgårdar var utformade på sådant sätt att det inte var möjligt att se omgivningen. Vid inspektionen av *anstalten Saltvik* kom det fram att Kriminalvården inlett ett projekt för att förbättra miljön på avskildhetsavdelningens rastgårdar. Det noterades dock att inte heller från dessa rastgårdar var det möjligt att se omgivningarna. Av den anledningen ombads Kriminalvården att återrapportera vilka åtgärder

<sup>23</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6027-2018 s. 4 och 6.

<sup>24</sup> Se JO 2016/17 s. 198.



som myndigheten vidtagit för att förbättra rastgårdarna.<sup>25</sup>

I en återrapportering till JO meddelade Kriminalvården att myndigheten vidtagit åtgärder som gör att det numera är möjligt att betrakta omgivningarna från fem av *häktet Jönköpings* rastgårdar. I ett beslut välkomnade JO de vidtagna förändringarna.<sup>26</sup>

Miljön har förbättrats på vissa av häktet Jönköpings rastgårdar

### Möjligheten att se ut genom fönstren

Vid en inspektion av *anstalten Saltvik* konstaterade JO att de yttre persiennerna i de rum som används för placering i avskildhet kraftigt begränsade inflödet av dagsljus och de intagnas möjlighet att se ut. JO uttalade att den typen av åtgärder – som vidtas för att begränsa insyn till och från andra avdelningar – inte får innebära större inskränkningar än nödvändigt för de intagna och att de kan vara särskilt kännbara för intagna som är placerade i avskildhet. Av den anledningen uppmanades Kriminalvården att se över persiennernas konstruktion för att hitta en lösning som säkerställer de intagnas rätt att betrakta sin omgivning och garantera ett godtagbart ljusinsläpp.<sup>27</sup>

### Övervakningskameran i ett avskildhetsrum

Efter en inspektion av *häktet Gävle* i januari 2017 uppmanade JO Kriminalvården att installera en teknik som gör det möjligt att stänga av kameran i häktets observationsrum. Avsikten är att förhindra att kameran används i andra fall än när det fattats beslut om en sådan bevakningsåtgärd.<sup>28</sup> I samband med inspektionen 2018 kom det fram att det inte hade skett några förändringar och att det fortfarande inte var möjligt att stänga av kameran. JO begärde att Kriminalvården skulle återrapportera vilka åtgärder som vidtagits.<sup>29</sup>

### Utformningen av en kriminalvårdsanstalts och ett häktes lokaler

*Anstalten Visby* inspekterades av JO 2013 och 2016, och efter båda inspektionerna konstaterade JO att det förhållandet att anstalten är inrymd i små lokaler och bara består av fem platser gör det svårt att ge de intagna en meningsfull sysselsättning. Efter inspektionen 2016 uttalade JO att det var oacceptabelt att det bedrevs anstaltsverksamhet under de rådande förhållandena.<sup>30</sup>

*Anstalten* och *häktet Visby* – som är inrymda i samma byggnad – inspekterades under 2018, och efter inspektionerna konstaterade JO att det skett vissa förändringar av anstaltslokalerna avseende en rastgård. Dessa förändringar påverkade dock inte det grundläggande problemet att lokalerna är allt för små

25 Se JO:s protokoll i dnr 1364-2018 s. 13 och 14, dnr 4675-2018 s. 13 och 14 och dnr 6027-2018 s. 7.

26 Se JO:s beslut den 21 februari 2019 i dnr O 5-2019.

27 Se JO:s protokoll i dnr 6027-2018 s. 6 och 7.

28 Se JO:s protokoll i dnr 750-2018 s. 11.

29 Se JO:s protokoll i dnr 4675-2018 s. 13 och 15.

30 Se JO:s protokoll i dnr 2768-2013 och 6621-2016.

Anstalten Visby har stängts och häktet Visby har därmed fått mer ändamålsenliga lokaler

för att det ska vara möjligt att bedriva en ändamålsenlig anstaltsverksamhet där. Enligt JO var det mycket angeläget att Kriminalvården omedelbart vidtog de åtgärder som krävs för att häktet Visby ska få tillgång till mer ändamålsenliga lokaler. Ett första steg i denna process ansåg JO vara att stänga *anstalten Visby* och Kriminalvården ombads att komma in med en redogörelse för vilka åtgärder som vidtagits med anledning av JO:s uttalande.<sup>31</sup>

I en återrapportering har Kriminalvården meddelat att *anstalten Visby* har stängts och att de lokaler som tidigare användes av anstalten har anpassats för häktesverksamhet. JO har välkomnat dessa förändringar.<sup>32</sup>

### Miljön i ett häktes utskrivningslokal

Vid inspektionen av *häktet Huddinge* i januari 2017 noterades att den lokal som tidigare användes för inskrivning numera används i samband med att intagna tillfälligt lämnar häktet vid utevistelser (t.ex. sjukhusbesök). Det noterades vidare att det pågick en ombyggnation av lokalens ”väntbås” för att göra dem större och ljudtäta. Med anledning av den pågående ombyggnationen begärde JO att Kriminalvården skulle återrapportera vilka åtgärder som vidtagits vid utformningen av väntbåsen för att säkerställa de intagnas integritet och säkerhet.<sup>33</sup>

I en återrapportering den 13 juni 2018 uppgav Kriminalvården att väntbåsen ersatts med fyra nya celler. Cellernas väggar är sammanfogade med taket och har ljudisolerats. Vidare har dörrarna bytts ut till celldörrar med tillsynslucka.

Den 23 augusti 2018 gjorde JO en uppföljande inspektion av häktet. Vid inspektionen noterades att de tidigare fyra väntbåsen ersatts av tre väntceller. Efter inspektionen uttalade JO att det är positivt att häktet slutfört nödvändiga förändringar av in- och utskrivningsavdelningarna, och att det numera finns ett mer ändamålsenligt system som tillgodoser bl.a. de intagnas integritet.<sup>34</sup>

### Förhållandena i ett häktes s.k. KV-avdelning

Det har genomförts två Opcat-inspektioner av *häktet Ystad* (september 2014 och februari 2017), och vid båda tillfällena har JO framfört synpunkter angående ett särskilt utrymme med två häktesplatser som är skilda från övriga häktesplatser (”KV-avdelningen”). JO uppmanade Kriminalvården att efter inspektionen 2017 komma in med en redogörelse för vilka åtgärder myndigheten har vidtagit för att det ska vara möjligt att följa vilka intagna som varit placerade på KV-avdelningen och om de varit placerade ensamma eller tillsammans med någon annan intagen.

<sup>31</sup> Se JO:s protokoll i dnr 4139-2018 s. 9 och dnr 4140-2018 s. 6.

<sup>32</sup> Se JO:s beslut den 10 juni 2019 i dnr O 40-2019.

<sup>33</sup> Se JO:s protokoll i dnr 416-2017 s. 14 och 15.

<sup>34</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5563-2018 s. 5.

I sin återrapportering framhöll Kriminalvården att häktet Ystad strävar efter att primärt placera de intagna på de ordinarie häktesavdelningarna. Vid ett högt beläggningstryck eller när den enskilde har särskilda behov kan KV-avdelningen nyttjas för placering. Enligt Kriminalvården inskränker en placering på KV-avdelningen inte de häktades möjlighet till vistelse i gemensamhet och är därmed inte att betrakta som en avskildhetsplacering. De intagna intar sina måltider på KV-avdelningen och slussas därefter ut i gemensamhet och sysselsättning med intagna på de andra avdelningarna. Efter lunchen läses samtliga häktade in i sina celler. Eftermiddagen spenderar de intagna åter i gemensamhet och sysselsättning. Enligt Kriminalvården kan KV-avdelningen användas bl.a. som ett ”mellanläge” för häktade som har haft restriktioner länge och som därefter behöver en viss tid för att anpassa sig till gemensamhet. Det är enligt myndigheten inte ändamålsenligt att inrätta särskild dokumentation för KV-avdelningen och det saknas systemstöd för en sådan dokumentation.

I ett beslut uttalade JO att häktet Ystad är ett gemensamhetshäkte och att begreppet ”gemensamhet” får anses förutsätta en vistelse tillsammans med flera andra intagna. Det innebär att exempelvis samsittning (två intagna vistas tillsammans) inte går att jämföra med vistelse i gemensamhet. Vidare framhöll JO att en avdelning måste bestå av åtminstone tre celler för att lagstiftningens grundläggande krav om intagnas rätt till vistelse i gemensamhet under dagtid ska kunna tillgodoses. KV-avdelningen uppfyller inte detta grundläggande krav och därför bör begreppet ”avdelningen” enligt JO inte användas för att beskriva denna del av häktet Ystad.

JO uttalade vidare att det är bekymmersamt att Kriminalvården inrättar platser som med myndighetens egna ord befinner sig i någon form av ”mellanläge” mellan avskildhet och gemensamhet. Det kan finnas ett behov av att inrätta avdelningar som kan tillgodose intagnas behov av att vistas i en mindre grupp av intagna. Dock måste sådana avdelningar enligt JO utformas på ett sätt att de inte begränsar de intagnas rätt till vistelse i gemensamhet under dagtid. Detta är nödvändigt för att motverka att verksamheten bedrivs i en gråzon mellan avskildhet och gemensamhet. Enligt JO bör platserna på KV-avdelningen bara användas i undantagsfall och vidare bör häktet, i samråd med Kriminalvårdens huvudkontor, överväga om dessa platser i framtiden över huvud taget ska användas för placering av intagna.<sup>35</sup>

#### 4.4 Slutsatser

En relativt stor del av JO:s Opcat-verksamhet har under 2018 varit inriktad mot Kriminalvården. Ett av skälen för det är temat transporter av frihetsberövade personer. Kriminalvården har numera ett lagstadgat uppdrag att transportera även andra frihetsberövade än myndighetens egna klienter. Ett annat

Det är bekymmersamt att Kriminalvården inrättar häktesplatser som innebär att intagna befinner sig i ett ”mellanläge” mellan avskildhet och gemensamhet

<sup>35</sup> Se JO:s beslut den 3 september 2018 i dnr 583-2017.

skäl till att det skett relativt många inspektioner inom Kriminalvården, är att myndigheten bedriver en omfattande verksamhet som påverkar ett stort antal frihetsberövade.

