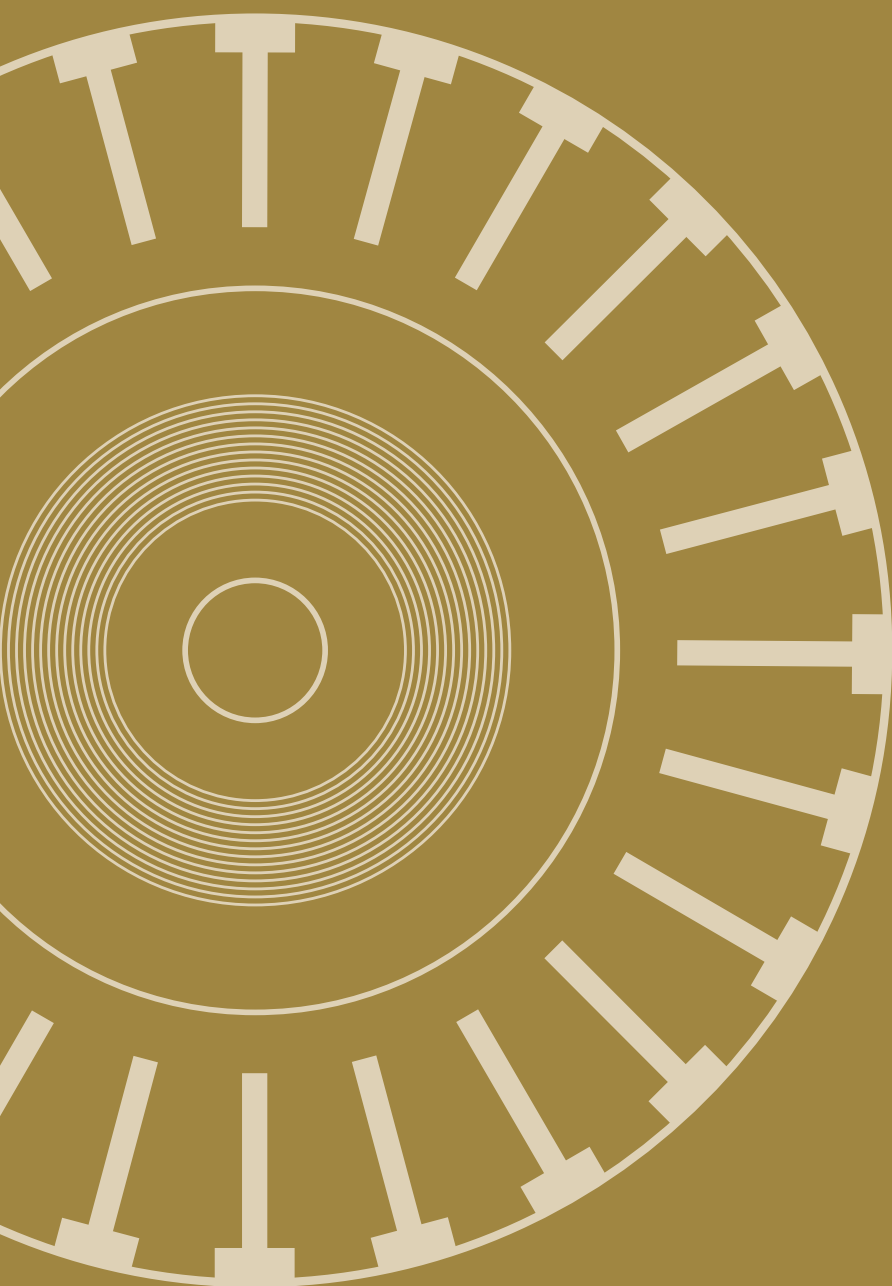


Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN VERKSAMHETEN 2020-21



Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN VERKSAMHETEN 2020–21

© Riksdagens ombudsmän – JO, 2023

Tryck: Elanders Sverige AB 2023

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

VÅRT UPPDRAG SOM NATIONELLT BESÖKSORGAN enligt Opcat innebär bl.a. att vi ska ha en regelbunden inspektionsverksamhet av platser där det finns frihetsberövade. När pandemin slog till 2020 påverkade den vårt samhälle och dagliga liv på ett sätt som saknar motstycke i modern tid. Vi kunde tidigt konstatera att en av de grupper som löpte särskild risk att drabbas av pandemins effekter var frihetskberövade människor, och att det var mycket angeläget att vi fortsatte med vår inspektionsverksamhet så långt det var möjligt. Pandemin innebar dock att vi behövde göra särskilda överväganden för att på ett ansvarsfullt sätt kunna utföra uppdraget som nationellt besöksorgan. Under 2020 och våren 2021 genomförde vi inspektioner med hjälp av andra verktyg än enbart fysiska besök. Till exempel genomfördes digitala intervjuer med intagna och personal, enkäter skickades ut till intagna och vid fysiska besök genomfördes samtal utomhus. Även andra digitala granskningar ägde rum och ett stort antal frågor som rör frihetsberövade människor granskades inom ramen för vår tillsynsverksamhet i övrigt. De inspektioner och andra utredningar som vi genomförde gav oss goda möjligheter att bidra med kunskap och analyser, vilket i framtiden kan bidra till att de åtgärder som vidtas vid andra liknande stora påfrestningar på samhället blir ändamålsenliga, rättssäkra och proportionerliga. En del av erfarenheterna och slutsatserna framgår av den rapport som JO publicerade i december 2020 och som rör de frihetsberövades situation under coronapandemin. En sammanfattning av rapporten finns i avsnitt 10.

Även om vi under pandemin i viss utsträckning upprätthöll vår inspektionsverksamhet var det välkommet när vi hösten 2021 kunde återuppta vår fysiska inspektionsverksamhet.

Förutom inspektioner har vi genomfört flera dialogmöten med civilsamhället. Som ett led i uppdraget som nationellt besöksorgan har JO även 2020 och

2021 lämnat yttranden över Sveriges åttonde rapport till FN:s kommitté mot tortyr i anledning av den periodiska granskningen som normalt äger rum vart sjätte år.

Avslutningsvis kan vi konstatera att granskning av frihetsberövades situation i hög grad påverkas av omvärldsfaktorer och att det även av den anledningen är av stor vikt att vi genom regelbundna besök kan fortsätta att bidra till det förebyggande arbetet för att förhindra omänsklig behandling m.m.



Erik Nymansson
Chefsjustitieombudsman



Thomas Norling
Justitieombudsman



Katarina Pahlsson
Justitieombudsman



Per Lennerbrant
Justitieombudsman

Innehåll

Förord	3
1. Opcat-verksamheten	9
1.1 Tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling	10
1.2 Tortyrkonventionen och Opcat	10
1.3 Förebyggande arbete	11
1.4 Opcat-verksamheten i Sverige	11
1.5 Dialogforum	12
1.6 De internationella granskningsorganen	13
1.7 Det nordiska NPM-nätverket	13
1.8 Syftet med denna rapport	13
2. Opcat-inspektioner	15
2.1 Metod	16
2.2 Platser där människor kan hållas frihetsberövade	16
2.3 Genomförda inspektioner	17
3. Polismyndigheten	19
3.1 Iakttagelser vid inspektionerna	20
Kommunikationen mellan stationsbefäl och arrestvakter	20
Polismyndighetens arbetsledning av verksamheten i arrest när den bemannas av ett bevakningsföretag eller Kriminalvården	21
Brister i den fysiska miljön	22
Väntceller	23
Säkerhetsbedömning och tillsyn	23
Möjligheten att upprätthålla sekretessregleringen mellan myndigheter	24
Bemötande	25
Barn i arrest	26
Hälso- och sjukvård i arrest	27
3.2 Initiativärenden	28
Handräckning av en 13-åring som omhändertagits med stöd av LVU.....	28
3.4 Avslutande kommentarer av JO Per Lennerbrant.....	30
4. Kriminalvården	31
4.1 Iakttagelser vid inspektionerna	32
Vistelse i gemensamhet	33
Isoleringsbrytande åtgärder	33
Placering av intagna i avskildhet.....	34
Intagna som är ”avskilda på egen begäran”	35
Miljön i häktet Sollentuna	35
Bältesläggning	35
Häkten som är inrättade i tidigare arrestlokaler	36

Fysiska miljön i gamla arrestlokaler	36
Brist på lokaler för aktiviteter i den gamla arrestlokalerna	37
Tillgången till hälso- och sjukvård	37
JO:s slutsats om versamheten i gamla arrestlokaler	38
Överenskommelse mellan Kriminalvården och Polismyndigheten om att bedriva arrestverksamhet	38
Placering av häktade i anhållningscell	38
Tillsyn av intagna som är placerade i arresten	39
Överenskommelsens reglering av hälso- och sjukvård	40
JO:s slutsats om verksamheten i Karlstad	40
4.2 Initiativärenden som rör häkten och kriminalvårdsanstalter	41
Förhållandena för förvarstagna som är placerade hos Kriminalvården	41
En intagens tillgång till sjukvård	43
Beläggningssituationen i Kriminalvården	44
Förutsättningar för bältesläggning i Kriminalvården.....	46
Förhållandena för en intagen som matvägrat och avlidit i en kriminalvårdsanstalt ...	47
4.3 Avslutande kommentarer av JO Katarina Pålsson	52
5. Statens institutionsstyrelse	53
5.1 Iakttagelser vid inspektioner av särskilda ungdomshem och SiS placeringsenhet.....	55
Förebyggande åtgärder mot sexuella övergrepp.....	55
Placeringen av ungdomar	55
Placering av LVU- och LSU-ungdomar	57
Användningen av tvångsåtgärden avskiljande	57
Användningen av tvångsåtgärden vård i enskildhet	59
Elektronisk kommunikation	61
Avisering om en uppföljande inspektion av ungdomshemmet Vemyra	61
5.2 Avslutande kommentarer av JO Thomas Norling	61
6. Psykiatrisk tvångsvård	63
6.1 Iakttagelser vid inspektionen av Länssjukhuset Ryhov	64
Fastspänning och medicinering mot en patients vilja.....	64
Kroppsvsitation och yttlig kroppsbesiktning.....	65
God vård och systematiskt kvalitetsarbete.....	66
6.2 Initiativärenden	67
Innebörden av begreppet ”vårdinrättning” och räckvidden av ett beslut om kvarhållning.....	67
Granskning av vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter.....	68
Granskning av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn över den psykiatriska tvångsvården	69
Uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder och systematiskt patientsäkerhetsarbete	69
Granskning av anmälningar enligt lex Maria.....	70

Patienter som hålls avskilda under lång tid	70
Granskning av långa vårdtider i slutna rättspsykiatrisk vård	71
6.4 Avslutande kommentarer av chefsJO Erik Nymansson	73
7. Migrationsverket	75
7.1 Ärende angående återrapportering	76
7.2 Avslutande kommentarer av JO Per Lennerbrant	77
8. Socialtjänsten	79
8.1 Iakttagelser vid inspektionen	80
Iakttagelser av brukarens situation	80
Brukaren var rent faktiskt frihetsberövad	81
8.2 Granskningen av IVO:s tillsyn	81
8.3 Avslutande kommentarer av JO Thomas Norling	83
9. Transporter	85
Åtgärder som kan bidra till att motverka brister i transportsystemet	86
Åtgärder som vidtagits	87
Beslutet om prioriteringar stod i strid med regeringens förordning	87
Den bristande kapaciteten medförde negativa konsekvenser för frihetsberövade	88
Utöver vad som tidigare identifierats gjorde ombudsmännen bedömningen att följande åtgärder behöver vidtas:	89
Kriminalvårdens organisation medför många och långa transporter	89
Handräckningstransporter	89
Transportuppehåll	90
10. Frihetsberövades situation under coronapandemin	91
Brister i myndigheternas förberedelser	92
Möjligheterna att motverka smittspridning	93
Fysisk distans	95
Intagna som tillhör en riskgrupp	95
Intagnas kontakter med omvärlden	96
Information till de intagna	96
Bilagor	99
Bilaga A: Deltagande i internationella möten	100
Bilaga B: Genomförda inspektioner 2020–2021	101

Opcat-verksamheten

1

Opcat-verksamheten

Enligt FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning från 1984 (tortyrkonventionen), har de anslutna staterna förbundit 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.¹

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. 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, Committe against Torture (CAT). Konventionsstaterna ska regelbundet rapportera om hur de lever upp 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.

¹ 2 kap. 5 § regeringsformen.

För att möjliggöra bl.a. internationella besök antogs 2002 det fakultativa protokollet till FN:s anti-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).

CAT granskar Sverige periodiskt, normalt vart sjätte år. Inom ramen för granskningen har JO, i egenskap av nationellt besöksorgan, givits möjlighet att inkomma med yttrande över Sveriges åttonde rapport om efterlevnaden av FN:s tortyrkonvention. Ett yttrande av dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning lämnades i oktober 2020. Granskningen sköts fram på grund av pandemin och ett kompletterande yttrande av chefs JO Erik Nymansson lämnades i oktober 2021.² Granskningen av Sverige ägde rum i november 2021 och CAT lämnade sin rapport i december 2021.³

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 framåtsyftande 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 ombudsmännen de uppgifter som ankommer på ett nationellt besöksorgan (NPM) enligt Opcat.⁴ När ombudsmännen 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.

Ett NPM har följande uppgifter:

- regelbundet inspektera platser där människor kan hållas frihetsberövade,
- ge rekommendationer till behöriga myndigheter med sikte på att förbättra

² Se JO:s yttranden i dnr O 67-2019 och O 26-2021.

³ Concluding observations on the eighth periodic report of Sweden, webbplatsen för United Nations Human Rights Treaty Bodies, CAT/C/SWE/CO/8.

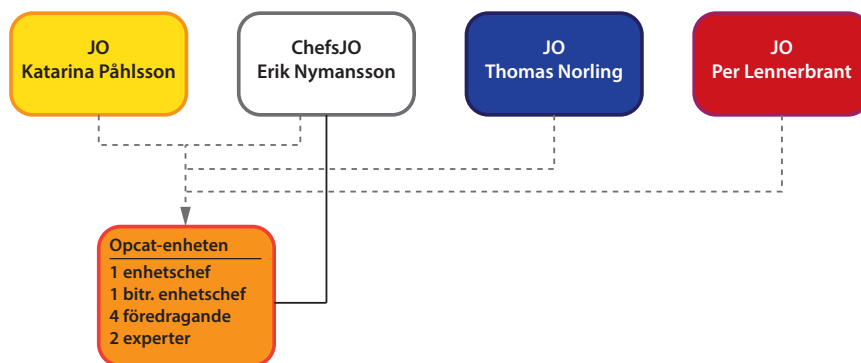
⁴ 5 a § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

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 föreslagen lagstiftning som rör behandlingen av och förhållandena för frihetsberövade,
- medverka i dialoger med behöriga myndigheter och civilsamhället, samt
- rapportera om Opcat-verksamheten.

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) särskilda ungdomshem och LVM-hem.

En särskild Opcat-enhet har i uppdrag att biträda ombudsmännen i deras arbete som NPM. Arbetet består i första hand att planera och genomföra inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade. Till Opcat-verksamheten är två experter (en medicinsk expert och en expert i psykologi) knutna.



1.5 Dialogforum

I januari 2020 inrättades ett särskilt forum för dialog med civilsamhället rörande frihetsberövades situation och rättigheter.⁵ Utgångspunkten är att JO vid två tillfällen per år bjuder in ett antal aktörer från civilsamhället till ett möte.

Under 2020 och 2021 hölls dialogmöten vår och höst, totalt fyra möten. Vid dessa möten har ombudsmännen redogjort för aktuella frågor inom sina respektive ansvarsområden. Den särskilda granskning som JO utfört med

⁵ Se JO:s beslut i dnr ADM 39-2020.

anledning av covid-19 har också presenterats.⁶ Därutöver har diskussioner hållits, bl.a. utifrån civilsamhällets alternativa rapport till FN:s kommitté mot tortyr. Barnrättsbyrån har också presenterat sin rapport om våld mot barn på de särskilda ungdomshemmen.

1.6 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.⁷

1.7 Det nordiska NPM-nätverket

Det nordiska NPM-nätverket (som bildades 2015) hade två möten under 2020, ett möte i Oslo där temat var frihetsberövade barns rättigheter och ett digitalt möte. Under 2021 genomfördes tre digitala möten. De digitala mötena leddes från Oslo, Köpenhamn, Stockholm och Helsingfors och det centrala temat vid mötena var hur NPM-uppdraget kunnat fullföljas under pandemin. Vid mötena diskuterades även metodfrågor.

1.8 Syftet med denna rapport

Denna rapport innehåller en sammanställning av de iakttagelser som JO har gjort inom ramen för Opocat-verksamheten under 2020 och 2021. Året 2020 inleddes med inspektioner på plats men i mitten av mars ställdes de planerade inspektionerna in till följd av pandemin. Ombudsmännen såg det som angeläget att så långt det var möjligt kunna upprätthålla inspektionsverksamheten. De beslutade därför att under våren 2020 granska var sin myndighet som ansvarar för frihetsberövade. Dessa granskningar och metoderna för hur de genomfördes har presenterats i en särskild temarapport.⁸ Under hösten 2021 var det möjligt att genomföra ett begränsat antal inspektioner på plats. Som ett led i det förebyggande arbetet har ett beslut som rör isolering av intagna i häkte redovisats i en särskild temarapport.⁹ Under 2019 hade Opocat-

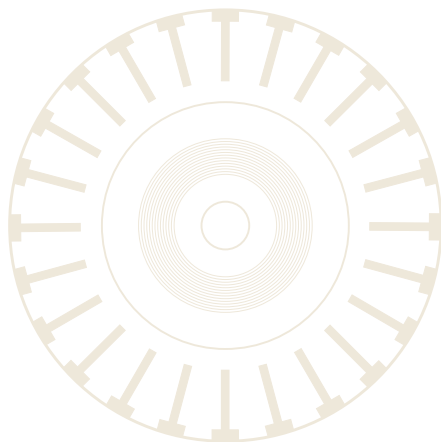
⁶ Rapporten *Frihetsberövades situation under coronapandemin. JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder*.

⁷ Lagen (1988:695) om vissa internationella åtaganden mot tortyr m.m.

⁸ Se en sammanfattning av rapporten *Frihetsberövades situation under coronapandemin. JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder*, avsnitt 10.

⁹ Se rapporten *Tema isolering av intagna i häkte*.

verksamheten en tematisk inriktning mot inrikestransporter av frihetsberövade personer. En särskild delrapport avseende transporter presenterades i juni 2019.¹⁰ Slutrapporten publicerades i september 2021.¹¹



¹⁰ Se rapporten *Tema Transporter*.

¹¹ Se en sammanfattning av rapporten *Transporter av frihetsberövade personer*, avsnitt 9.

Opcat-inspektioner
2020 och 2021



Opcat-inspektioner

Ett av de viktigaste inslagen i JO:s Opcat-verksamhet är inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade. De inspektioner som kunde genomföras på plats under perioden januari–mars 2020 och under hösten 2021 avsåg, i likhet med tidigare år, i första hand verksamheter som inte tidigare hade inspekterats av JO eller som inte hade inspekterats på länge. Vid planeringen av inspektionerna var ambitionen att de skulle ha en god geografisk spridning. JO:s traditionella tillsynsverksamhet och JO:s uppdrag enligt Opcat har många beröringspunkter. Av den anledningen deltar som regel medarbetare från Opcat-enheten vid tillsynsavdelningarnas inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade. Av samma skäl deltar medarbetare från tillsynsavdelningarna vid de inspektioner som Opcat-enheten får i uppdrag att genomföra.

Sedan december 2020 har JO tillgång till en medicinsk expert och en expert i psykologi. De deltar i inspektioner och i andra granskningar som rör frihetsberövade.

2.1 Metod

I årsrapporten 2015–2017 finns en redogörelse för den metod som används vid en Opcat-inspektion.¹ Under 2020 inspekterades även ett särskilt boende enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som inrättats för en brukare (se avsnitt 8). Inspektionen genomfördes efter att det hade kommit fram information om att brukaren skulle ha varit frihetsberövad.

2.2 Platser där människor kan hållas frihetsberövade

Under 2020 och 2021 fanns bl.a. följande verksamheter där det förekommer frihetsberövanden:

- 124 polisarrester med cirka 1 300 platser (Polismyndigheten)
- 32 häkten med cirka 2 300 platser (Kriminalvården)
- 45 kriminalvårdsanstalter med cirka 4 500 platser (Kriminalvården)
- 21 särskilda ungdomshem med cirka 700 platser (Statens institutionsstyrelse, SiS)
- 11 LVM-hem med cirka 400 platser (SiS)
- Minst 80 verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med cirka 4 100 platser (21 regioner)
- 6 migrationsförvar med cirka 300 platser (Migrationsverket)

¹ Se Rapporten Nationellt besöksorgan – NPM, 2015–2017.

De ovan redovisade siffrorna bygger i vissa delar på uppskattningar. I redovisningen ingår bara ordinarie platser. Det höga beläggningstrycket inom Kriminalvården har medfört att det pågår ett arbete inom myndigheten med att ta fram olika typer av tillfälliga platser. Sådana platser ingår inte i redovisningen. Vid en jämförelse med årsrapporten för 2019 framgår att antalet platser på Migrationsverkets förvar har minskat, vilket enligt myndigheten har sin förklaring i en anpassning för att minska risken för smitta av covid-19.

2.3 Genomförda inspektioner

Under 2020 genomfördes 18 inspektioner inom ramen för Opcat-uppdraget. Av dessa inspekterades 12 verksamheter inom ramen för granskningen av frihetsberövades situation under coronapandemin.²

Under 2021 genomfördes 16 inspektioner. Inspektionerna av särskilda ungdomshem genomfördes inom ramen för en tematisk granskning av ungdomars trygghet och säkerhet. Inspektionerna av verksamheter för psykiatrisk tvångsvård genomfördes inom ramen för en granskning av långa vårdtider inom den rättspsykiatriska slutenvården.

Inspektionsobjekt	Inspektioner 2020	Inspektioner 2021
Polisarrester	3	3
Häkten	3	3
Kriminalvårdsanstalter	4	
Särskilda ungdomshem	1	4
LVM-hem	1	
Psykiatrisk tvångsvård ³	3	5
Migrationsförvar	2	
LSS-boende	1	
SIS placeringsenheten		1
Summa	18	16

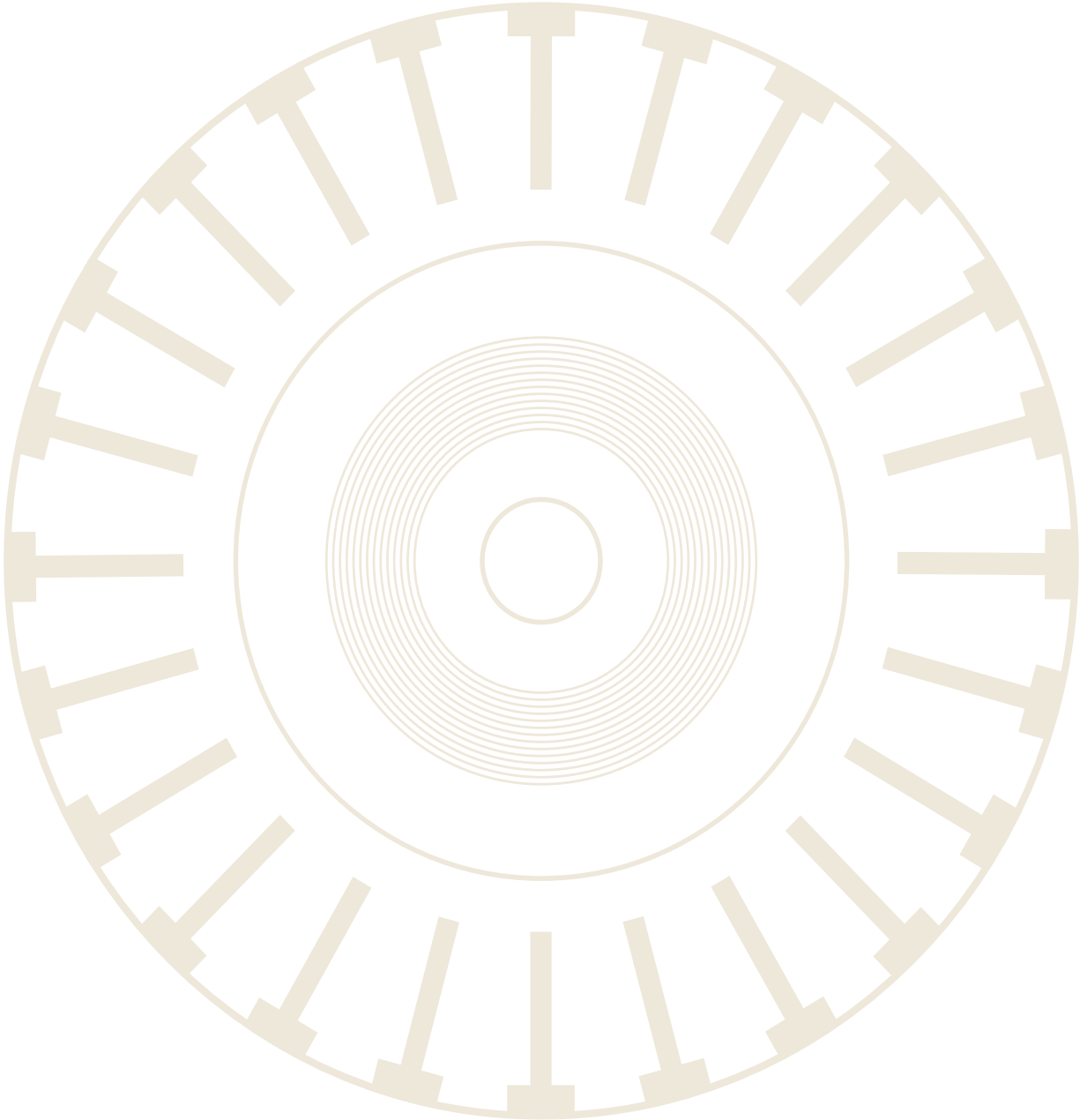
För en fullständig redogörelse av genomförda inspektioner, se bilaga B.

Under 2021 genomförde JO:s tillsynsenheter ytterligare två inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade (ett häkte och en kriminalvårdsanstalt). Vid de två inspektionerna deltog även medarbetare från Opcat-enheten.⁴

² Se Rapport 2020 – Frihetsberövades situation under coronapandemin. JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder.

³ Två av inspektionerna avsåg Rättsmedicinalverkets undersökningsenheter.

⁴ Häktet Uppsala och anstalten Skänninge.



Polismyndigheten



Polismyndigheten

Polismyndigheten har möjlighet att placera människor i polisarrester. Vid utgången av 2021 fanns 124 arrestlokaler med sammanlagt ca 1 300 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 2020 och 2021 inspekterades totalt sex arrester varav en inspekterades för första gången.¹ Inspektionerna genomfördes på plats, tre var oanmälda och tre föranmälda.

Samtliga inspektioner genomfördes av eller skedde på uppdrag av JO Per Lennerbrant.

3.1 lakttagelser vid inspektionerna

Polisens arrestlokaler är avsedda för frihetsberövanden från några timmar upp till som mest några dygn. Vid inspektionerna av arrester undersöks i första hand hur de frihetsberövades grundläggande behov tillgodoses. Det handlar om att de får mat och dryck, möjlighet att sköta sin hygien och dagliga utomhusvistelser samt att de får nödvändig information och bemöts på ett värdigt sätt. En annan viktig fråga är hur säkerheten för de frihetsberövade tillgodoses. Det är inte ovanligt att personer som placeras i arrester mår dåligt både fysiskt och psykiskt. Det är därför angeläget att det sker en säkerhetsbedömning av varje person som placeras i en arrest. Med utgångspunkt från den bedömningen är det sedan viktigt att den frihetsberövade ses till regelbundet och att tillsynen dokumenteras. Ytterligare en aspekt i detta sammanhang är att den frihetsberövades behov av hälso- och sjukvård tillgodoses. I de flesta arrester är det Polismyndigheten som står för bemanningen och genomför tillsynen av de intagna. Det förekommer emellertid att Polismyndigheten överlåter driften av en arrest till Kriminalvården eller bemanningen av en arrest till ett bevakningsföretag.

Kommunikationen mellan stationsbefäl och arrestvakter

Den polis som har verkställt ett omhändertagande enligt polislagen eller LOB ska så skyndsamt som möjligt anmäla åtgärden till sin förman. Har omhändertagandet inte redan upphört ska förmannen omedelbart pröva om det ska bestå.² I en arrest är det som regel ett stationsbefäl som genomför förmansprövningen och säkerhetsbedömningen samt beslutar om med vilken frekvens den intagne ska ses till.

