

Besöksrapport

Barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården i Region Västmanland

Inspektion inom ramen för Opcat-verksamheten
Mars 2026

Datum
2026-06-10

Diarienummer
O 11-2026

Informationsklass
Publik

Opcat-inspektion av Region Västmanland, barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården, den 17 och 18 mars 2026

Inledning

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten.

Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture). Länder som anslutit sig till protokollet har förbundit sig att inrätta ett nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet finns på JO:s webbplats.

På uppdrag av chefsJO Erik Nymansson genomförde Opcat-enheten en inspektion av Region Västmanland, barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) slutenvården, den 17 och 18 mars 2026. Inspektionen var inriktad på följande frågor.

- Vårdmiljö
- Tvångsåtgärder
- Bemanning och personalens bemötande och kompetens

I den här rapporten görs flera hänvisningar till Europarådets kommitté mot tortyr, CPT. CPT gör regelbundna besök i rådets stater och ger rekommendationer till respektive land om förbättringar av situationen för frihetsberövade. CPT publicerar även mer generella uttalanden om tematiska frågor, bl.a. i särskilda standarder och i årsrapporter. Dessa rekommendationer och uttalanden är inte bindande men har stor tyngd och är vägledande för medlemsstaterna.

Om BUP slutenvård inom Region Västmanland

BUP:s slutenvård inom Region Västmanland bedrivs på avdelning 99 i Västerås. Avdelningen tar även emot patienter från Region Sörmland, som saknar egen slutenvård. Avdelningen har fem ordinarie platser med beredskap för att belägga ytterligare en plats. Under 2025 var den genomsnittliga beläggningen ca 70 procent. Vid inspektionens inledande fanns det tre

patienter inskrivna, varav en vårdades med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

lakttagelser, konsekvenser och risker samt JO:s rekommendationer

Vårdmiljö

lakttagelser

Patientrummen är fördelade mellan två korridorer och är inredda med två sängar (en för patienten och en för en närstående till denne), sängbord, ett skrivbord med stol, en garderob samt en enklare fätölj. Rummen upplevdes som avskalade. De flesta är delvis målade i en färg som framstod som dystert tillsammans med den avskalade miljön i övrigt. Ett rum hade i stället slitna och trasiga vita väggpaneler.

På avdelningen finns gemensamma ytor i form av ett uppehållsrum, två matrum med sittplatser, ett bordtennisrum samt ett kombinerat skol- och pysselrum. Skolverksamheten är bemannad med en lärare ett par timmar per dag måndag-torsdag. Alla nämnda utrymmen är ljusa, fräscha och inbjudande. Det finns även ett rum som kallas ”lugna rummet” som är trevligt inrett med fätöljer, golvlånga gardiner och en musikanläggning.

I anslutning till ett av matrummen finns en rastgård. Rastgården är omgärdad av ett högt plank och den är utrustad med en bänk, ett regnskydd och en basketkorg intill en plattlagd yta. Personal beskrev att rastgården inte är rymnings säker och att patienter får gå ut där så länge inte läkare bedömt rymningsrisken som hög. Ingen patient får gå utomhus under första dygnet. Utöver rastgården har patienterna under vissa förutsättningar möjlighet att promenera på området. Avdelningen är låst och patienterna behöver hjälp av personalen om de begär att få gå ut.

Det kom fram såväl i samtal som vid journalgranskning att patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, får gå utomhus enbart om läkaren bedömer att det är lämpligt. På den tavla som personalen använder för strukturerad vårdprocess noterades att det för en patient som vårdades enligt HSL fanns antecknat beträffande utevistelse ”ej ut”. I granskade journaler förekom även anteckningar om att frivilligt vårdade patienter inte får gå ut, eller detaljerade anvisningar för under vilka förutsättningar patienten får gå ut. Personalen uttryckte att frivilligt vårdade patienter egentligen har rätt att komma ut.

I en av korridorerna finns ett rum avsett för fastspänning, utrustat med en mobil bältessäng samt två stolar för personal, respektive ett för avskiljning. Det finns ytterligare en mobil bältessäng i korridoren utanför patientutrymmena. I vardera änden av de båda korridorerna finns ett utrymme försett med ljudabsorbenter och med s.k. tunga möbler samt en TV bakom en plastbox. Dessa utrymmen kan stängas till med en ljudisolerad dörr. Enligt uppgift från ledningen används dessa utrymmen även av patienter som har

behov av en stimulireducerad miljö eller av vårdnadshavare som har behov av att dra sig undan.