En viktig fråga för JO under senare år har varit de miljöer som frihetsberövade vistas i. Det handlar bl.a. om utformningen av celler och möjligheten att se ut genom cellfönstret samt utformningen av rastgårdarna. Frågorna aktualiseras i första hand vid inspektioner av Kriminalvårdens häkten och inspektionerna under 2018 visar att det fortsatt finns ett behov för myndigheten att förbättra dessa miljöer. Det framgår av vissa av Kriminalvårdens återrapporteringar att det är möjligt att förbättra miljöerna med relativt enkla medel. Dessa positiva erfarenheter bör spridas inom myndigheten i syfte att förbättra framför allt häktesmiljöerna och på så sätt minska de negativa konsekvenserna av frihetsberövandet.

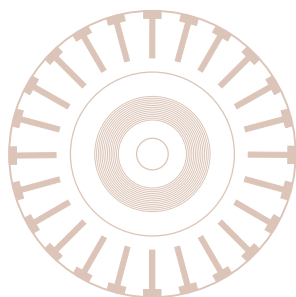
Årets inspektionsverksamhet har även berört frågan om utformningen av avdelningar i häkten och kriminalvårdsanstalter. Det har uppmärksammats att vissa avdelningar bara består av två celler, vilket inte är förenligt med vare sig Kriminalvårdens eller JO:s uppfattning om vilka krav som rimligen bör kunna ställas på en avdelning. Utgångspunkten är att intagna i såväl häkten som kriminalvårdsanstalter ska ha rätt att vistas i gemensamhet med andra intagna. Gemensamhet innebär att den intagne vistas med minst två andra intagna. Avdelningar som bara består av två celler gör det svårt för Kriminalvården att uppfylla detta krav. Vissa avdelningar saknar vidare ändamålsenliga gemensamhetsutrymmen och det är något som även har uppmärksammats av JO under 2019. Iakttagelserna visar på behovet av att Kriminalvården tar ett samlat grepp om frågan om hur en avdelning ska vara utformad för att de intagnas grundläggande rättigheter ska kunna tillgodoses.

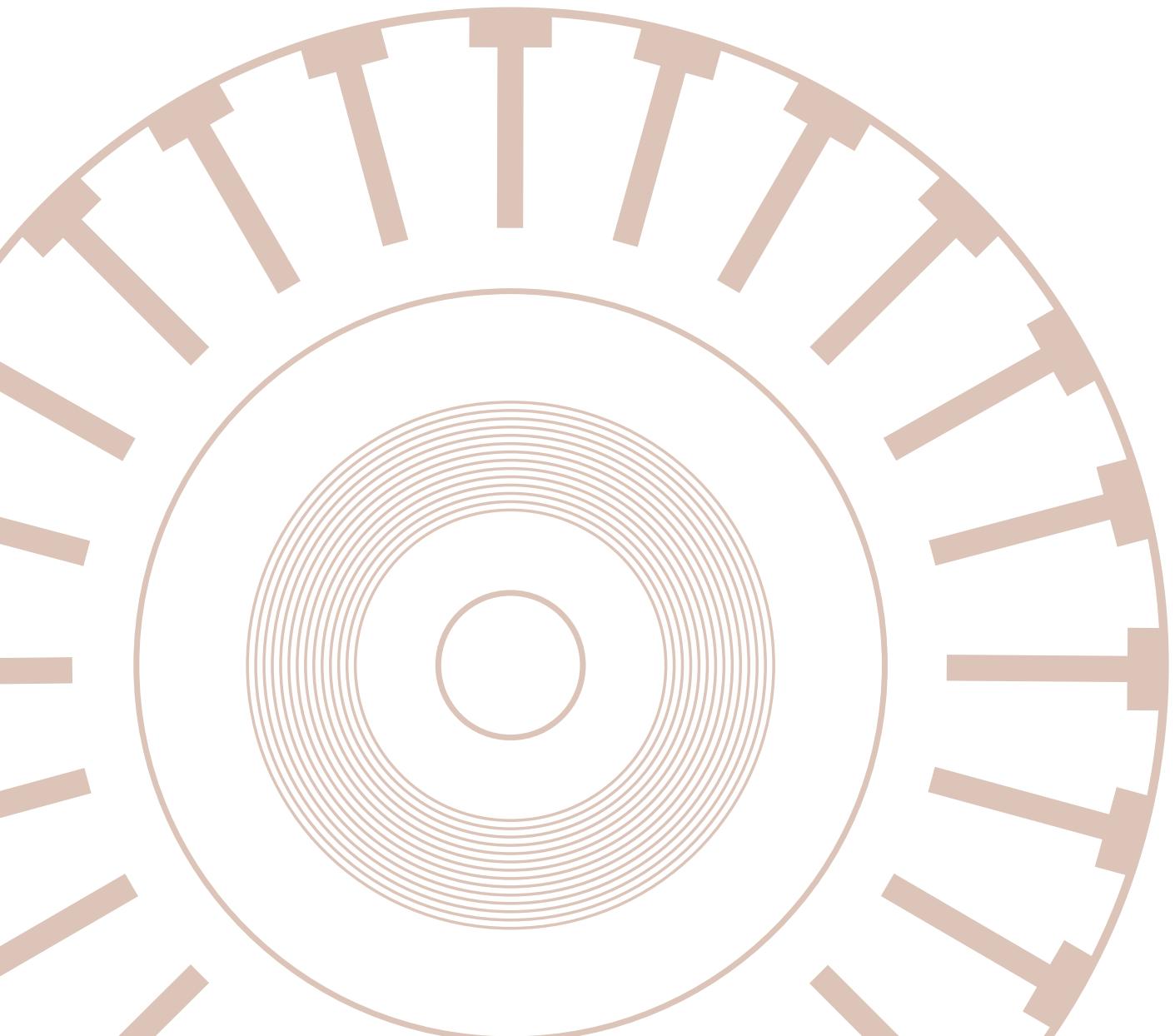
Frågan om de intagna i häktes rätt att vistas i gemensamhet är en fråga som för närvarande utreds av JO i ett särskilt initiativärende efter flera Opcat-inspektioner under 2017. Inom ramen för initiativet genomförde JO i mars 2019 ett dialogmöte med företrädare för Kriminalvården.<sup>36</sup>

JO har under ett antal år följt frågan om kameraövervakning av de intagna i häkten och kriminalvårdsanstalter. Det har uppmärksammats att övervakningskameror har varit igång – ibland med inspelning – trots att det inte funnits ett beslut om sådan övervakning. Efter inspektionen av *häktet Gävle*, bad JO Kriminalvården att komma in med en redogörelse för i vilka häkten det finns kameraövervakade celler. Redogörelsen visar att de flesta häkten har sådana celler, det positiva är att samtliga kameror numera är försedda med olika typer av funktioner som gör det möjligt att stänga av dem när det inte finns ett beslut om kameraövervakning. En fortsatt viktig fråga att följa inom inspektionsverksamheten är att kriminalvårdspersonalen känner till det regelverk som styr användandet av sådana kameror.

<sup>36</sup> Se JO:s dnr O 7-2018.

Det förhållandet att Kriminalvården har låtit den tidigare aviserade översynen av Kriminalvårdens riksmottagningar vila gör att det kan finnas skäl för JO under de närmsta åren ta upp situationen för de intagna på dessa mottagningar. I maj 2019 genomfördes en inspektion av riksmottagningen i *anstalten Kumla* och arbetet med de iakttagelser som gjordes vid inspektionen kommer att läggas till grund för ett fortsatt arbete hos JO. Även frågan om dubbelläggning av intagna – som uppmärksammades vid inspektionen av *häktet Saltvik* – är en fråga som JO under 2019 fortsatt kommer att ha fokus på.







Statens institutionsstyrelse

# Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse, SiS, ansvarar för de LVM-hem där missbrukare som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, placeras. SiS är också huvudman för de särskilda ungdomshemmen där ungdomar som vårdas med stöd av 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn kan placeras. I de särskilda ungdomshemmen placeras även ungdomar som har dömts till sluten ungdomsvård och som verkställer påföljden enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU. Vid utgången av 2018 fanns det i Sverige 23 särskilda ungdomshem med 700 platser och 11 LVM-hem med 400 platser.

Under 2018 inspekterades tre av SiS institutioner och två av dessa inspekterades för första gången av JO.<sup>1</sup> Två av inspektionerna var oanmälda.

## 5.1 Laktagelser vid årets inspektioner

En viktig fråga vid inspektionerna av SiS institutioner är att undersöka hur SiS tillämpar bestämmelserna om vård i enskildhet och avskiljande av intagna. Erfarenheten från tidigare års inspektioner är att det ibland kan råda en osäkerhet hos personalen om hur dessa regler – som medger att intagnas rätt till vistelse i gemensamhet begränsas – ska tillämpas. Vid årets inspektioner har även frågan om en trygg och säker vård uppmärksammats särskilt. Slutligen har institutionernas möjligheter att tillgodose de intagnas rätt till daglig utomhusvistelse tagits upp.<sup>2</sup>

### Vård i enskildhet

En viktig utgångspunkt är att den som vårdas på någon av SiS institutioner har rätt att vistas tillsammans med andra intagna i gemensamhet. SiS har möjlighet att i vissa fall begränsa denna rätt, och myndigheten kan hindra en intagen från att träffa andra intagna om det krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet (vård i enskildhet). Vård i enskildhet ska vara anpassad efter den intagnes individuella vårdbehov. En fråga om vård i enskildhet ska prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från den senaste prövningen.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> De särskilda ungdomshemmen Johannisberg och Sundbo samt LVM-hemmet Fortunagården.

<sup>2</sup> Sedan den 1 oktober 2018 gäller nya regler enligt vilka intagna som befinner sig på en läsbar enhet hos SiS ska ges möjlighet att dels dagligen vistas utomhus, dels ägna sig åt fysisk aktivitet eller någon annan fritidssysselsättning (34 § tredje stycket LVM och 15 b § andra stycket LVU).

<sup>3</sup> 34 a § LVM, 15 d § LVU och 14 a § LSU.