¹ Arresterna Borås, Eskilstuna och Varberg inspekterades under 2020 och arresterna Västberga, Malmö och Karlstad inspekterades under 2021. Arresten Borås inspekterades för första gången.

² Se 15 § polislagen och 5 § LOB.

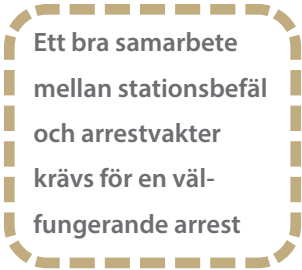
Vid inspektionen av *arresten Varberg* kom det fram att stationsbefälen hade som rutin att gå ut och informera sig om läget i arresten såväl när de gick på som av sina pass. Arrestpersonalen var av uppfattningen att de hade en god kontakt med stationsbefälen.

Efter inspektionen uttalade JO att ansvaret för de intagna i arresten som regel ligger på ett stationsbefäl. Arrestvakterna har dock ett stort ansvar att bl.a. genom en korrekt utförd tillsyn försäkra sig om att de intagna inte kommer till skada under sin vistelse i arresten. Vid utförandet av sina arbetsuppgifter kan arrestvakterna ställas inför mer eller mindre svåra situationer, där de behöver stöd av stationsbefälet. Vidare behöver stationsbefälet ha en god kunskap om situationen i arresten för att kunna fatta korrekta beslut angående de intagna. Det kan t.ex. handla om beslut att ändra tillsynsfrekvensen, tillkalla läkare eller försätta omhändertagna på fri fot. Enligt JO kräver en välfungerande arrest därför att det finns ett bra samarbete mellan stationsbefälen och arrestvakterna. JO framhöll stationsbefälens rutin att gå ut och informera sig om läget i arresten såväl när de går på som av sina pass. På så sätt ges goda förutsättningar för den kommunikation mellan stationsbefälet och arrestvakterna som enligt JO:s mening är nödvändig för att skapa en trygg och säker miljö för de intagna.³

Vid en inspektion av *arresten Eskilstuna* kom det fram att det fanns både ett faktiskt och upplevt avstånd mellan arrestpersonalen och stationsbefälen. Arrestvakterna upplevde att stationsbefälet sällan var i arresten och att det hade lagts ett stort ansvar på arrestvakterna att vid behov kontakta stationsbefälet. Efter inspektionen uttalade JO bl.a. att Polismyndigheten borde överväga om det fanns skäl att se över rutinerna för stationsbefälens kontakt med arrestpersonalen så att stationsbefälen själva tar mer aktiv del av vad som händer i arresten. JO framhöll i sammanhanget stationsbefälens rutin i arresten Varberg att besöka arresten och informera sig om situationen där såväl när de går på som av sina pass. Naturligtvis kan det finnas anledning för stationsbefälet att gå ut i arresten oftare än så.⁴

Polismyndighetens arbetsledning av verksamheten i arrest när den bemannas av ett bevakningsföretag eller Kriminalvården

Vid inspektionen av *arresten Västberga* kom det fram att polisregion Stockholm hade ingått ett avtal med ett bevakningsföretag om bemanningen av arresten. Arrestpersonalen fick sin arbetsledning av ett polisbefäl med särskilt ansvar för arrestverksamheten. Vid inspektionen var det tydligt att det hos dessa polisbefäl fanns en osäkerhet om innehållet i deras arbetsledande roll och var ansvaret för olika delar av arrestverksamheten låg.



Ett bra samarbete
mellan stationsbefäl
och arrestvakter
krävs för en väl-
fungerande arrest

³ Se JO:s protokoll i dnr O 8-2020.

⁴ Se JO:s protokoll i dnr O 3-2020.

Polismyndigheten ansvarar för att arrestverksamheten sköts enligt gällande regelverk även när den bemannas av ett bevakningsföretag

Efter inspektionen uttalade JO att det som kom fram vid inspektionen förmedlade en bild av att de ansvariga polisbefälen i alltför stor utsträckning lämnar över ansvaret för den dagliga verksamheten i arresten till de anställda i bevakningsföretaget. Vidare fanns det en osäkerhet om vad som ligger i rollen som ansvarigt befäl för arresten och en varierande grad av kunskap i viktiga rutinfrågor. Därför var det enligt JO inte möjligt att dra någon annan slutsats än att polisbefälen med arrestansvar i Västberga generellt sett inte har den kontroll över arrestverksamheten som ett ansvarigt befäl ska ha. Detta kan få en negativ inverkan på de intagnas säkerhet och trygghet.

JO betonade att Polismyndigheten även vid en avtalslösning med ett bevakningsföretag ansvarar för arrestverksamheten sköts enligt gällande regelverk. Vidare ansåg JO att Polismyndigheten behöver följa upp hur arbetsledningen utövades i arresten och säkerställa att ansvarigt befäl vid varje given tidpunkt har de förutsättningar och den kunskap som krävs för uppgiften.⁵

Vid inspektionen av *arresten Karlstad* kom det fram att det enligt en överenskommelse mellan Polismyndigheten och Kriminalvården var Kriminalvården som ansvarade för driften av arresten och för tillsynen av gripna och anhållna samt av förvarstagna med stöd av LOB eller polislagen i polisarresten. Efter inspektionen uttalade JO att Polismyndigheten är den myndighet som ytterst ansvarar för verksamheten i arrester. Polismyndighetens övergripande ansvar finns därför kvar även om en överenskommelse träffas med en annan myndighet om den dagliga driften av arresten, förutsatt att det inte finns föreskrifter i författning om något annat.

JO uttryckte förståelse för att det kan finnas praktiska fördelar för Polismyndigheten att samverka med Kriminalvården på vissa orter. Överenskommelser om samverkan mellan myndigheterna kan dock innebära risker för de intagna. JO underströk att det aldrig får råda någon oklarhet om exempelvis vem som i den dagliga verksamheten ska utföra tillsynen och med vilket intervall den ska göras. Inte heller får det råda någon oklarhet om vad som gäller för tillgången till hälso- och sjukvård.⁶

Brister i den fysiska miljön

En cell i en polisarrest ska ha fönster så att den får tillräckligt med dagsljus. Vidare ska en cell vara utrustad med anordning som medger reglering av ljusinsläpp.⁷

Vid inspektionen av *arresten Borås* kom det fram att flera av cellerna i arresten hade fönster med helfrostat glas. Förutom att det därmed var omöjligt att se ut genom fönstren medförde det frostade glaset att det rädde ett halvdun-

⁵ Se JO:s protokoll i dnr O 21-2021.

⁶ Se JO:s protokoll i dnr O 33-2021.

⁷ Se 2 § förordningen (2014:1108) om utformningen av häkten och polisarrester och 1 kap. 8 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrester, PMFS 2015:7, FAP 102-1.

kel i cellerna även under dagtid. Samtliga fönster saknade även persienner eller liknande anordning, vilket innebar att de intagna inte kunde reglera inflödet av ljus när de skulle sova. Vidare fanns det utrymmen mellan den fasta inredningen och väggen i anhållningscellerna som gjorde det möjligt för en intagen att fästa t.ex. en snara och på så sätt försöka skada sig själv. Vid inspektionen kom det fram att det fanns långtgående planer på att uppföra ett nytt polishus i Borås med arrest.

Efter inspektionen uttalade JO att det sannolikt dröjer ett antal år innan det finns en ny arrest, och att Polismyndigheten i avvaktan på det bör vidta åtgärder för att förbättra miljön i den nuvarande arresten. Förutom att förändra cellfönstren, bör myndigheten enligt JO även överväga att vidta åtgärder med bl.a. farliga inredningsdetaljer i cellerna.⁸ Liknande uttalanden gjordes av JO efter inspektionen av *arresten Eskilstuna*.⁹ Vid den inspektionen kom det även fram att arresten Eskilstuna är inrymd i två våningar och att intagna vid förflyttning till arrestens övervåning måste föras via bl.a. en smal spiraltrappa. JO framhöll att detta är en säkerhetsrisk och att Polismyndigheten bör undersöka på vilka sätt den kunde minskas eller helt undanröjas.¹⁰

Väntceller

Vid inspektionen av *arresten Västberga* observerades två s.k. väntarresters placerade i anslutning till arrestens utrymme för inskrivning. Väntarresterna är fönsterlösa utrymmen med en golvyta på ca en kvadratmeter. Ungefär hälften av golvytan upptas av en bänk. I samtal med personal kom det fram att det hade förekommit att personer låstes in i väntarresterna för kortare perioder. Det lämnades dock inte några entydiga svar om i vilka situationer väntarresterna kunde komma till användning.

Efter inspektionen uttalade JO en förståelse för att det i vissa situationer kan finnas behov av att placera en frihetsberövad person i en väntarrest en kortare stund. JO framhöll att en placering i en väntarrest bör ha stöd i författning och konstaterade att en sådan reglering saknas. En kopia av protokollet överlämnades därför till Regeringskansliet för kännedom.¹¹

Det behöver regleras att intagna kan placeras i väntarrest

Säkerhetsbedömning och tillsyn

Det ska göras en säkerhetsbedömning så snart det kan ske efter intagningen. Syftet med säkerhetsbedömningen är att bedöma behovet av säkerhetsåtgärder beträffande den intagne, till exempel i samband med transport, för att kunna upprätthålla ordningen och säkerheten i polisarresten eller vid fara för den intagnes eller annans liv eller hälsa.¹² Säkerhetsbedömningen ska

⁸ Se JO:s protokoll i dnr O 1-2020.

⁹ Se JO:s protokoll i dnr O 3-2020.

¹⁰ Se JO:s protokoll i dnr O 3-2020.

¹¹ Se JO:s protokoll i dnr O 21-2021.

¹² Se 1 kap. 6 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrest, PMFS 2015:7, FAP 102-1.

dokumenteras på den nationellt framtagna blanketten *Säkerhetsbedömning avseende intagna i polisarrest*.¹³ I samband med insättning i cell ska ansvarigt befäl fatta beslut om tillsynsfrekvens. Tillsynsfrekvensen ska fortlöpande omprövas. Beslutet om tillsynsfrekvens ska dokumenteras bl.a. på säkerhetsbedömningsblanketten. Vid behov ska beslutet även innefatta anvisningar om närmare kontroll av den intagnes tillstånd.¹⁴

Vid inspektionen av *arresten Borås* visade en granskning av ett antal säkerhetsbedömningar att Polismyndigheten endast i ett fall hade gjort bedömningen att det fanns en förhöjd risk. Vidare kom det fram att det i arresten tillämpades ett standardiserat system för tillsynsfrekvensen av frihetsberövade. Efter inspektionen framhöll JO vikten av att det sker en noggrann säkerhetsbedömning i varje enskilt fall. Om den som genomför säkerhetsbedömningen känner en oro över den intagnes psykiska hälsa måste det enligt JO även återspeglas i beslutet om tillsyn. Det är inte tillräckligt att ge den som ska utföra tillsynen en muntlig instruktion.¹⁵

Vid inspektionen av *arresten Karlstad* framkom att det enligt en överenskommelse mellan Polismyndigheten och Kriminalvården var Kriminalvården som ansvarade för driften av arresten och för tillsynen av gripna och anhållna samt av förvarstagna med stöd av LOB eller polislagen i polisarresten. Med anledning av denna ordning pekade JO på ett antal områden där överenskommelsen kunde leda till risker för de intagna. Enligt rekommendationer från Polismyndigheten i myndighetens handbok för arrestverksamheten ska en anhållen person ses till minst en gång i timmen. Vid en parallell inspektion av häktet Karlstad kom det fram att kriminalvårdspersonalen inte såg till de anhållna i arresten med den regelbundenhet som anges i arresthandboken. Anhållna i arresten Karlstad riskerar således att inte få den tillsyn som de skulle ha fått om de hade placerats i en arrest som drivs av Polismyndigheten. Det var enligt JO:s mening inte godtagbart att Polismyndigheten tycktes acceptera en annan standard för tillsyn i arresten Karlstad. Det som kom fram vid de båda inspektionerna visade även att det fanns olika uppfattningar hos stationsbefälen å ena sidan och kriminalvårdspersonalen å den andra om vad som gällde för prövningen av en intagens behov av tillsyn, vilket enligt JO naturligtvis inte heller är godtagbart. Som situationen beskrevs fanns det enligt JO:s mening en klar risk att det kunde uppstå oklarheter om hur tillsynen ska utföras.¹⁶

Möjligheten att upprätthålla sekretessregleringen mellan myndigheter

Vid inspektionen av *arresten Karlstad* kom det fram att Polismyndighetens förmansprövning och säkerhetsbedömning skedde i närvaro av Kriminalvår-

¹³ Se bilaga 9 till Polismyndighetens handbok för arrestverksamheten.

¹⁴ Se bilaga 11 till Polismyndighetens handbok för arrestverksamheten.

¹⁵ Se JO:s protokoll i dnr O 1-2020.

¹⁶ Se JO:s protokoll i dnr O 33-2021.

dens personal. I samtal med Kriminalvårdens personal uppgav de att det ger dem en möjlighet att ställa kompletterande frågor om t.ex. sjukdomar och mediciner när en frihetsberövad skrivs in. Vid inspektionen av häktet kom det också fram att Polismyndigheten får en kopia av Kriminalvårdens tillsynsblad i samband med frigivning från arresten.

Efter inspektionen uttalade JO att enligt huvudregeln gäller sekretess mellan myndigheter.¹⁷ Det framstår som sannolikt att uppgifter som kommer fram vid säkerhetsbedömningen om t.ex. hälsotillstånd omfattas av sekretess. Det finns visserligen bestämmelser i OSL som bryter sekretessen mellan myndigheter. För JO var det inte närmare bekant vilka överväganden som låg bakom den beskrivna ordningen i arresten eller om det hade skett några överväganden om denna är förenlig med t.ex. OSL. Iakttagelserna väckte frågan om det är möjligt att upprätthålla sekretessregleringen när två myndigheter samverkar i en arrest på det sätt som skedde i Karlstad. Det framstod enligt JO snarast som om myndigheterna utformat ett arbetssätt som i första hand såg till deras praktiska behov.

Bemötande

Vid inspektionen av *arresten Eskilstuna* kom det fram att manliga arrestvakter hade utfört tillsyn av intagna kvinnor som av säkerhetsskäl fråntagits sina kläder och därmed vistats nakna i sina celler. JO har tidigare uttalat att tillsyn av manlig personal bör undvikas eller begränsas i en sådan situation. Vid samma inspektion kom det vidare fram att omhändertagna för berusning som regel inte fick tillgång till en filt. Som skäl för detta angavs bl.a. att en filt försvårar tillsynen.

Efter inspektionen framhöll JO att en intagen – oavsett kön – som vistas naken i en cell befinner sig i en mycket utsatt situation. Av den anledningen bör enligt JO inte heller kvinnliga arrestvakter utföra tillsyn av manliga intagna som befinner sig i en sådan situation. Vidare framhöll JO att en intagen vid behov ska förses med bl.a. sängkläder. Utrustningen får begränsas om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne skadar sig själv eller andra.¹⁸ Det innebär att även personer omhändertagna för berusning som regel bör erbjudas en filt när de tas in i arresten. Det förhållandet att filten riskerar att försvåra tillsynen är enligt JO:s mening inte ett godtagbart skäl för att regelmässigt neka omhändertagna en filt.¹⁹

Vid inspektionen av *arresten Västberga* kom det fram uppgifter om att arrestvakterna regelmässigt begränsade intagnas tillgång till t.ex. lakan och skor. JO uttalade efter inspektionen att det i Polismyndighetens egna föreskrifter anges att intagna ska förses med sängkläder och, vid behov, kläder och skor.

¹⁷ Se 8 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, OSL.

¹⁸ Se 3 kap. 3 § Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om polisarrest, PMFS 2015:7, FAP 102-1.

¹⁹ Se JO:s protokoll i dnr O 3-2020.

Det måste ske en
prövning av om
innehavet av glas-
ögon i cell kan
äventyra ordning
och säkerhet

Begränsningar i sådan utrustning får endast ske om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne allvarligt skadar sig själv eller annan. Det är en bedömning som ska göras i varje enskilt fall och det är enligt JO inte möjligt att regelmässigt begränsa intagnas tillgång till lakan eller skor. En sådan bedömning måste som regel göras av det ansvariga polisbefälet i arresten.²⁰

Vid inspektionen av *arresten Borås* kom det fram att intagna på grund av säkerhetsskäl regelmässigt behövde lämna ifrån sig sina glasögon. Förutom att den intagne tillfälligt kunde få tillbaka glasögonen om han eller hon behövde läsa, lämnades inte glasögonen tillbaka förrän den intagne lämnade arresten. JO framhöll att ett omhändertagande av en intagens glasögon måste föregås av en prövning av om ett innehav kan äventyra ordningen och säkerheten. Det är därmed inte acceptabelt att intagna regelmässigt fråntas sina glasögon när de tas in i arresten.²¹

Barn i arrest

Den som inte har fyllt arton år och som är gripen eller anhållen får enligt 6 a § lagen med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) hållas i förvar i polisarrest endast om det är absolut nödvändigt. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2021. I propositionen till bestämmelsen uttalades bl.a. följande. En polisarrest är inte anpassad efter de särskilda behov som ett barn har och en placering även tillfälligtvis i arresten bör undvikas eftersom det inte är en lämplig miljö för barn att vistas i. Förvar av barn i en polisarrest kan enbart komma i fråga i undantagsfall.²²

Vid inspektionen av *arresten Malmö* kom det fram att det finns ett möblerat rum i anslutning till arresten där barn som är gripna eller anhållna kan placeras och hållas under bevakning. Det kom också fram att barn ibland placerades i en cell i arresten om barnet blev kvar över natten, det var platsbrist i häktet eller Polismyndigheten inte kunde avsätta personal för bevakning av barnet i det särskilda rummet.

Efter inspektionen uttalade JO att bestämmelsen i 6 a § LUL och de tydliga intentioner som finns med lagstiftningen ställer krav på Polismyndigheten att planera och ha kapacitet för att flera, ibland många, barn samtidigt är gripna eller anhållna. I en stor stad som Malmö torde detta inte sällan vara fallet. Enligt JO framstod Polismyndighetens lokaler i arresten Malmö och den organisation som fanns vid tidpunkten för inspektionen som underdimensionerade för att hantera barn som är gripna eller anhållna. Förhållandena kan leda till att barn hålls i förvar i arresten även i andra fall än i de undantagssituationer som lagstiftaren avsett. Det är enligt JO inte acceptabelt.

²⁰ Se JO:s protokoll i dnr O 21-2021.

²¹ Se JO:s protokoll i dnr O 1-2020.

²² Se prop. 2019/20:129 s. 46 och 60.

Vid en inspektion av *arresten Karlstad* kom det fram att stationsbefälens uppfattning var att barn tidigare hade placerats i cell i arresten men att det hade införts nya rutiner och att det inte längre förekom. JO var positiv till att bestämmelsen om att barn inte får hållas i förvar i polisarrest om det inte är absolut nödvändigt tycktes ha medfört ett ändrat arbetssätt i arresten Karlstad.

Hälso- och sjukvård i arrest

En frihetsberövad i arrest som behöver hälso- och sjukvård ska undersökas av läkare. En läkare ska också tillkallas om den frihetsberövade begär det och det inte är uppenbart att en sådan undersökning inte behövs. En frihetsberövad i arrest som behöver hälso- och sjukvård ska vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om den frihetsberövade inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i förvaringslokalen, ska den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs ska den frihetsberövade föras till sjukhus.²³ Varje förvaringslokal ska ha tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning.²⁴

Vid inspektionen av *arresten Västberga* noterades att intagnas läkemedel förvarades öppet i arrestvakternas rum samt att det inte dokumenterades närmare detaljer om t.ex. vilka läkemedel den intagne tagit. Företrädarna för Polismyndigheten uppgav vid den avslutande genomgången att detta inte var i enlighet med myndighetens rutiner på området. Efter inspektionen uttalade JO att om det inte redan hade gjorts, förutsätter han att Polismyndigheten vidtar åtgärder för att komma tillrätta med bristerna i läkemedelshanteringen.²⁵

Vid inspektionen av *arresten Malmö* kom det fram att Polismyndigheten hade upphandlat ett vårdföretag som tillhandahöll sjuksköterskor i arresten. I avtalet angavs att företaget är vårdgivare och som sådan ansvarig för att all relevant sjukvårdslagstiftning följs. Det kom fram att det anlitate vårdföretaget utbildade ett antal arrestvakter i hantering av mediciner m.m. Dessa fick sedan delegation att dela ut medicin till intagna i arresten. Vidare fanns det en rutin som vårdgivaren hade tagit fram och i den angavs att arrestvakter ska närvara i cell när sjuksköterska genomför ett samtal med en intagen.

Efter inspektionen uttalade JO att frågan om ansvarsfördelning mellan vårdgivaren och Polismyndigheten, t.ex. vad gäller delegation och hantering av mediciner, bör granskas av den ordinarie tillsynsmyndigheten inom hälso- och sjukvård. En kopia av protokollet skickades därför till Inspektionen för vård och omsorg.²⁶

²³ Se 1 kap. 2 och 3 §§ samt 5 kap. 1 § häkteslagen (2010:611).

²⁴ Se 15 § häktesförordningen (2010:2011).

²⁵ Se JO:s protokoll i dnr O 21-2021.

²⁶ Se JO:s protokoll i dnr O 27-2021.

Vid inspektionen av *arresten Karlstad* framgick av en överenskommelse mellan Polismyndigheten och Kriminalvården att häktets hälso- och sjukvårdspersonal inte fanns tillgänglig för personer omhändertagna för berusning, men däremot för övriga intagna i arresten. Enligt JO:s mening finns det en risk att den typen av sårlosningar leder till missförstånd i fråga om vem som ansvarar för att den intagnes tillgång till hälso- och sjukvård tillgodoses. JO pekade på att en intagen i en arrest för några år sedan råkade illa ut eftersom ansvaret för sjukvården inte var tydligt reglerat mellan Kriminalvården och Polismyndigheten.²⁷

Vidare följde det av överenskommelsen att det var Polismyndighetens ansvar att vid behov transportera personer omhändertagna för berusning till sjukhus. Ett stationsbefäl uppgav vid inspektionen att det görs en säkerhetsbedömning av om LOB-omhändertagna kan placeras i en cell i arresten eller om de ska köras till sjukhus. Bedömningen görs av stationsbefälet. Om Kriminalvården gör bedömningen att personen i stället borde köras till sjukhus så kör Polismyndigheten den intagne dit. Ett annat stationsbefäl var av motsatt uppfattning och uppgav att om stationsbefälet inte delar Kriminalvårdens bedömning så placeras personen i cell. Ledningen för häktet Karlstad uppgav att Kriminalvården kan vägra att sätta in en intagen i en cell om kriminalvårdspersonalen gör bedömningen att han eller hon är i så dåligt fysiskt eller psykiskt skick att personen är i behov av sjukhusvård. Det redovisades alltså olika uppfattningar om vem som har beslutanderätten i en för den intagne mycket viktig fråga. Det är enligt JO inte godtagbart och kan leda till negativa konsekvenser för de intagna.²⁸

3.2 Initiativärenden

Handräckning av en 13-åring som omhändertagits med stöd av LVU

I samband med Opcat-verksamhetens tematiska inriktning mot transporter av frihetsberövade hämtade JO in avvikelserapporter om handräckningstransporter från Polismyndigheten. I en av rapporterna framkom att en socialnämnd hade begärt hjälp (handräckning) av Polismyndigheten med att transportera en 13-årig flicka som omhändertagits med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) till ett av Statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem. Först cirka 17 timmar efter att flickan omhändertagits kunde transporten påbörjas med bil och efter drygt 10 timmars transport var hon framme vid ungdomshemmet. Med anledning av vad som kommit fram i rapporten beslutade JO att i ett särskilt ärende utreda Polismyndighetens, SiS och socialnämndens hantering av ärendet.

²⁷ Se JO 2014/15 s 204, dnr 3076-2012.

²⁸ Se JO:s protokoll i dnr O 33-2021.

Utredningen visade att det relativt snart efter det att flickan hade omhändertagits av en polispatrull uppstod en diskussion mellan Polismyndigheten och socialjouren om huruvida en företrädare för socialnämnden (dvs. personal från socialtjänsten) skulle närvara under transporten. Polismyndigheten gjorde bedömningen att det var lämpligt, medan socialjouren hade uppfattningen att det inte var nödvändigt. Det som kom fram i utredningen visade enligt JO på behovet av att myndigheter och andra som kan komma att behöva medverka vid en handräckning har väl utarbetade rutiner. Den som begärt handräckning behöver ha en beredskap för att det under hela dygnet kan uppkomma frågor som rör begäran. Vidare bör det finnas en förberedelse för att personal vid behov ska kunna närvara under transporten. JO uttalade att frågan om huruvida personal ska närvara vid transporten ska avgöras utifrån vad som är bäst för den unge.

Enligt JO bör det även rimligen kunna krävas att det finns en övergripande plan för hur transporten ska gå till och att det finns förutsättningar hos den som begärt handräckning att vid behov boka en resa. Det måste också finnas en förberedelse för att kunna återkalla begäran och genomföra transporten på egen hand, om det skulle visa sig att det inte finns ett behov av polisens särskilda befogenheter. En sådan flexibilitet är nödvändig för att undvika att en ung person i onödan transporterats av polis eller tas in i en arrest.

Av utredningen framgick att flickan inledningsvis var placerad i ett par timmar i en tjänstebil som var parkerad i arrestintaget. Hon övernattade därefter på hotell och nästa dag transporterades hon av Polismyndigheten 76 mil till ungdomshemmet. Under hela den tid hon var omhändertagen befann hon sig i sällskap av poliser eller polisanställda.

Enligt JO:s bedömning var flickan inte vid något tillfälle tagen i förvar under den tid som hon var omhändertagen av polisen. Polismyndighetens behandling av flickan hade således varit i enlighet med LVU. JO framhöll dock att även om den unge inte är inlåst och är tillsammans med personal, så är ett arrestintag som regel en olämplig miljö för en yngre person att vistas i. I en arrest tas det regelmässigt in personer som är misstänkta för brott eller personer som är omhändertagna för berusning. Det är inte ovanligt att det uppstår stökiga situationer som gör att miljön kan upplevas som otrygg för en ung person. Av den anledningen bör enligt JO utgångspunkten vara att personer under 15 år inte ska tas in i t.ex. ett förhörssrum eller något annat rum i en arrest i väntan på en transport. I stället bör den unge placeras i något annat lämpligt utrymme tillsammans med personal.²⁹

29 Se JO:s beslut den 20 april 2021 i dnr O 6-2020 och JO:s slutrapport *Transporter av frihetsberövade 2021*.

3.3 Avslutande kommentarer av JO Per Lennerbrant

Sedan den 1 juli 2021 får den som inte har fyllt arton år och som är gripen eller anhållen hållas i förvar i polisarrest endast om det är absolut nödvändigt. Lagstiftaren har bedömt att en polisarrest inte är anpassad efter de särskilda behov som ett barn har och att en placering även tillfälligtvis i arresten bör undvikas eftersom det inte är en lämplig miljö för barn att vistas i. Under 2021 uppmärksammade jag vid inspektionerna av arresterna i Malmö och Karlstad hur man arbetade med placering av barn i arrest. Jag kunde notera att den regleringen inte hade fått genomslag på ett likartat sätt vid de båda arresterna. Det är Polismyndigheten som måste säkerställa att barn som är gripna eller anhållna inte hålls i förvar i en arrest i andra fall än då det är absolut nödvändigt. Detta gäller självfallet samtliga arrester i landet. Jag kommer fortsätta att följa den här frågan.

Frihetsberövande i arrestlokaler pågår som regel inte längre än några dagar. Det kan konstateras att miljön i äldre arrester inte lever upp till de krav som kan ställas på den fysiska miljön. Bristen på dagsljus i lokalerna där de frihetsberövade placeras är fortfarande bekymmersam. Vid inspektionerna i Borås och Eskilstuna kom det fram att Polismyndigheten har långtgående planer på att uppföra nya arrester. Nybyggda arrestlokaler medför i regel en förbättrad fysisk miljö för intagna som placeras där. Det tar dock ofta flera år innan en arrest kan tas i bruk. Jag har därför framhållit att Polismyndigheten i avvaktan på det bör vidta åtgärder för att förbättra miljön i de nuvarande arresterna.

