

Besöksrapport

Barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården i Region Stockholm (S:t Görans sjukhus)

Inspektion inom ramen för Opcatverksamheten
April 2026

BESÖKSRAPPORT

Datum
2026-08-12

Dnr
O 14-2026

Sid
1 (9)

Opcat-inspektion av Region Stockholm, barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården vid S:t Görans sjukhus, den 28 och 29 april 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 Stockholm, barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården (BUP) vid S:t Görans, den 28 och 29 april 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 är inte bindande men har stor tyngd och är vägledande för medlemsstaterna.

Om BUP slutenvård vid S:t Görans sjukhus i Region Stockholm

BUP slutenvård vid S:t Görans sjukhus har nio ordinarie platser med beredskap för att belägga ytterligare tre platser. Under 2025/2026 var den genomsnittliga beläggningen ca 70–75 %. Vid inspektionens inledande fanns det sju inskrivna patienter, varav tre vårdades med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

lakttagelser, konsekvenser och risker samt JO:s rekommendationer

Vårdmiljö

lakttagelser

Entrén till avdelningen nås via två kameraövervakade hissar.

Övervakningsmonitorer finns i korridoren utanför hissarna och på avdelningsexpeditionen. Patientrummen ligger i två parallella korridorer. De är inredda med en säng (i vissa rum finns även en säng för närstående), ett sängbord, ett skrivbord med stol, en garderob samt en enklare fåtölj. Rummen upplevdes som slitna och sterila. Sommartid blir det enligt personal mycket varmt i lokalerna. Det finns två avskiljningsrum med en patientsäng och en väggfast säng. Rummen används även som patientrum. När det finns behov av att avskilja en patient flyttas den patienten från avskiljningsrummet. I samtal med personal kom det fram att de vill undvika att en patient ska behöva tas ut från sitt patientrum när det finns behov av att avskilja en annan patient. Därför gör personalen i samband med inskrivningen en bedömning av om en patient löper en högre risk att bli föremål för en tvångsåtgärd. I så fall placeras patienten företrädesvis i ett av avskiljningsrummen.

På avdelningen finns ett uppehållsrum, ett kombinerat mat- och pysselrym med sittplatser samt två samtalsrum. Upphållsrummet och mat- och pysselrymmet är trivsamma men samtliga övriga utrymmen är gamla och slitna. Personal beskrev att lokalerna är svårjobbade då lokalernas utformning gör det svårt att ha uppsikt över patienterna. Det finns därför fyra speglar i respektive hörn av korridorerna. Det finns två relativt små utrymmen där patienter kan vistas i gemensamhet eller ensamma. Patienterna vistas därför i hög utsträckning på sina rum. En personal är avdelad för att ha uppsikt över patienterna, bl.a. en gång i timmen av de patienter som vistas på sina rum.

Avdelningen saknar både en rastgård och ett gym. Ledningen menade att lokalerna har stora brister men att barnpsykiatri i Stockholm har behov av platserna eftersom det inte finns tillräckligt med platser i lokalerna på Sachsgatan. Där finns det en uteplats för patienterna att vistas på, vilket är att föredra framför nuvarande utrymmen på S:t Göran. Enligt ledningen är Sachsgatan därför ett bättre alternativ för patienterna att vårdas och behandlas på.

I samtal med vårdpersonal kom det fram att alla patienter får gå utomhus om överläkaren bedömer det lämpligt. En patient som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, får då gå ut med antingen en i personalen eller en vårdnadshavare. Patienter som vårdas under tvång enligt LPT går alltid ut med två personer som antingen är enbart personal eller personal och vårdnadshavare. I samtal uppgav läkare att bedömningen för vistelse utanför avdelningen utgår från den medicinska säkerheten för en patient både inom och utanför avdelningen. Under det första dygnet får patienter i princip inte gå ut alls. I regel sker promenaderna en gång om dagen, 30–60 min. Vistelse utanför avdelning sker i det omgivande sjukhusområdet. I samtal med patienter framkom det olika uppgifter

om hur de faktiskt kommer ut. En del patienter uppgav att personal inte tillfrågar dem utan att de själva behöver säga till personal om de vill gå ut.