Vid inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* kom det fram att hemmet saknar lokaler för att vårda intagna i enskildhet. Hemmets låsta avdelning är uppdelad i två delar och i den mindre intagsdelen placeras intagna som regel under den första tiden på *LVM-hemmet*. I samtal med företrädare från JO uppgav en intagen att hon hade vistats som enda intagen i intagsdelen. Enligt JO uppvisar en sådan placering likheter med de förhållanden som råder för en intagen som vårdas i enskildhet. Om en intagen placeras ensam i intagsdelen eftersom hon p.g.a. drogpåverkan inte bedöms kunna vistas tillsammans med andra intagna, är det enligt JO fråga om vård i enskildhet som måste dokumenteras i ett beslut. Det är nämligen inte acceptabelt att tvångsvården bedrivs i en gråzon.<sup>4</sup>

I samtal med personal på *det särskilda ungdomshemmet Sundbo* kom det fram att ungdomshemmet tar emot många ungdomar som omplacerats från andra ungdomshem. Enligt personalen är det inte möjligt att ta ut ungdomarna direkt till en avdelning. Därför ges ungdomarna inledningsvis vård i enskildhet och avsikten är att personalen ska kunna "lära känna" dem. Efter den inledande vården i enskildhet brukar ungdomen som regel under en provotid få vistas tillsammans med andra ungdomar. Under provotiden finns beslutet om vård i enskildhet kvar. De ungdomar som ges vård i enskildhet har tillgång till personal mellan kl. 7.30 och 21.00. Övrig tid är ungdomarna inlåsta. Enligt ledningen är det bara möjligt att öppna in till ungdomarna om nattpersonalen får förstärkning av tillsynsjouren. Vid inspektionen framhöll även personalen att det vore bäst om ungdomar som får vård enligt LSU inledningsvis regelmässigt kunde placeras i enskildhet. Personalen var dock medveten om att sådana placeringar inte är tillåtna.<sup>5</sup>

I de samtal som JO:s medarbetare hade med 15 ungdomar intagna på *det särskilda ungdomshemmet Sundbo* (både LVU och LSU) uppgav åtta ungdomar att de hade placerats direkt i vård i enskildhet när de kom dit. Vården i enskildhet hade pågått i allt från några dagar upp till en månad. Ungdomarna berättade att de under den största delen av tiden vistades ensamma.<sup>6</sup>

## Avskiljande

SiS har möjlighet att avskilja en intagen. En intagen får avskiljas om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Under avskildheten ska den intagne stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får inte hållas avskild längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt. En intagen på ett *LVM-hem* får aldrig vara avskild längre än 24 timmar i följd. För en intagen på ett särskilt ungdomshem är

Placering av nyintagna på ett behandlingshems mottagningsavdelning kan i vissa fall innebära vård i enskildhet

<sup>4</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 16 och 17.

<sup>5</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7107-2018 s. 11 och 15.

<sup>6</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7107-2018 s. 11 och 12.

den längsta tiden för ett avskiljande begränsad till fyra timmar. Enligt en ny bestämmelse som trädde i kraft den 1 oktober 2018 ska läkare eller sjuksköterska skyndsamt yttra sig när en ungdom avskiljs, och om vårdpersonalen begär det, ska åtgärden genast avbrytas.<sup>7</sup>

Någon månad före inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* hade det uppstått en larmsituation, och en intagen hade förts från hemmets låsta avdelning till rummet för avskiljande. Den intagne placerades under en kort tid i rummet tillsammans med personal, men utan att det fattades något beslut om avskiljande. JO konstaterade att den intagna fördes från avdelningen eftersom det fanns en oro för hennes psykiska mående. Därmed var det mycket som talade för att personalen skulle ha hindrat den intagna från att lämna rummet för avskiljande om hon hade försökt återvända till avdelningen. Av dessa skäl låg det enligt JO nära till hands att beskriva den vidtagna åtgärden som ett avskiljande. Den beskrivna situationen understryker enligt JO vikten av att personalen har den kompetens som krävs för att kunna avgöra när det är fråga om ett avskiljande och därmed när det finns en skyldighet att fatta beslut om en sådan åtgärd.<sup>8</sup>

Personalen måste ha den kompetens som krävs för att kunna avgöra när en intagen har blivit avskild

Vid inspektionen av *det särskilda ungdomshemmet Johannisberg* kom det fram uppgifter om en händelse som enligt ledningen för hemmet var att beteckna som ett avskiljande. Åtgärden hade inte dokumenterats i ett beslut. Efter inspektionen framhöll JO vikten av att ledningen för ungdomshemmet vidtar åtgärder som säkerställer att all personal har nödvändiga kunskaper om tvångsåtgärder.<sup>9</sup>

### Rätten att vistas i gemensamhet

Vissa av avdelningarna på *det särskilda ungdomshemmet Johannisberg* kan sektioneras. Genom en sektionering är det möjligt att skilja på ungdomar som inte bedöms kunna vistas med varandra. Vid inspektionen var en avdelning sektionerad. I den ena sektionen vistades två ungdomar. I samtal med en av dessa ungdomar kom det fram att sektioneringen hade skett eftersom han inte kunde vistas med en av de intagna som var placerad i den andra sektionen. Efter inspektionen framhöll JO att utgångspunkten vid vård på ett särskilt ungdomshem är att en intagen ska ges möjlighet att under dagtid vistas med andra intagna. Denna rätt kan begränsas genom beslut om dels vård i enskildhet, dels avskiljande.

Rätten till gemensamhet innebär att en intagen i ett ungdomshem har rätt att vistas med åtminstone två andra intagna. Denna rätt måste kunna tillgodoses även om en avdelning sektioneras. Om en sektionering leder till att färre än tre ungdomar vistas tillsammans måste personalen, enligt JO, omedelbart

En intagen ska under dagtid ha rätt att vistas med andra intagna

<sup>7</sup> 34 b § LVM, 15 c § LVU och 17 § LSU.

<sup>8</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 16.

<sup>9</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6204-2018 s. 20.

vidta åtgärder för att säkerställa att den upphör så snart som möjligt. Det kan innebära att personalen aktivt arbetar med omplaceringar av ungdomar till någon annan avdelning eller till något annat av SiS ungdomshem. I avvaktan på en omplacering måste personalen arbeta aktivt för att minska den negativa påverkan det kan ha på ungdomar att vistas under sådana förhållanden.<sup>10</sup>

### Rätten till daglig utomhusvistelse

Sedan den 1 oktober 2018 har intagna som vistas på en låst enhet i ett LVM-hem rätt att dagligen vistas utomhus. Samma rättighet finns för barn och unga som vistas på ett särskilt ungdomshem.<sup>11</sup> Vid inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* kom fram att det på grund av personalbrist inte hade varit möjligt att låta de intagna vistas på hemmets rastgård. Av den anledningen erinrade JO om de nya reglerna om rätten till daglig utomhusvistelse.<sup>12</sup>

Intagna i LVM-hem och särskilda ungdomshem har rätt till daglig utomhusvistelse

### Behandling och sysselsättning

En återkommande fråga vid JO:s inspektioner är vilka möjligheter som SiS har att ge de intagna i LVM-hem en meningsfull sysselsättning och ett adekvat vårdinnehåll. Vid inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* framförde samtliga av de intagna som JO:s medarbetare samtalande med klagomål över bristen på behandling och sysselsättning. Efter inspektionen noterade JO att hemmet hade vidtagit åtgärder för att ge de intagnas vistelse på hemmet ett mer strukturerat innehåll. JO underströk dock vikten av att de intagna erbjuds en reell och meningsfull sysselsättning. Det är en nödvändighet för att nå SiS mål om att de intagna ska få möjligheter att påverka sin situation.<sup>13</sup>

### Brister i den fysiska miljön

Vid inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* noterades att det fanns en s.k. nödplats inrymt i ett mindre utrymme vars golvyta uppmättes till tre kvadratmeter. Rummet har ett fönster som vetter ut mot ett gemensamt allrum. Den som befinner sig i allrummet har i det närmaste full insyn i rummet. Enligt JO är utrymmet därför inte lämpligt som bostadsrum och LVM-hemmet rekommenderades att sluta använda rummet för det ändamålet. I ett av hemmets allrum hade det installerats en s.k. rökbox. Vid inspektionen noterades att det spreds cigarettök från rökboxen ut i allrummet och att det hade en negativ inverkan på inomhusmiljön. JO framhöll att den som är frihetsberövad inte i onödan ska behöva vistas i en ohälsosam miljö. Eftersom de intagna har möjlighet att röka utomhus fanns det enligt JO inte ett absolut behov av rökboxen. Av den anledningen ansåg JO att LVM-hemmet borde överväga att ta bort den.<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6204-2018 s. 19 och 20.

<sup>11</sup> 34 § tredje stycket LVM, 15 b § andra stycket LVU och 12 § LSU.

<sup>12</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 14.

<sup>13</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 14 och 15.

<sup>14</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 14.

### Anpassning för intagna med funktionsnedsättning

JO har tidigare uttalat att ett LVM-hem ska se till att vården av intagna med en fysisk funktionsnedsättning kan ske på ett säkert och människovärdigt sätt.<sup>15</sup> Vid inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* var en intagen som var i behov av vissa hjälpmedel placerad i hemmet. Det kom fram att duschen inte var anpassad efter de hjälpmedel hon behövde. Vidare saknade hon ett trygghetslarm. JO uppmanade ledningen för LVM-hemmet att se över utformningen av det aktuella bostadsrummet, tillgången till trygghetslarm m.m. Eftersom liknande brister uppmärksammats vid inspektionen av ett annat LVM-hem<sup>16</sup>, uppmanade JO SiS att se över i vilka LVM-hem det är lämpligt att placera personer med fysiska funktionsnedsättningar.<sup>17</sup>

### Ungdomar som tillhör olika kategorier av intagna placeras tillsammans

Efter inspektionen av *det särskilda ungdomshemmet Sundbo* konstaterade JO att ungdomshemmet placerade ungdomar omhändertagna enligt LVU tillsammans med ungdomar som är dömda till slutet ungdomsvård (LSU). Sådana placeringar förekommer även i andra ungdomshem, t.ex. *det särskilda ungdomshemmet Johannisberg*. Vid inspektionen av ungdomshemmet uppgav ledningen att det skulle vara bättre om hemmet bara tog emot ungdomar enligt LSU. Flera ungdomar som vårdades enligt LVU upplevde det som otryggt att vårdas med ungdomar dömda för brott. Enligt JO finns det skäl att fortsatt följa denna fråga.<sup>18</sup>

JO kommer att följa frågan om hur SiS placerar ungdomar som tillhör olika kategorier av frihetsberövade

## 5.2 Initiativärende som rör SiS

Kriminalvården ska på begäran av SiS hjälpa till vid transporter av en ungdom som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon av de grunder som anges i 3 § LVU. En förutsättning för att SiS ska kunna vända sig till Kriminalvården med en sådan begäran, är att det finns särskilda omständigheter som gör att det kan befaras att transporten inte kan genomföras utan användning av Kriminalvårdens särskilda tvångsåtgärder. SiS kan även begära hjälp om det finns synnerliga skäl.<sup>19</sup> Med synnerliga skäl avses bl.a. situationer där det finns en överhängande risk att den unge skadar sig själv och att det därför inte är möjligt att avvakta med att verkställigheten löses på annat sätt.<sup>20</sup>

Efter inspektionen av *det särskilda ungdomshemmet Johannisberg* framhöll JO att avsikten är att SiS inte ska begära hjälp av Kriminalvården i andra situationer än de som anges i lagstiftningen. Ett välfungerande transportsystem

<sup>15</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2515-2017 s. 13.