Ledningen framhöll särskilt att det inte finns någon egen ingång till avdelningen för patienter som ska skrivas in. Tidigare behövde patienter som transporterades av polis under dagtid gå igenom sjukhusets allmänna utrymmen, bl.a. förbi ett café i entrén. Numera kan en annan ingång nyttjas för dessa patienter under dagtid, men den lösningen beskrevs inte som optimal. Ledningen uppgav att försök gjorts under lång tid att få igenom en byggnation av en egen ingång, men att det har blivit avslag.

Konsekvenser och risker

Alla patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården har rätt till en godtagbar vård- och boendemiljö. Tillgången till en bra fysisk vårdmiljö är av central betydelse för behandlingen av patienterna. Både bostadsrum och allmänna utrymmen bör inredas på ett sätt som minimerar känslan av inlåsning och ger patienterna visuell stimulans. Meningsfulla aktiviteter och en timmes daglig utomhusvistelse är lagstadgat för barn under 18 år, om inte medicinska skäl talar emot det. Det ska därför finnas utrymmen som möjliggör daglig utevistelse och ett brett utbud av aktiviteter.¹

Visserligen är patientrummen förhållandevis rymliga och utrustade med det väsentliga. Samtidigt är de avskalade, och i ett fall är väggpanelerna trasiga. En avskalad miljö som präglas av inlåsning bidrar inte till ett förbättrat mående hos patienterna. Det är bra att de gemensamma utrymmena är inbjudande och möjliggör aktiviteter av olika slag, såväl i gemensamhet som i ensamhet. Särskilt positivt är att det finns ett rum för skolverksamhet som är bemannat med en lärare flera dagar i veckan. Det möjliggör att patienternas skolgång kan fortgå på ett strukturerat sätt. För de patienter som har behov av motion är emellertid utbudet begränsat, vilket är en brist. Nyintagna patienter som är utåtagerande och behöver transporteras till avdelningen med polis är särskilt utsatta. Det är bra att dessa patienter inte längre behöver föras genom allmänna utrymmen under dagtid. Det är däremot av största vikt att alla patienter kan tas emot av avdelningen på ett tryggt och säkert sätt.

Det är endast medicinska skäl som kan motivera att en patient som vårdas enligt LPT inte medges rätt till daglig vistelse utomhus. Omständigheten att en rastgård inte är rymningssäker är inte en godtagbar orsak till att denna rättighet begränsas.² Avdelningen tycks inte heller ha en organisation som svarar upp mot patienternas lagstadgade rätt till minst en timmes utomhusvistelse varje dag. Det är oacceptabelt om patienter nekas att vistas utomhus på grund av brister i den fysiska miljön när de medicinska förutsättningarna för det inte är uppfyllda.

¹ Se 31 b § LPT och CPT/Inf(98)12-part, p. 32-37.

² Se protokollet i ärendet O 10-2023.

JO har tidigare uppmärksammat att frivilligt vårdade patienter begränsas vad gäller möjligheten att komma ut.³ Rörelsefriheten är en grundlagsskyddad frihet och får endast begränsas genom lag. HSL ger inte något stöd för att hindra en patient att lämna avdelningen. Personalens möjligheter att hindra en patient som vårdas frivilligt att lämna avdelningen begränsas sig 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. Detta kan ge upphov till svåra avvägningar. Det får emellertid inte förekomma att dessa patienter *de facto* frihetsberövas. Verksamheten har ett ansvar att se till att den grundlagsskyddade rörelsefriheten inte kringgås genom att patienter som vårdas frivilligt upplever sig hindrade att lämna vårdavdelningen.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Västmanland att

- se över färgsättning och torftig inredning i patientrummen samt att ersätta trasig inredning,
- utöka utbudet för motion,
- säkerställa att nyintagna patienter vid ankomst till avdelningen får ett tryggt och säkert mottagande dygnet runt,
- säkerställa att det finns förutsättningar att tillgodose varje patients rätt till en timmes daglig utomhusvistelse och att den endast begränsas när det finns medicinska skäl för det, och
- säkerställa att frivilligt vårdade patienters rörelsefrihet hanteras på ett rättssäkert sätt.

Tvångsåtgärder

lakttagelser

När en patient blir uppjagad eller upprörd arbetar personalen i första hand med att försöka lugna ner patienten. Personalen uppgav att de då arbetar med lågaffektivt bemötande. I ett mer långsiktigt perspektiv upprättas en krisplan tillsammans med patienten för att kunna ge rätt stöd.

