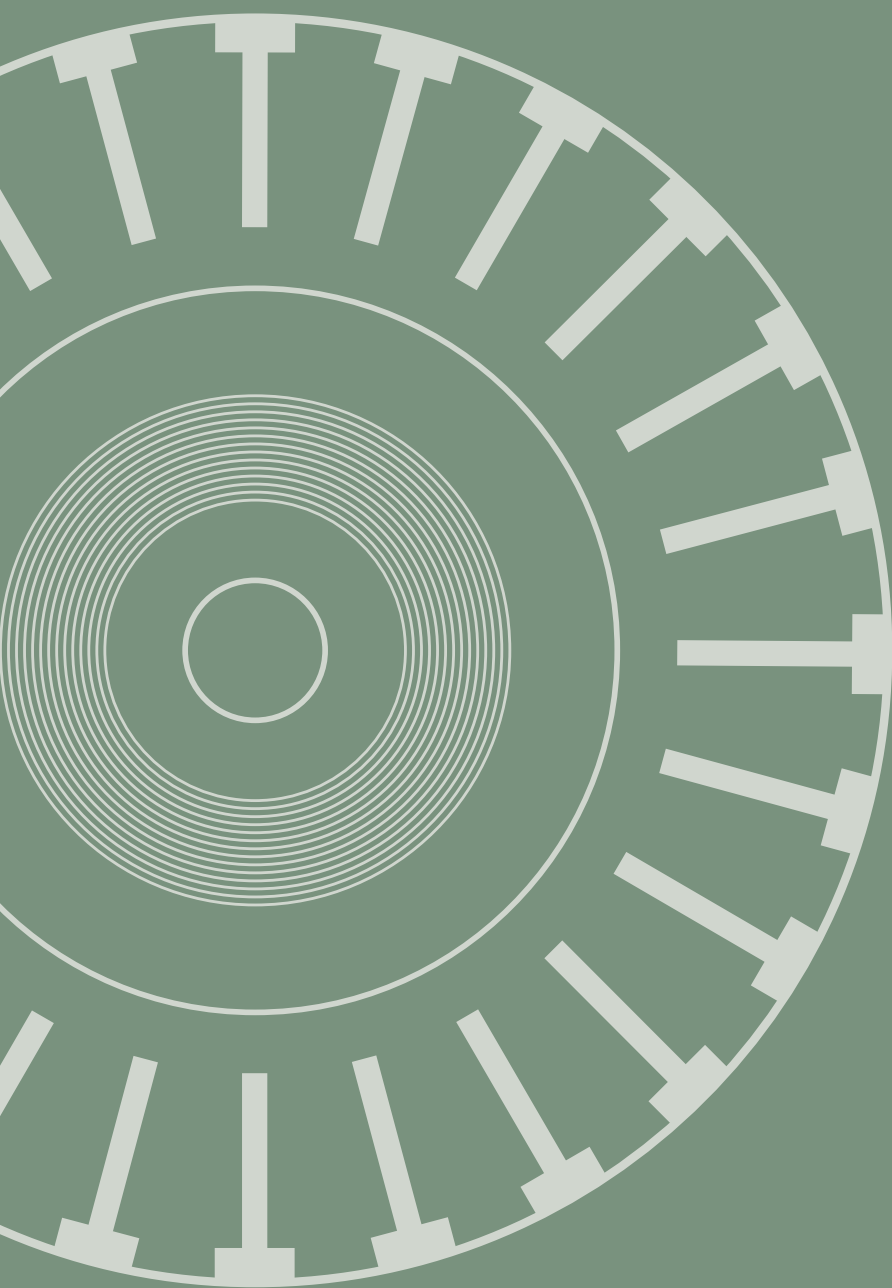


# Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN VERKSAMHETEN 2023





# Nationellt besöksorgan – NPM

RAPPORT FRÅN VERKSAMHETEN 2023

© Riksdagens ombudsmän – JO, 2024

Tryck: Elanders Sverige AB, 2024

Produktion: Riksdagens ombudsmän – JO

Foton: Samtliga bilder är tagna av 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

JO fullgör det särskilda uppdraget som nationellt besöksorgan enligt FN:s tilläggsprotokoll till konventionen mot tortyr (Opcat). Syftet med uppdraget är att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av människor som hålls frihetsberövade. Arbetet ska enligt protokollet vara framåtsyftande och ha ett långsiktigt perspektiv.