<sup>16</sup> Se JO:s protokoll i dnr 2515-2017 s. 4.

<sup>17</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 17.

<sup>18</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7107-2018 s. 21.

<sup>19</sup> 43 § LVU.

<sup>20</sup> Se prop. 2016/17:57 s. 77 och 83.

bygger därför enligt JO bl.a. på att samtliga berörda myndigheter har egna transportorganisationer, och därmed att Kriminalvårdens resurser inte behöver tas i anspråk i onödan. Den rutin som ungdomshemmet har för att anlita kriminalvården kommer utredas av JO i ett särskilt initiativärende.<sup>21</sup>

### 5.3 Iakttagelser som gjort att JO har begärt återrapportering

JO har efter inspektionerna av *LVM-hemmet Fortunagården* samt *de särskilda ungdomshemmen Johannisberg* och *Sundbo* begärt att SiS ska återkomma med besked om hur myndigheten har hanterat vissa frågor som uppmärksammats av JO:s medarbetare. Återrapportering har begärts beträffande följande frågor:

- Åtgärder för att kunna ge en trygg och säker vård (*det särskilda ungdomshemmet Sundbo*).
- Regnskydd på institutionernas rastgårdar (*LVM-hemmet Fortunagården*).
- Rutin för uppföljning av handräckningstransporter (*det särskilda ungdomshemmet Johannisberg*).

Vid tiden för sammanställningen av den här rapporten hade JO fattat beslut i fråga om återrapportering angående *det särskilda ungdomshemmet Sundbo*.

#### Åtgärder för att kunna ge en trygg och säker vård

Vid inspektionen av *det särskilda ungdomshemmet Sundbo* berättade ungdomar på hemmet bl.a. att personal utsatte dem för obefogat våld. Det var framför allt situationen på avdelningen Aspen som ungdomarna beskrev som problematisk. Liknande uppgifter hade kommit fram vid en inspektion som Inspektionen för vård och omsorg genomfört ett år tidigare. Under en period om knappt två år hade SiS dessutom gjort fem lex Sarah-anmälningar om allvarliga missförhållanden på ungdomshemmet. Ledningen för ungdomshemmet hade vidtagit vissa åtgärder för att försöka komma till rätta med situationen.

Efter inspektionen drog JO slutsatsen att ledningen för ungdomshemmet i november 2018 inte hade vidtagit tillräckliga åtgärder för att ändra situationen. Av den anledningen ombads SiS återkomma med besked om vilka åtgärder som vidtagits eller planerade att vidtas för att ungdomarna ska få en säker och trygg vård.<sup>22</sup>

I sin återrapportering konstaterade SiS att varken de åtgärder som ungdomshemmets ledningsgrupp vidtagit eller de stödinsatser som ansvarigt verksamhetskontor vidtagit haft önskad effekt. SiS vidtog därför eller planerade att vidta bl.a. följande åtgärder:

SiS har vidtagit åtgärder för att komma till rätta med brister vid ungdomshemmet Sundbo

<sup>21</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6204-2018 s. 18.

<sup>22</sup> Se JO:s protokoll i dnr 7107-2018 s. 19–21.

Det måste finnas en central styrning inom SiS som kan hantera allvarliga brister på myndighetens behandlingshem

- Att tillfälligt stänga avdelningen Aspen.
- Att tillfälligt ta tre arbetstagare ur tjänst under tiden som en utredning pågick.
- Att tillsätta en biträdande institutionschef på ungdomshemmet som en resurs direkt underställd verksamhetsdirektören.
- Att den biträdande institutionschefen ska inleda en utvärdering av ungdomshemmet.
- Att införa en rutin som innebär att verksamhetsdirektören för SiS har regelbundna avstämningar med institutionschefen och att verksamhetsdirektören i sin tur har avstämningar med myndighetens generaldirektör.
- Att utvärdera systemet för egenkontroll och behovet av att förstärka huvudkontorets HR-stöd.
- Att ta fram en handlingsplan för mänskliga rättigheter.

I ett beslut den 30 april 2019 uttalade JO bl.a. att det av SiS yttrande framgår att bristerna på ungdomshemmet varit kända för myndighetens centrala ledning en längre tid. Det framstod dock som att det i huvudsak varit upp till institutionen och verksamhetsdirektören att försöka åtgärda problemen samt följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder. Enligt JO visar erfarenheterna att detta sätt att hantera problemen inte har fungerat tillfredsställande. Det måste finnas en central styrning inom myndigheten som kan hantera den här typen av problem. De åtgärder som huvudkontoret vidtog efter inspektionen borde, enligt JO, ha satts in långt tidigare. JO konstaterade att de åtgärder som vidtagits – bl.a. tillsättandet av den biträdande institutionschefen som en resurs under verksamhetsdirektören – har skapat förutsättningar för att ledningen för SiS i fortsättningen ska kunna följa och vid behov bistå i arbetet med att kartlägga och utvärdera verksamheten vid institutionen och därefter sätta in ändamålsenliga åtgärder. Vidare framhöll JO vikten av att erfarenheterna av den genomlysning som sker av ungdomshemmet tas till vara av myndigheten för att förebygga att liknande situationer uppstår på någon annan av SiS institutioner.<sup>23</sup>

### Regnskydd på institutionernas rastgårdar

Efter inspektionen av *LVM-hemmet Fortunagården* uppmanade JO SiS att förse en av hemmets rastgårdar med ett regnskydd. Med anledning av de nya bestämmelserna om rätten till daglig utomhusvistelse ansåg JO att SiS bör göra en inventering av samtliga institutioners rastgårdar. Detta för att ta reda på vilka ytterligare rastgårdar som behöver förse med regnskydd. Resultatet av inventeringen och besked om vilka åtgärder som SiS har vidtagit eller avser vidta ska återrapporteras till JO.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Se JO:s beslut i dnr O 9-2019.

<sup>24</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5569-2018 s. 14.

## Rutin för uppföljning av handräckningstransporter

Vid inspektionen av *det särskilda ungdomshemmet Johannisberg* uppgav ledningen för hemmet att den övervägde att införa en rutin för uppföljande samtal med ungdomar efter att de transporterats av polis eller kriminalvårdare (handräckningstransporter). JO konstaterade att SiS har en skyldighet att erbjuda ungdomar uppföljande samtal efter att myndigheten verkställt ett beslut om avskildhet, kroppsvisitation, yttlig kroppsbesiktning eller rumsvisitation. Syftet med samtalet är bl.a. att den unge ska ges möjlighet att framföra sin uppfattning om den vidtagna tvångsåtgärden.<sup>25</sup> Det finns däremot inte någon skyldighet att erbjuda ett uppföljande samtal om en ungdom blir föremål för en tvångsåtgärd under en handräckningstransport. Det kan exempelvis vara fråga om beslut om kroppsvisitation eller fängsel.

Av den anledningen är det enligt JO positivt att ledningen för ungdomshemmet Johannisberg övervägde att införa en sådan rutin. Förutom att ungdomen ges möjlighet att ge sin syn på eventuella tvångsåtgärder, kan sådana uppföljande samtal utgöra en värdefull återkoppling till bl.a. Kriminalvården om hur ungdomarna har upplevt transporten.<sup>26</sup>

## 5.4 Slutsatser

Vid årets inspektion av *det särskilda ungdomshemmet Sundbo* kom det fram mycket allvarliga uppgifter om missförhållanden. I sin återrapportering bekräftade SiS den bild som JO fått om att det funnits påtagliga brister i ungdomshemmet. SiS har tagit situationen på stort allvar och har i stort sett omgående vidtagit ett antal åtgärder för att komma tillrätta med de problem som uppmärksammats. Förutom att inspektionen och återrapporteringen aktualiserar frågor som har med situationen i ungdomshemmet att göra, väcker det som kommit fram även mer principiella frågor. Det handlar bl.a. om hur SiS arbetar med styrning och ledning av myndighetens verksamheter.

SiS utvärderings- och förändringsarbete av ungdomshemmet Sundbo berör frågor som är relevanta för övriga LVM-hem och ungdomshem. Det arbete som inletts på ungdomshemmet kan därför förväntas ha en positiv inverkan på övriga delar av SiS verksamhet. Det finns skäl för JO:s Opcat-verksamhet att under de kommande årens inspektioner följa hur SiS arbetar med bl.a. personalens bemötande av intagna och användandet av tvångsåtgärder. Av betydelse i detta sammanhang är även att FN:s barnkonvention blir svensk lag den 1 januari 2020. Det kan även finnas skäl för Opcat-verksamheten att belysa frågan om intagna med stöd av LSU eller LVU fortsättningsvis ska placeras tillsammans på SiS ungdomshem.

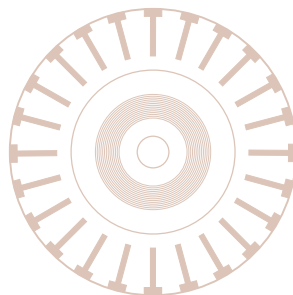
JO:s Opcat-verksamhet har under ett antal år uppmärksammat att det finns

<sup>25</sup> 20 c § LVU och 18 c § LSU.