För de intagnas trygghet och säkerhet i arresten är säkerhetsbedömningen av grundläggande betydelse. I polisens arrester placeras regelbundet personer som är mycket berusade och det tas även in personer som kan lida av en psykisk sjukdom. Säkerhetsbedömningen ger ett underlag bl.a. för att bedöma om den intagne är i behov av sjukvård och hur ofta han eller hon behöver ses till i arresten. Mot den bakgrunden har jag vid flera tillfällen pekat på vikten av att det görs en noggrann säkerhetsbedömning i varje enskilt fall och att bedömningen dokumenteras på ett fullständigt sätt.

Polismyndigheten har löst bemanningen i arrester på olika sätt och det blev under inspektionsperioden tydligt att det riskerar att leda till otydligheter i olika ansvarsfrågor. I mina uttalanden har jag också framhållit nödvändigheten av att upprätthålla en god kommunikation mellan ansvarigt befäl och arrestvakterna för att på så sätt skapa en trygg och säker miljö för de frihetsberövade. Under perioden 2020 och 2021 dog sex människor när de var frihetsberövade i en arrest. Polismyndigheten måste fortsatt stärka sitt säkerhetsarbete i arrester för att förhindra att det uppstår situationer som innebär allvarliga risker för de intagna. JO kommer fortsatt följa myndighetens arbete med att säkerställa att de som arbetar i arrester har den utbildning som krävs för att uppdraget ska kunna genomföras i enlighet med de föreskrifter som gäller för arrestverksamheten.

4

Kriminalvården

Kriminalvården

Vid utgången av 2021 fanns det 32 häkten och 45 kriminalvårdsanstalter i Sverige med totalt ca 6 700 fasta platser. Kriminalvården har därutöver platser för tillfälliga behov, dels beredskapsplatser för dubbelbeläggning, dels tillfälliga platser i andra typer av rum än bostadsrum som inte uppfyller cellers standard. Under åren 2020 och 2021 har användandet av beredskapsplatser och tillfälliga platser ökat.¹

Inom Kriminalvården placeras i första hand personer som är frihetsberövade på grund av att de är häktade eller avtjänar ett fängelsestraff. Det förekommer även att andra kategorier av frihetsberövade personer placeras i Kriminalvårdens häkten. Det kan exempelvis vara personer som är omhändertagna med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, eller med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och som transporteras av Kriminalvården, Nationella transportenheten (NTE). En annan grupp som kan placeras i häkten och anstalter är utlännningar som är förvarstagna enligt utlänningslagen (2005:716), UtL.

Under 2020 genomfördes sju inspektioner av häkten och kriminalvårdsanstalter.² Av dessa var en inspektion oanmäld och genomfördes på plats.³ Övriga sex inspektioner genomfördes genom ljud- och bildöverföring samt enkätundersökningar som besvarades av intagna. De inspektionerna var en del i granskningen av frihetsberövades situation under coronapandemin. En sammanfattning av granskningen finns i avsnitt 10.

Under 2021 genomfördes tre inspektioner av häkten.⁴ Inspektionerna gjordes på plats och två av dem var oanmälda.⁵

Samtliga inspektioner genomfördes av eller skedde på uppdrag av JO Katarina Pahlsson och hon fattade beslut i tre initiativärenden. Dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning fattade beslut i tre initiativärenden. Se vidare om initiativärendena under avsnitt 4.2.

4.1 Iakttagelser vid inspektionerna

Inspektionerna av häkten och kriminalvårdsanstalter omfattar ett flertal 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 gemenskap med andra intagna, daglig vistelse utomhus m.m.

¹ Se Kriminalvårdens årsredovisning 2021.

² Anstalterna Beateberg, Färingsö, Hall och Svartsjö samt häktena Färingsö, Kronoberg och Sollentuna.

³ Häktet Sollentuna.

⁴ Häktena Huddinge (avdelningen Nacka), Malmö och Karlstad.

⁵ Häktena Huddinge (avdelningen Nacka) och Karlstad.

Vistelse i gemensamhet

En intagen i ett häkte ska ges möjlighet att dagtid vistas tillsammans med andra intagna (gemensamhet). Gemensamhetsvistelsen kan begränsas genom att Kriminalvården beslutar att den intagne ska vara avskild om det är nödvändigt på grund av säkerhetsskäl. En intagen kan även nekas vistelse i gemensamhet om han eller hon är placerad i en annan förvaringslokal än i ett häkte och lokalförhållandena inte tillåter gemensamhet eller om det är nödvändigt för att genomföra en kroppsbesiktning. Slutligen kan en intagen nekas gemensamhet om han eller hon är belagd med restriktioner av åklagare.⁶

Vid inspektionen av *häktet Sollentuna* i januari 2020 uppmärksammades att det inte fanns tillräckligt med platser på gemensamhetsavdelningarna. Vid inspektionens inledning fanns det 101 häktade intagna med rätt att vistas i gemensamhet men bara 83 platser på häktets gemensamhetsavdelningar. Efter inspektionen uttalade JO att det var allvarligt att häktet Sollentuna inte kunde tillgodose intagnas rätt till gemensamhet och pekade på att lokalmässiga och praktiska förutsättningar inte är godtagbara skäl för att inte tillgodose deras lagstadgade rättighet.⁷

Isoleringsbrytande åtgärder

Kriminalvården har som målsättning att erbjuda åtminstone två timmar isoleringsbrytande aktiviteter per dag för intagna som inte får vistas i gemensamhet. Den 1 juli 2021 trädde en ny lagstiftning i kraft som innebär att barn ska erhålla fyra timmar isoleringsbrytande åtgärder per dag.⁸

Vid inspektionen av häktet Sollentuna granskades häktesplaner för barn och unga (födda mellan 1999 och 2003) som var intagna i häktet. I en häktesplan ska personalen dokumentera de isoleringsbrytande åtgärder som sker i förhållande till den intagne. Vid granskningen gav flera av häktesplanerna intrycket att personalen arbetade aktivt med att försöka bryta isoleringen av barn och unga. Det fanns också anteckningar som visade att personalen försökte motivera intagna till isoleringsbrytande åtgärder trots att de tidigare avböjt detta.

Efter inspektionen uttalade JO att det givetvis var mycket bra att häktet arbetade aktivt med isoleringsbrytande åtgärder men konstaterade samtidigt att insatserna fördelades ojämnt. Vissa intagna hade fått relativt regelbundna insatser medan andra intagna inte hade fått några alls. Det var inte heller möjligt att utläsa vilka överväganden som låg bakom denna fördelning. Genomgången av häktesplanerna visade enligt JO att i vart fall *häktet Sollentuna* hade svårt att bryta isoleringen enbart med hjälp av personalledda aktiviteter i förhållande till en intagen åt gången. JO framhöll att möjligheten till

⁶ Se 2 kap. 5 § och 6 kap. 1 och 2 §§ häkteslagen (2010:611) samt 24 kap. 5 a § rättegångsbalken.

⁷ Se JO:s protokoll i dnr O 5-2020.

⁸ Se 2 kap. 5 a § häkteslagen.

Det är synnerligen allvarligt att det finns barn och unga som är isolerade i svenska häkten

samsittning eller att vistas i gemensamhet i s.k. restriktionsgrupper är viktiga inslag i ett systematiskt isoleringsbrytande arbete över tid. Det var enligt JO tydligt att häktet Sollentuna måste stärka och prioritera sitt arbete med att på ett meningsfullt sätt bryta isoleringen av intagna. Vidare underströk JO att det är synnerligen allvarligt att det finns barn och unga som är isolerade i svenska häkten.

I samband med inspektionen i oktober 2021 av *häktet Malmö, röd avdelning* kom det fram att frihetsberövade barn under 18 år erbjöds minst fyra timmar isoleringsbrytande åtgärder i enlighet med det nya lagkravet i häkteslagen. Eftersom det arbetet måste prioriteras kunde häktet inte erbjuda andra grupper av intagna isoleringsbrytande åtgärder i den omfattning som är önskvärd och då det saknas lokalmässiga förutsättningar för det. Efter inspektionen uttalade JO att det var mycket bekymmersamt att resurserna och de lokalmässiga förutsättningarna för sådana åtgärder i stort sett endast räckte till för barnen. JO underströk att häktet ytterligare måste stärka och prioritera sitt arbete med att på ett meningsfullt sätt bryta isoleringen av alla grupper av intagna.⁹

Placering av intagna i avskildhet

Kriminalvården kan begränsa den intagnes rätt till gemensamhet genom ett beslut om avskiljande. Det får fattas om det bedöms nödvändigt av säkerhetsskäl, det kan t.ex. vara nödvändigt att hålla en intagen avskild från andra intagna om det finns en risk för fritagning eller rymning eller om den intagne är våldsam eller påverkad av narkotika.¹⁰

I samband med inspektionen av *häktet Sollentuna* kom det fram att ett antal intagna som var misstänkta för relations- och sexualbrott var placerade i avskildhet av säkerhetsskäl. Enligt häktesledningen skulle deras säkerhet äventyras om de placerades på en vanlig gemensamhetsavdelning. Dessa intagna stod därför i kö till en särskild gemensamhetsavdelning i häktet Huddinge. Efter inspektionen uttalade JO att Kriminalvården har ett ansvar att skydda de intagna och att hon därför har förståelse för att det måste vidtas åtgärder för att vid de påstådda förhållandena skydda intagna som är häktade på grund av misstanke om t.ex. sexualbrott. JO ställde sig däremot tveksam till om häktets tillämpning av bestämmelsen i häkteslagen är förenlig med lagstiftarens avsikt. Enligt JO bör det vara den som utgör ett hot mot en medintagen, är våldsam eller annars utgör en säkerhetsrisk som i första hand genom särskilt beslut blir placerad i avskildhet. Mot bakgrund av denna problematik ansåg JO att det finns anledning för Kriminalvården att inrätta fler särskilda avdelningar där intagna som på grund av den aktuella brottsmisstanken lever under hot i häktet kan få sin rätt att vistas i gemensamhet tillgodosedd.

⁹ Se JO:s protokoll i dnr O 20-2021.

¹⁰ Se prop. 2009/10:135 s. 186.

Intagna som är "avskilda på egen begäran"

Vidare var flera intagna i häktet *Sollentuna* "avskilda på egen begäran". JO ställde sig tveksam till denna beskrivning eftersom den gav intrycket av att Kriminalvården har ett rättsligt stöd för att hålla dem avskilda. Enligt JO saknas det lagligt stöd för att avskilja en intagen i häkte på denna grund. Hon pekade på att formuleringen riskerar att medföra att häktets personal inte arbetar aktivt för att ändra på situationen för en sådan intagen eller på avdelningen. Vidare underströk JO att häktet har ett stort ansvar att se till att sådana intagna inte drar sig undan i ensamhet och för att personalen dagligen gör insatser för att försöka komma till rätta med förhållandena för en sådan intagen. Det kan bl.a. handla om att på olika sätt bryta den intagnes isolering genom att erbjuda mellanmänsklig kontakt av annat slag, försöka motivera den intagne att flytta över till en gemensamhetsavdelning eller att försöka hitta alternativa placeringar i häktet Sollentuna eller andra häkten.

Det saknas lagstöd för att avskilja en intagen i häkte på egen begäran

Miljön i häktet Sollentuna

Såväl JO som Europeiska tortyrkommittén (CPT) har genom åren framfört synpunkter på häktet *Sollentunas* rastgårdar. Efter ett besök 2015 rekommenderade CPT svenska myndigheter att vidta åtgärder för att förbättra miljön på rastgårdarna och göra det möjligt för de intagna att se ut från dem.¹¹ Häktets samtliga rastgårdar är som slutna förvaringsutrymmen med höga betongväggar och gallertak. Det går inte att betrakta omgivningarna från rastgårdarna och det är svårt att uppleva någon frisk luft.

Efter inspektionen lyfte JO fram att JO:s medicinska expert vid inspektionen konstaterade att rastgårdarna i deras nuvarande form riskerar att ha en ogynnsam inverkan på de intagnas hälsa. Enligt JO lever häktets rastgårdar fortfarande inte upp till de krav som rimligen kan ställas på sådana utrymmen och framhöll att de planer som fanns på förbättringar också borde omfatta åtgärder så att de intagna kan titta ut och betrakta omgivningarna.

CPT har haft synpunkter på häktet Sollentunas rastgårdar

Bältesläggning

Vid inspektionen av häktet *Malmö* noterades att en intagen vid ett tillfälle varit bälteslagd i mer än 15 timmar.¹² Efter inspektionen konstaterade JO att bältesläggning är en av de mest ingripande åtgärder som Kriminalvården kan vidta mot en intagen i häkte. Mot bakgrund av den långa tid som den intagne varit bälteslagd underströk JO vikten av att Kriminalvården i samband med en sådan tvångsåtgärd gör kontinuerliga övervägningar om behovet kvarstår eller om en mindre ingripande åtgärd kan användas. Vidare hänvisade JO till tidigare uttalanden om att det finns ett behov av att se över lagstiftningen eftersom det inte i häkteslagen respektive fängelselagen framgår vem som kan

¹¹ Se CPT/Inf (2016) 1, para. 3.

¹² Se JO:s protokoll i dnr O 25-2021.

fatta beslut om bältesläggning eller hur lång tid ett beslut om bältesläggning kan gälla innan det måste omprövas.¹³ JO instämde i denna bedömning och framhöll att Kriminalvården i avvaktan på en sådan översyn behöver arbeta med att minimera användandet av denna långtgående tvångsåtgärd.

Häkten som är inrättade i tidigare arrestlokaler

Det har tidigare förekommit att Kriminalvården inrättar s.k. tillfälliga häkten. Under perioden 2015–2017 fanns det två sådana verksamheter belägna i polisarrester.¹⁴ Kriminalvården har på grund av en ansträngd beläggningssituation på nytt inrättat häktesplatser i några av Polismyndighetens arrestlokaler. *Häktet Huddinge* hyr sedan april 2020 Polismyndighetens arrestlokal i Nacka Strand och har 18 platser där för häktade med restriktioner, *avdelningen Nacka*. Det är cirka 20 km mellan den avdelningen och häktet Huddinge i Flemingsberg. Även *häktet Malmö* hyr sedan februari 2020 lokaler av Polismyndigheten, en korridor med 22 platser för häktade med restriktioner, *röd avdelning*. Korridoren ligger i direkt anslutning till Polismyndighetens arrest.¹⁵ Häktets övriga lokaler ligger i samma byggnad.

Fysiska miljön i gamla arrestlokaler

I samband med inspektionerna av de båda avdelningarna noterades att det hade skett vissa standardhöjande insatser avseende den fysiska miljön. Bland annat menade Kriminalvården att cellerna fått en inredning som skulle motsvara häktesstandard. Flera av cellerna är emellertid utrustade med en toalett i stål utan lock och där den häktade inte kunde spola på egen hand, utan de måste få assistans av kriminalvårdspersonalen. I vissa celler på *röd avdelning* i Malmö är toaletten inte heller skild från den övriga cellen. Dessutom saknar mer än hälften av cellerna handfat, vilket gjorde att de intagna inte kunde tvätta händerna efter att ha utträttat sina behov.

Efter inspektionerna konstaterade JO att de gamla arrestlokalerna inte är lämpade för häktesverksamhet. De fysiska förhållandena kan vara godtagbara om cellerna bara används för frihetsberövanden som normalt varar som mest i ett par dagar. Däremot är det ovärdigt att låta intagna vistas i celler med den standard som de båda avdelningarna har under längre tidsperioder.

Båda avdelningarnas lokaler ligger – till skillnad från vad som regelmässigt brukar vara fallet med häkten – i gatuplan vilket begränsar möjligheten för intagna att se ut och få in ljus. Vid inspektionerna ifrågasatte både intagna och personal om det verkligen kunde beskrivas som en utomhusvistelse att befinna sig på rastgårdarna. JO uttalade att det bör betecknas som en grund-

¹³ Se JO 2021/22 s. 241 och denna rapport s. 41.

¹⁴ Se årsrapport 2015–2017 s. 28.

¹⁵ Iakttagelserna efter inspektionerna är redovisade i separata protokoll i dnr O 20-2021 och O 25-2021. JO:s uttalanden är samlade i protokollet efter inspektionen av häktet Karlstad i dnr O 34-2021.

läggande rättighet för intagna att placeras i en cell där det är möjligt att få in dagsljus som är normalt för årstiden, och att intagna på egen hand kan reglera inflödet av dagsljus i en cell. Det bör även ses som en grundläggande rättighet för den intagne att kunna betrakta sin omgivning från en rastgård.¹⁶ Enligt JO uppfyller inte de lokaler som Kriminalvården hyr av Polismyndigheten i Nacka och Malmö dessa grundläggande krav.

Brist på lokaler för aktiviteter i de gamla arrestlokalerna

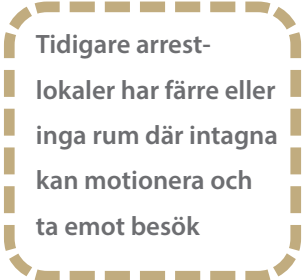
De båda avdelningarna saknar många av de utrymmen som ett häkte normalt har tillgång till och som enligt JO behövs för en ändamålsenlig och rättsenlig häktesverksamhet. Det handlar om brist på bl.a. samtalsrum. Båda avdelningarna saknar även motionslokaler. För att motionera erbjöds intagna på *avdelningen Nacka* att låna en motionscykel som kunde tas in i cellen eller ut på rastgården. Intagna på *röd avdelning* erbjöds att låna vikter för att träna i cellen. JO konstaterade att de intagna på de båda avdelningarna har en påtagligt mer begränsad tillvaro än vad de skulle ha haft om de var placerade på andra avdelningar i de båda häktena.

Även intagna utan restriktioner var placerade på avdelningen Nacka och röd avdelning. Det kom fram att det inte fanns någon begränsning i tid hur länge en intagen kunde vara placerad där. Personaltätheten på avdelningarna var högre än på övriga avdelningar i båda häktena. Den högre bemanningen på *röd avdelning* berodde bl.a. på att det krävdes mer logistik för att kunna hantera intagna och rutiner där. Personalen på avdelningen Nacka förde fram att de träffade intagna oftare i jämförelse med övriga avdelningar i häktet. Personalen kunde anpassa sina arbetsuppgifter efter de behov som de intagna förde fram. På röd avdelning fick intagna komma ut i korridoren och hämta sin mat och personalen försökte skapa extra tillfällen för samtal.

Efter inspektionerna uttalade JO att det bemötande som de intagna fick på båda avdelningarna framstod som mycket gott. De brister som uppmärksammades med verksamhet i de gamla arrestlokalerna drabbar dock de intagna på ett negativt sätt t.ex. möjligheten att erhålla isoleringsbrytande åtgärder när det saknas samtalsrum. I syfte att begränsa de negativa konsekvenserna uttalade JO att hon utgick ifrån att Kriminalvården ser över på vilket sätt myndigheten kan underlätta situationen för de intagna som placeras i gamla arrestlokaler. Det är enligt JO en självklarhet att intagna inte ska behöva vara placerade i sådana lokaler under längre tid än vad som är absolut nödvändigt.

Tillgången till hälso- och sjukvård

Vid inspektionen av avdelningen Nacka kom det fram att intagna transporterades till häktets lokaler i häktet Huddinge för att ta emot besök och för att



Tidigare arrestlokaler har färre eller inga rum där intagna kan motionera och ta emot besök

¹⁶ Se t.ex. JO 2016/17 s. 198.

besöka hälso- och sjukvården. De intagna upplevde att deras tillgång till hälso- och sjukvård var dålig. Det var svårt att komma i kontakt med sjuksköterskorna och de intagna ansåg också att de inte blev lyssnade på, t.ex. var det svårt att få gehör för uttalade behov som hjälpmedel för rehabilitering. Det uttrycktes också missnöje med att det tog flera dagar innan s.k. systerlappar besvaras.

Efter inspektionerna konstaterade JO att varje förvaringslokal ska ha tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning.¹⁷ Avdelningen i Nacka hade visserligen tillgång till häktet Huddinges hälso- och sjukvårdspersonal men de förhållanden som rådde vid inspektionen gav enligt JO en del i övrigt att önska. Det förhållandet att de intagna inte hade direkt tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal ledde till dröjsmål och missförstånd i kommunikationen. Den hade enligt JO naturligtvis underlättats om hälso- och sjukvårdspersonalen befann sig på plats i Nacka en eller ett par dagar i veckan. Den av Kriminalvården valda ordningen innebär att de intagna i Nacka har sämre tillgång till hälso- och sjukvård än övriga intagna i häktet. JO uttalade att om det inte redan har skett bör myndigheten så snart som möjligt vidta åtgärder som ger de intagna i Nacka tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal på samma villkor som häktets övriga intagna.

JO:s slutsats om verksamheten i gamla arrestlokaler

Efter inspektionerna uttalade JO sammanfattningsvis att det är oacceptabelt att den ansträngda beläggningssituationen i häkten och anstalter leder till att Kriminalvården bedriver häktesverksamhet i bristfälliga lokaler. Det är också något som Kriminalvården tidigare fått kritik för.¹⁸

Överenskommelse mellan Kriminalvården och Polismyndigheten om att bedriva arrestverksamhet

Vid inspektionen av *häktet Karlstad* kom det fram att Polismyndigheten och Kriminalvården 2014 slutit en regional överenskommelse som gäller förvaring av gripna, anhållna och omhändertagna personer.¹⁹ Häktesledningen förklarade vid inspektionen att driften av arresten enligt överenskommelsen innebär att Kriminalvården på uppdrag av Polismyndigheten sköter omvårdnaden av de frihetsberövade i Polismyndighetens lokaler och att Kriminalvården fakturerar Polismyndigheten för denna tjänst. Parallellt med inspektionen av häktet Karlstad genomfördes, på uppdrag av JO Per Lennerbrant, en inspektion av *Polismyndigheten, arresten Karlstad*.²⁰

Placering av häktade i anhållningscell

Av överenskommelsen mellan Kriminalvården och Polismyndigheten följer att häktet Karlstad kan placera intagna som är föremål för häktning i sex av

¹⁷ Se 15 § häktesförordningen (2010:2011).

¹⁸ Se JO:s protokoll i dnr 582-2017 och JO 2019/20 s.203.

¹⁹ Se JO:s protokoll i dnr O 34-2021.

²⁰ Se JO:s protokoll i dnr O 33-2021.

arrestens anhållningsceller. En liknande ordning beskrevs vid en inspektion av häktet Uppsala i september 2021.²¹

Efter inspektionen konstaterade JO att arbetssättet innebär att häktade intagna i Karlstad och Uppsala kan kvarbli eller placeras i en arrest, vilket företrädesvis tycks äga rum vid platsbrist, trots att det enligt lag följer att en domstol eller åklagare ska ha godkänt det.²² JO bedömde att det förhållandet att det var Kriminalvården, och inte Polismyndigheten, som ansvarar för driften av arrestverksamheten hade en avgörande betydelse för att bestämmelsen inte upprätthålls. Enligt JO finns det en risk att det leder till att intagna behandlas olika beroende på i vilken ort de befinner sig och därmed om det är Kriminalvården eller Polismyndigheten som ansvarar för driften av arresten. Vidare uttalade JO att för att kunna förverkliga lagstiftarens intention – och för att frihetsberövade inte placeras i miljöer som bedömts olämpliga – är det viktigt att skillnaden mellan arrester och häkten upprätthålls i praktiken. Det är som regel inte något problem om det är olika myndigheter som ansvarar för driften av arrester respektive häkten. Däremot finns det en påtaglig fara att denna gräns suddas ut i de fall där Kriminalvården även ansvarar för arrestverksamheter.

Vidare framhöll JO att det inte bara är standarden på cellen som är avgörande för bedömningen att det är olämpligt att placera en häktad i en arrest. Om cellen finns i en lokal där det placeras andra kategorier av frihetsberövade, t.ex. omhändertagna för berusning, riskerar den häktade att befinna sig i en miljö där det även vistas stökiga och drogpåverkade personer.²³ Det är en miljö som inte passar för längre frihetsberövanden och det är en uppfattning som enligt JO återspeglas i utformningen av 24 kap. 22 § rättegångsbalken.

Det är viktigt att skillnaden mellan arrester och häkten upprätthålls i praktiken

Tillsyn av intagna som är placerade i arresten

I samband med inspektionerna av *häktet och arresten Karlstad* kom det fram att kriminalvårdspersonalen gjorde en egen bedömning av en intagens behov av tillsyn efter att Kriminalvården tagit över ansvaret för honom eller henne från Polismyndigheten. Dessutom kom det fram motstridiga uppgifter bland kriminalvårdarna i fråga om vem som var ansvarig för att besluta om ändrad tillsynsfrekvens. Vid samtal med polisanställda förklarade ett stationsbefäl att det är Polismyndigheten som ansvarar för arresten och att det är stationsbefälet som bestämmer med vilken frekvens de intagna ska ses till. Även företrädare för Polismyndigheten uppgav att det är den myndigheten som är ansvarig för att beslutad tillsyn följs. Stationsbefäl kan be om tätare tillsyn om de får information om att en intagen mår dåligt. Polisledningen kunde inte redogöra för vilket ansvar Kriminalvårdens vakthavande befäl hade för tillsynen i arresten.

²¹ Se JO:s protokoll i dnr 6684-2021.

²² Se 24 kap. 22 § rättegångsbalken.

²³ Se prop. 2019/20:129 s. 46 f.

Efter inspektionen uttalade JO att tillsynen av intagna i en arrest utgör myndighetsutövning och det är av synnerlig vikt att tillsynen utförs på ett korrekt sätt. Intagna i en arrest befinner sig som regel i en utsatt situation och det kan få långtgående negativa konsekvenser om de inte ses till med viss regelbundenhet. Så som förhållandena beskrevs vid de båda inspektionerna finns det enligt JO:s mening en uppenbar risk att det uppstår oklarheter om hur ofta en intagen i arresten ska ses till och vem som i praktiken beslutar i sådana frågor. Med hänsyn till de lämnade beskrivningarna drog JO slutsatsen att det t.ex. skulle kunna finnas olika beslut från Kriminalvården och Polismyndigheten om tillsynsfrekvens för en och samma intagen. Det får enligt JO inte råda några som helst tveksamheter angående beslut om och utförande av tillsyn samt eventuella förändringar av tillsynsfrekvensen.

Överenskommelsens reglering av hälso-och sjukvård

Av den överenskommelse som träffats angående arrestverksamheten i Karlstad framgår att häktets hälso- och sjukvårdspersonal inte finns tillgänglig för personer omhändertagna för berusning, men däremot för övriga intagna i arresten. Vidare följer det av överenskommelsen att det är Polismyndighetens ansvar att vid behov transportera personer omhändertagna för berusning till sjukhus. Efter inspektionen uttalade JO att det finns en risk att denna typ av särlösningar leder till missförstånd i fråga om vem som har ansvaret för en intagen och hans eller hennes tillgång till hälso- och sjukvård. JO påminde om att en intagen i en arrest råkade illa ut för några år sedan när just ansvaret för sjukvården inte var tydligt reglerat mellan Kriminalvården och Polismyndigheten.²⁴

JO:s slutsats om verksamheten i Karlstad

Efter inspektionen uttalade JO följande. Det saknas en definition av vad som är en arrest respektive ett häkte men det är tydligt att lagstiftaren har utgått ifrån att det finns skillnader.²⁵ Kriminalvården har i uppdrag att ansvara för att verkställa utdömda påföljder, bedriva häktesverksamhet samt utföra personutredningar i brottmål. Varken i instruktionen eller regleringsbrev anges att myndigheten ska bedriva arrestverksamhet.²⁶ I stället har Kriminalvården och Polismyndigheten ingått överenskommelser om att Kriminalvården ska ansvara för driften av arrester på ett antal orter.

JO uttalade att hon bedömer att det finns en uppenbar risk för att det uppstår otydligheter beträffande ansvarsförhållandena när en myndighet på ett sådant sätt tar på sig fler uppgifter och utvidgar sitt ansvarsområde. Hon uttryckte att dessa farhågor också blev tydliga vid inspektionen av häktet Karlstad. När Kriminalvården och Polismyndigheten ingår regionala överenskommelser

Det saknas en definition av vad som är en arrest respektive ett häkte

²⁴ Se JO 2014/15 s. 204.

²⁵ Se JO:s protokoll i dnr O 34-2021 s. 10 och 11.

²⁶ Se 1 § förordningen (2007:1172) med instruktion för Kriminalvården.

om att Kriminalvården ska ansvara för driften av arrester uppkommer en rad komplexa utmaningar. Att det sker regionalt resulterar dessutom i olika lösningar som leder till att intagna inte behandlas på ett enhetligt sätt. Arrangemanget medför vidare påtagliga risker för de intagna. Det är inte acceptabelt. Enligt JO kan lämpligheten och det rättsliga utrymmet för Kriminalvården att på det beskrivna sättet överta ansvaret för driften av arrester diskuteras. Visserligen kan det finnas fördelar med att myndigheten samverkar med andra, men problemen med den nuvarande hanteringen är omfattande och allvarliga. Det bör tas ett större samlat grepp om frågorna i syfte att få till en enhetlig och för de intagna inom kriminalvården rättssäker lösning. JO överlämnade därför en kopia av protokollet till regeringen.