Det kom fram att en patient använt sin mobiltelefon ute på avdelningen och livestreamat genom att filma andra patienter och personal. JO:s medarbetare fick av personal ta del av klinikkens regler som inte tillåter detta. Ledningen uppgav att det finns en önskan om att begränsa användningen av mobiltelefoner i gemensamma utrymmen på avdelningen men att det juridiskt inte är möjligt. De uppgav att användandet av mobiltelefon är ett stort problem eftersom det är svårt för omvårdnadspersonal att alltid ha kontroll på om patienter filmar medpatienter. De jobbar aktivt med frågan.

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. En avskalad miljö som präglas av inlåsning bidrar inte till ett förbättrat mående hos patienterna. Övriga utrymmen är gamla och slitna. Det är bekymmersamt att det finns för få utrymmen som möjliggör aktiviteter av olika slag för patienter både i gemensamhet och enskilt. Vidare präglas vårdmiljön av alltför små gemensamma utrymmen som leder till att patienterna vistas på sina rum. Dessutom är lokalerna svåra att överblicka. Sammantaget medför detta svårigheter för personalen att ha uppsikt över patienterna. Detta kan riskera säkerheten och tryggheten för patienterna. Den omständigheten att avskiljningsrum behöver användas som patientrum visar på att vårdmiljön har brister. Det finns heller ingen möjlighet för patienter att motionera, vilket är en brist. Det är tydligt att vårdmiljön inte i tillräcklig grad är anpassad till klientelet.

Det är endast medicinska skäl som kan motivera att en patient som vårdas enligt LPT inte medges rätt till daglig vistelse utomhus. Eftersom avdelningen inte har tillgång till någon utomhusmiljö där patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd behöver verksamheten säkerställa att det finns 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

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

de medicinska förutsättningarna för det inte är uppfyllda eller att den bygger på att vårdnadshavare är närvarande på avdelningen.

JO har tidigare uppmärksammat att frivilligt vårdade patienter begränsas vad gäller möjligheten att komma ut.² 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 begränsar 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.

De uppgifter som kom fram om att en patient på avdelningen hade livestreamat och filmat andra patienter och personal är allvarliga. Kliniken behöver säkerställa patienters och personalens integritet och att det inte sprids information eller uppgifter om vilka patienter som finns på kliniken.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Stockholm att

- se över om lokalerna i sin nuvarande utformning är lämpliga för att bedriva verksamhet i, och till dess
 - se över färgsättningen och den torftiga inredningen i patientrummen,
 - se till att patienter ges tillgång till en motionslokal,
 - säkerställa att det finns en plats för patienterna att kunna dra sig undan utanför det egna patientrummet,
 - säkerställa att det finns förutsättningar att tillgodose tvångsvårdade patienters rätt till en timmes daglig utomhusvistelse och att den endast begränsas när det finns medicinska skäl för det,
 - säkerställa att frivilligt vårdade patienters rörelsefrihet hanteras på ett rättssäkert sätt, och
 - säkerställa att klinikens regler för mobilanvändning efterlevs.

² Se t.ex. protokollen i ärendena O 8-2022, O 17-2022 och O 9-2020.

Tvångsåtgärder

lakttagelser

Ledningen uppgav att de arbetar utifrån Bergenmodellen som är en metod för att förebygga och bemöta hot och våld på psykiatriska vårdavdelningar.³ Personal erbjuds regelbundna utbildningsinsatser och det är avsatt tid för repetition varje vecka. I ett mer långsiktigt perspektiv upprättas en plan tillsammans med patienten för att kunna ge rätt stöd. I samtal uppgav personal att när en patient blir uppjagad eller upprörd försöker de i första hand att lugna ned patienten.