<sup>26</sup> Se JO:s protokoll i dnr 6204-2018 s. 19.

brister i hur SiS förhåller sig till bestämmelserna om vård i enskildhet och avskiljande. Vid inspektioner som genomfördes 2015–2017 kom det fram att vissa institutioner haft rutiner som riskerat medföra att intagna formlöst blir föremål för vård i enskildhet eller hålls avskilda. JO har erinrat om att sådana åtgärder bara får förekomma under de förutsättningar som anges i lagstiftningen. Det har också uppmärksammats att personalen på en institution i vissa fall dröjt med att dokumentera omprövningsbeslut av vård i enskildhet och vid ett behandlingshem noterades att lokalen som användes för sådan vård inte var ändamålsenlig.<sup>27</sup> Liknande iakttagelser gjordes under 2018 och det visar att det finns skäl för JO:s Opcat-verksamhet att fortsätta följa dessa frågor.

Ytterligare en viktig fråga är den fysiska miljön på SiS institutioner. Det har vid inspektionerna 2018 kommit fram att vissa avdelningar har en utformning eller har använts på sådant sätt att de intagnas rätt till daglig vistelse i gemenskap inte kan tillgodoses. Även denna fråga kommer fortsatt vara i fokus för Opcat-verksamheten.



<sup>27</sup> Se Rapport från Opcat-enheten 2015–2017 s. 32 och 33.



Psykiatrisk tvångsvård



# Psykiatrisk tvångsvård

Vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, bedrivs i Sverige nästan uteslutande av regionerna. Vid utgången av 2018 fanns det uppskattningsvis minst 80 vårdinrättningar där det bedrevs vård enligt LPT och LRV med totalt ca 4 000 vårdplatser. Vid dessa vårdas bl.a. personer som är föremål för psykiatrisk tvångsvård och personer som dömts till rättspsykiatrisk vård. Det förekommer även att patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, placeras på sådana institutioner. Det kan medföra en risk för att de blir föremål för tvång och olika typer av inskränkningar som saknar lagstöd.

Under 2018 genomförde Opcat-enheten tre inspektioner av psykiatriska vårdinrättningar<sup>1</sup>. Samtliga av dessa, förutom Visby lasarett, inspekterades för första gången av JO. En av inspektionerna var oanmäld.

## 6.1 lakttagelser vid årets inspektioner

Inspektionerna av psykiatriska vårdinrättningar omfattar flera olika frågor. Det rör sig bl.a. om möjligheterna att bedriva en god och säker vård, användandet av tvångsåtgärder och hur patienterna informeras om sina rättigheter.

### Möjligheterna att bedriva en god och säker vård

Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet.<sup>2</sup> Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>3</sup> Vård enligt LPT ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god säkerhet i verksamheten.<sup>4</sup> Vidare ska vårdgivaren bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera de instruktioner och rutiner som används i verksamheten.<sup>5</sup>

Vid inspektionen av *Avdelning 130/PIVA vid Danderyds sjukhus* kom det fram att avdelningspersonalen tagit fram ett rutindokument som inte var känt för klinikledningen. Enligt JO är det inte acceptabelt att ledningen, i en verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård, inte känner till vilka rutindokument som används i verksamheterna. Ur patienternas perspektiv är det mycket all-

<sup>1</sup> Avdelning 130/PIVA vid Danderyds sjukhus, Psykiatriska akutmottagningen (länsakuten) och avdelning 1 vid Sankt Görans Sjukhus samt Psykiatriska kliniken avdelningar för heldygnsvård vid Visby lasarett.

<sup>2</sup> 3 kap. 1 § andra stycket HSL.

<sup>3</sup> 5 kap. 2 § HSL.

<sup>4</sup> 15 a § LPT, jfr med 6 § andra stycket LRV.

<sup>5</sup> 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

varligt då det kan medföra en risk för att patienterna inte får en god och säker vård.<sup>6</sup> Vid inspektionen av *Danderyds sjukhus* kom det vidare fram att vissa patienter kände sig otrygga över att de inte kunde låsa om sig på sina rum. De upplevde även att det var jobbigt att dela rum med andra patienter. Efter inspektionen framhöll JO att en förutsättning för god och säker vård är bl.a. att patienterna känner sig trygga. I det sammanhanget kan det ha betydelse att patienterna kan låsa om sig. Av den anledningen uppmanades klinikledningen att undersöka och vidta åtgärder för att förbättra tryggheten och då särskilt beakta situationen för patienter i flerbäddsrum.<sup>7</sup>

Under året genomförde JO en uppföljande inspektion av *Psykiatriska kliniken avdelningar för heldygnsvård vid Visby lasarett*. Kliniken inspekterades 2013 och efter den inspektionen konstaterade JO att det fanns brister i vårdmiljön på en av kliniken avdelningar.<sup>8</sup> Vid inspektionen 2018 hade kliniken fått nya lokaler och JO välkomnade att kliniken numera har lokaler som erbjuder en god behandlingsmiljö med trevligt inredda allmänna utrymmen, fint möblerade patientrum, tillgång till trädgård och att det är möjligt att sektionera avdelningarna. Enligt JO är det också positivt att lokalerna är anpassade till patienter med fysisk funktionsnedsättning och att de ger möjlighet till sysselsättning och fysisk aktivitet.<sup>9</sup> Vid inspektionen framhöll företrädare för kliniken att JO:s uttalanden efter inspektionen 2013 gav verksamhetschefen möjlighet att i samtal med regionpolitikerna understryka vilka krav som bör kunna ställas på en god vårdmiljö. Vidare framhöll företrädarna att en stimulifattig vårdmiljö inte nödvändigtvis behöver ha med den yttre miljön att göra.<sup>10</sup>

Frågan om stimulifattig vårdmiljö var även aktuell vid inspektionen av *Danderyds sjukhus*. Vid inspektionen noterades att intensivvårdsavdelningens lokaler var mycket spartanskt inredda och upplevdes som instängda, mörka och trånga. Klinikledningen delade denna uppfattning men framhöll att den avskalade miljön är bra vid inledningen av vården eftersom patienterna då behöver hjälp att lugna ned sig.<sup>11</sup> Avdelningen saknar även en inhägnad gård för utomhusvistelse. JO erinrade regionen om tidigare uttalanden om att utgångspunkten i psykiatrisk tvångsvård bör vara att en patient dagligen ges möjlighet till minst en timmes utomhusvistelse. JO rekommenderade Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) att i samråd med klinikledningen se över hur patienterna kan få en bättre daglig vårdmiljö och utökade möjligheter till sysselsättning och utomhusvistelse.<sup>12</sup>

En förutsättning för en god och säker vård är att patienterna känner sig trygga

6 Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 17.

7 Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 20.

8 Se JO:s protokoll i dnr 2756-2013 s. 6.

9 Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 11.

10 Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 9.

11 Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 4 och 12.

12 Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 18.

Länsakuten i  
Stockholm är kraftigt  
underdimensionerad

Utformningen av vårdmiljön togs även upp vid inspektionen av *Psykiatriska akutmottagningen vid Sankt Görans Sjukhus (länsakuten)*. Länsakuten är den enda psykiatriska akutmottagningen för vuxna personer i Stockholms län. Vid JO:s inspektion kom det fram att den är dimensionerad för att ta emot 7 000 patienter per år. Under 2017 sökte sig 23 000 patienter till mottagningen. Efter inspektionen uttalade JO att akutmottagningen i dag inte kan beskrivas som annat än kraftigt underdimensionerad. Vid inspektionen kom det fram att patienter i vissa fall var tvungna att stanna kvar i akutmottagningens lokaler i väntan på transport till en vårdavdelning. Enligt JO accentueras problemen med den underdimensionerade mottagningen i dessa situationer. I stället för att få adekvat vård tvingades patienterna vara kvar i lokaler som inte bara är underdimensionerade, utan där det dessutom saknas möjlighet att erbjuda dem utomhusvistelse och varma måltider. Enligt JO kan det starkt ifrågasättas om denna situation är förenlig med det grundläggande kravet på att all vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.<sup>13</sup>

En viktig del i arbetet med att bedriva god och säker vård är att avvikelser dokumenteras. Vid inspektionen av *Danderyds sjukhus* kom det fram att klinikens rutindokument för avvikelshantering inte tillämpades och att klinikledningen misstänkte att för få händelser rapporterades som avvikelser. Efter inspektionen underströk JO att dokumentation är nödvändig för att kunna granska och kontrollera händelser i efterhand, men också för att kunna följa upp och förbättra förhållandena framöver. Dokumentationen är ett viktigt verktyg i arbetet med att förebygga uppkomsten av kränkande eller omänsklig behandling. Av den anledningen uppmanades klinikledningen att utbilda personalen om gällande regler och att förtydliga rutinerna på avdelningen, t.ex. i fråga om när en avvikelserapport ska upprättas.<sup>14</sup>

Personalens tillsyn av patienter fyller en viktig funktion för att bl.a. förhindra självskadande handlingar och på så sätt trygga vårdmiljön. Vid inspektionen av *Visby lasarett* kom det fram att personalen vid vissa tillfällen brustit i tillsynen över patienterna eftersom bemanningen varit för låg. Efter inspektionen framhöll JO att tillsyn över patienterna är nödvändig för att kliniken ska kunna ge god vård med god säkerhet. JO förutsatte att kliniken vidtog åtgärder som säkerställer att det alltid finns tillräckliga personalresurser för att kunna ha en sådan tillsyn över patienterna som bedöms nödvändig.<sup>15</sup>

### Tvångsåtgärder

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller

<sup>13</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5990-2018 s. 16

<sup>14</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 21.