4.2 Initiativärenden som rör häkten och kriminalvårdsanstalter

Under 2020 och 2021 fattade JO beslut i sex initiativärenden som inletts efter en Opcat-inspektion. Ett ärende som avser förhållandena för en intagen som var äldre och cancersjuk redovisades i slutrapporten *tema transporter* och har inte tagits med i denna rapport.²⁷

Förhållandena för förvarstagna som är placerade hos Kriminalvården

Migrationsverket får under vissa förhållanden besluta att en utlänning som hålls i förvar ska placeras i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest. Det gäller bl.a. om den förvarstagne hålls avskild och av säkerhetsskäl inte kan vistas i Migrationsverkets förvar, s.k. säkerhetsplacering.²⁸ JO har under många år granskat förhållandena för den grupp av förvarstagna som placeras hos Kriminalvården. Det har lett till flera kritiska uttalanden från JO:s sida och till att regeringen flera gånger uppmärksammats på behovet av ändrade regler.²⁹ Sverige har också från internationellt håll rekommenderats att upphöra med att placera personer som är förvarstagna med stöd av utlänningslagen hos Kriminalvården.³⁰

Efter en inspektionsserie 2017 konstaterade dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning att förvarstagna fortfarande vistades under avsevärt sämre förhållanden än de som var placerade i Migrationsverkets förvar.³¹ Vid inspektionerna av fem häkten kom det fram att det fanns förvarstagna som hade varit placerade i häkte från cirka en vecka upp till ett och ett halvt år. I vissa fall kunde en förvarstagen som var placerad i häkte vara inlåst i sitt bostadsrum 23 timmar om dygnet. Vidare kom det fram att de förvarstagna inte

Regionala överenskommelser mellan Polismyndigheten och Kriminalvården leder till oacceptabla risker för de intagna

27 Se JO 2020/21 s. 180 och slutrapport Transporter av frihetsberövade personer, s. 42.

28 Se 10 kap. 20 § första stycket 2 utlänningslagen.

29 Se JO 2011/12 s. 314, JO 2014/15 s. 216 och JO 2019/20 s. 623.

30 Se CPT/Inf[2016] 1, p. 72.

31 Se JO:s protokoll i bl.a. dnr 416-2017 och 581-2017.

fick inneha mobiltelefoner och inte heller hade tillgång till internet. I vissa häkten handlades telefontillstånd inom Kriminalvårdens särskilda system för kontrollerat telefonerande för intagna (INTIK-systemet). Det konstaterades även att de förvarstagnas möjligheter att ta emot besök var mer begränsade i häkte jämfört med om de hade vistats i Migrationsverkets förvar. Det kom även fram att förvarstagna som var placerade hos Kriminalvården inte hade samma möjligheter att ta till vara sina lagstadgade rättigheter. ChefsJO beslutade att inleda en granskning av förvarstagna som placeras hos Kriminalvården och utgångspunkten för utredningen var främst att belysa situationen för s.k. säkerhetsplacerade förvarstagna.³²

En förvarstagen som är placerad i häkte eller anstalt ska hållas avskild från intagna som är häktade eller avtjänar straff.³³ Kriminalvården uppgav i sitt yttrande att de förvarstagna – i den utsträckning det är möjligt – placeras på samma avdelning för att möjliggöra vistelse i gemensamhet med andra. Det är inte tillåtet att låta den som är förvarstagen, och som inte har utvisats på grund av brott, vistas tillsammans med övriga intagna i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisrest.³⁴ Kriminalvården menade dock att det på vissa verksamhetsställen förekommer betydande svårigheter att tillgodose de förvarstagnas rätt att placeras i gemensamhet. ChefsJO uttalade att det enligt henne är uppenbart att de förvarstagna som säkerhetsplaceras på verksamhetsställen inom kriminalvården som inte särskilt har anpassats för dem, löper stor risk att bli isolerade.³⁵ Vidare underströk chefsJO att det inte är acceptabelt att strukturella brister i Kriminalvårdens verksamhet leder till att förvarstagna förvägras sin rätt att vistas i gemensamhet med andra. Hon pekade på vikten av att Kriminalvården arbetar aktivt för att kunna tillhandahålla verksamhetsställen där säkerhetsplacerade förvarstagna ges förutsättningar att vistas i gemensamhet.

Vid en placering i ett av migrationsverkets förvar kan en förvarstagen normalt ha kontakt med personer utanför förvaret genom att ringa, använda internet och ta emot besök. Enligt förarbetena innebär det att utlänningen ska ha samma rätt att ha kontakt med personer utanför inrättningen som en förvarstagen person som vistas i ett förvar.³⁶ Enligt Kriminalvården innebär utformningen av myndighetens lokaler, däribland tillgången till besöksrum, att möjligheterna till besök för de förvarstagna i vissa fall är begränsade. Kriminalvården tillåter normalt inte heller att förvarstagna innehar mobiltelefon eller i övrigt har tillgång till andra kommunikationsmedel med internetupp-

**Kriminalvården
behöver arbeta
aktivt för att kunna
tillhandahålla verk-
samtetsställen där
säkerhetsplacerade
förvarstagna kan
vistas i gemensam-
het**

³² Se JO 2021/22 s. 221.

³³ Se 10 kap. 20 § andra stycket utlänningslagen.

³⁴ Se 10 kap. 20 § andra stycket utlänningslagen.

³⁵ Se JO 2020/21 s. 164. Enligt FN:s minimiregler för behandling av fångar (de s.k. Nelson Mandela-reglerna) anses en intagen vara isolerad om han eller hon vistas i ensamhet under mer än 22 timmar per dygn, utan meningsfull mänsklig kontakt. En intagen anses vara långvarigt isolerad om han eller hon har vistats under sådana förhållanden i en period som överstiger 15 dagar (regel 44 i FN:s minimiregler för behandling av fångar).

³⁶ Se prop. 2011/12:60 s. 94.

koppling. ChefsJO uttalade att det får anses utgöra en betydande frihetsinskränkning för den som väntar på att utvisas eller avvisas till ett annat land, att inte genom tillgång till internet och mobiltelefon exempelvis kunna ta del av nyheter och hålla sig underrättad om förhållandena i det aktuella landet eller stå i kontakt med närstående som befinner sig där.

Vidare var förvarstagna som har utvisats på grund av brott och säkerhetsplacerade intagna placerade tillsammans i häktet Storboda. Av Kriminalvårdens remissyttrande framgick att det i början av 2019 fanns 82 förvarstagna inom Kriminalvården och att 48 av dem var säkerhetsplacerade. Häktet Storboda är ett gemensamhetshäkte men har endast 24 platser. För att ge säkerhetsplacerade förvarstagna bättre möjligheter att vistas i gemensamhet skulle Kriminalvården, enligt chefsJO, kunna överväga om inte dessa platser borde vara förbehållna säkerhetsplacerade förvarstagna. När de gäller förvarstagna som utvisats på grund av brott kan de även få sin rätt till vistelse i gemensamhet tillgodosedd genom placering tillsammans med intagna som är häktade eller avtjänar straff.

ChefsJO konstaterade att majoriteten av förvarstagna som placeras hos Kriminalvården fortfarande vistas under avsevärt sämre förhållanden än de som är placerade i Migrationsverket förvar. Situationen för de säkerhetsplacerade framstod som särskilt oroande. Kriminalvården råder inte över beslutet att säkerhetsplacera en förvarstagen, och inte heller över hur länge placeringen består. Det är dock Kriminalvårdens ansvar att se till att den som placeras i något av myndighetens verksamhetsställen behandlas på det sätt som regelverket kräver. ChefsJO såg mycket allvarligt på att Kriminalvården inte har nått längre i detta arbete. Hon var av uppfattningen att regeringen måste se över hur regelverket för förvarstagna fungerar i praktiken samt att det behöver klargöras hur de förvarstagnas lagstadgade rättigheter vid placering hos Kriminalvården ska kunna tillgodoses. Det finns enligt chefsJO även anledning att starkt ifrågasätta om förvarstagna som inte ska utvisas på grund av brott över huvud taget ska placeras inom kriminalvården. Om detta ändå anses lämpligt behöver lagregleringen av deras rättigheter förtydligas, bl.a. när det gäller rätten till vistelse i gemensamhet och till kontakter med omvärlden.

En intagens tillgång till sjukvård

Vid inspektionen av *anstalten Västervik Norra* 2019 samtalade JO:s medarbetare med en intagen som hade genomgått ett medicinskt ingrepp i anstalten.³⁷ Efter ingreppet hade den intagne drabbats av en blödning som pågick under en hel natt. Först morgonen därpå fick han adekvat hjälp. JO Katarina Pålsson beslutade att i ett särskilt ärende utreda behandlingen av den intagne.³⁸

Om förvarstagna som inte ska utvisas på grund av brott placeras inom Kriminalvården behöver lagstiftningen kring deras rättigheter ses över

³⁷ Se JO:s protokoll i dnr O 46-2019.

³⁸ Se JO:s ärende i dnr 506-2020.

Av utredningen i ärendet framgick att anstaltens sjukvård, efter det utförda kirurgiska ingreppet, inte hade informerat personalen som arbetat nära den intagne om hans hälsotillstånd. Däremot hade den intagne berättat för anstaltspersonal att han blödde kraftigt och han fick efter det bl.a. en ny kompress för att stoppa blödningen. Det vakthavande befälet hade också upplysts om detta. JO ansåg att dessa förhållanden, vilket också varit Kriminalvårdens uppfattning, borde ha gett det vakthavande befälet anledning att ställa den intagne under tillsyn för att följa upp hans tillstånd och mående. På det sättet hade det vakthavande befälet fått ett bättre underlag för att ta ställning till om det hade varit nödvändigt att ta kontakt med medicinsk personal för bedömning av den intagnes behov av sjukvård. JO fann att det vakthavande befälet genom sitt agerande hade tagit en oacceptabel risk och kritiserades för detta. Kriminalvården kritiserades också för den bristande informationsöverföringen efter den medicinska behandlingen av den intagne.

Beläggningssituationen inom Kriminalvården

Under hösten 2018 och våren 2019 rapporterades i media om att det rådde brist på platser i Kriminalvårdens häkten och anstalter. Platsbristen medförde att två intagna placerades i samma cell, s.k. dubbelbeläggning, att intagna placerades i besöksrum samt att häktade blev kvar i polisarrester. JO beslutade att granska hur Kriminalvården under våren 2019 hanterade bristen på platser i häkten och på riksmottagningen i anstalten Kumla.³⁹ Inom ramen för granskningen genomfördes inspektioner av framför allt häkten.⁴⁰ Inspektionsobjekten valdes ut med beaktande av bl.a. om häktet hade stängt för nyintagning med följd att häktade inte kunnat föras över dit från polisarrester, att intagna placerats i andra utrymmen än s.k. normalcell och om intagna delat cell. Riksmottagningen i Kumla inspekterades med anledning av den överbeläggning som vid den aktuella tiden rådde där.

Vid inspektionerna lämnades uppgifter om att beläggningsgraden varierade och i några häkten hade den varit upp till 116 procent vissa dagar. Riksmottagningen hade när inspektionen genomfördes en beläggningsgrad på 160 procent. Det var tydligt att vissa häkten var mer belastade än andra, men det var uppenbart att Kriminalvården våren 2019 generellt hade svårt att tillgodose intagnas rätt att vara i gemensamhet eller få isoleringsbrytande åtgärder liksom att dagligen vistas utomhus. Vidare påverkades utrymmet för att kunna tillhandahålla lämplig sysselsättning. Även rätten att ta emot besök i praktiken hade inskränkts genom att intagna hade placerats i just besöksrum. JO Katarina Pålsson pekade på att hon återkommande understrukt att besök är ett avgörande inslag i en human kriminalvård. Det är inte acceptabelt att överbeläggning eller bristande resurser leder till begränsningar i detta

³⁹ Se JO 2021/22 s. 261.

⁴⁰ Se JO:s protokoll i dnr O 22-2019, O 25-2019, O 26-2019, O 27-2019, O 28-2019, O 29-2019, O 30-2019 och O 39-2019.

avseende. Vidare uttalade JO att det är av avgörande betydelse att myndigheten i samband med ny- och ombyggnationer av häkten och anstalter planerar för och säkerställer att redan existerande liksom nyproducerade lokaler har tillräckligt med utrymmen för gemensamhetsvistelse och, i häktesverksamheten, isoleringsbrytande åtgärder.

När det gällde storleken på celler vid dubbelbeläggning hänvisade JO till Europarådets kommitté mot tortyr (CPT) i en standard som gäller boendetrymmen för intagna, har angett att en cell där två intagna placeras bör ha en golvyta på minst tio kvadratmeter exklusive sanitetstrymme. Om cellen är utrustad med toalett ska den vara avdelad från den övriga boytan från golv till tak. I de fall toalett och handfat inte finns i cellen ska det säkerställas att den intagnes tillgång till sådana faciliteter kan ske skyndsamt.

Vid inspektionerna konstaterades att cellstorleken varierar, men att de celler som användes vid placering av två intagna var minst åtta kvadratmeter. JO uttalade att vid dubbelbeläggning i såväl häkte som anstalt bör endast celler som har en golvyta om minst tio kvadratmeter exklusive toalett komma i fråga. Det noterades att de häkten som nu är i bruk i allt väsentligt har celler som är avsedda för en intagen. I de fall intagna i häkte och anstalt delar celler med en golvyta som understiger tio kvadratmeter (exklusive toalettutrymme) bör det enligt JO:s mening bara förekomma i undantagsfall, och endast för en ytterst begränsad period efter bedömning i det enskilda fallet.

Vidare pekade JO på att den svenska regleringen utgår från att en intagen i häkte normalt har ett intresse av att placeras i en egen cell. Den utgångspunkten bör enligt JO gälla även fortsättningsvis och hon hänvisar till att en intagen i häkte normalt har behov av ett eget utrymme, om inte annat så åtminstone för nattvila. Vidare uttalade JO att Kriminalvården har ett ansvar att följa upp och dokumentera hur det fungerar för intagna att dela cell. Det är enligt JO inte acceptabelt att intagna delar cell i flera veckor, utan tiden som en intagen delar cell bör begränsas.

En cell som ska användas för dubbelbeläggning måste vara utrustad för två intagna. Det är enligt JO inte acceptabelt att intagna sover på madrasser som placeras på golvet eller i tältsängar, och inte heller att de måste inta måltider sittande i sin säng. Om de intagna inte får likvärdiga förutsättningar när de delar cell torde det dessutom öka risken för konflikter. JO menade att de uppgifter om de problem som intagna upplevt med att behöva dela på en toalett utan dörr, understryker de svårigheter som kan uppstå vid dubbelbeläggning och att det måste beskrivas som ovärdigt för bägge intagna att behöva befinna sig inom den begränsade yta som en cell utgör, när en av dem använder ett toalettutrymme utan ordentlig dörr. Det är enligt JO rimligt att intagna ges möjlighet att använda en annan toalett än den som finns i cellen om de öns-

Enligt CPT bör en cell där två intagna placeras ha en golvyta på minst tio kvadratmeter

JO anser utgångspunkten att en intagen i häkte normalt placeras i en egen cell bör gälla även fortsättningsvis

Det måste beskrivas som ovärdigt för bägge intagna att behöva befinna sig inom den begränsade yta som en cell utgör, när en av dem använder ett toalettutrymme utan ordentlig dörr

JO ifrågasätter om det är lämpligt att intagna på riksmottagningen delar cell

kar det. För att sådana påringningar ska kunna besvaras inom en godtagbar tid är det nödvändigt att tillräckligt med personal tjänstgör dygnet runt.

Vid inspektionen av riksmottagningen i anstalten Kumla kom det fram att det som regel inte gjordes någon prövning av lämpligheten innan beslut togs om placering av två intagna i samma cell. Anstalten tillämpade i stället en princip som innebar att de intagna som anlät sist till riksmottagningen fick dela cell. En sådan placering varade normalt cirka tre veckor. Enligt anstaltsledningen gjordes undantag från denna ordning när ett häkte hade lämnat upplysningar med innebörd att en intagen inte bedömdes lämplig. Flera intagna berättade för JO:s medarbetare om den oro de känt för att behöva dela cell med en okänd medintagen. Oron gällde bl.a. att den medintagne var psykiskt labil och kunde göra dem illa eller att den medintagne var dömd för mycket allvarlig våldsbrottslighet. Det fanns intagna som sade sig vara "livrädda" för att behöva bli inlåsta på kvällen med en främmande person.

Kriminalvården uppgav i sitt yttrande att det efter inspektionen hade införts en rutin där det görs en grundlig riskbedömning inför dubbelbeläggning vilket välkomnades av JO. Med anledning av de iakttagelser som gjordes vid inspektionen av anstalten Kumla, riksmottagningen, då beläggningsgraden översteg 160 procent, ställde JO sig frågande till om anstalten våren 2019 hade de resurser och förutsättningar som behövdes för verksamheten. Vidare ifrågasatte JO om det över huvud taget är lämpligt att Kriminalvården dubbelbelägger celler på riksmottagningen.

Slutligen hänvisade JO till att det ingår i Kriminalvårdens uppdrag att fortlöpande anpassa antalet platser till behovet. Det är därför angeläget att Kriminalvården tar fram metoder för både häktes- och anstaltsverksamheterna för att i fortsättningen på ett bättre sätt dels prognosticera framtida platsbehov, dels skapa en flexibilitet som gör det möjligt att hantera tillfälliga beläggningstoppar utan att det egentliga innehållet i kriminalvården eftersätts. JO uttalade att hon har stor respekt för att det är en komplex uppgift att göra sådana prognoser, men det ingår i Kriminalvårdens uppdrag att fortlöpande anpassa antalet platser till behovet. I arbetet med att utöka antalet platser behöver Kriminalvården analysera orsakerna som lett fram till den ansträngda situationen och dra lärdom av erfarenheterna för att undvika sådana ad hoc-lösningar som genomfördes våren 2019 och drabbade de intagna.

Förutsättningar för bältesläggning i Kriminalvården

Vid en inspektion av häktet *Kronoberg* kom det fram uppgifter om att en intagen hade blivit fastspänd i en bältessäng (s.k. bältesläggning) vid två tillfällen.⁴¹ Dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning beslutade att utreda omständigheterna kring aktuella bältesläggningar i ett särskilt ärende med fokus

⁴¹ Se JO:s protokoll i dnr 417-2017.

på principiella frågeställningar i samband med bältesläggning inom kriminalvården.⁴²

Det saknas i fängelselagen och häkteslagen en definition av vad som inbegrips i begreppet fängsel. Av äldre förarbeten framgår att begreppet omfattar bl.a. möjligheten att spanna fast en intagen i bälte.⁴³ En uppräknning av de olika typer av fängsel som Kriminalvården ”godkänt” för användning finns i myndighetens s.k. säkerhetshandbok.

Bältesläggning är en av de mest ingripande åtgärder som Kriminalvården kan vidta mot en intagen med stöd av fängelselagen och häkteslagen. ChefsJO konstaterade att bältesläggning inom kriminalvården inte omgärdas av samma rättssäkerhetsgarantier som inom tvångspsykiatri. I beslutet framhöll hon att det är en allvarlig brist att det inte framgår av fängelselagen eller häkteslagen vem som kan fatta beslut om bältesläggning eller hur lång tid ett beslut om en sådan åtgärd som längst kan gälla innan det måste omprövas.

Vidare pekade chefsJO på att det fanns otydligheter i regelverket när det gäller hur snabbt en läkarundersökning ska genomföras och oklarheter i hur tvångsåtgärden ska följas upp. Inom tvångspsykiatri följer det av lag att hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Varken fängelselagen eller häkteslagen har någon motsvarande bestämmelse. Det finns enligt chefsJO goda skäl för att involvera hälso- och sjukvårdspersonal i tillsynen redan från det att tvångsåtgärden inleds, eftersom det skulle minska risken för att bältesläggningen leder till att den intagnes rättigheter kränks eller att han eller hon på annat sätt lider psykisk eller fysisk skada av åtgärden. ChefsJO konstaterade att det nuvarande regelverket för bältesläggning inom kriminalvården inte uppfyller de rekommendationer som CPT lämnade till regeringen efter sitt besök i Sverige 2015. Vidare uttalade hon att det finns starka skäl att se över fängelselagens och häkteslagens bestämmelser om fängsel, inklusive frågan om Kriminalvården över huvud taget bör ha rätt att bälteslägga intagna. Mot den bakgrunden gjordes en framställning till regeringen om en översyn av lagstiftningen. I avvaktan på att en sådan översyn framhöll chefsJO att Kriminalvården behöver förvissa sig om att användningen av denna långtgående tvångsåtgärd minimeras.

Förhållandena för en intagen som matvägrat och avlidit i en kriminalvårdsanstalt

Vid en inspektion av *anstalten Saltvik* i augusti 2018 kom det fram uppgifter om att en intagen avlidit i anstalten i juli samma år efter mer än två månaders matvägran.⁴⁴ Dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning beslutade att utreda omständigheterna kring dödsfallet i ett särskilt ärende. Syftet med utredningen

Lagstiftaren behöver se över frågan om Kriminalvården ska ha rätt att bälteslägga intagna i häkte och anstalt

⁴² Se JO 2021/22 s. 241.

⁴³ Se t.ex. prop. 1975/76:90 s. 69 och 1980/81:1 s. 28 f.

⁴⁴ Se JO:s protokoll i dnr 6027-2018.

Av de europeiska fängelsereglerna framgår bl.a. att läkare eller sjuksköterska som rapporterar till en läkare, särskilt ska uppmärksamma hälsotillståndet hos intagna som hålls i isolering. En läkare eller en sjuksköterska som rapporterar till en läkare ska dagligen besöka sådana intagna och omedelbart ge dem läkervård på begäran av dem själva eller fängelsepersonalen

var att försöka utreda hur förhållandena var för den intagne under hans matvägran och om Kriminalvården brustit i sin behandling av honom.

Ärendet gällde en intagne som i juni 2018 hade omplacerats till anstalten Saltvik från anstalten Kumla men det framgick inte av beslutsunderlaget att han matvägrade. Av betydelse i sammanhanget var att det tog en dryg månad mellan anstalten Kumlas begäran om omplacering och det att han transporterades till anstalten Saltvik. Under den perioden hade den intagne fortsatt matvägrat och hans tillstånd hade med största sannolikhet försämrats under denna tid. Omplaceringen innebar dessutom att den intagne, som även hade en underliggande allvarlig sjukdom, flyttades från Kriminalvårdens enda anstalt med en omvårdnadsavdelning. Enligt chefsJO var det allvarligt att Kriminalvården vid beslutet om omplaceringen inte tycktes ha beaktat vare sig det förhållandet att den intagne matvägrade eller vad en omplacering skulle ha för inverkan på möjligheterna att ge honom en adekvat vård. Eftersom beslutet om omplacering fattats efter den intagne transporterats till anstalten Saltvik berövades han även möjligheten att begära omprövning av beslutet innan det verkställdes.

Vidare konstaterade chefsJO att Kriminalvården bedriver viss hälso- och sjukvård och är att anse som vårdgivare i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen. Av Kriminalvårdens yttrande framgick att sjuksköterskor i anstalten Saltvik träffade den intagne ”minst” nio gånger från det att han ankom i mitten av juni 2018 till dess han avled en dryg månad senare. Därutöver träffade den intagne anstaltens läkare vid sju tillfällen. Tre av dessa besök genomfördes av en psykiater. Ansvar för de dagliga kontakterna med honom låg på övrig kriminalvårdspersonal, dvs. personal som i regel saknar hälso- och sjukvårdsutbildning.

I beslutet tas det upp att frågor om Kriminalvårdens ansvar för intagna som matvägrar uppmärksammats redan under 1980-talet i vissa lagförarbeten.⁴⁵ Där framhölls bl.a. att även om den första undersökningen visar att den hungerstrejkande inte lider av en psykisk sjukdom eller därmed jämställd psykisk abnormitet, bör han uppenbarligen stå under fortsatt tillsyn av läkare. Det anges att det inte kan ankomma på kriminalvårdens personal att bedöma om och när överförande till sjukvård bör ske och medicinska åtgärder bör sättas in med anledning av strejken. Detta är frågor som uteslutande måste bedömas av läkare.⁴⁶

ChefsJO uttryckte att det finns goda skäl för en sådan ordning och hon ställde sig bakom dessa uttalanden. Hon framhöll bl.a. att det inte är en godtagbar ordning att det enbart är personal utan hälso- och sjukvårdsutbildning som ansvarar för den dagliga kontakten med en intagen med vård- och omsorgs-

⁴⁵ Se prop. 1983/84:148 s. 19 ff.

⁴⁶ Se prop. s. 24.

behov. Hon konstaterade att det gör sig särskilt gällande i förhållande till intagna med så omfattade behov som det var i detta fall. ChefsJO uttalade att de omvårdnadsinstruktioner som lämnas av sjukvården till övrig kriminalvårdspersonal ska vara baserade på aktuell information. Det förutsätter att kvalificerad sjukvårdspersonal löpande, dvs. dagligen träffar den intagne och gör en värdering av om beslutade insatser är tillräckliga eller om de bör förändras. En sådan ordning motsvarar enligt chefsJO bättre de nämnda förarbetsuttalandena rörande matvägrande intagna och ligger även i linje med de europeiska fängelsereglerna samt vad som rekommenderas i MaltadeklARATIONEN om att en patients självbestämmande i samband med matvägran alltid måste respekteras, och att en läkare dagligen bör försäkra sig om en intagen vill fortsätta sin matvägran.

Utredningen visade även att det kan uppkomma situationer där Kriminalvården bör överväga att föra en intagen till sjukhus om han eller hon inte kan undersöka eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, även om den intagne tidigare uttryckt att han eller hon inte samtycker till att ta emot vård. När den intagnes matvägran fortskred behövde Kriminalvården ta ställning till om den intagne kunde ges nödvändig vård i anstalt eller om det fanns skäl att överföra honom till sjukhus. En viktig fråga i det här sammanhanget är om det är möjligt att mot en intagens vilja föra denne från anstalten till en sjukvårdsinrättning, för en undersökning.

Utgångspunkten för all hälso- och sjukvård är att den ska tas emot på frivillig basis. En intagen får inte åläggas att underkasta sig behandling av medicinsk karaktär.⁴⁷ Med sådan behandling avses såväl somatisk som psykiatrisk behandling. Medicinsk behandling av en intagen kan, liksom annars i samhället, alltså normalt endast ges på frivillig grund. En persons matvägran under längre tid i sig kan ge upphov till sjukdomstillstånd som faller under den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Frågan om i vilken utsträckning vårdinsatser i strid med patientens uttryckliga vilja i övrigt kan anses försvarliga är komplicerad. Beträffande angelägen kroppssjukvård av patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård uttalas i förarbetena att samhället har åtagit sig ett särskilt ansvar för de personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning, och att det därför inte bör råda någon tvekan om att livräddande åtgärder får vidtas mot patientens vilja.⁴⁸ ChefsJO framhöll att bedömningen även i dessa fall måste grundas på antaganden om bristande beslutsförmåga och uttalade att hon hade svårt att se att enbart det förhållandet att en person är frihetsberövad skulle påverka rätten till självbestämmande i fråga om medicinsk vård och behandling. Hon hänvisade till att nödrätten är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall där hälsofaran är verkligt allvarlig och överhängande.

⁴⁷ Se 3 kap. 2 § tredje stycket fängelselagen.

⁴⁸ Se prop. 2009/10 s.129.

Den icke-statliga internationella organisationen World Medical Association, där bl.a. Sveriges läkarförbund ingår, har antagit en deklARATION angående hungerstrejkande (den s.k. Malta-deklARATIONEN). Av deklARATIONEN framgår bl.a. att en patients självbestämmande i samband med matvägran/matstrejk alltid måste respekteras.