På dagtid finns alltid minst en läkare tillgänglig på avdelningen. Läkaren kommer regelmässigt och undersöker patienten innan ett beslut om tvångsåtgärd fattas. Det är annorlunda på kvälls- och nattetid när en läkare inte finns på plats. Då kontaktas bakjour på telefon om ett beslut om tvångsåtgärd behöver fattas, och läkaren har en timmes inställetid.

Personal beskrev att om det uppstår en situation som leder till behov av fastspänning av en patient hämtas den mobila bältessängen. Det förekommer att patienten hålls fastspänd inne på sitt eget patientrum, i bordtennisrummet eller i den ljuddämpade delen av korridoren. Det kom även fram att patienter har blivit fastspända i korridoren och att den egna patientsängen därefter rullats ut från rummet och ersatts av bältessängen, som patienten då redan var fastspänd i. Enligt personalen ombeds övriga patienter och vårdnadshavare att

³ Se t.ex. protokollen i ärendena O 8-2022, O 17-2022 och O 9-2020.

gå in på sina rum när en sådan situation uppstår. Av samtal med personal framgick att det särskilt avsedda bältesrummet inte används.

I de patientjournaler som granskades fanns det anteckningar som antydde att fastspänning kunde användas som medel för att genomföra behandling i form av sondmatning utan samtycke. Enligt ledningen kunde fastspänning användas på det sättet om alla andra insatser redan hade prövats. Det kom fram att det inte förs någon statistik, varken internt eller i rapportering till Socialstyrelsen, över fasthållning. Enligt ledningen och dokumentet "KVÅ-koder inom BUP Västmanland" saknas KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder⁴) för åtgärder som innefattar fasthållning. Avsaknaden av sådana åtgärds-koder i systemet har även lyfts av personalen i en avvikelserapport.

Personalen gav en samstämmig bild av att patienten och eventuell vårdnadshavare alltid erbjuds ett uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd. Vid granskning av avvikelserapporter kom det emellertid fram att det inte går att få fram informationen från uppföljningssamtalen i journalsystemet på ett enkelt sätt. Informationen har därmed inte kunnat användas om en ny situation där ett behov av en eventuell tvångsåtgärd uppkommer. Enligt ledningen pågår ett arbete tillsammans med IT för att få den informationen sökbar.

Det kom fram uppgifter om att en patient tagit emot medicin och behandling mot sin vilja för att undvika att bli föremål för en tvångsåtgärd. En del personal menade att patienterna aldrig upplever sig tvungna att acceptera en viss behandling för att inte bli föremål för en tvångsåtgärd.

Konsekvenser och risker

Att en patient vårdas med stöd av LPT medför inte att patienten med någon slags automatik ska få behandling t.ex. en injektion mot sin vilja. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.⁵ Det är mycket viktigt att patienten alltid får tillfälle att fatta ett välgrundat beslut och att ta emot en erbjuden behandling på frivillig väg.⁶

Att använda tvångsåtgärder innebär ett särskilt ingrepp i en redan tvångsvårdad patients rätt till självbestämmande. Målsättningen vid psykiatrisk tvångsvård måste därför alltid vara att tvångsåtgärder förebyggs och att de används i så liten utsträckning som möjligt.⁷

Det är mycket positivt att arbetssätt för att undvika situationer där tvångsåtgärder behöver användas är väl implementerade i verksamheten. Det är därför viktigt att det arbetet fortsätter över tid.

Samtidigt förekommer det att patienter ibland upplever att de inte har något annat val än att ta sin medicin för att undvika att bli föremål för en tvångsåtgärd. Personalen var i stor utsträckning omedveten om vad som

⁴ Dessa åtgärds-koder används vid rapportering till Socialstyrelsens patientregister.

⁵ Se prop. 2016/17:94, s. 24 och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

⁶ Se 2 b § LPT och CPT/Inf (2023)30 p. 173.

⁷ Se 2 a § LPT och CPT/Inf (2017)06.

uppfattas som ett s.k. indirekt tvång. Det är viktigt att personalen har en god förståelse för de situationer där indirekt tvång kan uppstå, eftersom det kan skapa bättre förutsättningar för att säkerställa att patienten samtycker till en behandlingsinsats.