I den här rapporten har våra viktigaste iakttagelser och uttalanden med anledning av årets inspektioner sammanställts. Totalt har 14 inspektioner genomförts.

Under 2023 har JO utvärderat sin Opcat-verksamhet. Syftet med utvärderingen har bl.a. varit att ytterligare betona den förebyggande aspekten av uppdraget. Vi har även sett över formerna för vår dialog med civilsamhället. I november 2023 hölls ett möte med representanter från civilsamhället med fokus på frågan om att utveckla det erfarenhetsutbytet. Resultatet av JO:s utvärderingsarbete och förnyade arbetsätt kommer att få genomslag under 2024.



Erik Nyman  
Chefsjustitieombudsman



Thomas Norling  
Justitieombudsman



Katarina Pahlsson  
Justitieombudsman



Per Lennerbrant  
Justitieombudsman

# Innehåll

Förord .....	3
<b>1. Opcat-verksamheten .....</b>	<b>6</b>
1.1 Tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning .....	7
1.2 Tortyrkonventionen och Opcat .....	7
1.3 Förebyggande arbete .....	8
1.4 Opcat-verksamheten i Sverige .....	8
1.5 Dialogforum .....	9
1.6 De internationella granskningsorganen .....	9
1.7 De nordiska besöksorganen, NPM-nätverket .....	10
1.8 Syftet med denna rapport .....	10
<b>2. Opcat-inspektioner .....</b>	<b>11</b>
2.1 Metod .....	12
2.2 Platser där människor kan hållas frihetsberövade .....	12
2.3 Genomförda inspektioner .....	13
<b>3. Polismyndigheten .....</b>	<b>15</b>
3.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	16
Barn i arrest .....	16
Information om rättigheter .....	18
3.2 Avslutande kommentar .....	19
<b>4. Kriminalvården .....</b>	<b>21</b>
4.1 Iakttagelser vid inspektionerna .....	22
Den fysiska miljön och bemanning .....	22
Isolering och isoleringsbrytande åtgärder .....	23
Särskilt om anstalten Kumla .....	26
Särskilt om anstalten Borås .....	29
4.2 Avslutande kommentar .....	30
<b>5. Statens institutionsstyrelse .....</b>	<b>31</b>
5.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	32
Fysisk miljö .....	32
Personalens kompetens .....	34
Verksamhet i säkerhetsnivå 1 .....	35
Vård i enskildhet .....	35
Särskilt förstärkta avdelningar .....	36
Ytlig kroppsbesiktning .....	37
5.2 Avslutande kommentar .....	38
<b>6. Psykiatrisk tvångsvård .....</b>	<b>39</b>
6.1 Iakttagelser vid årets inspektioner .....	40
Vårdmiljö .....	40
Sysselsättning och utomhusvistelse .....	41
Tvångsåtgärder .....	42

Åtgärder som faller inom ramen för den s.k. nödrätten .....	44
Särskilt om en patient som varit intagen under lång tid .....	45
6.2 Avslutande kommentar .....	45
<b>7. Migrationsverket .....</b>	<b>47</b>
7.1 Iakttagelser vid årets inspektion .....	48
Personalens bemötande och kompetens .....	48
Fysiska miljön .....	49
Närvarokontroller och rumsrondering .....	49
Aktiviteter, förströelse och vistelse utomhus .....	50
Beslut om kroppsvisitation .....	50
Undersökning av läkare vid vissa beslut om avskiljande .....	52
7.2 Avslutande kommentar .....	52
<b>Tullverket .....</b>	<b>53</b>
8.1 Iakttagelser vid årets inspektion .....	54
Den fysiska miljö och reglering av användning av förvaringsrum (s.k. väntarresten) ....	54
Tillgång till hälso- och sjukvård och tillsyn .....	55
8.2 Avslutande kommentar .....	56
<b>Bilagor .....</b>	<b>57</b>
Bilaga A: Deltagande i möten .....	58
Bilaga B: Inspektioner .....	59

Opcat-verksamheten





# Opcat-verksamheten

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

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

## 1.1 Tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning

I första artikeln i FN:s tortyrkonvention 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.