Sjukvården i anstalten Saltvik var inte i tillräckligt hög grad delaktig i omvårdnaden av den intagne

Det endast är läkare som, efter en egen undersökning av den intagne, kan göra en bedömning av om det finns skäl för ett vårdintyg enligt lagen om rättspsykiatrisk vård

Sker en transport utan medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal bör den inte betraktas som en sjuktransport i hälso- och sjukvårdslagens mening

I detta fall var en central fråga vilken information som hälso- och sjukvården lämnade till kriminalvårdschefen när den intagnes hälsotillstånd försämrades. Det framgick av en anteckning att en sjuksköterska, när den intagne önskat träffa en psykiater, hänvisat till att det skulle ske en bedömning senare under veckan och att det inte var aktuellt att köra den intagen till sjukhus eftersom han inte tedde sig vårdintygsmässig. ChefsJO underströk att det endast är läkare som, efter en egen undersökning av den intagne, kan göra en bedömning av om det finns skäl för ett vårdintyg enligt lagen om rättspsykiatrisk vård. Ett sådant intyg avser dock förutsättningarna för psykiatrisk vård utan samtycke och är inte avgörande för om en patient ska anses sakna förmåga att själv ta ställning till angelägen kroppssjukvård. Även bedömningar av den senare frågan, som kan ha betydelse för nödreglernas tillämplighet, bör dock i första hand göras av en läkare. Av detta skäl borde ansvarig beslutsfattare inom kriminalvården ha underrättats för ett ställningstagande till om den intagne skulle föras till sjukhus för bedömning eller om en läkare skulle tillkallas.

Till hälso- och sjukvården räknas också sjuktransporter.⁴⁹ Utgångspunkten är att en beslutskompetent patient kan tacka nej till exempelvis en ambulanstransport. När det gäller kriminalvårdens transporter för att fullgöra skyldigheten enligt fängelselagen att i vissa situationer föra en intagen till sjukhus, framstår enligt chefsJO situationen dock inte som riktigt lika klar, bl.a. mot bakgrund av att myndigheten endast i vissa fall agerar som vårdgivare. Om en intagen inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, har myndigheten en lagstadgad skyldighet att anlita den allmänna sjukvården. I vissa fall kan personal från den allmänna hälso- och sjukvården komma till anstalten för en bedömning av vårdbehovet men om det behövs ska den intagne föras över till sjukhus. Sker transporten utan medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal bör den enligt chefsJO inte betraktas som en sjuktransport i hälso- och sjukvårdslagens mening. Det skulle därmed vara först i samband med ankomsten till sjukvårdsinrättningen som den intagnes vilja att ta emot vård och behandling på frivillig basis kan bedömas. Även när det gäller intagnas möjligheter att tacka nej till en ambulanstransport kan kravet på frivillighet ibland få stå tillbaka, när det i en akut situation inte finns förutsättningar för att få till stånd en tillförlitlig bedömning av den intagnes beslutsförmåga.

ChefsJO pekade även på att det kan uppkomma situationer där Kriminalvården bör överväga att föra en intagen från en anstalt till sjukhus om han eller hon inte kan undersökas behandlas på lämpligt sätt i anstalten, även om den intagne tidigare uttryckt att han eller hon inte samtycker till att ta emot vård vid en sjukvårdsinrättning. Förutsättningarna för att göra en grundlig undersökning vid allvarliga tillstånd får normalt anses vara bättre vid en sjukvårdsinrättning än i en anstalt, där det i en akut situation också kan vara svårt

⁴⁹ Se 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

att få en tillförlitlig bedömning av den intagnes beslutsförmåga. Därför borde sjukvårdspersonalen i anstalten Saltvik självständigt bedömt den intagnes vårdbehov under hälso- och sjukvårdslagarna kunde tillgodoses hos Kriminalvården och meddelat sin bedömning till behörig kriminalvårdschef.

Utredningen i ärendet visade att en läkare hade, efter att besökt den intagne, antecknat att den intagne upplysts om att han skulle skjutas till sjukhus om han blev frånvarande, svarslös, medvetandesänkt eller liknande. Vidare antecknades att personalen då skulle kontakta ambulans för ”medicinskt omhändertagande efter för vad som stunden bedömes indicerat och möjligt”. När kriminalvårdspersonal några veckor senare uppmärksammade att den intagne var sämre och hade trycksår kontaktades en sjuksköterska. Vid en undersökning kl. 11.10. konstaterade sjuksköterskan att den intagnes hälsotillstånd kraftigt hade försämrats men att han vägrade bli undersökt. Kriminalvården beslutade då att den intagne skulle föras till akutmottagningen samma dag mellan kl. 14 och 21. Beslutet motiverades med att han bedömdes vara i behov av hälso- och sjukvård samt att detta behov inte kunde tillgodoses i anstalten. Den intagne avled ensam i sin cell tre timmar efter att det hade uppmärksammats att hans hälsotillstånd allvarligt försämrats.

ChefsJO konstaterade att det trots att det fanns journalanteckningar av läkare om hur sjukvårdspersonal skulle agera vid en akut situation var tydligt att det funnits brister i kommunikationen mellan sjukvården, kriminalvårdspersonalen och ledningen för anstalten. Det gick inte att utläsa i kriminalvårdsregistret om anstalten haft en tydlig planering för hur man skulle agera när den intagne allvarligt försämrades. Inte heller av patientjournalen framgick hur akut behovet av sjukhusvård ansågs vara. ChefsJO uttalade att det trots det torde varit uppenbart att den intagne, efter drygt 60 dagars matvägran, i detta skede inte hade lång tid kvar att leva. Hon ställde sig därför frågande till att Kriminalvården inte omedelbart tillkallade ambulans.

Eftersom Kriminalvården beslutade om en egen transport hänvisade chefsJO till att hon tidigare kritiserat myndigheten för att riskbedömningar inför transporter inte i tillräcklig utsträckning har skett utifrån individuella och aktuella faktorer, utan snarare grundats på standardiserade säkerhetsbedömningar.⁵⁰ I detta fall var det fråga om en akut transport av en svårt sjuk person. Enligt chefsJO säger det sig självt att det tar längre tid att ordna en sådan transport än att ringa efter en ambulans via 112. ChefsJO ansåg att myndigheten behöver ta denna uppgift på allvar då det är avgörande för att säkerställa att en skyndsam och individuell prövning äger rum när det uppstår ett akut behov av transport till sjukhus. I detta fall borde det ha funnits en beredskap och tydligare planering för hur den intagne skulle tas omhand vid en allvarlig försämring. När Kriminalvården inte lyckades ordna med en snabb transport

Det fanns ingen tydlig planering för hur man skulle agera när den intagnes sjukdomstillstånd allvarligt försämrades.

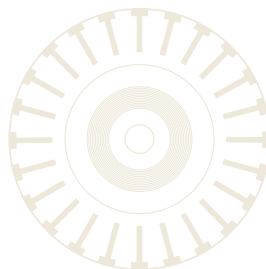
⁵⁰ Se JO 2017/18 s. 131.

ledde det till att den intagne fick avlida ensam i en cell. ChefsJO var mycket kritisk till hur myndigheten hanterade den uppkomna situationen.

En intagen som matvägrat i 60 dagar fick avlida ensam i en cell

4.3 Avslutande kommentarer av JO Katarina Pålsson

Det kom under 2020 och 2021 års inspektioner fram att Kriminalvården hade vidtagit långtgående åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19. Åtgärder som påverkade de intagna och som innebar begränsningar i de intagnas kontakter med omvärlden var bl.a. uteblivna permissioner och inställda besök av anhöriga. Samtidigt som pandemin pågick var beläggningen i häkten och anstalter fortsatt hög. Intagna i häkten och anstalter har under 2020 och 2021 delat cell i större utsträckning än tidigare år. Sommaren 2019 fanns det 151 beredskapsplatser i jämförelse med utgången av 2020 då det fanns cirka 600 beredskapsplatser. Det betydde att i december 2020 fanns 1 200 platser i celler för fler än en intagen (en fast plats tillsammans med en beredskapsplats). Dessa platser utgjorde cirka 24 procent av alla platser i anstalter. Ungefär samma andel platser i delad cell fanns även vid utgången av 2021.⁵¹ Det är tydligt att Kriminalvården över tid kommer att ha platsbrist och att detta förhållande allvarligt påverkar situationen för de intagna i häkte och anstalt. Jag ser det som angeläget att Kriminalvården har en planering som säkerställer att dubbelbeläggning endast förekommer efter individuella bedömningar av lämpligheten att placera två intagna tillsammans. Det är fortsatt angeläget att följa de i många fall allvarliga konsekvenser som beläggningssituationen får för de intagna, t.ex. att dömda blir kvar i häkte och att häkten inte kan ta emot barn som är gripna eller anhållna. Kriminalvården ska trots den rådande situationen säkerställa att de intagna får sina rättigheter tillgodosedda och erbjuds ett lämpligt och återfallsförebyggande innehåll i verkställigheten.



⁵¹ Se Kriminalvårdens redovisning av platser, beläggning och inskrivna, senast uppdaterad den 4 februari 2021. Av redovisningen framgår att det fanns cirka 640 beredskapsplatser (vilket ger sammanlagt [640 x 2] 1 280 dubbelbeläggningsplatser) av totalt cirka 5 200 platser i anstalt.

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 ungdomshem 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. Under 2020 och 2021 fanns det 23 respektive 21 särskilda ungdomshem.¹ Det fanns under hela perioden cirka 700 platser, varav 68 platser var avsedda för ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Vidare fanns det 11 LVM-hem med cirka 400 platser.²

Under 2020 inspekterade JO ett LVM-hem och ett särskilt ungdomshem.³ Båda inspektionerna var föranmälda och genomfördes på distans. Inspektionerna var en del i granskningen av frihetsberövades situation under coronapandemin. En sammanfattning av granskningen finns i avsnitt 10.

Under 2021 inspekterade JO fyra särskilda ungdomshem. Syftet med inspektionerna var att granska tryggheten och säkerheten vid SiS ungdomshem.⁴ Granskningen genomfördes som en uppföljning av de iakttagelser som gjorts vid inspektioner av ungdomshemmen *Sundbo* och *Vemyra* om allvarliga brister, bl.a. om obefogat våld, som påverkade de intagna ungdomarnas trygghet och säkerhet.⁵ Inspektionerna av ungdomshemmen följdes upp på hösten 2021 med en inspektion av SiS placeringsenhet vid myndighetens huvudkontor. Alla inspektioner under 2021 var föranmälda och genomfördes på distans förutom inspektionen av placeringsenheten som skedde på plats.

Samtliga inspektioner genomfördes av eller skedde på uppdrag av JO Thomas Norling.

¹ Det särskilda ungdomshemmet Lövsta stängdes tillfälligt i november 2019 och stängdes i november 2021 permanent. Det särskilda ungdomshemmet Björkbacken stängdes i början av december 2020.

² SiS i korthet 2020 – En samling statistiska uppgifter om SiS.

³ Det särskilda ungdomshemmet Tysslinge och LVM-hemmet Hornö.

⁴ Se JO:s protokoll i dnr O 9-2021 (Sundbo), O 10-2021 (Vemyra), O 11-2021 (Fagared) och O 12-2021 (Brättegården).

⁵ Se JO:s protokoll i dnr 7107-2018 respektive dnr O 44-2019.

5.1 Iakttagelser vid inspektioner av särskilda ungdomshem och SiS placeringsenhet

Förebyggande åtgärder mot sexuella övergrepp

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Fagared* uppmärksammades att en manlig anställd nyligen dömts för våldtäkt av en intagen flicka i hemmets lokaler. Övergreppet ägde rum i december 2020. Ledningen för hemmet hade vidtagit ett antal åtgärder med anledning av det inträffade. Dessa handlade framför allt om att säkerställa att flickor inte är ensamma med manlig personal. Det kom dock fram att en manlig personal själv kunde ta med en flicka på en bilutflykt. JO uttalade därför att hemmet borde se över hur vistelser utanför hemmet ska genomföras.

Ledningen för hemmet såg det inte som ett problem att majoriteten av de anställda vid hemmets avdelningar för flickor var män. Vidare betonade ledningen att flickor gärna tyr sig till manlig personal. JO upplyste om att han i denna del konsulterat JO:s expert i psykologi och att experten påtalade att det inte är något anmärkningsvärt om en flicka tyr sig till män i personalen om de utgör en majoritet av de anställda. Vidare betonade experten vikten av att den manliga personalen besitter tillräcklig förmåga och mognad för att förstå den roll som de har gentemot dessa flickor. JO instämde i denna bedömning. Vidare var JO mycket förvånad över att det, såvitt han förstod, endast skett ett erfarenhetsutbyte om förekomsten av anställdas sexuella övergrepp mot ungdomar inom ramen för diskussioner mellan institutionschefer vid SiS.

Även två anställda vid ungdomshemmet *Brättegården* har dömts för våldtäkt av ungdomar under senare år. I samtal med personal kom det fram att några av hemmets avdelningar tillämpade oskrivna regler som bl.a. gick ut på att timvikarier inte får vara ensamma med ungdomar och att manlig personal inte får vistas ensamma med flickor på deras rum. Efter inspektionen uttalade JO att det föreföll finnas ett behov av att vidta åtgärder för att utveckla befintliga rutiner som rör förebyggande åtgärder mot sexuella övergrepp och göra dessa mer enhetliga.

Med anledning av de iakttagelser som gjordes vid inspektionerna av de båda ungdomshemmen uttalade JO att SiS behöver se över vilka åtgärder som bör vidtas för att förebygga att det sker sexuella övergrepp i ungdomshemmen.

Placeringen av ungdomar

Vid inspektionerna av ungdomshemmen *Vemyra*, *Fagared* och *Brättegården* kom det fram att det placerats ungdomar på hemmen som inte tillhörde rätt målgrupp. Det rörde sig t.ex. om skolpliktiga flickor som placerats på avdelningar för icke skolpliktiga flickor. I ungdomshemmet *Fagared* kom det fram att flickor som bedömts vara särskilt vårdkrävande placerats där trots att hemmet saknade kapacitet och kompetens för att ge dessa ungdomar en

Ungdomshemmet *Fagared* behöver se över hur vistelser utanför hemmet genomförs

SiS behöver vidta åtgärder för att förebygga att det sker sexuella övergrepp på ungdomshem

säker och ändamålsenlig vård och behandling. Vid inspektionen av SiS *placeringsenhet vid huvudkontoret* kom det fram att det inte fanns något krav på enheten att följa upp enskilda placeringsärenden, men att det kan ske t.ex. om en skolpliktig ungdom placerats på en plats avsedd för icke-skolpliktiga. Det förekommer att ungdomar av olika skäl placeras på en plats som inte motsvarar deras behov. Om en lämplig plats blir ledig erbjuder SiS socialtjänsten möjligheten att omplacera ungdomen. Enligt företrädare för planeringsenheten tackar socialtjänsten emellertid ofta nej till sådana omplaceringar, med hänvisning till att det skulle bli besvärligt för ungdomen att byta institution och lära känna en ny personalgrupp.

Vidare kom det fram vid inspektionerna av ungdomshemmen att de enskilda hemmen har mycket begränsade möjligheter att påverka vilka ungdomar som placeras där. I samtalen med hemmens personal och ledning fördes det fram att det är svårare att initiera omplaceringar av flickor än pojkar eftersom det inom SiS, till skillnad från vad som gäller för pojkar, inte finns någon samordning för omplaceringar av flickor.

Ungdomshemmen har mycket begränsade möjligheter att påverka vilka ungdomar som placeras där

Efter inspektionerna uttalade JO bl.a. att om en ungdom placeras på ett ungdomshem som inte är lämpligt i förhållande till hans eller hennes behov, kan det på goda grunder antas att vården av ungdomen riskerar att bli lidande. Det är också ofrånkomligt att en placering av en ungdom kan komma att påverka andra ungdomars möjlighet till vård och behandling, om hemmets resurser behöver tas i anspråk för att ge vård till en ungdom som placerats där trots att hemmets verksamhet inte motsvarar hans eller hennes behov.⁶

Några fall av placeringar uppmärksammades särskilt vid inspektionerna av ungdomshemmen. Ett gällde en flicka som placerades i ungdomshemmet Fagared efter en överenskommelse med ett annat ungdomshem.⁷ När flickan kom till hemmet gjordes bedömningen att hon inte kunde vårdas på en ordinarie plats på en avdelning för flickor. Hon placerades därför som ensam flicka på en avdelning där enbart pojkar vårdades. Efter inspektionen uttalade JO att han förstod det som att konsekvensen blev att flickan vårdades i enskildhet utan att ha någon kontakt med andra ungdomar. Enligt JO kan en sådan lösning medföra att insatser för att bryta vården i enskildhet försvåras och att ungdomen isoleras. Han påminde om tidigare uttalanden om att SiS måste se till att en ungdom som vårdas i enskildhet aktiveras och motiveras att ha kontakt med andra och se till att det skapas förutsättningar för det.

Vid inspektionerna noterades även placeringar som gällde ungdomar som tillhör den krets av personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Enligt företrädare för ungdomshemmen placeras många av dessa ungdomar i s.k. LSS-boende när de skrivs ut

⁶ Se JO:s protokoll i dnr O 10-2021, O 11-2021 och O 12-2021.

⁷ Se JO:s protokoll i dnr O 11-2021.

från ett ungdomshem. Efter inspektionerna uttalade JO att detta aktualiserar frågor om hur SiS identifierar att den unge tillhör den kategori av personer som omfattas av LSS och hur vården av honom eller henne planeras och genomförs.

Placering av LVU- och LSU-ungdomar

I januari 2021 aviserade SiS att myndigheten avsåg att sluta vårda LSU-ungdomar tillsammans med LVU-ungdomar inom hela myndigheten. Vid inspektionerna av ungdomshemmen *Fagared* och *Sundbo* kom det emellertid fram att dessa kategorier av ungdomar fortfarande vårdades tillsammans på avdelningar avsedda för särskilt vårdkrävande pojkar. Det kan t.ex. betyda att ungdomar som är dömda till sluten ungdomsvård och lever med en hotbild placeras på samma avdelning som utagerande LVU-ungdomar. Även vid ungdomshemmet *Brättegården* vårdades flickor som verkställde straff enligt LSU tillsammans med LVU-ungdomar. Både ungdomar och personal vid hemmen ifrågasatte att myndigheten fortsatt vårdade dessa kategorier av ungdomar tillsammans, bl.a. ur ett trygghets- och säkerhetsperspektiv.

Användningen av tvångsåtgärden avskiljande

Av både LVU och LSU framgår att personalen vid de särskilda ungdomshemmen har befogenhet att vidta vissa i lag angivna tvångsåtgärder mot de unga som vistas vid hemmen. En ungdom får t.ex. hållas i avskildhet, om det är särskilt påkallat på grund av att han eller hon uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen.⁸ Tvångsåtgärden får emellertid bara användas om den står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.⁹

Det finns även en laga befogenhet för personalen att bruka våld om en frihetsberövad person rymmer eller sätter sig till motvärn med våld eller hot om våld eller om han eller hon på annat sätt gör motstånd mot någon under vars uppsikt han eller hon står. Våldet ska enligt omständigheterna vara försvarligt.¹⁰ I praktiken används nödrätten i samband med att intagna försöker avvika från hemmet, i samband med bråk och slagsmål mellan ungdomar och i samband med att barn och unga ska föras till ett rum för avskiljande.¹¹

JO har under en tid följt tillämpningen av de särskilda befogenheterna i LVU och LVM. Han har bl.a. uttalat att det naturligtvis inte får förekomma att det bland personalen på de särskilda ungdomshemmen utvecklas en uppfattning om att man, vid sidan av de särskilda befogenheterna i LVU, har andra oskrivna befogenheter som i realiteten innebär att personalen i strid med 2 kap. 6 § RF vidtar tvångsåtgärder mot de intagna ungdomarna. Det rör t.ex.

SiS får inte vidta tvångsåtgärder i strid med 2 kap. 6 § RF

8 Se 15 c § LVU respektive 17 § LSU.

9 Se 20 a § LVU respektive 18 b § LSU.

10 Se 24 kap. 2 § brottsbalken.

11 Se prop. 2017/18:169 s. 55.

Fasthållning utan
stöd i lag får inte
förekomma

situationer där personalen håller fast en ungdom i stället för att avskilja honom eller henne trots att förutsättningar för ett beslut om avskiljande föreligger.¹²

Vid inspektionerna av ungdomshemmen under 2021 granskades beslut om avskiljande och det uppmärksammades att en stor del av besluten beskrev situationer där ungdomar hållits fast av personal. I många fall avbröts ingripandet efter en kort stunds fasthållning när ungdomen lugnat ned sig utan att han eller hon förts till t.ex. ett rum för avskiljande.

Efter inspektionerna uttalade JO att det ingår i personalens uppgifter att se till att ordningen på ett hem upprätthålls.¹³ Det ankommer således på personalen att ingripa för att t.ex. avvärja bråk, och personalen måste vid behov kunna ta en intagen åt sidan för att genom samtal försöka reda ut situationen. Även om ett sådant ingripande ibland måste göras med viss bestämdhet får detta ses som ett normalt led i ordningens upprätthållande. Ett avskiljande kan naturligtvis inledas genom att ungdomen hållits fast av personal. När ett ingripande avbrutits efter en korts stunds fasthållning utan att ungdomen förts till t.ex. ett rum för avskiljande eftersom han eller hon lugnat ned sig och det inte finns ett behov av att personalen håller fast honom eller henne rör det sig inte om ett avskiljande. Om ungdomen däremot förs till ett utrymme där han eller hon är skild från andra intagna och det inte längre är nödvändigt med ett fysiskt ingripande, är det fråga om ett avskiljande som omfattar hela händelseförloppet.

JO drog slutsatsen att de beslut som beskrev fasthållningar som avbrutits efter kort tid faller inom ramen för nödrätten. Bestämmelserna i LVU respektive LSU är inte tillämpliga i dessa fall och därför ska beslut om avskiljande inte fattas utan det inträffade bör rapporteras som en incident.

Med anledning av att en ungdom i ungdomshemmet *Brättegården* hållits fast på golvet i sitt bostadsrum i 18 minuter, uttalade JO att ingripandet i sig framstod som en allvarlig kränkning av den unges integritet. En försvårande omständighet var att åtgärden vidtogs i bostadsrummet där ungdomen har rätt att känna sig trygg. JO reagerade även på ett avskiljandebeslut i ungdomshemmet *Vemyra* där det kom fram att en anställd suttit gränslinje över och hållit fast en flicka som låg på mage i en säng i ett bostadsrum. I ungdomshemmet *Fagared* hade ungdomar ibland avskilts i ett korridorliknande utrymme. Enligt JO bör ett ungdomshem använda sig av lokaler som är särskilt ämnade för ändamålet vid sådana tvångsåtgärder, och det är därför mindre lämpligt att använda något annat utrymme, som ett bostadsrum eller en korridor. JO underströk även att det finns ett lagkrav att personalen under ett avskiljande ska hålla ungdomen under löpande uppsikt.

Ungdomshemmen
behöver fler och
mer ändamålsenliga
lokaler för avskiljan-
den

¹² Se JO:s protokoll i dnr O 12-2021.

¹³ Se t.ex. JO 2008/09 s. 305.

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Brättegården* kom det fram att personalen i vissa fall var tvungna att transportera ungdomarna långa sträckor till rummen för avskiljande. Avskiljanderummet som användes vid en avdelning låg i en annan byggnad ca 150 meter bort. Enligt personalen hade det inträffat incidenter under transport av ungdomar till avskiljanderummet. Vid en sådan transport blev personalen tvungna att lägga ned den unge på marken utomhus för att ny personal skulle kunna ta över transporten. JO framhöll SiS skyldighet att se till att de särskilda ungdomshemmen är utformade på ett sådant sätt att personalen har en faktisk möjlighet att hålla en ungdom i avskildhet. Bristande utformning får aldrig leda till att personalen ser sig tvungen att vidta åtgärder som inte har stöd i LVU och LSU, som t.ex. fasthållning. JO drog slutsatsen att *Brättegården* är i behov av fler rum för avskiljande. Ett liknande problem observerades i ungdomshemmet *Vemyra*. Detta föranledde JO att dra slutsatsen att även det hemmet är i behov av fler rum för avskiljande.

Slutligen uttalade JO med anledning av det som kommit fram vid inspektionerna att han utgick från att SiS omgående skulle se över tillämpningen av bestämmelserna om avskiljande i LVU och LSU. Han påminde dessutom om att SiS tidigare uppmanats att vidta åtgärder i form av utbildningsinsatser och allmänna diskussioner om var gränserna för de särskilda befogenheterna går.

Användningen av tvångsåtgärden 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.¹⁴

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Fagared* kom det fram att en ungdom som vårdades i enskildhet fick sova på en madrass i en korridor. JO fick ta del av ett fotografi som visade hur den unges sovplats såg ut. JO uttalade att arrangemanget inte bara var ytterst olämpligt utan också oförenligt med den grundläggande bestämmelsen i 1 § LVU om att insatser för barn och ungdom ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet.

I ungdomshemmet *Vemyra* hade en flicka vårdats i enskildhet på en egen avdelning i över ett år. Placeringen hade möjliggjorts genom ett beslut av SiS om s.k. platsreduktion, vilket innebär att en eller flera ordinarie platser inte

En ungdom ska vårdas med respekt för dennes integritet och människovärde. En sovplats på en madrass i en korridor är ytterst olämpligt

¹⁴ Se 34 a § LVM, 15 d § LVU och 14 a § LSU.

Det är bekymmersamt att vård i enskildhet kan pågå i 2 år

kan beläggas under en viss tid. Vidare kom det fram att den personalgrupp som arbetat på avdelningen under den aktuella tiden hade varit ungefär densamma som när avdelningen är fullbelagd. JO uttryckte att han var bekymrad över de konsekvenser som ett sådant här arrangemang kan medföra. Framför allt finns det en risk för att insatser för att bryta vården i enskildhet försvåras. Den omständigheten att vården pågått i nästa två år tydde enligt JO på att så blivit fallet. Vidare finns det en risk för att vården i enskildhet kan innebära att ungdomen blir isolerad. JO påminde om sina tidigare uttalanden att SiS måste se till att en ungdom som vårdas i enskildhet aktiveras och motiveras att ha kontakt med andra och se till att det skapas förutsättningar för detta.¹⁵ Utgångspunkten måste vara att ungdomen så snart som möjligt kan återgå till att vårdas på en avdelning tillsammans med andra ungdomar vid hemmet.

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Vemyra* kom det fram att ungdomar som vårdades i enskildhet ibland lämnades ensamma. Vid ett sådant tillfälle hade en ungdom varit mycket nära att ta sitt eget liv. JO påminde om att han tidigare uttalat att de bedömningar och avvägningar som personalen på ett ungdomshem hela tiden måste göra för att kunna uppmärksamma och häva tillstånd som kan leda fram till att en ungdom skadar sig är svåra. Det ställer höga krav på vården och personalens förmåga att tolka signaler. Vidare uttalade JO att det alltid är ett misslyckande när ett barn eller en ungdom som är omhändertagen för samhällsvård tar sitt liv i ett ungdomshem där han eller hon vårdas. Givetvis är det ett misslyckande också när en intagen ungdom som i det här fallet är nära att ta sitt eget liv.¹⁶ JO uttalade att han avsåg att följa upp de åtgärder som SiS vidtagit i anledning av händelsen.

Det kom även fram att endast två ungdomar vårdats tillsammans under dagtid på en avdelning i ungdomshemmet *Vemyra*. JO påminde om sitt tidigare uttalande om att när det uppstår en situation där färre än tre ungdomar bor tillsammans på en avdelning uppfylls inte det grundläggande kravet på vistelse i gemenskap. Gemenskap innebär att en ungdom vistas tillsammans med minst två andra intagna under dagtid.¹⁷ Det är fråga om en grundläggande rättighet som måste tillgodoses för att motverka de negativa konsekvenser som ett frihetsberövande kan innebära.

Det kom fram uppgifter i ungdomshemmet *Sundbo* om att beslut om s.k. vård i enskildhet hade fattats sedan intagna ungdomar uttryckt önskemål om den vårdformen. JO hänvisade till sin pågående utredning om hur motsvarande bestämmelse i LVM-hem tillämpas eftersom det kommit fram uppgifter som tyder på att intagna i SiS LVM-hem vårdas ”frivilligt” i enskildhet och att de har möjlighet att ”välja” denna vårdformen.¹⁸

¹⁵ Se JO 2019/20 s. 502.

¹⁶ Se JO:s protokoll i dnr O 10-2021.

¹⁷ Se JO:s protokoll i dnr 6204-2018.

¹⁸ Se JO:s ärende i dnr 2802-2020. Beslut i ärendet har fattats den 21 november 2022.

Elektronisk kommunikation

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Sundbo* kom det i samtal med ungdomar och personal fram att ungdomars tillgång till elektroniska kommunikationstjänster, framför allt egna mobiltelefoner, kan utgöra en säkerhetsrisk för andra ungdomar som vårdas vid hemmet. Med hänsyn till vad som kom fram vid inspektionen uttalade JO att det finns skäl för honom att fortsatt följa frågan om i vilka situationer det kan vara befogat att genom beslut begränsa användningen av tjänsterna.