<sup>15</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 12.

liknande anordning. Vidare får en patient hållas avskild från andra patienter om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, bl.a. för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas.<sup>16</sup> Den senare bestämmelsen kan även tillämpas när det gäller patienter som vårdas med stöd av HSL.<sup>17</sup> Med kroppsvisitation avses en kontroll av en patients kläder, väskor eller något annat som han eller hon för med sig.<sup>18</sup>

Vid inspektionen av *Danderyds sjukhus* kom det fram att avdelningen saknade ett särskilt rum för fastspänning och avskiljande. Sådana tvångsåtgärder vidtogs därför på patientrummen. När det var fråga om fastspänning rullades en mobil bältessäng in i patientens rum. Efter inspektionen framhöll JO att CPT rekommenderat att en patient inte ska bli föremål för fastspänning i andra patienters åsyn.<sup>19</sup> JO delar denna uppfattning och förutsatte att Danderyds sjukhus har rutiner och ett arbetssätt som upprätthåller integriteten för den enskilde patienten i samband med fastspänning.<sup>20</sup>

När det gäller fastspänningar har JO tidigare ifrågasatt ett förfarande som innebär att patienter som späns fast släpps upp för toalettbesök och därefter åter späns fast. Ett sådant tillvägagångssätt kan nämligen, enligt JO, tyda på att tvångsåtgärden används i större utsträckning än vad lagen tillåter.<sup>21</sup> Vid inspektionen av *Visby lasarett* uppmärksammades en lokal rutin för tillämpning av 19 § LPT. Enligt rutinen är en fastspänning om maximalt fyra timmar kortvarig och det inkluderar t.ex. ett toalettbesök. Efter inspektionen påminde JO om tidigare uttalanden om att det i uttrycket ”omedelbar fara” torde ligga att det är fråga om att avvärja en plötslig händelse. En fastspänning får inte användas för att förhindra något som man anar är under uppsegling. Region Gotland uppmanades att vidta åtgärder som säkerställer att fastspänning endast sker i enlighet med lagen och under så kort tid som möjligt.<sup>22</sup>

Vid inspektionen av *Visby lasarett* kom det även fram att det i ett rutindokument angavs att det saknas lagstöd för att visitera patienter som vårdas enligt HSL. Efter inspektionen framhöll JO att denna uppgift är felaktig och att även patienter som vårdas frivilligt kan visiteras. Vid inspektionen kom det också fram uppgifter om att personalen visiterade alla patienter när de kom till kliniken. Detta är enligt JO att jämföra med en allmän inpasseringskontroll som kliniken saknar nödvändig säkerhetsklassificering för att få utföra. Av den anledningen behövde kliniken, enligt JO, tydliggöra för personalen att

Fastspänning får inte användas för att förhindra något som vårdpersonalen anar är under uppsegling

16 19, 20 och 23 §§ LPT.

17 23 a § LPT.

18 Se prop. 1990/91:58 s. 148 och 263.

19 Se CPT/Inf[2017] 6, p. 3-5.

20 Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 19.

21 Se JO:s protokoll i dnr 3816-2017 s. 22.

22 Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 11.

en visitation alltid måste föregås av en bedömning i det enskilda fallet och att åtgärden i förekommande fall ska föregås av ett beslut.<sup>23</sup>

Liknande iakttagelser gjordes vid inspektionen av *Danderyds sjukhus* och det uppmärksammades att personalen på avdelningen använde ett avdelningsdokument där det felaktigt angavs att HSL-patienter inte kan visiteras. Klinikledningen saknade kännedom om avdelningsdokumentet. Efter inspektionen uttalade JO att klinikledningen behöver vidta åtgärder som säkerställer att beslut om visitation fattas i varje enskilt fall och att det föregås av en individuell bedömning. JO uppmanade klinikledningen att även se över den skriftliga information som lämnas till patienterna eftersom den information om kroppsvisitation som lämnades till patienterna var alldeles för generellt utformad.<sup>24</sup>

### Medicinering mot en patients vilja

Under inspektionen av *Danderyds sjukhus* kom det fram att de fall där fysiskt tvång använts i samband med medicinering mot en patients vilja rapporterades till Socialstyrelsen. Personal och patienter upplevde däremot att en tvångssituation kan uppstå i ett tidigare skede, t.ex. när patienter tar sin medicin ”motvilligt”. Sådana situationer dokumenteras i patienternas journaler. Enligt JO är det positivt att det av dokumentationen framgår om patienten övertalats att ta sin medicin, kanske för att undgå fysiskt tvång. JO framhöll vidare att det finns goda skäl för att samla in uppgifter över situationer som kan uppfattas som informellt tvång i samband med medicinering mot en patients vilja. Sådana uppgifter är en förutsättning för att kunna utvärdera och analysera åtgärder i samband med tvångsmedicinering och för att kunna förbättra vården för LPT-patienter.<sup>25</sup>

Det finns skäl att dokumentera informellt tvång

### Information till patienterna

En patient ska upplysas om sin rätt att få en stödperson, att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få ett offentligt biträde, och LPT ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.<sup>26</sup> CPT har i en standard uttalat att skriftlig information om vårdinrättningens rutiner och patients rättigheter bör överlämnas till varje patient, och dennes anhöriga, i samband med intagning. Patienten ska även få hjälp med att förstå informationen.<sup>27</sup>

Under inspektionen av *Visby lasarett* kom det fram att klinikens informationsblad saknade information om patienternas rätt att anlita ombud eller biträde. Vidare kom det fram att informationen om avdelningarnas rutiner bara

<sup>23</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 11 och 12.

<sup>24</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 19.

<sup>25</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 20.

<sup>26</sup> 30 och 48 §§ LPT.

<sup>27</sup> Se CPT/Inf[98] 12, p. 53.

fanns på svenska. JO rekommenderade kliniken att komplettera det skriftliga informationsmaterialet och att översätta det till andra språk.<sup>28</sup>

## 6.2 Initiativärende som rör psykiatriska avdelningar och mottagningar

Sedan ett vårdintyg har utfärdats får en läkare besluta att patienten ska hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts.<sup>29</sup> Frågan om intagning för slutna psykiatrisk tvångsvård ska avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten och senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen.<sup>30</sup> I förarbetena till lagen framhålls att sjukvårdshuvudmännen har ett vittgående ansvar för att organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt och ha sådana rutiner att intagningsbeslut kan fattas snarast efter det att patienten har kommit till sjukvårdsinrättningen.<sup>31</sup>

I Stockholms län har den psykiatriska tvångsvården organiserats på sådant sätt att vårdintyg utfärdas av läkare på *länsakuten*. Där fattas även beslut om kvarhållning. Därefter transporteras som regel patienten till en vårdavdelning där frågan om intagning prövas. I riktlinjerna för SLSO anges att ett kvarhållningsbeslut som fattas i en psykiatrisk verksamhet inom sjukvårdsområdet är giltigt även i en annan verksamhet i sjukvårdsområdet när en patient har transporterats dit. Vid inspektionen av *Danderyds sjukhus* kom det fram att det fanns olika uppfattningar bland läkarna i frågan om ett kvarhållningsbeslut som fattats på *länsakuten* även gäller på sjukhuset, eller om ett nytt sådant beslut behöver fattas när patienten anlät.<sup>32</sup> Efter inspektionen av *länsakuten* konstaterade JO att dessa förhållanden väcker frågor bl.a. om Region Stockholms sätt att organisera den psykiatriska slutenvården, innebörden av begreppet ”vårdinrättning” och räckvidden av ett beslut om kvarhållning. Dessa frågor kommer att utredas av JO inom ramen för ett särskilt initiativärende.<sup>33</sup>

Region Stockholms sätt att organisera den psykiatriska slutenvården aktualiserar bl.a. frågan om innebörden av begreppet ”vårdinrättning”

## 6.3 Laktagelser som gjort att JO har begärt återrapportering

JO har efter inspektionen av *länsakuten* begärt återrapportering i fråga om transporter av patienter. Vidare begärde JO återrapporteringar efter inspektionerna av *Allmänpsykiatriska slutenvården Karlstad* i maj 2017, *BUP Stockholm*, *Allmänpsykiatriska slutenvården Luleå* och *BUP Luleå* i juni 2017. Återrapportering har begärts beträffande följande frågor:

- Säkerställandet av att patienterna erbjuds daglig utomhusvistelse (*Allmänpsykiatriska slutenvården Karlstad*, *Allmänpsykiatriska slutenvården Luleå* samt *BUP Luleå* och *BUP Stockholm*).

<sup>28</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3888-2018 s. 13.

<sup>29</sup> 6 § första stycket LPT.

<sup>30</sup> 6 b § första stycket LPT.

<sup>31</sup> Se prop. 1999/2000:44 s. 59.

<sup>32</sup> Se JO:s protokoll i dnr 3887-2018 s. 18

<sup>33</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5990-2018 s. 17 och dnr 1732-2019.

- Säkerställandet av att patienterna får information om sina rättigheter (*BUP Stockholm*).
- Vilka åtgärder som vidtagits för att minska stigmatiseringen i samband med transporter av patienter (*länsakuten*).

Vid tiden för sammanställningen av den här rapporten har JO fattat beslut i fråga om samtliga återrapporeringar utom länsakuten.

### Daglig utomhusvistelse

I samband med inspektionerna av *Allmänpsykiatriska slutenvården Karlstad*, *BUP Stockholm* och *Allmänpsykiatriska slutenvården Luleå* uppmärksammades bl.a. att det fanns patienter som vårdades frivilligt men som inte tilläts gå utanför klinikerna utan att personal var tillsammans med dem. Vid inspektionen av *BUP Luleå* kom det fram att det fanns personal som hade uppfattningen att HSL-patienter i vissa fall endast fick gå ut med personal eller vårdnadshavare. I uttalanden efter inspektionerna underströk JO att HSL inte erbjuder något lagstöd för att hindra en patient att lämna kliniken. Enligt JO behövde klinikerna vidta åtgärder som säkerställer dels en rättssäker hantering av de berörda patienternas önskemål om att få komma utomhus, dels att alla patienter erbjuds daglig utomhusvistelse.

I återrapporeringen beträffande *Allmänpsykiatriska slutenvården Karlstad* angav kliniken att det skapats promenadgrupper för att säkerställa patienternas rätt till daglig utomhusvistelse. I ett beslut välkomnade JO det förändringsarbete som hade inletts och avslutade ärendet.<sup>34</sup>

I återrapporeringen avseende *BUP Stockholm* meddelade kliniken att det genomförts utbildningsinsatser av personalen. Regionen lämnade även redogörelser för andra förändringar som skett efter JO:s inspektion. JO välkomnade i ett beslut det förändringsarbete som hade inletts, men framhöll samtidigt vikten av att kliniken erbjuder alla patienter daglig utomhusvistelse.<sup>35</sup>

### Information till patienterna om deras rättigheter

Vid inspektionen av *BUP Stockholm* kom det fram att regionens broschyr saknade information som enligt 48 § LPT ska ges till patienterna. Vidare fanns broschyren och även vissa av klinikens informationsblad endast på svenska. Efter inspektionen rekommenderade JO kliniken att komplettera det skriftliga materialet så att det innehåller all den information som ska lämnas till patienterna. JO uppmanade kliniken att se till att sådan skriftlig information finns på andra språk än svenska. Av återrapporeringen från kliniken framgår att en skriftlig lokal rutin om information om rättigheter vid vård enligt LPT införts som även innehåller länkar till skriftligt material på olika språk. I ett beslut välkomnade JO det förändringsarbete som inletts, men påtalade bl.a. att det

Hälso- och sjukvårdslagen ger inte något lagstöd för att hindra en patient att lämna en klinik

<sup>34</sup> Se JO:s beslut den 17 december 2018 i dnr 2945-2017.