För att utgöra omänsklig behandling ska den enligt Europadomstolen för mänskliga rättigheter (Europadomstolen) åtminstone omfatta 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, Committee against Torture (CAT). Konventionsstaterna ska regelbundet rapportera 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.

<sup>1</sup> 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). Sverige ratificerade protokollet 2005 och protokollet trädde i kraft i juni 2006. Genom Opcat inrättades en internationell kommitté, the Subcommittee on Prevention of Torture (SPT).

CAT granskar Sverige periodiskt, normalt vart sjätte år. Sverige ska den 3 december 2025 lämna in sin nionde periodiska rapport.<sup>2</sup>

### 1.3 Förebyggande arbete

Arbetet enligt Opcat ska genomföras med målsättningen att 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 besök 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 enligt Opcat.<sup>3</sup> 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 nationellt besöksorgan har.

I egenskap av nationellt besöksorgan ska JO bl.a:

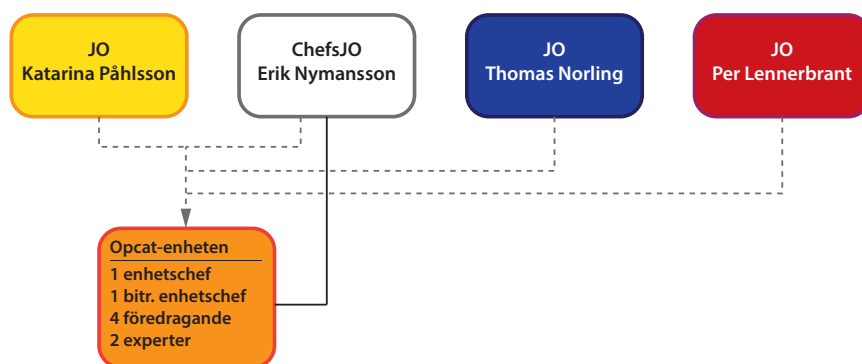
- regelbundet inspektera platser där människor kan hållas frihetsberövade,
- ge rekommendationer till behöriga myndigheter med sikte på att förbättra behandlingen av och förhållandena för frihetsberövade personer och att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning,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

<sup>2</sup> Concluding observations on the eighth periodic report of Sweden, webbplatsen för United Nations Human Rights Treaty Bodies, CAT/C/SWE/CO/8.

<sup>3</sup> 18 § lagen (2023:499) med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO), tidigare 5 a § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

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 nationellt besöksorgan. Till Opcat-verksamheten är två experter knutna, en medicinsk expert och en expert i psykologi.



## 1.5 Dialogforum

I januari 2020 inrättades ett särskilt forum för dialog med civilsamhället rörande frihetsberövades situation och rättigheter.<sup>4</sup> Utgångspunkten är att JO vid två tillfällen per år bjuder in ett antal aktörer från civilsamhället till ett möte.

Under 2023 hölls två dialogmöten. Vid det ena mötet redogjorde ombudsmännen för aktuella frågor inom sina respektive ansvarsområden. I samband med inrättandet av forumet framhölls vikten av att en utvärdering sker om formerna för mötet varför årets andra möte ägnades åt denna fråga.

## 1.6 De internationella besöksorganen

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

<sup>4</sup> Se JO:s beslut i dnr ADM 39-2020.