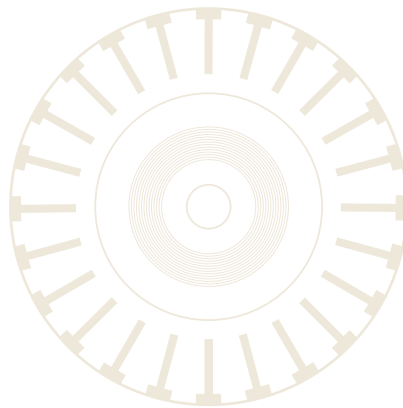
Avisering om en uppföljande inspektion av ungdomshemmet *Vemyra*

Vid en inspektion av ungdomshemmet *Vemyra* 2019 uppmärksammades att SiS alltjämt hade flera principiellt viktiga frågor att hantera för att säkra rätts-säkerheten för de intagna. Efter inspektionen 2021 konstaterade JO att många av de brister som uppmärksammades vid den förra inspektionen kvarstod. Personalomsättningen vid hemmet var fortsatt mycket hög och det fanns svårigheter att rekrytera personal. Både personal och ungdomar satte i fråga om alla anställda har tillräcklig kompetens för att genomföra sina arbetsuppgifter. JO var även mycket bekymrad över det som kom fram om hemmets användning av tvångsåtgärder och uttalade att det inte får förekomma att hemmets personal ingriper mot ungdomarna som vårdas där på ett sätt som saknar stöd i lag. JO uttalade att sammanfattningsvis liknade iakttagelserna från denna inspektion de som gjordes vid den förra inspektionen 2019. De åtgärder som SiS och hemmet vidtagit hade alltså inte säkerställt att ungdomar får en trygg och säker vård. Det var därför mycket angeläget att SiS omedelbart vidtog åtgärder för att se till att ungdomar vid ungdomshemmet *Vemyra* får tillgång till den vård och behandling som deras placering syftar till. JO aviserade att han avsåg göra en uppföljande inspektion av hemmet.

5.2 Avslutande kommentarer av JO Thomas Norling

Jag har under en följd av år uppmärksammat ungdomars trygghet och säkerhet. Jag har i beslut och i uttalanden efter inspektioner pekat på allvarliga brister i ungdomshemmets verksamhet. Med anledning av de uppgifter som kommit fram vid de inspektioner som genomfördes 2020 och 2021 bedömer jag att det är angeläget att fortsätta följa frågan om frihetsberövades situation vid en placering i LVU-hem ur ett trygghets- och säkerhetsperspektiv. Efter det att inspektionerna avslutades kunde jag konstatera att det fortfarande finns allvarliga brister i verksamheterna bl.a. i samband med att de intagna hålls fast av personalen. Jag har tidigare inlett en särskild granskning i ett initiativärende om tillämpningen av bestämmelserna om de särskilda befogenheterna avskiljande och vård i enskildhet och jag återkommer i årsrapporten 2022 om resultatet av den granskningen.

Mot bakgrund av det som kom fram om förekomsten av sexuella övergrepp av personal vid ungdomshemmen Brättegården och Fagared ser jag det som angeläget att följa upp hur SiS arbetar förebyggande med att förhindra förekomsten av sexuella övergrepp vid de särskilda ungdomshemmen. Jag avser även att följa till om ungdomar som vårdas enligt LVU och LSU fortsatt placeras tillsammans.



Psykiatrisk
tvångsvård

6

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. Under 2020 fanns det uppskattningsvis 80 vårdinrättningar för vård enligt LPT och LRV med cirka 4 100 vårdplatser. Det förekommer även att patienter vårdas på dessa vårdinrättningar frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Under 2020 genomfördes tre inspektioner av verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV. En av dessa var en oanmäld inspektion på plats.¹ De två övriga inspektionerna var föranmälda och genomfördes via telefonsamtal inom ramen för granskningen av frihetsberövades situation under coronapandemin.² En sammanfattning av den granskningen finns i avsnitt 10. Under 2021 genomfördes fem inspektioner inom ramen för ett initiativärende. Inspektionerna var föranmälda och genomfördes på distans med bild- och videoöverföring.³

Samtliga inspektioner genomfördes av eller skedde på uppdrag av dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning. Hon fattade också beslut i två initiativärenden. ChefsJO Erik Nymansson fattade beslut i ett initiativärende som innefattade inspektioner som genomfördes under 2021. Se vidare om initiativärendena under avsnitt 6.2.

6.1 lakttagelser vid inspektionen av Länssjukhuset Ryhov

Vid en inspektion på plats av Länssjukhuset Ryhov i Jönköping uppmärksammades i likhet med tidigare år huvudsakligen frågor som rör personalens tillämpning av bestämmelserna om tvångsåtgärder och frågor om god vård och systematiskt kvalitetsarbete.

Fastspänning och medicinering mot en patients vilja

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 liknande anordning.⁴ I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården, att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd patien-

¹ Psykiatriska kliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, JO:s dnr O 9-2020.

² Rättsmedicinalverkets undersökningsenheter i Göteborg och Stockholm i JO:s dnr O 24-2020 och O 25-2020.

³ Se JO:s protokoll i dnr O 4-2021 (Rättspsykiatriska Regionkliniken i Vadstena), dnr O 5-2021 (Rättspsykiatrisk verksamhet i Göteborg, Rågården), dnr O 6-2021 (Rättspsykiatriska Regionkliniken i Växjö), dnr O 7-2021 (Rättspsykiatri Västmanland i Sala) och dnr O 8-2021 (Rättspsykiatri, Vård Stockholm).

⁴ Se 19 § LPT.

ten behöver. Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.⁵

Vid inspektionen kom det fram att kliniken fattat beslut om fastspänning i betydligt större omfattning än beslut om avskiljande. Det kom vidare fram att patienter i många fall själva gick till rummet för fastspänning och att ett beslut om fastspänning kunde inkludera ett ”kortare avbrott för toalettbesök”. Den beslutande läkaren gjorde inte alltid en personlig undersökning av patienten i samband med det första beslutet om fastspänning. Besluten om fastspänning var generellt sett inte motiverade utifrån förutsättningarna i 19 § LPT, och personalen använde begreppet ”skyddsbälte” för åtgärden.

ChefsJO Elisabeth Rynning uttalade att det vid en kontroll i efterhand ska vara helt klart på vilka grunder ett beslut om fastspänning fattats. En förutsättning för fastspänning är att det finns en omedelbar fara för att patienten skadar sig själv eller någon annan och det finns goda skäl att ifrågasätta om så är fallet när patienten själv gått till rummet där fastspänning sker eller har släppts upp för att gå på toaletten. Vidare uttalade chefsJO att fastspänning utgör en allvarlig inskränkning i en persons fri- och rättigheter och att en användning av begreppet ”skyddsbälte” riskerar medföra att personalen inte uppfattar att det är fråga om en mycket ingripande tvångsåtgärd. Hon uppmanade kliniken att se över sitt arbetssätt och sina rutiner, liksom det allmänna språkbruket för att innebörden av fastspänning ska uppfattas och kommuniceras på ett korrekt sätt och att åtgärden endast sker i enlighet med lagen och under så kort tid som möjligt.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig t.ex. narkotika, alkoholhaltiga drycker, dopningsmedel, injektionssprutor eller andra föremål som kan vara skadliga för patienten eller till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. En patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt får också kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, om det är nödvändigt, för kontroll av att patienten inte innehar teknisk utrustning som möjliggör kommunikation. Åtgärden beslutas av chefsöverläkaren.⁶ Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård för vilken förhöjd säkerhetsklassificering gäller, får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll).⁷ Med förhöjd säkerhetsklassificering avses säkerhetsnivå 1 eller 2.⁸

Begreppet ”skyddsbälte” riskerar medföra att personalen inte uppfattar att det är fråga om en mycket ingripande tvångsåtgärd

⁵ Se 17 § LPT.

⁶ Se 23 § LPT.

⁷ Se 8 b § LRV.

⁸ Se Socialstyrelsens föreskrifter (2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Klinikens regelmässiga användning av larmbågar saknade lagstöd och kliniken fick därför allvarlig kritik

Vid inspektionen kom det fram att patienterna vid några av avdelningarna regelmässigt fick gå igenom en larmbåge vid inpassering när de varit utanför avdelningen. Något individuellt beslut om visitation fattades i sådana fall inte. Kliniken, vars samtliga vårdavdelningar var placerade i säkerhetsnivå 3, hade trots kritik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2014 fortsatt att använda larmbågarna på detta sätt. ChefsJO Elisabeth Rynning uttalade att klinikens regelmässiga användning av larmbågarna saknade lagstöd och kliniken fick därför allvarlig kritik. Region Jönköping uppmanades att omedelbart upphöra med en användning på det sätt som kommit fram och att vidta åtgärder som garanterar att kroppsvisitationer endast genomförs i enlighet med lagen. Efter det att chefsJO kritiserat användningen av larmbågar vidtog vårdgivaren åtgärder som av IVO bedömdes tillräckliga för att garantera att kroppsvisitationer endast sker i enlighet med gällande lagstiftning.⁹

God vård och systematiskt kvalitetsarbete

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär att vården bl.a. särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.¹⁰ 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.¹¹

Inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.¹² Det innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras. Vårdgivaren ska också bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.¹³

Vid inspektionen noterades att alla patienter, dvs. även patienter som vårdades frivilligt, inledningsvis fick en tillsynsgrad som innebar att de inte fick lämna vårdavdelningen. När en patient som vårdades frivilligt ville gå ut försökte personalen övertala honom eller henne att frivilligt stanna kvar till dess att en läkare gjort en bedömning vid nästa läkarrond. ChefsJO Elisabeth Rynning betonade att HSL inte erbjuder något lagstöd för att hindra en patient från att lämna kliniken. Möjligheten att hindra en patient som vårdas frivilligt från att gå ut begränsar sig således till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nöd samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patientens mognad och hälsotillstånd.

⁹ Se beslut den 22 december 2021, dnr 3.5.1-34380/2021-4.

¹⁰ 5 kap. 1 § 2 och 3 HSL.

¹¹ Se 5 kap. 2 § HSL.

¹² Se 5 kap. 4 § HSL.

¹³ Se 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vidare kom det fram vid inspektionen att kliniken inte genomförde någon systematisk uppföljning av vidtagna tvångsåtgärder eller s.k. informellt tvång, t.ex. medicinering mot en patients vilja. Genomförd tillsyn dokumenterades inte heller på ett sådant sätt att det var möjligt att i efterhand kontrollera den. Mot denna bakgrund uppmanades kliniken att vidta åtgärder som innebär att användningen av tvångsåtgärder, inklusive informellt tvång, fortlöpande blir föremål för utvärdering. ChefsJO ansåg att kliniken även behövde vidta åtgärder som säkerställer att tillsyn som beslutats för att förhindra självskador och minska risken för suicid går att kontrollera i efterhand.¹⁴

Det informella tvånget behöver följas upp och utvärderas

6.2 Initiativärenden

Innebörden av begreppet "vårdinrättning" och räckvidden av ett beslut om kvarhållning

Efter inspektionen av *Norra Stockholms psykiatri, psykiatriska akutmottagningen och avdelning 1, S:t Görans sjukhus* i september 2018, beslutade chefsJO Elisabeth Rynning att utreda bl.a. Region Stockholms sätt att organisera den psykiatriska slutenvården, innebörden av begreppet "vårdinrättning" och räckvidden av ett beslut om kvarhållning.¹⁵

Vid inspektionen kom det fram att akutmottagningen vid S:t Görans sjukhus (länsakuten) är den enda vuxenpsykiatriska akutmottagningen i Region Stockholm. Där fattas beslut om kvarhållning, medan beslut om intagning enligt LPT som regel fattas vid en annan enhet inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). I riktlinjerna för SLSO framgår att ett kvarhållningsbeslut som fattats i en psykiatrisk verksamhet inom SLSO är giltigt även i en annan verksamhet inom SLSO när patienten transporterats dit. Vid inspektionen kom det även fram att SLSO godtagit att ett beslut om kvarhållande utgjorde grund för en begäran om handräckning hos Kriminalvården.

I beslutet uttalade chefsJO att räckvidden av ett kvarhållningsbeslut är begränsad till den vårdinrättning där beslutet fattats. En patient som endast omfattas av ett sådant beslut och således ännu inte är intagen för vård enligt LPT, kan inte anses frihetsberövad när patienten lämnar den aktuella vårdinrättningen. Kvarhållningsbeslutet ger därför inte vårdpersonal rätt att utanför vårdinrättningen vidta tvångsåtgärder med stöd av LPT och bestämmelsen om laga befogenhet är då inte heller tillämplig. ChefsJO uttalade även att en förutsättning för att Kriminalvården ska anlitas för att förflytta en patient är att ett beslut om intagning för vård enligt LPT har fattats. Hon konstaterade att den psykiatriska tvångsvården inom Region Stockholm är organiserad på ett sätt som inte är förenligt med de aktuella bestämmelserna i LPT och som medför en risk för otillåtna inskränkningar av patienternas grundläggande fri- och rättigheter. ChefsJO ansåg att SLSO förtjänade allvarlig kritik för sin

Region Stockholm behöver se över intagningsprocessen eftersom den inte har lagstöd

¹⁴ Se även t.ex. JO:s protokoll i dnr 4043-2017 och 3887-2018.

¹⁵ Se JO:s ärende i dnr 1732-2019 och *Nationellt besöksorgan – NPM, Rapport från Opcat-enheten 2018*.

hantering av dessa frågor och förutsatte att åtgärder omgående skulle vidtas för att säkerställa att samtliga steg i intagningsprocessen hanteras på ett rätts-säkert och korrekt sätt inom regionen.¹⁶

ChefsJO uppmärksammade även att bestämmelserna om kvarhållning och intagning i LPT är utformade på ett otydligt sätt som riskerar att försvåra en enhetlig och rättssäker tillämpning. Ärendet visade även att det finns behov av att överväga hur den psykiatriska tvångsvården behöver vara organiserad för att säkerställa en rättssäker intagningsprocess samt tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet i vården. Mot denna bakgrund gjordes en framställning till regeringen om en översyn av lagstiftningen.¹⁷

Granskning av vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter

Efter en inspektion av *barn- och ungdomspsykiatri, BUP, i Stockholm* i juni 2017 gjordes iakttagelser om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och läkemedel via sond. ChefsJO Elisabeth Rynning beslutade att granska vissa frågor som rör barns rättsliga ställning inom den psykiatriska tvångsvården.¹⁸

Styrelsen för SLSO, regionstyrelsen för region Skåne, Socialstyrelsen och IVO yttrade sig över vissa frågeställningar. Både Socialstyrelsen och IVO anförde att rättsläget till viss del är oklart när det gäller barnets rättsliga ställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård.

I beslutet uppmärksammades att det finns oklarheter i flera centrala avseenden när det gäller behandlingen av barn, bl.a. i fråga om barnets egen inställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård, i vilka situationer det behövs ett beslut om vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för att vårda ett barn mot dess vilja och de närmare förutsättningarna för att ge barnet behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT. ChefsJO konstaterade också att det inte är närmare reglerat vilket tvång som vårdpersonalen har rätt att använda för att få till stånd en behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT och att det rättsliga stödet för det tvång som faktiskt används inom tvångsvården i dag kan ifrågasättas, vilket är djupt otillfredsställande.

Vidare uttalade chefsJO att det från ett rättssäkerhetsperspektiv givetvis är angeläget att hälso- och sjukvårdslagstiftningen är tydlig och tillämpas enhetligt över hela landet. Det är särskilt viktigt med tydliga regler och vägledande förarbetsuttalanden i de fall där ingripande beslut, om exempelvis behandling utan samtycke eller rent av med hjälp av fysiskt tvång, inte kan överklagas och ytterligare ledning inte går att få genom rättspraxis på området. Konse-

¹⁶ Se JO 2021/22 s. 165.

¹⁷ En sådan framställan kan göras med stöd av 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

¹⁸ Se JO:s ärende i dnr 2782-2018.

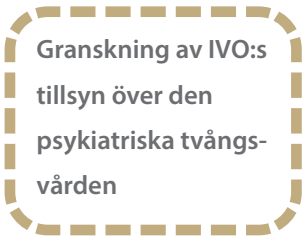
kvenserna av den knapphändiga regleringen av barns rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården blir att bedömningen av svåra frågor om grundläggande rättigheter överläts till sjukvårdspersonalen, vilket är mycket otillfredsställande.

Sammantaget konstaterade chefsJO att det finns behov av ytterligare klargöranden när det gäller förutsättningarna för vård och behandling av barn inom hälso- och sjukvården oberoende av barnets och vårdnadshavarnas vilja. Det hänvisades till att regeringen nyligen hade gett en särskild utredare i uppdrag att se över vissa frågor enligt bl.a. LPT. Eftersom utredningsdirektiven endast omfattade vissa av de frågor som togs upp i ärendet uppmärksammades regeringen på behovet av en översyn av lagstiftningen som på ett mer fullständigt sätt kan komma till rätta med de brister som berörts.

Granskning av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn över den psykiatriska tvångsvården

JO har under åren vid flera tillfällen uttalat att en dialog med *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* ska inledas om dels de fysiska förhållandena i samband med att patienter blir fastspända, dels hur myndigheten utövar tillsyn över långtidsavskilda patienter och följer upp avvikelserapporteringar m.m.¹⁹

Under 2019 genomfördes dialoger med IVO:s sex regionala avdelningar. ChefsJO Elisabeth Rynning höll därefter ett dialogmöte med generaldirektören och tog upp frågor om bl.a. uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder, granskning av anmälningar enligt lex Maria, uppföljning av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete, kontroller av fysiska vårdmiljöer m.m. samt om patienter som hålls avskilda under lång tid. ChefsJO beslutade därefter att inleda ett initiativärende där IVO gavs möjlighet att yttra sig över vad som kommit fram vid dialogerna. I beslutet behandlade chefsJO följande:²⁰



Granskning av IVO:s
tillsyn över den
psykiatriska tvångs-
vården

Uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder och systematiska patientsäkerhetsarbete

En vårdgivare ska enligt lag underrätta IVO om bl.a. beslut om fastspänning och avskiljande som pågått under en viss tid.²¹ Vidare ska chefsöverläkaren fortlöpande till IVO lämna uppgifter om åtgärder som vidtagits enligt LPT och LRV.²² IVO får meddela föreskrifter om hur denna uppgiftsskyldighet ska fullgöras.²³ Det kom i granskningen fram att IVO inte hade någon samlad

¹⁹ Se t.ex. JO:s protokoll i dnr 5556-2016 och 2222-2016.

²⁰ Se JO 2021/22 s. 146.

²¹ Se 19 § tredje stycket, 19 a § tredje stycket, 20 § tredje stycket och 20 a § tredje stycket LPT, 8 § LRV och 4 kap. 7 § första och andra stycket i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. SOSFS 2008:18 upphörde att gälla den 1 mars 2023 och har ersatts med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2022:62] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

²² Se 49 § LPT och 24 § LRV.

²³ Se 16 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Det är mycket allvarligt att IVO inte använder sig av lagens verktyg för att få en samlad kunskap om användandet av tvångsåtgärder

kunskap om i vilken omfattning vårdgivarna använder tvångsåtgärder. IVO valde också att inte tillämpa bestämmelsen om chefsöverläkarens skyldighet att till myndigheten fortlöpande lämna uppgifter om de åtgärder som vidtagits enligt LPT och LRV. IVO hade inte heller tagit del av de rapporteringar av tvångsåtgärder som vårdgivare gör till Socialstyrelsens patientregister eller regelmässigt granskat vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete eller avvikelserapporteringar. ChefsJO konstaterade att det är mycket allvarligt att IVO inte har använt sig av de verktyg myndigheten fått av lagstiftaren för att skaffa sig en samlad kunskap om vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder. Vidare uppmanade hon IVO att snarast vidta åtgärder som syftar till att säkerställa att myndigheten får en helhetsbild av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete.

Granskning av anmälningar enligt lex Maria

En vårdgivare ska till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (s.k. lex Maria).²⁴ Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter lämna in en utredning av händelsen till IVO.

IVO uppgav att det inte fanns någon myndighetsgemensam syn på tidsfrister för när en anmälan och utredning enligt lex Maria ska ges in till myndigheten. Det har förekommit att några tillsynsavdelningar har anvisat vårdgivare att lämna in anmälan och utredning samtidigt till myndigheten, och att det har fått till följd att det dröjt mer än ett år efter den inträffade händelsen.

ChefsJO framhöll att det primära syftet med bestämmelsen om lex Maria är att IVO ska få vetskap om, och sprida kunskap om, allvarliga risker i hälso- och sjukvården och att myndigheten ska använda den i sitt tillsynsarbete. Enligt chefsJO är det viktigt att IVO så snart som möjligt får information om sådana händelser. Vidare är det angeläget att IVO också sprider kunskapen om allvarliga risker bland vårdgivarna för att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Ett förfarande där anmälan och utredningen lämnas in samtidigt och som leder till att det dröjt att anmälan kommit in är enligt chefsJO:s mening därför inte förenligt med lagstiftarens avsikt med bestämmelsen.


Patienter som hålls avskilda under lång tid

JO har i sin tillsyn uppmärksammat att det inom den psykiatriska tvångsvården finns patienter som hållits avskilda under mycket lång tid, i några fall under flera år, utan att det kan sägas tydligt framgå av bestämmelsen i LPT att så kan ske. I ärendet kom det fram att IVO betraktar en patient som hålls avskild under längre tid än fyra veckor i sträck som *långtidsavskild*. IVO hade inte några myndighetsgemensamma rutiner för bl.a. vilken dokumentation som ska begäras in med anledning av de underrättelser om avskiljande som

²⁴ Se 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen.

kommer in till myndigheten eller inom vilken tid och hur en inspektion av förhållandena för dessa patienter ska genomföras. Det fanns inte heller någon myndighetsgemensam syn på förekomsten att långtidsavskilda patienter under tiden för avskiljandet periodvis vistades tillsammans med andra patienter.

ChefsJO Elisabeth Rynning uttalade att s.k. långtidsavskiljande av patienter bör förutsätta ett uttryckligt lagstöd och att en sådan ingripande åtgärd behöver omges av omfattande kontrollåtgärder, t.ex. patienters möjlighet att få en ny medicinsk bedömning och att överklaga beslut om avskiljande. ChefsJO gjorde därför en framställning till regeringen om en översyn av lagstiftningen när det gäller patienter som hålls avskilda under långa tider. I beslutet framhöll chefsJO att det är viktigt att IVO i ett tidigt skede uppmärksammar förhållandena för dessa patienter eftersom det finns en risk för att de blir isolerade. Myndigheten uppmanades också att vidta åtgärder som säkerställer en löpande tillsyn av vården av dessa patienter.



Det bör införas ett uttryckligt lagstöd för långtidsavskiljande av patienter

Granskning av långa vårdtider i slutna rättspsykiatrisk vård

JO har i samband med inspektioner i flera fall observerat att det finns patienter med långa vårdtider i verksamheter som bedriver rättspsykiatrisk vård. I ett initiativärende granskades vilka omständigheter som motverkar att patienter med långa vårdtider inom rättspsykiatrisk slutenvård skrivs ut till öppenvård.²⁵ Inom ramen för ärendet genomfördes inspektioner av fem rättspsykiatriska kliniker och styrelserna för de regioner som ansvarar för klinikerna fick möjlighet att yttra sig över vad som framkommit samt uppmanades att svara på ett antal frågor.

Vård enligt LRV ges till bl.a. en person som av domstol överlämnas till slutna rättspsykiatrisk vård som en brottspåföljd. Domstolen får besluta att vården ska ges med beslut om särskild utskrivningsprövning om gärningsmannens psykiska störning gör att det finns risk för att han eller hon återfaller i brott av allvarligt slag.²⁶ Vården inleds som slutna vård. Förvaltningsrätten kan, under vissa förutsättningar, besluta om öppen rättspsykiatrisk vård. Till en anmälan om öppen rättspsykiatrisk vård ska en samordnad vårdplan fogas som anger vilka insatser som beslutats för patienten i öppen vård och vem som ska ansvara för dem.²⁷ För att en samordnad vårdplan ska kunna upprättas krävs att en samordnad vårdplanering sker mellan rättspsykiatrin och berörda enheter vid kommunen och regionen.

Av utredningen framkom att tidpunkten för när den samordnade vårdplaneringen inleds varierar. Det kom också fram att det kan ta lång tid innan en samordnad vårdplan upprättas på grund av att den rättspsykiatriska kliniken och kommunens socialtjänst gör olika bedömningar av vilka insatser en

²⁵ Se JO:s dnr O 1-2021.

²⁶ Se 31 kap. 3 § brottsbalken.

²⁷ Se 16 a och 16 b §§ LRV jämfört med 7 och 7 a §§ LPT.

patient behöver för att kunna fungera i öppen rättspsykiatrisk vård. Det gällde särskilt för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning där risken för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag ska beaktas. Många patienter ges rättspsykiatrisk vård utanför sin hemregion, s.k. utomlänspatienter. Orsakerna till det kan vara en generell brist på vårdplatser i hemregionen eller på platser i den säkerhetsnivå som patienten behöver. Det innebär större svårigheter att få till en samordnad vårdplanering för patienter som vårdas utanför hemregionen. Det kan t.ex. leda till att det är svårare för vårdinrättningen att ha kännedom om boenden i hemkommunen och att det därmed är svårare att pröva kortare permissioner.

Längre vårdtider än nödvändigt i en vårdform som är förenad med frihetsberövande och annat tvång är en allvarlig konsekvens för patienterna

I beslutet konstaterade chefsJO Erik Nymansson att det kan vara så många som en av tio patienter som inte kan skrivas ut från sluten rättspsykiatrisk vård i anslutning till att kliniken har bedömt att de inte längre behöver sådan vård. Skälet är framför allt att patienterna behöver ha en ordnad social situation, vilket i sin tur förutsätter ett lämpligt boende. Just tillgången till ett lämpligt boende blir ofta avgörande för bedömningen av risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag. En förklaring till att det många gånger dröjer med att ordna ett sådant boende kan vara att kliniken och socialtjänsten gör olika bedömningar av patientens behov. ChefsJO uttalade att konsekvenserna för dessa patienter är allvarliga. Det leder till en längre vårdtid än nödvändigt i en vårdform som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Regionerna och företrädare för klinikerna framförde även att reglerna om betalningsansvar i lagen om (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, samverkanslagen, inte utgör ett incitament för kommunerna att tillhandahålla tillräckliga insatser. Bedömningen baserades på att betalningsansvaret inträder först efter det att domstolen har beslutat om öppen rättspsykiatrisk vård och de insatser som patienterna behöver är då redan beslutade som en del i den samordnade vårdplanen. ChefsJO delade, utifrån vad som framkommit, denna bedömning. Han konstaterade att det paradoxala således är att regleringen i samverkanslagen blir tillämplig först sedan de åtgärder vidtagits som de ekonomiska incitamenten avser att främja. ChefsJO kunde därför inte se att samverkanslagen i detta avseende har haft någon positiv effekt för patienter som vårdas i sluten rättspsykiatrisk vård.

Sammanfattningsvis ansåg chefsJO att granskningen visade att det behöver vidtas åtgärder för att patienter i sluten rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning mer skyndsamt ska kunna ges öppen rättspsykiatrisk vård. Lagstiftaren har valt att införa ekonomiska incitament för att främja detta. Det är då enligt chefsJO viktigt att dessa incitament är verkningsfulla. Även andra åtgärder som ökar möjligheterna för patienter att få ett lämpligt boende bör utredas. Situationen för utomlänspatienter bör uppmärksammas särskilt.

6.3 Avslutande kommentar av chefsJO Erik Nymansson

Jag välkomnar att flera av de frågeställningar där JO har uppmärksammat regeringen på ett behov av översyn har tagits om hand i utredningar och regeringsuppdrag. Bl.a. har Socialstyrelsen ett uppdrag att genomföra en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.²⁸ I sin slutredovisning ska Socialstyrelsen lämna förslag på åtgärder som myndigheten kan vidta för att främja kompetens- och kvalitetsutveckling inom området och i övrigt föreslå de utvecklingsinsatser som myndigheten bedömer som angelägna för att skapa förutsättningar för att personer som vårdas i den psykiatriska tvångsvården och inom rättspsykiatri erbjuds en jämlik, trygg och säker vård av god kvalitet. Uppdraget ska slutredovisas till regeringen senast den 1 augusti 2023.