<sup>35</sup> Se JO:s beslut den 17 december 2018 i dnr 3816-2017.



informationsmaterial från Sveriges kommuner och landsting som kliniken använder sig av saknar information om patientens lagstadgade rätt att anlita ombud eller biträde.<sup>36</sup>

### Åtgärder för att minska stigmatiseringen i samband med transport av patienter

I samband med inspektionen av *länsakuten* kom det fram att företrädare för kliniken upplevde Kriminalvårdens sätt att genomföra handräckningstransporter som problematisk bl.a. eftersom kriminalvårdarna är uniformerade och patienterna rutinmässigt beläggs med fängsel. JO uttalade i protokollet efter inspektionen att det är mycket allvarligt att det finns en uppfattning om att Kriminalvårdens arbetssätt dels bidrar till att stigmatisera bl.a. psykisk sjukdom, dels leder till brister i bemötandet av frihetsberövade personer. JO konstaterade vidare att även regionerna har ett ansvar för att sätta ramar för hur transporterna av patienter till och från deras enheter går till och att SLSO borde vidta åtgärder för att komma tillrätta med problemen. JO ombad SLSO att återkomma med besked om vilka åtgärder som vidtagits eller som man avsåg vidta i denna fråga.<sup>37</sup>

Vårdgivaren måste vidta åtgärder för att minska risken för stigmatisering vid transporter

## 6.4 Slutsatser

Syftet med JO:s Opcat-verksamhet är att genom bl.a. inspektioner förebygga att patienter inom den psykiatriska tvångsvården utsätts för bristande bemötande och tvångsåtgärder som saknar rättsligt stöd. En viktig del i vårdgivarnas arbete med att förebygga brister i vården är att se till att personalen har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Vidare är det centralt att personalen får ett bra stöd i bl.a. rutindokument. Inspektionerna under 2018 och de ärenden där JO fått in återrapporteringar, visar att det har funnits brister i dessa delar. Bristerna har bl.a. lett till att patienter inte getts möjlighet till daglig utomhusvistelse och att de har utsatts för mer långtgående tvångsåtgärder än vad lagen tillåter. De återrapporteringar som kommit in till JO visar att berörda aktörer i vissa delar har vidtagit ändamålsenliga åtgärder. I vissa fall har de insatser som krävts för att tillgodose patienternas rättigheter inte varit speciellt omfattande. Erfarenheterna i dessa delar visar på behovet av ett kontinuerligt arbete för att se till att personalen har den kunskap som krävs för att kunna tillgodose patienternas rättigheter.

Under 2018 har återigen frågan om utformningen av vårdmiljöer varit aktuell. I Opcat-verksamhetens årsrapport 2015–2017 berörs frågan om stimulifattiga miljöer och att vissa klinikledningar anser att avskalade miljöer är en nödvändig del i att motivera patienterna.<sup>38</sup> Denna uppfattning är inte oemotsagd och

<sup>36</sup> Se JO:s beslut den 17 december 2018 i dnr 3816-2017.

<sup>37</sup> Se JO:s protokoll i dnr 5990-2018 s. 15.

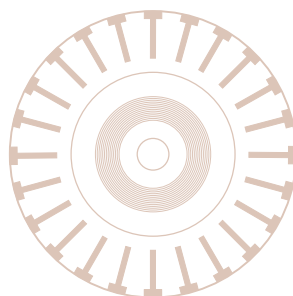
<sup>38</sup> Se *Nationellt besöksorgan – NPM, Rapport från Opcat-enheten 2015–2017*, s. 37.

En stimulifattig miljö behöver inte innebära att den fysiska vårdmiljön är avskalad


erfarenheterna från *Visby lasarett* visar att en stimulifattig miljö inte nödvändigtvis behöver ta sikte på den fysiska vårdmiljön. I stället kan det handla om att vidta andra typer av åtgärder för att minska stimuli. Vidare visar inspektionen i Visby att det är möjligt att uppnå en god vårdmiljö om det tas ett samlat grepp om utformningen av en verksamhets lokaler.

De två inspektioner som genomfördes i Stockholmsområdet visar att det finns en förbättringspotential inom området vårdmiljö. När det gäller *länsakuten* handlar det om att mottagningen är kraftigt underdimensionerad och på grund av problem med lokala transporter tvingats ta hand om patienter i en utsträckning som den inte är avsedd för. Verksamheten vid *Danderyds sjukhus* saknar tillgång till rastgårdar och vårdmiljöerna var vid tidpunkten för inspektionen mörka, trånga och avskalade.

Utformningen av vårdmiljöerna är en viktig faktor för att minska användandet av tvångsåtgärder. Erfarenheterna visar att miljöer där patienterna vid behov kan dra sig undan från medpatienter minskar risken för konflikter och därmed behovet av tvångsåtgärder.<sup>39</sup> Även personalens utbildning i exempelvis konflikthantering fyller en viktig funktion för att kunna minska användandet av sådana åtgärder. Om det finns ett behov av att tillgripa tvångsåtgärder måste personalen ha nödvändig kunskap för att undvika att tvång används i strid med lagstiftningen eller blir mer ingripande än vad situationen kräver. Såväl dessa frågor som frågan om informellt tvång kommer att vara viktiga frågor för JO:s Opcat-verksamhet de kommande åren.



<sup>39</sup> Se uppgifter som kommit fram i samband med Opcat-verksamhetens dialogmöten med IVO:s tillsynsavdelningar under 2019 i JO:s dnr O 5-2018.



Tema transporter av  
frihetsberövade  
personer

# Tema transporter av frihetsberövade personer

Inledningsvis har nämnts att JO:s Opcat-verksamhet under 2018 har haft en tematisk inriktning mot inrikestransporter av frihetsberövade personer. Detta tema fortsätter även under 2019. De iakttagelser som gjorts under 2018 inom ramen för temat presenterades i juni 2019 i *Rapport från Opcat-enheten 2019 – Tema transporter*. En slutrapport kommer att publiceras under 2020. Nedan följer en kortare sammanfattning av slutsatserna i den tematiska delrapporten.

## Bakgrund

Från den 1 april 2017 gäller nya bestämmelser om transporter av frihetsberövade personer. Bestämmelserna innebär i korthet att Kriminalvården ska ansvara för de transporter där det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att det finns ett behov av vissa särskilda tvångsåtgärder s.k. handräckningstransporter. Det innebär att Kriminalvården i dessa situationer ska transportera frihetsberövade på begäran av andra myndigheter, t.ex. frihetsberövade enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, personer som får vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och utlänningar tagna i förvar enligt utlänningslagen (2005:716). Slutligen ska Kriminalvården utföra transporter som Polismyndigheten lämnar över med stöd av polislagen (1984:387).

## Brister i transportorganisationen har medfört negativa konsekvenser för frihetsberövade

Kriminalvårdens transportorganisation har inte haft kapacitet att utföra handräckningstransporter i den omfattning som berörda myndigheter har begärt. Denna brist har lett till negativa effekter för de frihetsberövade. Transporter av unga till Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem, patienter till psykiatriska vårdinrättningar och häktade från polisarrester till häkten har fördröjts. I väntan på transport har de frihetsberövade blivit sittande – ibland upp till en vecka – i miljöer där de egentligen inte hör hemma, exempelvis polisarrester. Förutom att miljöerna inte är anpassade för längre frihetsberövanden, innebär väntetiden bl.a. att de vårdinsatser som personen bedömts vara i behov av fördröjs. Att omhändertagna och häktade blir

sittande i polisarrester i väntan på transport är inte i överensstämmelse med JO:s uttalanden.

Det har även kommit fram uppgifter som visar att Kriminalvården utför handräckningstransporterna på ett sätt som inte är i överensstämmelse med uttalanden från JO. Det förekommer regelmässigt att personer omhändertagna enligt vårdlagstiftningar tas in i häkten för transportuppehåll. Vidare samtransporteras de tillsammans med exempelvis Kriminalvårdens klienter. Sättet att utföra transporterna gör även att de upplevs som stigmatiserande. Personer omhändertagna för vård, som inte är misstänkta eller dömda för brott, har i samtal med JO:s medarbetare uppgett att de känner sig som kriminella när de transporteras av Kriminalvårdens personal.

### **Bristande samordning har lett till att de frihetsberövade utsatts för onödiga risker**

Det har i vissa fall saknats en samsyn hos berörda myndigheter i fråga om vilka transporter som kan överlämnas till Kriminalvården. När myndigheterna inte kan enas vem som ska ansvara för en transport finns det en risk för att den frihetsberövade faller mellan stolarna och transporten fördröjs. Det finns också exempel på att myndigheter begär handräckning av Kriminalvården även när de lagliga förutsättningarna inte är uppfyllda. Skälet för att lämna över transporter kan exempelvis vara att myndigheten saknar egna transportresurser. Ett sådant överutnyttjande av Kriminalvårdens resurser riskerar att leda till att andra transporter fördröjs.

Det har även uppmärksammats en brist på samordning mellan Polismyndigheten och Kriminalvården när det gäller användandet av polisarrester för transportuppehåll. Brister i planeringen av dessa uppehåll har lett till en så pass ansträngd arbetssituation att arrestpersonalen inte getts en rimlig chans att ta del av säkerhetsbedömningar m.m. Även i andra fall har det uppmärksammats att den myndighet som begär handräckning inte lämnar över information om den frihetsberövade till Kriminalvården. Det kan leda till att Kriminalvården tar det säkra före det osäkra och beslutar om mer långtgående säkerhetsåtgärder än vad som annars skulle bli fallet. Avsaknaden av uppgifter om exempelvis sjukdomar hos den som transporteras kan leda till att den frihetsberövade utsätts för onödiga risker.

### **Åtgärder som kan minska de negativa konsekvenserna**

För att komma till rätta med de negativa konsekvenserna för de frihetsberövade behöver myndigheterna, enligt uttalanden från ombudsmännen, vidta åtgärder för att uppfylla följande krav:

- Det måste finnas en kapacitet hos Kriminalvården att utföra handräck-

ningstransporter inom bl.a. de tidsramar som är i överensstämmelse med JO:s uttalanden. Planeringen och utförandet av handräckningstransporter måste ha som utgångspunkt att personer som är frihetsberövade enligt olika vårdlagar inte ska placeras i häkten och arrester eller samtransporteras med exempelvis Kriminalvårdens klienter.