JO har tidigare uttalat att patientrummen ska vara patientens personliga sfär där de ska kunna känna sig trygga. Det utgör därför ett särskilt ingrepp i patienternas integritet att de kan hållas fastspända där. Det kan ifrågasättas om det någonsin är lämpligt att verkställa beslut om fastspänning i de egna patientrummen.⁸

Vidare har JO flera gånger uttalat att underåriga patienter inom tvångsvården generellt får anses vara särskilt sårbara. För dessa patienter är det därför särskilt angeläget att en läkarundersökning utförs i samband med att ett beslut om fastspänning eller avskiljande fattas.⁹ Även CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas.¹⁰ Det är därför bra att det för avdelningen finns en läkare tillgänglig som personligen undersöker patienten om ett behov av ett eventuellt beslut om en tvångsåtgärd uppkommer på dagtid. Det är dock annorlunda på jourtid, då konsultation i stället sker med läkare över telefon. Enligt ledningen är det en organisatorisk avvägning som bedömts lämplig. Eftersom det rör en ingripande tvångsåtgärd finns det anledning att återkomma i frågan i den rapport som avslutar den här inspektionsserien (ärende nr O 13-2026).

En patient ska inte heller bli föremål för fastspänning inför andra patienters åsyn.¹¹ Om en patient blir eller är fastspänd i en korridor eller ett annat gemensamt utrymme finns en överhängande risk för att patientens integritet inte kan upprätthållas i förhållande till andra patienter och vårdnadshavare. Detta gäller även om personalen vidtar åtgärder för att förmå övriga patienter och deras vårdnadshavare att gå in på sina rum när en situation uppstår.

En korrekt dokumentation av de tvångsåtgärder som vidtas är nödvändig för att i efterhand kunna följa upp genomförda tvångsåtgärder och upptäcka eventuella brister i behandlingen av patienterna. Det är därför olyckligt att regionen inte använder sig av Socialstyrelsens KVÅ-koder för fasthållning.

Det är naturligtvis bra att uppföljningssamtal hålls med patienten efter en genomförd tvångsåtgärd. Det är dock bekymmersamt att delar av syftet riskerar att gå förlorat på grund av att den information som kommer fram vid sådana samtal inte på ett enkelt sätt kan tas fram i efterhand om en ny situation skulle uppstå. Det är därför viktigt att det arbete som pågår med att komma till rätta med den funktionen i journalsystemet snarast ger resultat.

⁸ Se rapporterna i ärendena O 23-2025 och O 17-2025.

⁹ Se protokollet i dnr 4043-2017 och 3816-2017 och JO:s remissvar i dnr R 10-2018.

¹⁰ CPT/Inf(2017)6, p. 2.

¹¹ CPT/Inf(2017)6, p. 3.5.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Västmanland att

- fortsätta arbetet med att kontinuerligt säkerställa personalgruppens kompetens om arbetssätt för att förebygga behov av tvångsåtgärder,
- öka personalens medvetenhet om innebörden av indirekt tvång,
- säkerställa att patienterna ges möjlighet att lämna sitt samtycke till varje behandlingsinsats,
- använda de särskilda utrymmen som finns för att genomföra tvångsåtgärder,
- säkerställa att andra patienter och vårdnadshavare inte kan se vad som händer när en tvångsåtgärd genomförs,
- använda Socialstyrelsens KVA-koder för fasthållning, och
- snarast möjligt införa möjlighet att enkelt ta fram information från uppföljningssamtal i journalsystemet.

Bemanning och personalens kompetens och bemötande

lakttagelser

Personalen beskrev att bemanningen är tillräcklig och att det fungerar väl med att extrapersonal kallas in vid behov, t.ex. om många patienter är inskrivna samtidigt eller när det finns vårdkrävande patienter. Vid inspektionen noterades att personalen inte alltid var närvarande i de allmänna ytorna på avdelningen utan att patienter och anhöriga fick knacka på avdelningens expedition för att få kontakt. Ledningen uppgav att personalen kontinuerligt påminns om att hålla sig synlig på avdelningen. Det kom fram att personalens bemötande i huvudsak är gott, med några få undantag.

Flera i personalen uppgav att det är ett krav att en vårdnadshavare eller annan anhörig alltid är med patienten på avdelningen. Vårdnadshavare hade också uppfattat saken på det sättet. I skriftlig information som lämnas till patienten anges det att "Vårdnadshavare finns med på avdelningen under vårdtiden och deltar i vård och behandling". Ledningen uppgav att det inte är något krav att en anhörig är närvarande, utan att det är en rekommendation i syfte att utgöra en trygghet för patienten och för att främja utskrivning till patientens vanliga miljö. Den rekommendationen gäller oavsett barnets ålder och behov såvida det inte är så att patienten kraftigt motsätter sig det eller det är skadligt för patienten.