Regeringen beslutade den 20 maj 2021 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av vissa frågor enligt LPT och LRV. I uppdraget ingick att ge förslag på hur barnrättsperspektivet kan stärkas i lagstiftningen t.ex. att barn som vårdas enligt LPT eller LRV inte ska vårdas tillsammans med vuxna eller endast får vårdas med vuxna om det kan anses vara för barnets bästa och att även patienter över 18 år ska ha rätt till daglig utomhusvistelse. Utredningen lämnades i juni 2022 till regeringen.²⁹ Jag har yttrat mig över betänkandet och kommer att återkomma till det i JO:s årsrapport över Opcat-verksamheten 2022.

IVO har fått ett regeringsuppdrag att förstärka och utveckla tillsynen och uppföljningen av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.³⁰ IVO ska vidta åtgärder för att säkerställa att myndigheten kan bedriva en strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn över den psykiatriska tvångsvården (vuxna och barn). Utgångspunkten ska vara att omhänderta de iakttagelser som har gjorts av JO och den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa. Insatserna ska efter uppdragstidens slut vara integrerade i ordinarie verksamhet. Uppdraget ska delredovisas till regeringen årligen den 31 maj, med start 2022, samt slutredovisas den 31 maj 2025.

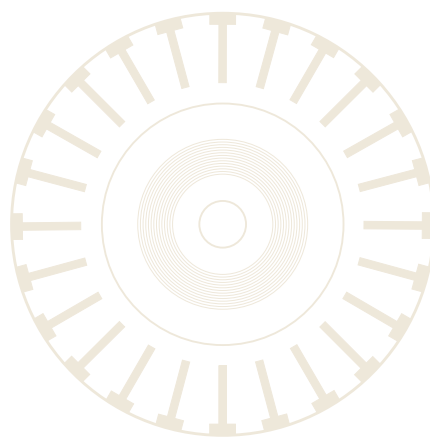
Jag kan således konstatera att JO:s granskningar och uttalande har bidragit till att ett arbete inletts som syftar till att förbättra rättssäkerheten för patienter inom den psykiatriska tvångsvården och rättspsykiatriska vården. Det är dock ett arbete som kommer att pågå under lång tid. Därför är det angeläget att JO i sitt uppdrag som nationellt besöksorgan fortsatt genomför regelbundna inspektioner av vårdinrättningar som bedriver vård enligt LPT och/eller LRV och följer användningen av tvångsåtgärder, inklusive informellt tvång, samt

28 Se Regeringsbeslut den 18 mars 2021, S2021/02640.

29 Se God tvångsvård-trygghet, säkerhet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40).

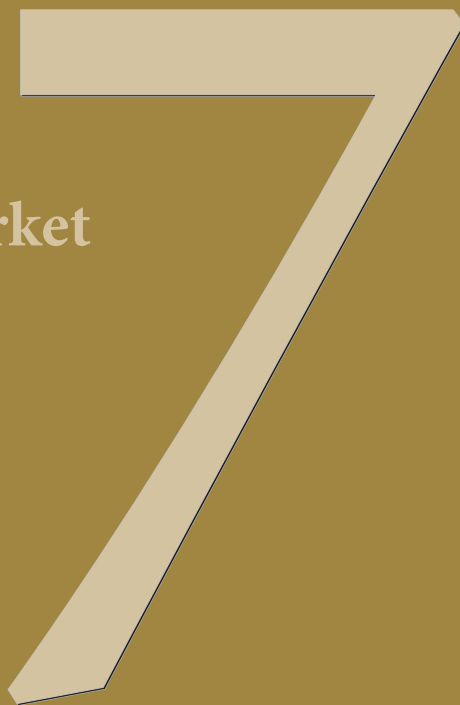
30 Se regeringsbeslut den 10 juni 2021, S2021/04972 och IVO:s delredovisning dnr 23434/2021.

hur dessa fortlöpande utvärderas av verksamheterna. Även förhållandena för barn som tvångsvårdas behöver fortsatt uppmärksammas vid inspektioner liksom inlåsningseffekter av patienter som vårdas frivilligt. Detta är omständigheter som vid upprepade tillfällen föranlett uttalanden från JO och som påverkar rättssäkerheten för enskilda.³¹



³¹ Se Lex. JO:s protokoll, dnr 4043-2017 och O 18-2019.

Migrationsverket



Migrationsverket

I Migrationsverkets uppdrag ingår bl.a. att bedriva en ändamålsenlig förvarsverksamhet där utlänningar kan placeras i avvaktan på verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning från Sverige.¹ Utlänningar kan också placeras i ett förvar om det är nödvändigt för att utreda utlänningens identitet. Ett beslut om att ta någon i förvar kan fattas av Migrationsverket, Polismyndigheten och migrationsdomstolarna.² Under coronapandemin minskade Migrationsverket tillfälligt antalet platser till cirka 300 totalt i hela landet, mot cirka 500 i vanliga fall, i syfte att kunna öka den fysiska distansen inne på förvaren. Förvarsplatserna är fördelade på sex orter.

Under 2020 inspekterades Migrationsverkets förvarsenheter i Flen och Märsta. Inspektionerna var förannmälda och samtalen genomfördes via ljud- och bildöverföring inom ramen för den tematiska granskningen av frihetsberövades situation under coronapandemin.³ En sammanfattning av den granskningen finns i avsnitt 10. Under 2021 genomfördes ingen inspektion. Inspektionerna genomfördes av eller skedde på uppdrag av JO Per Lennerbrant.

7.1 Ärende angående återrapportering

Efter inspektionen av *förvaret i Ljungbyhed*, i september 2019, begärde JO Per Lennerbrant en återrapportering avseende vilka åtgärder Migrationsverket vidtagit för att säkerställa att kontakterna med en förvarstagen som har säkerhetsplacerats i en kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest som utgångspunkt ska ske genom ett besök.⁴

I juni 2020 kom Migrationsverket in med ett yttrande till JO. Av yttrandet framgår att myndigheten beslutat om en instruktion om rutin för besök av en förvarstagen som placerats i kriminalvårdsanstalt, häkte eller polisarrest. Av den nya rutinen framgår bl.a. att förvarstagna som säkerhetsplacerats ska kontaktas så fort som möjligt efter placeringen för att Migrationsverkets ska bedöma om placeringen ska bestå och vid behov underrätta den förvarstagne om beslutet om placering. Utgångspunkten är att kontakten ska ske genom besök. Inledningsvis ska den förvarstagne besökas varje vecka i syfte att bedöma om han eller hon kan återtas till förvaret. Besöken kan ske med ett tätare intervall om det finns anledning att tro att ett återtagande till förvaret

En förvarstagen som placeras hos Kriminalvården av säkerhetsskäl ska besökas regelbundet av Migrationsverket

¹ Se § 4 förordningen (2019:502) med instruktion för Migrationsverket.

² Se 10 kap. 12–17 §§ utlänningslagen (2005:716).

³ Se JO:s protokoll i dnr O 22-2020 och O 23-2020, samt *Rapport från 2020 – Frihetsberövades situation under coronapandemin, JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder*.

⁴ Se JO:s protokoll i dnr O 52-2019.

kan ske snabbare. Efter en månad är det möjligt att övergå till besök med två veckors intervall. Om säkerhetsplaceringen pågår under en längre tid än två månader, eller där det i övrigt finns särskilda skäl till att inte genomföra besök, kan Migrationsverket istället ha en kontakt via videolänk eller, om det inte är möjligt, via telefon. Om den förvarstagne inte vill ha någon kontakt med Migrationsverket, ska verket istället kontakta Kriminalvården för att säkerställa att den förvarstagne inte ändrat sin inställning till kontakt eller besök och inhämta information om vistelsen. JO konstaterade att Migrationsverket vidtagit ändamålsenliga åtgärder.⁵

7.2 Avslutande kommentar av JO Per Lennerbrant

Under 2020 minskade Migrationsverket antalet tillgängliga platser i förvaren och särskilda rutiner infördes i syfte att begränsa smittspridning. Även under 2021 var antalet platser färre än normalt på grund av pandemin.

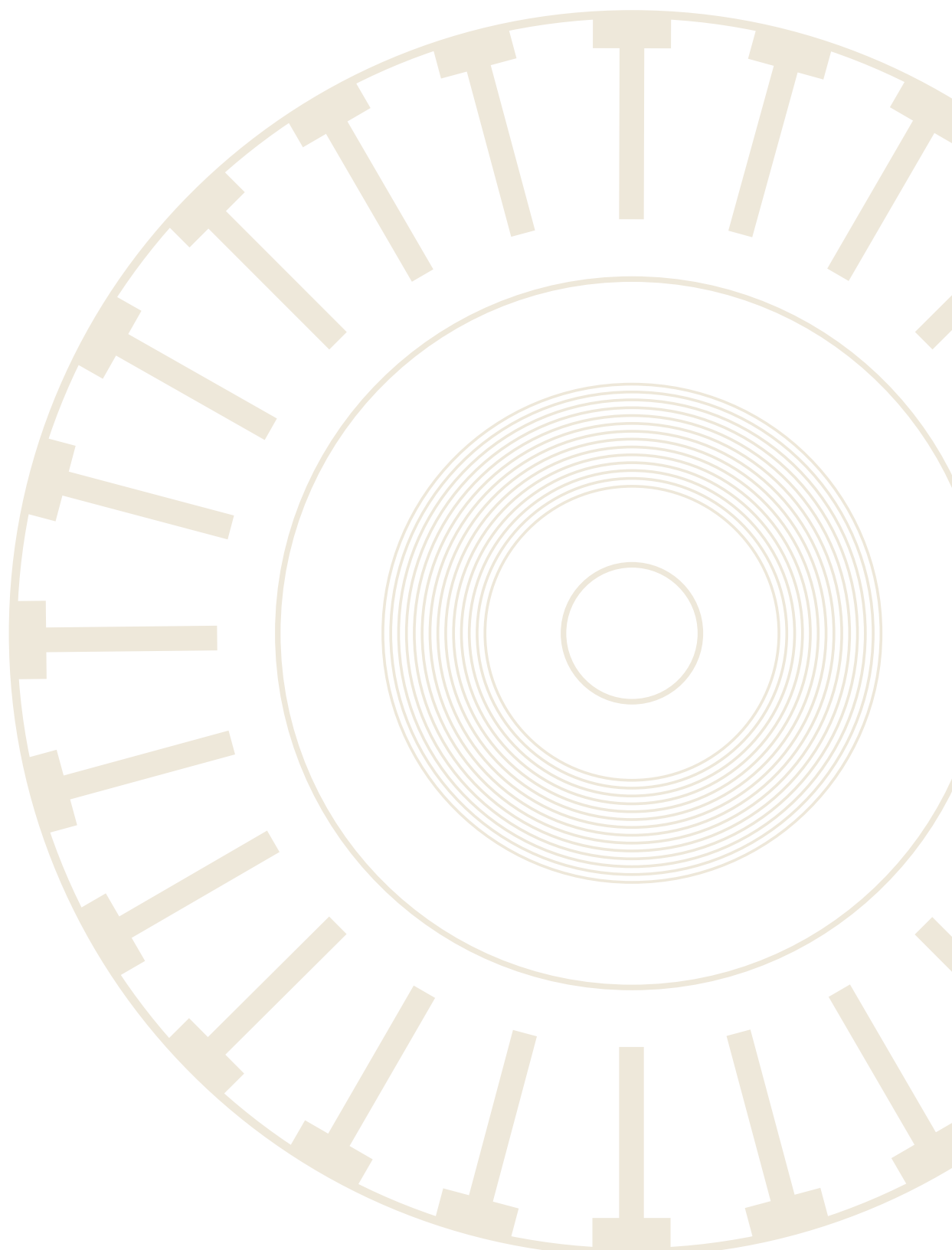
Migrationsverket öppnade ett nytt förvar i Mölndals kommun i oktober 2022 och planerar för att öppna ett nytt förvar i norra Sverige 2024.⁶ Det finns skäl för JO att följa hur Migrationsverket använder erfarenheterna från etableringen av förvaret i Ljungbyhed inför att nya förvarslokaler tas i anspråk. Det kan noteras att Migrationsverket sänkte det ordinarie platsantalet i det förvaret efter de uttalanden som jag gjorde efter inspektionen 2019 om att förvarslokaler var underdimensionerade.⁷ Vidare är det angeläget att JO fortsätter att granska användningen av tvångsåtgärder som avskiljande, de förvarstagnas tillgång till hälso- och sjukvård samt situationen för förvarstagna som säkerhetsplaceras hos Kriminalvården.⁸

⁵ Se JO:s beslut den 12 januari 2021 i dnr O 15-2020.

⁶ Se Migrationsverkets årsredovisning för 2021, s. 82.

⁷ Se JO:s protokoll i dnr O 52-2019, samt Migrationsverkets beslut FV AC/002/2020 av den 4 maj 2020.

⁸ Se även JO 2021/22 s. 221 om situationen för förvarstagna inom Kriminalvården.



Socialtjänsten



Kommuners LSS-verksamhet

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.¹ Varje kommun ska också, om inte något annat avtalats, svara för bl.a. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.²

LSS innebär att en viss personkrets har rätt till stöd och service av kommuner och regioner. Avsikten är att de med sådan hjälp ska kunna skapa sig ett värdigt liv, och att deras liv ska kunna bli så likt andra människors som möjligt och i gemenskap med andra människor. Insatserna enligt LSS ska vara utformade så att de stärker den enskildes möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv och att delta aktivt i samhällslivet. Det övergripande syftet med de särskilda insatserna enligt LSS bör vara att åstadkomma så jämlika villkor som möjligt mellan människor med omfattande funktionshinder och andra människor.³ Verksamheten ska vara grundad på en respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatserna. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.⁴

Den 5 februari 2020 sände SVT ett avsnitt av Uppdrag granskning som tog upp förhållanden för en brukare på ett LSS-boende i Gnosjö kommun (LSS-boendet Skogsbo). Efter att tv-programmet sänts kom det in ett antal klagomål till JO. Mot denna bakgrund beslutade JO att genomföra en inspektion av verksamheten.⁵

Inspektionen genomfördes på uppdrag av JO Thomas Norling.

8.1 lakttagelser vid inspektionen

Vid inspektionen uppmärksammade JO:s medarbetare huvudsakligen frågor som rör brukarens vårdmiljö, trygghet, behandling och sysselsättning, samt bemanningen och personalens kompetens.

lakttagelser av brukarens situation

LSS-boendet Skogsbo var inrättat för en ensam brukare. Om man bortser från de enstaka besök från en anhörig, umgicks brukaren enbart med perso-

¹ Se 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

² Se 9 § 9 LSS.

³ Se prop. 1992/93:159 s. 50.

⁴ Se 5 och 6 §§ LSS.

⁵ Se JO:s protokoll i dnr O 10-2020.

nalen. LSS-boendet bemannades dygnet runt med två personliga assistenter. Verksamheten hade åtta fast anställda assistenter och ytterligare elva stycken att tillgå vid behov. Majoriteten av de fast anställda hade erfarenhet av att arbeta med personer med funktionsnedsättningar. Personalen hade fått utbildning om autism och kommunens värdegrunder (delaktighet och respekt), och de hade även utbildats i pedagogik och lågaffektivt bemötande.

Brukaren tillbringade i stort sett all sin tid på boendet och han lämnade det inte för att t.ex. delta i en daglig verksamhet. Han hade möjlighet att själv påverka sina dagar genom val av aktiviteter. Det var personalen som gjorde bedömningen vilka aktiviteter utifrån brukarens mående som han skulle få välja mellan. Hans mående kunde medföra att han gjorde samma aktiviteter under flera dagar eller veckor i sträck.

Efter inspektionen erinrade JO om att insatserna enligt LSS syftar till att erbjuda sådan hjälp att personen ska kunna skapa sig ett värdigt liv och att deras liv ska kunna bli så likt andra människors som möjligt och i gemenskap med andra människor. Insatserna ska vara utformade så att de stärker personens möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv och att delta aktivt i samhällslivet.

Brukaren var rent faktiskt frihetsberövad

Vid inspektionen kom det fram att brukaren var inlåst under större delen av dygnet på LSS-boendet. Han gavs bara möjlighet att lämna boendet i sällskap med personalen för bl.a. kortare promenader och bilutflykter. Syftet med inlåsningen var att hindra brukaren från att rymma eller skada sig själv.

Efter inspektionen framhöll JO att var och en är gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Denna rätt får dock begränsas genom lag.⁶ Det krävs således att det finns ett uttryckligt stöd i lag för att någon ska kunna hållas frihetsberövad. JO ifrågasatte inte att inlåsningen skett i all välmående och med omsorg om brukaren. Enligt JO var det dock klart att han rent faktiskt (de facto) varit frihetsberövad. Utan att gå in i en bedömning av om inlåsningen utgjort ett olaga frihetsberövande, konstaterade JO att LSS inte ger något utrymme för en sådan åtgärd. Verksamheten hade bedrivits under dessa former sedan 2013, och det innebar att brukaren varit frihetsberövad utan lagstöd i flera år. Gnosjö kommun fick allvarlig kritik av JO för att detta har kunnat ske.

Brukaren var inlåst under större delen av dygnet

JO riktade allvarlig kritik mot att brukaren var frihetsberövad utan lagstöd under flera år

8.2 Granskningen av IVO:s tillsyn

JO beslutande i anslutning till inspektionen av LSS-boendet i Gnosjö att i ett särskilt initiativärende granska Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av bl.a. LSS-boendet.⁷

⁶ 2 kap. 8 § och 20 § första stycket 3 regeringsformen.

⁷ Se JO 2022/23 s. 399.

IVO har först i remiss-
svaret till JO reso-
nerat i frågan om
brukaren var inlåst
eller inte

Det finns inga
möjligheter att vidta
tvångsåtgärder med
stöd av LSS

Det kom fram att IVO hade inlett en tillsyn av LSS-boendet Skogsbo efter att myndigheten fått in ett klagomål. I det gjordes gällande bl.a. att alla utrymmen på boendet var låsta, att personalen inte klarade av att hantera brukaren och att han var kameraövervakad. I februari 2019 genomförde IVO en inspektion av LSS-boendet. Tillsynen resulterade i slutsatsen att det inte fanns några brister i boendet och att brukaren uppnådde goda levnadsvillkor ”i de delar som tillsynen omfattade”. I sitt beslut i initiativärendet uttalar JO att det är IVO:s skyldighet att vid en tillsyn undersöka om en LSS-verksamhet uppfyller kraven på god kvalitet oavsett brukarens eller den verksamhetsansvariges uppfattning i frågan. Risken är annars att en verksamhet anses uppfylla kraven endast av den anledningen att ingen är uttryckligen missnöjd med den. En sådan ordning är naturligtvis inte godtagbar och riskerar att leda till godtyckliga bedömningar. JO uppfattade det som att inspektionen saknat ett tillräckligt fokus på de klagomål som hade riktats mot boendet.

Vidare fann JO att det som kom fram i utredningen talade för att IVO godtog att brukaren, i vart fall till viss del, var underkastad begränsningar när han vistades i boendet och att IVO närmast ansåg att det var en förutsättning för att han skulle kunna bo där. I sitt remissvar till JO hade myndigheten dessutom uppgett att vissa åtgärder kan godtas som en skyddsåtgärd om det finns ett samtycke från den enskilde. Enligt JO var det oklart om IVO menade att det fanns ett sådant samtycke från brukaren och vad myndigheten i så fall ansåg att det omfattade. JO framhöll att brukaren var placerad i boendet med stöd av LSS och att den lagstiftningen bygger på frivillighet och delaktighet från brukarens sida. Tvångsåtgärder som vidtas utan lagstöd utgör en kränkning av den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. JO konstaterade att IVO hade brustit i sin inspektion av LSS-boendet.

JO uttalade vidare att det måste ställas höga krav på IVO:s tillsynsverksamhet. Myndighetens tillsyn fyller en viktig funktion när det gäller att säkerställa att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor enligt LSS. Om tillsynen inleds efter det att uppgifter kommit fram om tvångs- eller begränsningsåtgärder är det därför viktigt att dessa utreds ordentligt vid inspektionen. Detta är viktigt inte minst när inspektionen avser ett LSS-boende med endast en brukare. En sådan brukare befinner sig i en särskilt utsatt situation och måste kunna förlita sig på att tillsynsinsatserna uppfyller högt ställda krav. Det är vidare viktigt att myndighetens dokumentation i ett tillsynsärende är korrekt och rättvisande, och att myndighetens beslut är tydligt och väl genomarbetat. Språket ska vara vårdat, enkelt och begripligt. Det får inte råda någon osäkerhet om vilka omständigheter som myndighetens bedömning grundar sig på. Det måste därför tydligt framgå av inspektionsprotokoll hur myndigheten har resonerat, oavsett om den funnit brister eller inte i den verksamhet som granskats.

8.3 Avslutande kommentarer av JO Thomas Norling

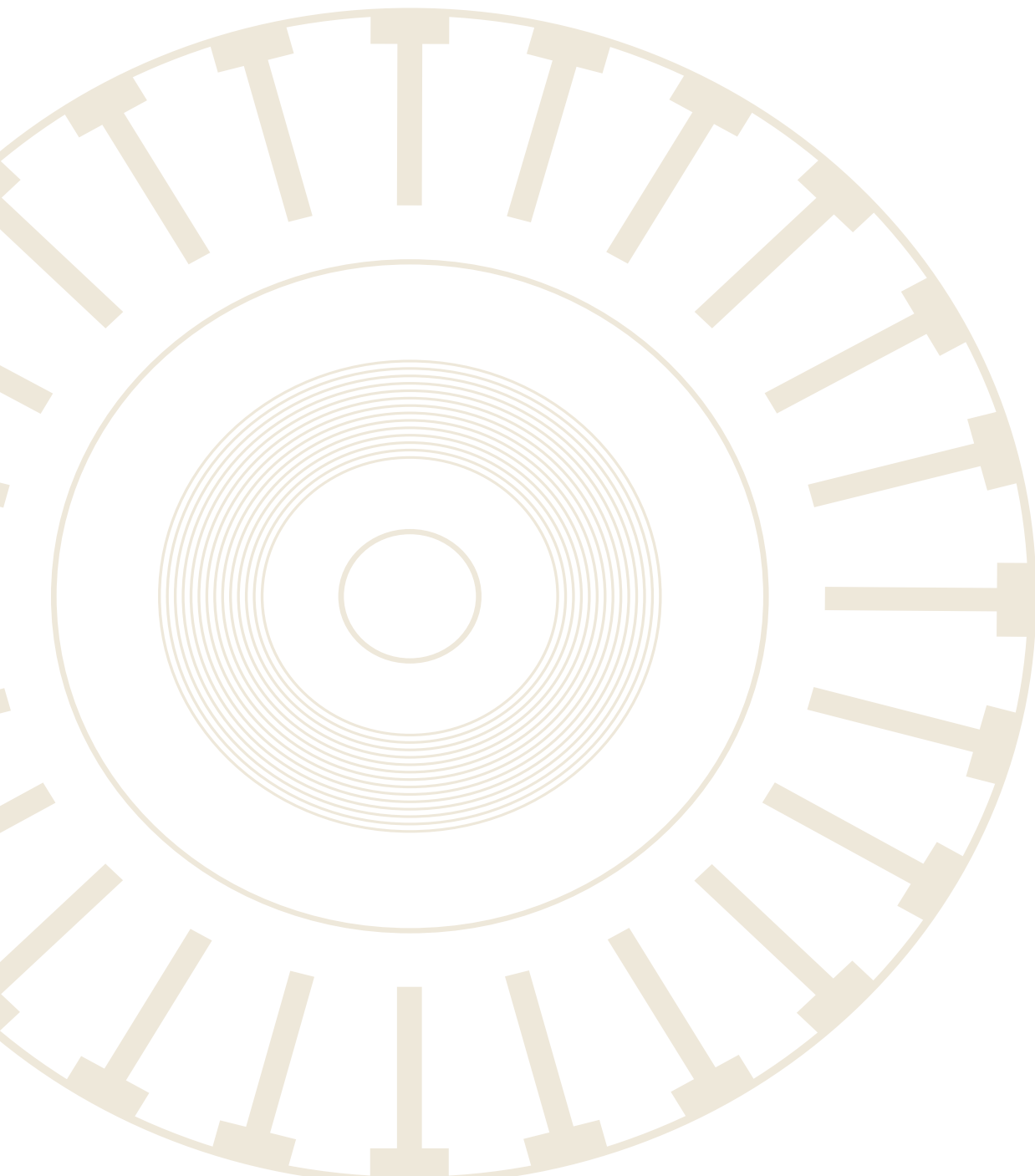
JO:s inspektion av LSS-boendet i Gnosjö visar hur viktigt det är att de som är ansvariga för en LSS-verksamhet har en god kännedom om de rättsliga förutsättningarna för verksamheten. Det är en nödvändighet för att kunna säkerställa att det inte vidtas åtgärder i strid med grundlag eller lag.

I december 2020 fick IVO ett uppdrag av regeringen som rörde uppföljning av LSS-boenden.⁸ Detta uppdrag slutredovisades i december 2021.⁹ I sin redovisning lyfter IVO fram att myndigheten har inlett fler tillsynsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS-verksamheter. Av rapporten framgår att IVO anser att det finns ett behov av att nå ut till kommuner och huvudmän med tillsyn för att granska förekomsten av sådana åtgärder och att IVO:s arbete ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Vid inspektioner i boende för barn och för vuxna ska de personer som vill och har förmågan att prata med IVO:s inspektörer ges denna möjlighet och det som kommer fram ska ges rätt vikt vid bedömningar under ärendets gång och inför beslut. IVO framhåller att myndigheten behöver arbeta intensivt med att utveckla tillsynen till att bli ännu mer strategisk, effektiv och enhetlig.

Det finns, med anledning av bl.a. rapporteringar i media, skäl att anta att faktiska frihetsberövanden utan stöd i lag förekommer inom flera verksamheter som bedrivs enligt LSS. Det kan finnas skäl att fortsatt följa hur tillsynen av LSS-boenden bedrivs.

⁸ Regeringsbrev för budgetåret 2021 avseende Inspektionen för vård och omsorg, S2020/09593. Regeringsbeslut den 22 december 2020.

⁹ Uppföljning av LSS-boenden, slutredovisning av regeringsuppdrag, artikelnr IVO 2021-11, utgiven i december 2021, www.ivo.se.





Transporter

Transporter

Under 2018 och 2019 hade JO:s Opcat-verksamhet en tematisk inriktning mot transporter av frihetsberövade. Under perioden genomfördes inom temat 54 inspektioner. Frågor relaterade till transporter aktualiserades även inom ytterligare några inspektioner. I juni 2019 publicerades delrapporten *Tema Transporter*. I september 2021 publicerades slutrapporten *Transporter av frihetsberövade personer*. Det här avsnittet innehåller den sammanfattning som finns i rapporten 2021.

Åtgärder som kan bidra till att motverka brister i transportsystemet

För att komma till rätta med de brister som uppmärksammades vid inspektionerna har det gjorts uttalanden om åtgärder som behövde vidtas:

- Säkerställa att det finns en kapacitet hos Kriminalvården – som fått i uppdrag att genomföra handräckningstransporter – att utföra dessa transporter inom de tidsramar som etablerats genom JO-uttalanden. Detta för att komma till rätta med den problematiska situationen att frihetsberövade personer blir sittande i mer slutna miljöer där de inte hör hemma, t.ex. i polisarrester.
- De myndigheter som har möjlighet att vända sig till Kriminalvården och Polismyndigheten för att få hjälp med handräckning, bör ha en egen kapacitet för att kunna utföra de transporter där de enligt lagstiftningen inte ska begära handräckning. Vidare behövs det en kunskap om hur lagstiftningen ska tillämpas. Först då kan ett överutnyttjande av Kriminalvårdens och Polismyndighetens resurser undvikas.
- Utgångspunkten för planeringen och utförandet av handräckningstransporter för personer som är frihetsberövade enligt vårdlagarna är att de inte ska placeras i häkte i samband med transporter. Dessa kategorier av frihetsberövade ska inte heller samtransporteras med Kriminalvårdens klienter.
- Det behövs en samordning mellan myndigheterna som gör det möjligt för frihetsberövade att genomföra ankomstsamtal vid handräckningstransporter. Ett möjligt sätt att uppnå detta är att myndigheterna i sina beställningar anger till Kriminalvården vem eller vilka anhöriga som en frihetsberövad får ringa vid ett transportuppehåll i ett häkte.
- Polismyndigheten behöver – i samråd med Kriminalvården – organisera transportuppehållen i polisarresterna på sådant sätt att arrestpersonalen hinner vidta alla nödvändiga kontroller och åtgärder vid inskrivningen i arresten.