Under dagtid finns det alltid läkare tillgängliga på avdelningen. Inför ett eventuellt beslut om en tvångsåtgärd kommer en läkare regelmässigt och undersöker patienten. Så sker även under jourtid. Personal kontaktar då bakjouren som vanligtvis bemannas av en läkare på vuxenpsykiatri. Läkaren har 30 minuters inställelsetid.

Personal beskrev att när det finns ett behov av att spänna fast en patient hämtas den mobila bältessängen. Det finns inget särskilt rum för fastspänning på avdelningen. Därför kan patienten spännas fast i den mobila bältessängen inne i sitt eget patientrum, i korridoren eller i något av de andra allmänna utrymmena, exempelvis i uppehållsrummet. Därefter förs patienten till ett av avskiljningsrummen eller det egna patientrummet. Enligt personalen ombeds övriga patienter och vårdnadshavare att gå in på sina rum när en sådan situation uppstår. Det finns enligt dem ett behov av att ha ett separat bältesrum för att undvika att tvångsåtgärder sker i patientrum.

I samtal med ledning och personal framkom att fasthållning, och även i andra situationer fastspänning, kan förekomma när en patient vägrar ta sin medicin. De uppgav att sådana tvångsåtgärder kan användas när alla andra insatser redan har prövats och det inte finns några andra alternativ. Fasthållning sker enligt den plan som bestämts även om en patient ändrar sig i samband med administreringen av medicineringen. Ledningen framförde att fastspänning inte behöver vara en mer ingripande åtgärd än fasthållning. Det är enligt ledningen en subjektiv fråga som snarare ska bedömas utifrån patientens upplevelse och preferens. Vidare uppgav ledningen att det finns patienter som föredrar fastspänning framför fasthållning, bl.a. utifrån tidigare traumatiska upplevelser. I samband med sondmatning som kan pågå upp till en timme, kan en patient hållas fast eller vara fastspänd. Ledningen framförde att det finns ett behov av att tydliggöra användandet av fysiskt tvång vid behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT.

Personalen gav en samstämmig bild av att patienten och eventuellt vårdnadshavare alltid erbjuds ett uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd.

³ <http://dok.sls.sll.se/Psykiatri.sll.se/bergenmodellen.pdf>

Enligt personalen förekommer det att patienter tar sin medicin mot sin vilja för att undvika att bli föremål för en tvångsåtgärd. De uppgav att flera i personalen kan vara närvarande i rummet med en patient när en sådan situation uppstår. En del av personalen anser inte att ett sådant tillvägagångssätt kan likställas med s.k. indirekt tvång. Andra i personalen uttryckte att det är svårt att veta hur en patient upplever det hela, men att det inte är omöjligt att patienter upplever sig tvungna att acceptera en viss behandling för att inte bli föremål för en tvångsåtgärd.

JO:s medarbetare tog under inspektionen del av en rutin, ”Elektrokonvulsiv behandling (ECT) - rutin för BUP Stockholm”. I den står det att ”om aktuellt bör patienten ligga i bälte under behandlingen”. Detta framfördes i samtal med chefsöverläkaren som omedelbart skulle ändra rutinen. Vidare tydliggjorde chefsöverläkaren att det alltid sker ett ställningstagande kring behov av bältesläggning.

Det kom fram att patienter som är färdigbehandlade och som inte har något ordnat boende kan ”bli kvar” på avdelningen. Tvångsvården upphör då och patienten blir kvar och vårdas enligt HSL under tiden som socialtjänsten och öppenvården arbetar med att få fram ett boende. Ledningen uppgav att de inte kan ”slänga ut ett barn på gatan”.

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.⁴ Det är mycket viktigt att patienten alltid får tillfälle att fatta ett välgrundat beslut och möjlighet att ta emot en erbjuden behandling på frivillig väg.⁵

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.⁶

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.