- Transportuppehållen i polisarrester behöver organiseras på ett sådant sätt att arrestpersonalen hinner vidta alla nödvändiga kontroller och åtgärder vid inskrivningen i arresten.
- Det behöver vidtas åtgärder för att minska de stigmatiserande inslagen vid handräckningstransporter. Det handlar bl.a. om att utforma transporterna på ett sådant sätt att personer som är omhändertagna enligt en vårdlag inte känner sig utpekade som kriminella.
- Berörda myndigheter behöver ha en samsyn i fråga om vilka uppgifter om den frihetsberövade som ska lämnas till Kriminalvården vid en begäran om handräckning.

# Bilagor

## Tabeller och sammanställningar

Deltagande i internationella möten

Inspektioner

Initiativärenden med anledning av en Opcat-inspektion

Frågor där JO har begärt återrapportering

**BILAGA**  
**A**

## Deltagande i internationella möten

Det finns ett omfattande internationellt utbyte där Opcat-frågor diskuteras. Det rör sig såväl om sak- som metodfrågor. Under 2018 deltog medarbetare från JO:s Opcat-enhet i följande möten:

- Den 3–4 januari 2018, Köpenhamn, Danmark: *Nordiskt NPM-möte.*
- Den 20 februari 2018, Genève, Schweiz: *Internationellt NPM-möte.*
- Den 29–30 augusti 2018, Lund, Sverige: *Nordiskt NPM-möte.*
- Den 16–17 oktober 2018, Oranienburg, Tyskland: *Fachhochschule Polizei Brandenburg, Fair treatment of persons in police custody.*
- Den 7–9 november 2018, Köpenhamn, Danmark: *4<sup>th</sup> IOI Workshop for NPM:s, Strengthening the follow-up on NPM Recommendations.*
- Den 3–4 december 2018, Milano, Italien: *APT/ODIHR's Second meeting on Torture Prevention.*



# Inspektioner

## Oanmälda inspektioner

Polisarrester	
Jönköping	dnr 1366-2018
Summa 1	

Kriminalvårdsanstalter	
Hinseberg (Frövi)	dnr 4138-2018
Summa 1	

Häkten	
Jönköping inklusive NTE	dnr 1364-2018
Summa 1	

LVM-hem	
Fortunagården (Värnamo)	dnr 5569-2018
Summa 1	

LVU-hem	
Sundbo (Fagersta)	dnr 7107-2018
Summa 1	

Psykiatrisk tvångsvård	
Danderyds sjukhus, PIVA/avd. 130*)	dnr 3887-2018
Summa 1	

**Totalt 6 oanmälda inspektioner**

## Föranmälda inspektioner

Polisarrester	
Helsingborg	dnr 5424-2018
Lidköping	dnr 2094-2018
Lycksele	dnr 7556-2018
Sandviken	dnr 6001-2018
Storuman	dnr 7558-2018
Vilhelmina	dnr 7557-2018
Värnamo	dnr 5668-2018
Örebro	dnr 701-2018
Summa 8	

\*) Inspektioner där JO fattat beslut om att utreda en viss fråga inom ramen för ett särskilt initiativärende. Se vidare i bilaga C.

# BILAGA B

## Kriminalvårdsanstalter

Saltvik (Härnösand)*)	dnr 6027-2018
Visby	dnr 4140-2018

### Summa 2

## Häkten

Gävle inklusive NTE*)	dnr 4675-2018
Huddinge*)	dnr 5563-2018
Kronberg inklusive NTE*)	dnr 2643-2018
Visby	dnr 4139-2018
Saltvik inklusive NTE*)	dnr 5266-2018
Örebro inklusive NTE	dnr 750-2018

### Summa 6

## Kriminalvården, nationella transportenheten (NTE)

Arvidsjaur*)	dnr 4158-2018
--------------	---------------

### Summa 1

## LVU-hem

Johannisberg (Boden och Kalix)*)	dnr 6204-2018
----------------------------------	---------------

### Summa 1

## Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatriska kliniken Visby lasarett	dnr 3888-2018
Psykiatriska mottagningen och avdelning 1 vid S:t Görans sjukhus*)	dnr 5990-2018

### Summa 2

**Totalt 20 föranmälda inspektioner**

\*) Inspektioner där JO fattat beslut om att utreda en viss fråga inom ramen för ett särskilt initiativärende. Se vidare i bilaga C.

## Initiativärenden med anledning av en Opcat-inspektion

**BILAGA**  
**C**

<b>Kriminalvården</b>	
Användandet av s.k. väntceller i häkten	dnr 7286-2018
Arbetet med isoleringsbrytande åtgärder i häkte	dnr O 7-2018
Förhållandena för en svårt sjuk intagen	dnr 3801-2018
Förhållandena kring ett dödsfall	dnr 6300-2018
Placering av andra grupper av intagna, än de med beslut om säkerhetsplacering, på Kriminalvårdens säkerhetsenheter	dnr 1950-2018
Prioritering av transportuppdrag	dnr 8337-2018
<b>Summa 6</b>	

<b>Statens institutionsstyrelse</b>	
Det särskilda ungdomshemmet Johannisbergs rutin avseende Kriminalvårdens transporter av ungdomar som vårdas i hemmet	dnr 1337-2019
<b>Summa 1</b>	

<b>Psykiatrisk tvångsvård</b>	
Region Stockholms sätt att organisera den psykiatriska slutenvården, innebörden av begreppet "vårdinrättning" och räckvidden av ett beslut om kvarhållning	dnr 1732-2019
<b>Summa 1</b>	

**Totalt 8 ärenden**

# BILAGA D

## Frågor där JO har begärt återrapportering under 2017

Kriminalvården		
Fråga	Diarienummer	Återrapportering kom in till JO
Isoleringsbrytande åtgärder	dnr 416-2017	2018-06-14
Utformningen av inskrivningslokalen i ett häkte ( <b>häktet Huddinge</b> )	dnr 416-2017	2018-06-13
Förhållandena i en tillfällig häktesverksamhet ( <b>häktet Halmstad</b> )	dnr 582-2017	2018-01-29
Förhållandena på en häktesavdelning med endast två platser ( <b>häktet Ystad</b> )	dnr 583-2017	2018-04-27
Summa 4		

Migrationsverket		
Fråga	Diarienummer	Återrapportering kom in till JO
Förhållandena för avskildhetsplacerade ( <b>förvaret Källered</b> )	dnr 1000-2017	2018-02-08
Summa 1		

Psykiatrisk tvångsvård		
Fråga	Diarienummer	Återrapportering kom in till JO
Tillsyn av patienter och möjligheten till daglig utomhusvistelse ( <b>Centralsjukhuset i Karlstad</b> )	dnr 2945-2017	2018-11-30
Tillsyn av patienter, möjligheten till daglig utomhusvistelse och information om rättigheter ( <b>BUP Stockholm</b> )	dnr 3816-2017	2018-06-08
Möjligheten till daglig utomhusvistelse ( <b>Allmänpsykiatriska slutenvården och BUP Sunderby</b> )	dnr 4043-2017	2019-03-29
Summa 3		

Totalt 8 begärda återrapporteringar under 2017

## Frågor där JO har begärt återrapportering under 2018



Polismyndigheten		
Fråga	Diarienummer	Återrapportering kom in till JO
Utformningen av rastgård ( <b>arresten Örebro</b> )	dnr 701-2018	2018-11-01
Utformningen av rastgård och bemanningen i arresten ( <b>arresten Jönköping</b> )	dnr 1366-2018	2018-09-26
Utformningen av arrestcellerna ( <b>arresten Lidköping</b> )	dnr 2094-2018	2018-12-11
Utformningen av rastgård ( <b>arresten Värnamo</b> )	dnr 5568-2018	2019-03-22
Inflödet av dagsljus i arrestceller och utformningen av rastgård ( <b>arresten Sandviken</b> )	dnr 6001-2018	2019-03-22
Utbildning och rutinstöd för arrestvakter samt utformningen av rastgård ( <b>arresten Lycksele</b> )	dnr 7556-2018	2019-05-17
<b>Summa 6</b>		

Kriminalvården		
Fråga	Diarienummer	Återrapportering kom in till JO
Utformningen av rastgårdar och kameraövervakning ( <b>häktet Gävle</b> )	dnr 4675-2018	2019-03-27
Utformningen av häkteslokaler ( <b>anstalten och häktet Visby</b> )	dnr 4140-2018 och 4139-2018	2019-05-14
Utformningen av rastgårdar och möjligheten att se ut genom cellfönster ( <b>anstalten Saltvik</b> )	dnr 6027-2018	2019-06-26
Komplettera beställningssystemet LIFT så det finns möjligheter att kontrollera grunden för frihetsberövandet ( <b>NTE Arvidsjaur</b> )	dnr 4158-2018	2019-04-01
<b>Summa 4</b>		

# BILAGA D

## Statens institutionsstyrelse

Fråga	Diarienummer	Åtterrapporing kom in till JO
Åtgärder för att säkerställa att intagna får en trygg och säker vård ( <b>särskilda ungdomshemmet Sundbo</b> )	dnr 7107-2018	2019-01-31
Åtgärder för att införa rutin om uppföljningen av handräckningstransporter ( <b>särskilda ungdomshemmet Johannisberg</b> )	dnr 6204-2018	2019-09-03
Summa 2		

## Psykiatrisk tvångsvård

Fråga	Diarienummer	Åtterrapporing kom in till JO
Åtgärder för att komma tillrätta med Kriminalvårdens sätt att utföra handräckningstransporter ( <b>Psykiatriska akutmottagningen och avdelning 1 vid S:t Görans sjukhus</b> )	dnr 5990-2018	2019-06-14
Summa 1		

Totalt 13 begärda åtterrapporingar under 2018



JO  RIKSDAGENS  
OMBUDSMÄN

RIKSDAGENS OMBUDSMÄN – JO  
Box 16327  
Västra Trädgårdsgatan 4 A  
103 26 Stockholm

Telefon 08-786 51 00 (växel)  
Texttelefon 020-600 600  
Telefax 08-21 65 58

E-post [justitieombudsmannen@jo.se](mailto:justitieombudsmannen@jo.se)  
Webbplats [www.jo.se](http://www.jo.se)

Öppet klockan 09.00–11.30 och 13.00–15.00