- Berörda myndigheter behöver vidta åtgärder för att minska de stigmatiserande inslagen vid utförandet av handräckningstransporter. Det handlar bl.a. om att utforma transporterna på sådant sätt att personer omhändertagna enligt vårdlagarna inte känner sig utpekade som kriminella. Vidare handlar det om att säkerställa att det sker individuella bedömningar av behovet av säkerhetsarrangemang.
- Berörda myndigheter behöver ha en samsyn i fråga om vilka uppgifter som ska lämnas över från den beställande myndigheten i samband med en beställning av en handräckningstransport. Vidare är det angeläget med en samsyn i fråga om vad olika typer av uppgifter betyder och vilka säkerhetsarrangemang de bör leda till. I detta ligger även att Kriminalvårdens beställningssystem måste utvecklas och anpassas för beställning av handräckningstransporter.

Åtgärder som vidtagits

I delrapporten Tema transporter redovisades vilka åtgärder som behövde vidtas för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammats. Granskningen under 2019 visar att flera åtgärder vidtagits, bl.a. har Polismyndigheten organiserat transportuppehållen i polisarresterna vilket innebär att det finns förutsättningar för att vidta alla nödvändiga kontroller och åtgärder vid inskrivningen. Flera brister fanns dock kvar vid granskningen 2019. Bland annat den som gällde kapaciteten hos Kriminalvården att utföra handräckningstransporter inom de tidsramar som etablerats genom JO-uttalande. Det förekom fortfarande stigmatiserande inslag vid utförandet av handräckningstransporter och frihetsberövade enligt vårdlagarna placerades alltså i häkte och samtransporterades med Kriminalvårdens klienter.

Beslutet om prioriteringar stod i strid med regeringens förordning

Kriminalvården fick den 1 april 2017 genom en ändring i instruktionen i uppdrag att verkställa de transporter som Polismyndigheten och Säkerhetspolisen överlämnar enligt 29 a § polislagen. Myndigheten ska också lämna andra myndigheter den hjälp med transporter som är särskilt föreskrivna. I slutrapporten lyfts fram att det underlag som låg till grund för lagändringen och lagstiftningen om transporter av frihetsberövade människor inte var tillräckligt underbyggd. Den enskilt viktigaste faktorn som påverkat situationen för de frihetsberövade hänger ihop med hur Kriminalvården organiserade sitt transportuppdrag. Detta finns belyst i dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning beslut i mars 2020. I utredningen i ärendet kom det fram att Kriminalvårdens transportorganisation skulle byggas ut etappvis och först 2021 – dvs. fyra år efter det att bestämmelserna trädde i kraft – räknade myndigheten med att den skulle ha den kapacitet som krävdes för att kunna fullgöra det utökade

uppdraget. Kriminalvårdens inriktning när det gäller transportuppdraget har varierat över tid. Inledningsvis var avsikten att myndigheten skulle ha kapacitet att genomföra transporter dygnet runt. Efter en tid återgick Kriminalvården till den transportorganisation som myndigheten hade innan de nya reglerna trädde i kraft. Därefter utökades transportorganisationen på nytt. Under hela processen har de lagbestämmelser som ger ett antal myndigheter rätt att överlämna transporter till Kriminalvården varit gällande. ChefsJO riktade i sitt beslut allvarlig kritik mot Kriminalvården. Kritiken kan sammanfattas enligt följande: Kriminalvårdens transportorganisation var inte förberedd för den ökning av antalet transportuppdrag som bl.a. 29 a § polislagen medförde. Kriminalvårdens försök att hantera den problematiska situationen genom beslutet i december 2017 står emellertid i direkt strid med myndighetens instruktion som regeringen har meddelat i en förordning. Avsikten med regeringens styrning av sina myndigheter genom bl.a. förordningar är att skapa tydlighet och förutsebarhet. Kriminalvårdens beslut, att bara utföra transporter överlämnade från Polismyndigheten i den utsträckning som transportkapaciteten enligt Kriminalvårdens uppfattning medgav det, motverkade detta syfte och därmed en av grunderna i en rättsstat. Beslutet fick också allvarliga konsekvenser för enskilda frihetsberövade.

Den bristande kapaciteten medförde negativa konsekvenser för frihetsberövade

Att Kriminalvården inte var förberedd för det nya uppdraget blev uppenbart när myndigheten den 22 december 2017 beslutade att prioritera ner de transporter som överlämnats av Polismyndigheten. I sitt beslut lyfter Kriminalvården fram att det finns en påtaglig risk för att enskilda individer blir lidande om inte myndigheten löste sin uppgift. Att denna farhåga hade besannats, visade bl.a. en inspektion av dåvarande JO Cecilia Renfors i mars 2019 av Polismyndigheten, arresten Borlänge där 20 barn och unga omhändertagna enligt LVU varit placerade i arresten i väntan på transport till SiS LVU-hem. De omhändertagna var mellan 15 och 18 år gamla, och de hade varit placerade i arresten i mellan knappt ett dygn och upp till fyra och ett halvt dygn. Dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning hänvisade till tidigare uttalande om att en polisarrest som regel är en olämplig plats för placering av unga personer som i många fall saknar tidigare erfarenhet av sådana miljöer. Om en ung person över huvud taget ska placeras i en arrest måste en transport påbörjas så snart som möjligt, dock senast dygnet efter det att han eller hon har tagits i förvar. Polismyndigheten har upprättat avvikelserapporter och det finns ett antal fall under andra hälften av 2019 där barn och unga som är omhändertagna enligt LVU blivit kvar i polisarrester i väntan på transport. De problem som uppstod direkt efter det att lagändringen trädde i kraft, fanns alltså kvar nästan tre år senare vilket chefsJO bedömde som mycket allvarligt. Sammanfattningsvis

konstaterade chefsJO att Kriminalvården inte varit förberedd för det utökade transportuppdraget.

Utöver vad som tidigare identifierats gjorde ombudsmännen bedömningen att följande åtgärder behöver vidtas:

Kriminalvårdens organisation medför många och långa transporter

Brister i Kriminalvårdens transportorganisation har fått till följd att intagna omplacerats mellan häkten. Långa och många transporter har varit påfrestande för de intagna som varit begränsade i sin rörlighet, ofta varit försedda med fängsel och haft begränsade möjligheter till toalettbesök. I ett fall uppmärksammade JO att en intagen med särskilda omvårdnadsbehov vid flera tillfällen fjärrtransporterats mellan Skåne och Stockholm för att kunna få sina omvårdnadsbehov tillgodosedda på landets enda häkte med omvårdnadsplatser.

- Kriminalvården behöver se över lämpligheten av att myndigheten endast har särskilt anpassade omvårdnadsplatser för häktade intagna i Stockholm.

Handräckningstransporter

Granskningen visade att Kriminalvården även under 2019 hade problem med att genomföra handräckningstransporter inom en rimlig tid. Av den anledningen gjorde ombudsmännen följande uttalanden:

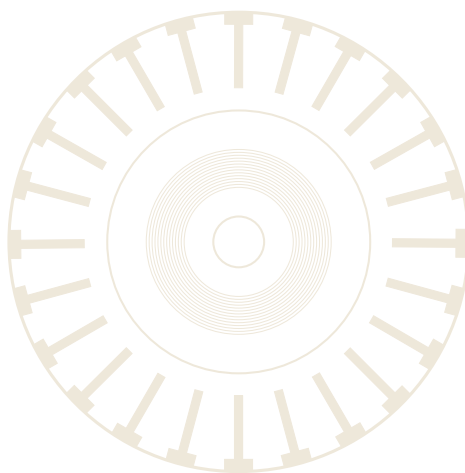
- Myndigheter som har rätt att begära handräckning av Kriminalvården bör inte missbruka den möjligheten. Om en myndighet begär handräckning trots att den själv kunde ha ombesörjt transporten innebär det att andra transporter fördröjs eller inte kan genomföras av Kriminalvården.
- Myndigheterna behöver ha rutiner för att dokumentera av vilka skäl en begäran om handräckning gjorts. Då kan begäran granskas i efterhand och på så sätt ingå som ett led i att följa upp och kvalitetssäkra myndighetens verksamhet. En myndighet som begär handräckning bör systematiskt följa upp konsekvenserna av att Kriminalvårdens transporter fördröjs.
- Myndigheter och andra som kan komma att medverka vid en handräckning behöver ha väl utarbetade rutiner för att en sådan åtgärd ska kunna genomföras på bästa sätt för en frihetsberövad oavsett tid på dygnet. Det måste alltid finnas en beredskap hos den myndighet som har begärt handräckningen för att det under hela dygnet kan uppkomma frågor som rör begäran.
- Berörda myndigheter behöver ha en övergripande planering för hur transporten ska gå till och att det finns förutsättningar hos den som begärt

handräckning att vid behov boka en resa och medverka vid transporten av en ungdom.

Transportuppehåll

Under 2019 iaktogs att ungdomar fått övernatta i arrester i samband med transport. Det föranledde ett uttalande om att:

- SiS har ett ansvar för att medverka så att handräckningen inte blir mer ingripande än nödvändigt. Myndigheten bör därför se till att det finns övernattningsmöjligheter på sina institutioner.



Covid-19

10

Frihetsberövades situation under coronapandemin

Under våren 2020 beslutade var och en av ombudsmännen att inom sitt respektive ansvarsområde särskilt granska en myndighet som verkställer frihetsberövanden, och på så sätt belysa vilka konsekvenser covid-19 fått för de intagna.¹ Ombudsmännen fattade sina respektive beslut under sommaren eller hösten 2020.² Därefter publicerades den tematiska rapporten *Frihetsberövades situation under coronapandemin – JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder*. Det här avsnittet innehåller en sammanfattning av rapporten.

Brister i myndigheternas förberedelser

Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS), Migrationsverket och Rättsmedicinalverket (RMV) bedriver samhällsviktig verksamhet. I de beslut som rör Kriminalvården och SiS konstaterade JO Katarina Pålsson och JO Thomas Norling att det är av avgörande betydelse att myndigheterna vidtar förberedelser inför eventuella kriser, såsom en pandemi, utbildar personalen och planerar för åtgärder. Syftet med sådana förberedelser är bl.a. att försäkra sig om att de åtgärder som kan komma behöva vidtas kan anses ändamålsenliga, proportionerliga och rättssäkra.

I sina granskningar har ombudsmännen kunnat konstatera att det funnits brister i myndigheternas krisförberedelser. Som exempel kan nämnas att JO Katarina Pålsson konstaterade att en av Kriminalvårdens första åtgärder i mitten av mars 2020 var att i en rutinbeskrivning, införd som en bilaga till Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdshandbok, begränsa de intagnas rätt att ta emot besök och genomföra permissioner. Enligt JO var det sätt på vilket Kriminalvården infört begränsningarna problematiskt och hon uttalade vidare: ”[Det bör] rimligen kunna krävas att det finns en bättre förberedelse för hur Kriminalvården ska hantera en smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. En väl förberedd krishantering med tydliga regler och strukturer bidrar till en förutsebarhet för såväl intagna som personal kring vilka åtgärder som kan komma att vidtas i en krissituation. Jag förutsätter att Kriminalvården kommer att utvärdera och analysera hur myndigheten har hanterat den pågående pandemin. Därigenom säkerställs också att

1. Dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning granskade förhållandena vid Rättsmedicinalverkets (RMV) två rättspsykiatriska undersökningsenheter. JO Thomas Norling granskade förhållandena vid ett av Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem och ett särskilt ungdomshem. JO Katarina Pålsson granskade förhållandena vid två av Kriminalvårdens häkten och fyra anstalter. JO Per Lennerbrant granskade förhållandena vid två av Migrationsverkets förvar.

2. Se JO:s beslut, dnr O 12-2020, dnr O 13-2020, dnr O 18-2020 och dnr O 21-2020.

de åtgärder som vidtas i förhållande till intagna vid nästa kris är rättssäkra, ändamålsenliga och proportionerliga.”

JO Thomas Norling gjorde ett liknande uttalande i sitt beslut efter granskningen av SiS.

Möjligheterna att motverka smittspridning

Samtliga av de granskade myndigheterna införde med kort varsel rutiner för hur personalen skulle agera vid misstänkt eller konstaterad smitta av covid-19.

Vid granskningarna kom det emellertid fram att det fanns en viss osäkerhet om hur personalen skulle agera. Efter granskningen av SiS konstaterade JO Thomas Norling att utgångspunkten är att ett beslut om vård i enskildhet ska svara mot ett väl definierat vårdbehov hos den enskilde. Han ställde sig mycket tveksam till om det är möjligt att besluta om en sådan tvångsåtgärd för att hindra smittspridning av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.³

Den granskning som dåvarande chefsJO Elisabeth Rynning gjorde av RMV:s rättspsykiatriska undersökningsenheter aktualiserade frågan om hur långt smittskyddslagens bestämmelser om frivilliga åtgärder kan tillämpas i situationer där en människa är frihetsberövad, utan att rättssäkerheten riskeras. Det gäller särskilt i fråga om överenskommelser som kan uppfattas som avstående från en grundlagsskyddad rättighet. Eftersom en frihetsberövad befinner sig i en utsatt situation finns det, enligt chefsJO, i sådana sammanhang en betydande risk för att frivilligheten blir en illusion. Det gäller inte minst i förhållande till människor med befarad eller konstaterad psykisk störning som kan påverka deras beslutsförmåga.

Det finns möjlighet för de granskade myndigheterna att i vissa situationer avskilja intagna. Efter sin granskning av Migrationsverket uttalade JO Per Lennerbrant att han inte uteslöt att det kan uppstå en situation där en intagen, som är misstänkt eller bekräftat smittad av en allmänfarlig sjukdom, t.ex. genom ett beteende som riskerar att utsätta andra för smitta, utgör en sådan fara att det finns rättsliga förutsättningar att besluta om ett avskiljande. Emellertid kan beslutet i ett sådant fall inte syfta till annat än att avvärja en hastigt uppkommen och potentiellt farlig situation. Det får således, enligt JO:s mening, inte förekomma att verket regelmässigt fattar beslut om avskiljande som en smittskyddsåtgärd. Ett beslut om avskiljande kan inte heller ersätta de åtgärder som kan behöva vidtas med stöd av smittskyddslagen. ChefsJO Elisabeth Rynning och JO Thomas Norling gjorde liknande uttalanden i sina respektive beslut.

Mot denna bakgrund pekade chefsJO Elisabeth Rynning på att en myndighet som ansvarar för frihetsberövade människor är beroende av att det finns ett väl fungerande samarbete med regionernas smittskyddsläkare samt att

³ Se JO:s protokoll, dnr O 21-2021.

dessa känner till vilka förutsättningar som myndigheten har och vilka åtgärder den har möjlighet att vidta för att hindra smittspridning. Även JO Per Lennerbrant uttalade att en välfungerande krisorganisation bygger på bl.a. myndigheters och andra aktörers förmåga till och förutsättningar för ett gott samarbete.

ChefsJO Elisabeth Rynning uttalade dessutom att det som kommit fram vid granskningen av RMV tydliggjorde de svårigheter som kan uppstå för myndigheter som ansvarar för frihetsberövade människor i en situation med risk för smittspridning. Inte vare sig smittskyddslagen eller de lagar som reglerar RMV:s verksamheter ger enligt hennes mening tillräckligt med stöd för de åtgärder som kan behövas för att smittspridningen ska kunna hindras på ett sätt som ger ett tillfredsställande skydd men samtidigt är proportionerligt och rättssäkert. Det framstod enligt henne som uppenbart att förutsättningarna för sådana åtgärder inom verksamheter där människor hålls frihetsberövade snarast borde ses över.

Frågan om myndigheters samverkan aktualiserades även när det gällde möjligheten till provtagning för smitta. Företrädare för Migrationsverket, RMV och SiS uppgav att det i vart fall i inledningen av pandemin fanns begränsade möjligheter att testa för covid-19. I sitt beslut efter granskningen av SiS konstaterade JO Thomas Norling att så sent som i början av juni 2020 upplevde myndigheten att det fanns skillnader mellan regionerna i vilken omfattning som personalen gavs möjlighet till testning. Såväl JO Katarina Pahlsson som JO Per Lennerbrant uttalade i sina beslut att provtagning utgör en viktig del i arbetet med att förhindra smittspridning bland frihetsberövade. JO Per Lennerbrant konstaterade att intagnas trygghet och säkerhet i en pandemi i hög grad är beroende av att det finns kapacitet för att testa för smitta och att sådana tester även genomförs. De granskningar som rörde Migrationsverket, RMV och SiS pågick fram till sommaren 2020, och det kom fram uppgifter om att möjligheterna till testning gradvis hade förbättrats under pandemins gång. ChefsJO Elisabeth Rynning pekade i sitt beslut på att smittskyddslagen bygger på att det kan ske en provtagning vid misstänkta fall av sjukdomar som omfattas av lagen.

Bristen på samordning tydliggjordes även när statliga myndigheter inte omfattades av det uppdrag som regeringen gav Socialstyrelsen att säkerställa skyddsutrustning och annat skyddsmaterial. I sitt beslut uttalade chefsJO Elisabeth Rynning att det var allvarligt att det dröjde ända fram till slutet av maj innan RMV hade tillräckligt med utrustning. Det medförde – som hon förstod det – att personalen inte hade kunnat använda skyddsutrustning i alla de situationer som rekommenderades av Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm.

Fysisk distans

Den strategi som Sverige valde för att begränsa smittspridningen av covid-19 bygger till stor del på att alla tar ett ansvar och bl.a. håller fysisk distans till andra människor. Ombudsmännen konstaterade i sina granskningar att det hade varit svårt för både intagna och personalen att hålla en acceptabel fysisk distans i låsta miljöer. Vid granskningen av Kriminalvården kom det fram att myndigheten fortsatte att dubbelbelägga celler under den pågående pandemin. JO Katarina Pålsson uttalade att hon ansåg att Kriminalvården omedelbart borde vidta åtgärder för att se till att det inte förekom dubbelbeläggning av celler där det inte var möjligt att hålla nödvändig fysisk distans.

Även JO Per Lennerbrant tog upp denna fråga, och uttalade att under förutsättning att Migrationsverket vidtog de åtgärder som krävdes för att de intagna ska kunna upprätthålla en fysisk distans borde det inte vara uteslutet att intagna delade bostadsrum under en pågående pandemi. Vid granskningen blev det dock tydligt att såväl personal som intagna upplevde det som svårt att hålla fysisk distans i förvaren. Enligt JO behövde Migrationsverket ta fasta på dessa uppgifter och t.ex. söka stöd hos smittskyddsläkaren i de olika regionerna för bedömningar av vad som ur ett smittskyddsperspektiv är ett godtagbart antal intagna i t.ex. ett bostadsrum eller hur en fysisk distans kan upprätthållas på annat sätt.

Intagna som tillhör en riskgrupp

För personer som tillhör en riskgrupp vid smitta av covid-19 kan ett insjuknande i sjukdomen få allvarliga konsekvenser. Kriminalvården tog i ett tidigt skede fram rutiner för behandlingen av denna kategori av intagna. I sitt beslut framförde JO Katarina Pålsson synpunkter på hur myndigheten hade tillämpat rutinerna och uttalade bl.a. att Kriminalvården behövde ha en långsiktighet i sin planering för behandlingen av denna grupp av intagna. När chefsJO Elisabeth Rynning inledde sin granskning av RMV saknade myndigheten en särskild rutin för hantering av intagna i riskgrupp. Efter att frågan hade tagits upp vid det avslutande dialogmötet meddelade ledningen för RMV att myndigheten hade antagit en sådan rutin. Även granskningen av Migrationsverket och SiS visade att de saknade myndighetsövergripande rutiner. Ett av Migrationsverkets förvar hade dock antagit en lokal rutin, och JO Per Lennerbrant uttalade att det var rimligt att kräva att verket vidtog åtgärder för att rutinen tillämpades vid samtliga förvar. JO Thomas Norling uppmanade SiS att omedelbart ta fram rutiner för hur intagna som tillhör en riskgrupp ska skyddas mot smitta. På de institutioner där det är trångt och svårigheter att upprätthålla fysisk distans uttalade han att det framstår som det enda rimliga att placera intagna i riskgrupp på särskilda avdelningar.

Intagnas kontakter med omvärlden

Samtliga granskade myndigheter vidtog smittskyddsåtgärder som innebar att de intagnas kontakter med omvärlden begränsades. Dessa var olika långtgående. Granskningarna visar emellertid att myndigheterna på olika sätt hade infört kompensatoriska åtgärder för att minska de negativa effekter som begränsningarna kan leda till. Det handlade dels om att samtliga intagna inom Kriminalvården fick ringa gratis och att det på kort tid infördes tekniska lösningar för att möjliggöra videosamtal (Kriminalvården och Migrationsverket), dels att det varit möjligt för intagna att ta emot besök utomhus (SiS). Även RMV har vidtagit åtgärder och installerat genomskinliga skärmar för att det ska vara möjligt att genomföra smittsäkra besök.

Även om det har införts kompensatoriska åtgärder har ombudsmännen konstaterat att det finns myndigheter som behövde vidta ytterligare åtgärder. Efter granskningen av Kriminalvården uppmanade JO Katarina Pahlsson myndigheten att undersöka om det var möjligt att dels låta intagna ta emot besök utomhus, dels skilja intagna och besökare från varandra med skärmar för att minska risken för smittspridning. JO uttryckte även en oro över att den möjlighet till videosamtal med minderåriga barn som infördes inte var tillräcklig för att täcka behovet.

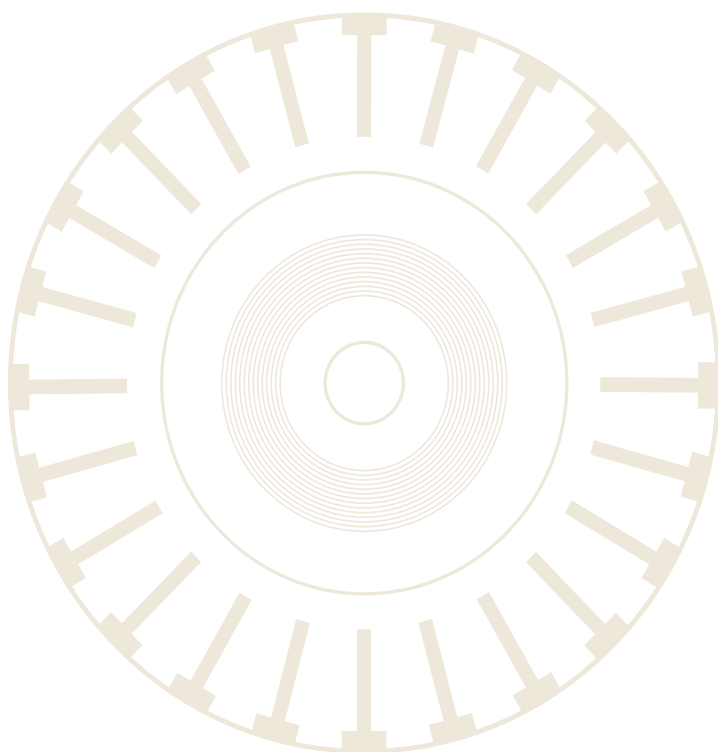
Granskningen av SiS visade att myndigheten kontinuerligt omprövat behovet av besöksrestriktioner och, när det varit möjligt, infört lättnader. Inledningsvis gällde besöksrestriktionerna samtliga institutioner. De upphörde den 7 juli 2020. Därefter har det varit upp till varje institution att pröva om det finns skäl för fortsatta besöksinskränkningar utifrån lokala förutsättningar och behov. JO Thomas Norling uttalade att denna förändring låg i linje med en ambition om att begränsningar för att hindra en smittspridning inte blir mer långtgående än vad som är nödvändigt.

Information till de intagna

Samtliga ombudsmän konstaterade att det funnits brister i hur myndigheterna hade informerat de frihetsberövade om covid-19-pandemin och åtgärderna för att hindra smittspridningen. Enligt ombudsmännen borde de frihetsberövade i första hand få skriftlig information, som vid behov kunde kompletteras muntligen. JO Per Lennerbrant uttalade att relevant information var en nödvändighet för att intagna ska kunna ta tillvara sin rätt och vidta ändamålsenliga åtgärder för att skydda sig själva och andra mot smitta. JO Katarina Pahlsson pekade på att avsaknaden av information kan skapa en allmän känsla av oro hos de intagna. Hon uttalade också att allvarligare var att en oro över eller en okunskap om vilka åtgärder som Kriminalvården vidtar vid befarad eller bekräftad smitta, kunde leda till att intagna drar sig för att ge sig till känna om de har symptom. ChefsJO Elisabeth Rynning uttalade att de intagna och myndigheten kan sägas vara beroende av varandra för att uppnå

bästa resultat i de insatser som borde göras för att hindra smittspridning. En sådan samverkan måste bygga på ett ömsesidigt förtroende om att berörda parter vidtar nödvändiga åtgärder. En viktig del i detta var, enligt chefsJO, att intagna känner trygghet i att myndigheten gör vad den kan för att skydda dem mot en eventuell smitta.

En möjlig väg för att ge de intagna korrekt information var att myndigheterna använder sig av informationsmaterial som t.ex. tagits fram av Folkhälsomyndigheten. JO Thomas Norling framhöll att enskilda myndigheter som regel behövde komplettera sådant mer generellt material med information om vad sjukdomsutbrottet medförde för konsekvenser i den egna verksamheten.



Bilagor

Tabeller och sammanställningar

BILAGA
A

Deltagande i internationella möten

Under 2020 och 2021 deltog medarbetare från JO:s Opcat-enhet i följande möten:

Internationella möten

- Den 23 och 24 januari 2020, Oslo, Norge, *Nordiskt NPM-möte*.
- Den 28 augusti 2020, *Nordiskt NPM-möte*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 20 november 2020, *Nordiskt NPM-möte*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 19 mars 2021, *Nordiskt NPM-möte*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 27 oktober 2021, *Nordiskt NPM-möte*, via ljud- och bildöverföring.

Nationella möten

- Den 5 mars 2020, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället rörande frihetsberövades rättigheter och situation*, Stockholm.
- Den 23 september 2020, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället om frihetsberövades rättigheter och situation*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 17 mars 2021, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället om frihetsberövades rättigheter och situation*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 19 oktober 2021, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället om frihetsberövades rättigheter och situation*, Stockholm.

Genomförda inspektioner 2020–2021

BILAGA
B

Oanmälda inspektioner

Polisarrester	
Borås	dnr O 1-2020
Västberga	dnr O 21-2021
Karlstad	dnr O 33-2021
Summa 3	

Häkten	
Sollentuna	dnr O 5-2020
Huddinge, avd Nacka	dnr O 20-2021
Karlstad	dnr O 34-2021
Summa 3	

Psykiatrisk tvångsvård	
Psykiatriska kliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping	dnr O 9-2020
Summa 1	

LSS-boenden	
Skogsbo (Gnosjö)	dnr O 10-2020
Summa 1	

Totalt 8 oanmälda inspektioner

Föranmälda inspektioner

Polisarrester	
Eskilstuna	dnr O 3-2020
Varberg	dnr O 8-2020
Malmö	dnr O 27-2021
Summa 3	

Häkten	
Färingsö	dnr O 12-2020
Kronoberg	dnr O 12-2020
Malmö	dnr O 25-2021
Summa 3	

Kriminalvårdsanstalter	
Beateberg	dnr O 12-2020
Färingsö	dnr O 12-2020
Hall	dnr O 12-2020
Svartsjö	dnr O 12-2020
Summa 4	

LVM-hem	
Hornö (Enköping)	dnr O 20-2020
Summa 1	

Särskilda ungdomshem	
Tysslinge (Södertälje)	dnr O 19-2020
Sundbo	dnr O 9-2021
Vemyra	dnr O 10-2021
Fagared	dnr O 11-2021
Brättegården	dnr O 12-2021
Summa 5	

Statens institutionsstyrelse, SiS	
Placeringsenheten	dnr O 24-2021
Summa 1	

Migrationsförvar	
Flen	dnr O 22-2020
Märsta	dnr O 23-2020
Summa 2	

Psykiatrisk tvångsvård	
RMV:s rättspsykiatriska undersökningsenhet i Göteborg	dnr O 24-2020
RMV:s rättspsykiatriska undersökningsenhet i Stockholm	dnr O 25-2020
Region Östergötland, Rättspsykiatriska kliniken i Vadstena	dnr O 4-2021
Västra Götalandsregionen, Rättspsykiatriska verksamheten i Göteborg	dnr O 5-2021
Region Kronoberg, Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö	dnr O 6-2021
Region Västmanland, Rättspsykiatri Västmanland/Sala	dnr O 7-2021
Region Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde, Rättspsykiatri Vård Stockholm	dnr O 8-2021
Summa 7	

Totalt 26 föranmälda inspektioner



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
Webbplats www.jo.se

Öppet klockan 09.00-11.30 och 13.00-15.00