I samtal med personal och vid journalgranskning kom det fram att det förekommer att ordningsvakter används vid stökiga situationer med kraftigt utåtagerande patienter. En i personalen beskrev även en situation när personal hade tryckt på larmet och att det förutom vårdpersonal från andra avdelningar hade kommit ordningsvakter till avdelningen. Vakternas närvaro upplevdes som överraskande och personalen på plats förstod inte syftet med att de hade kommit. Ordningsvakternas närvaro var inte heller gynnsam för situationen. Annan personal uttryckte att det i allmänhet är en trygghet för personalen med tillgång till ordningsvakt. Ledningen uppgav att det inte kommer ordningsvakter när personalen trycker på larmet, utan endast när personal särskilt ringt och kallat in ordningsvakter.

Konsekvenser och risker

Bemanningen ska vara tillräcklig i fråga om antal, personalkategorier och utbildning och erfarenhet. En låg bemanning kan leda till risksituationer för patienterna, oavsett goda intentioner.¹²

Det är positivt att det finns fungerande rutiner för att kalla in extrapersonal när det behövs och att bemanningen därmed i regel är god. Det är också bra att personalens bemötande i stort är gott.

Beträffande användningen av ordningsvakter eller väktare kan följande sägas. Det finns en risk för att bara närvaron av säkerhetspersonal framstår som skrämmande för barn.¹³ Enligt CPT är det av avgörande betydelse att assisterande personal, t.ex. personal med säkerhetsrelaterade uppgifter, väljs med stor omsorg och att de får lämplig utbildning innan de tillträder sina uppgifter, i syfte att undvika att det uppkommer situationer där patienterna behandlas illa.¹⁴ Det får inte förekomma att säkerhetspersonal utför hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter.¹⁵ Det är bekymmersamt att personal beskrivit ordningsvaktens närvaro på avdelningen som överraskande och ogynnsam för patienten. Även om personalen upplever säkerhetspersonal som en trygghet är det långt ifrån säkert att patienten uppfattar det så. Det kan ifrågasättas om säkerhetspersonal alls ska förekomma på avdelningen.

På vilket sätt vårdnadshavare görs delaktiga i vården innebär komplexa överväganden. Ett gott samarbete med patientens vårdnadshavare är naturligtvis oftast en viktig faktor för en lyckad vård. Om en anhörigs närvaro däremot uppfattas som ett krav, eller en stark utgångspunkt, för vården av samtliga patienter finns en risk att det inte görs en individuell bedömning av i vilken grad vårdnadshavaren ska vara delaktig med hänsyn till barnets ålder och mognad, vårdinsatsens karaktär och vad som är barnets bästa.¹⁶ Detta leder i sin tur till att anhöriga riskerar att vara närvarande i situationer eller i en utsträckning som inte är gynnsam för patienten. I värsta fall kan en anhörigs närvaro vara skadlig för patienten. Det får inte heller förekomma att vårdgivaren förlitar sig på att patientens förälder ansvarar för att patientens rättigheter, t.ex. beträffande utomhusvistelse, ska kunna tillgodoses.

För att bygga en förtroendefull relation med patienten och därmed i förlängningen förebygga oroliga situationer behöver personalen i större utsträckning vara närvarande och tillgänglig på avdelningen.

¹² Se CPT/Inf (98)12-part, p.42.

¹³ Se SOU 2017:111, s. 141 f.

¹⁴ Se CPT/Inf(98)12, p. 28.

¹⁵ Se Inspektionen för vård och omsorg, Iakttagelser i korthet, Brister i psykiatrisk tvångsvård av barn, december 2023.

¹⁶ Jfr JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Västmanland att

- undvika att ordningsvakter eller väktare finns på avdelningen, och om det ska förekomma; se till att klargöra i vilka situationer sådan personal kan användas och i vilket syfte,
- säkerställa att det alltid görs en individuell bedömning av i vilken grad patientens vårdnadshavare ska göras delaktig i vården och att informationen till patienten anpassas därefter, och
- fortsätta arbeta med personalens närvaro och tillgänglighet på avdelningen.

Dokumentet har fastställts digitalt av chefsJO Erik Nymansson och har ingen underskrift.