JO har vid 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.⁷ Även CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli

⁴ Se prop. 2016/17:94, s. 24 och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

⁵ Se 2 b § LPT och CPT/Inf (2023)30 p. 173.

⁶ Se 2 a § LPT och CPT/Inf (2017)06.

⁷ Se protokollet i dnr 4043-2017 och 3816-2017 och JO:s remissvar i dnr R 10-2018.

läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas.⁸ 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, både under dag- och jourtid.

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 uppfattas som ett s.k. indirekt tvång. Det finns därmed ett behov av att belysa förekomsten av 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.⁹

En patient ska inte heller bli föremål för fastspänning inför andra patienters åsyn.¹⁰ 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.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Stockholm att

- öka personalens medvetenhet om innebörden av indirekt tvång,
- säkerställa att patienterna ges möjlighet att lämna sitt samtycke till varje behandlingsinsats,
- vidta åtgärder för att det ska finnas särskilda utrymmen avsedda för genomförande av tvångsåtgärder, och
- säkerställa att andra patienter och vårdnadshavare inte kan se vad som händer när en tvångsåtgärd genomförs.

Bemanning och personalens bemötande och kompetens

lakttagelser

Det framkom i samtal med patienter och vårdnadshavare att personalen har ett gott bemötande gentemot patienterna. Vidare upplevde de att vårdpersonalen är

⁸ CPT/Inf(2017)6, p. 2.

⁹ Se rapporterna i ärendena O 23-2025 och O 17-2025.

¹⁰ CPT/Inf(2017)6, p. 3.5.

närvarande på avdelningen. JO:s medarbetare noterade också att många i personalen var närvarande i de allmänna utrymmena på avdelningen.

I samtal beskrev personalen att bemanningen överlag är tillräcklig men att det finns för få sjuksköterskor. Sjuksköterskorna jobbar till stor del ensamma under dag- och kvällstid. Om det är fullbelagt på avdelningen är det svårt att tillgodose patienternas behov. Sjuksköterskor ansvarar för bl.a. läkemedelshanteringen och för att fördela arbetsuppgifter i samband med eventuella tvångsåtgärder. Enligt personal utgör bristen på sjuksköterskor en risk för patientsäkerheten. Av den anledningen framhölls samstämmigt att det behöver vara åtminstone två sjuksköterskor i tjänst under dag- och kvällstid.

Det kom fram uppgifter om att vårdnadshavare får köra sitt tvångsvårdade barn till andra vårdgivare. I samtal uppgav vårdnadshavare att det var ett tungt ansvar och de kände sig mycket oroliga i dessa situationer.

Ledningen och personal uppgav att det finns en uttalad önskan om att vårdnadshavare eller annan anhörig ska vara med patienten på avdelningen så mycket som möjligt. Denna information ges både när en patient kommer till barnakuten på Sachsgatan och vid inskrivningssamtalet på avdelningen. I samtal kom det fram att vårdnadshavare uppfattat saken på det sättet. Ledningen uppgav att det inte är något krav att en vårdnadshavare är närvarande, men att det är till gagn för patientens vård och syftar till att främja utskrivning till patientens vanliga miljö. Om en patient motsätter sig en vårdnadshavares närvaro eller det av annan anledning är skadligt för patienten kan detta tillgodoses. Enligt ledningen görs individuella lämplighetsbedömningar. Det var för JO:s medarbetare oklart hur och i vilka situationer sådana bedömningar görs.

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.¹¹ Det är positivt att bemanningen i regel är god. Däremot är de risker som framfördes beträffande bristen på sjuksköterskor oroväckande, särskilt om det får till konsekvens att medicinering och patientsäkerheten äventyras.

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.¹² Detta leder i sin tur till att

¹¹ Se CPT/Inf (98)12-part, p.42.

¹² Jfr JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018.

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.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Stockholm att

- ha en bemanning som säkerställer en patientsäker vård, och
- 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.

Dokumentet har fastställts digitalt av chefsJO Erik Nymansson och har inga underskrifter.