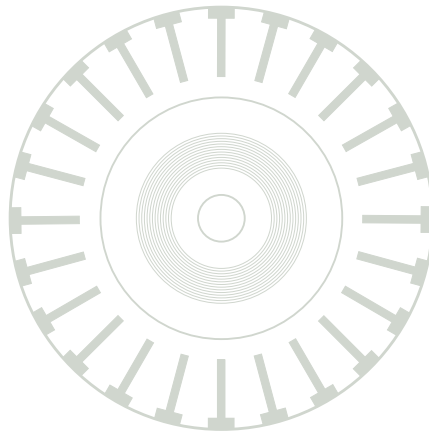
46 medlemsstater har ratificerat konventionen. Svenska myndigheter är skyldiga att samarbeta med SPT och CPT.<sup>5</sup>

### 1.7 De nordiska besöksorganen, NPM-nätverket

Det nordiska NPM-nätverket bildades 2015. Under 2023 hade nätverket ett möte i Stockholm. Temat för mötet var tillsyn enligt Opcat protokollet under 2020-talet och i fortsättningen.<sup>6</sup>

### 1.8 Syftet med denna rapport

Denna rapport innehåller en sammanställning av de iakttagelser som JO har gjort inom ramen för Opcat-verksamheten under 2023.



<sup>5</sup> Lagen (1988:695) om vissa internationella åtaganden mot tortyr m.m.

<sup>6</sup> Se dnr O 14-2023.

Opcat-inspektioner



# Opcat-inspektioner

Ett av de viktigaste inslagen i JO:s Opcat-verksamhet är inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade. Under 2023 prioriterades objekt som inte tidigare inspekterats av JO eller där det gått lång tid sedan senaste inspektionen. Ett antal inspektioner var dock inriktade mot att fortsätta följa situationen för frihetsberövade barn och unga. Även en god geografisk spridning tillmättes betydelse när inspektionerna bestämdes.

## 2.1 Metod

Som regel får JO:s medarbetare i uppdrag av en ombudsman att genomföra en inspektion. Ibland leder berörd ombudsman själv inspektionen. En inspektion kan antingen vara föranmäld eller oanmäld. Majoriteten av inspektionerna inom Opcat-verksamheten är oanmälda vilket är i linje med intresset av att institutioner ständigt är beredda på att bli besökta. Oanmälda inspektioner ökar även trovärdigheten för inspektionsverksamheten. JO:s traditionella tillsynsverksamhet och JO:s uppdrag enligt Opcat har många beröringspunkter. Av den anledningen deltar som regel någon medarbetare från Opcat-enheten vid tillsynsavdelningarnas inspektioner av platser där människor kan hållas frihetsberövade och motsvarande gäller vid de inspektioner som Opcat-enheten får i uppdrag att genomföra.

De iakttagelser som görs i samband med en inspektion dokumenteras i ett protokoll och redovisas för ansvarig ombudsman. Om det vid inspektionen uppmärksammas någon fråga som den ansvariga ombudsmannen bedömer behöver utredas särskilt gör han eller hon det i ett initiativärende, som hanteras av en tillsynsavdelning. Det vanligaste är dock att ombudsmannen i protokollet uttalar sig om de iakttagelser som gjorts vid inspektionen och ger sina rekommendationer.

## 2.2 Platser där människor kan hållas frihetsberövade

Under 2023 fanns följande verksamheter där det förekommer frihetsberövade personer:

- 121 polisarrester med cirka 1 300 platser (Polismyndigheten)
- 40 häkten med cirka 2 900 platser varav ca 2 500 är fasta platser (Kriminalvården)
- 46 kriminalvårdsanstalter med cirka 5 800 platser varav ca 4 700 är fasta 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 560 platser (Migrationsverket)
- Cirka 30 väntarrestorer (Tullverket)

De redovisade siffrorna bygger i vissa delar på uppskattningar. Det höga beläggningstrycket inom Kriminalvården har t.ex. medfört att det pågår ett arbete inom myndigheten med att ta fram olika typer av tillfälliga platser bl.a. platser för dubbelbeläggning. I redovisningen ingår även sådana beredskapsplatser och tillfälliga platser.

### 2.3 Genomförda inspektioner

Under 2023 genomfördes 14 inspektioner inom ramen för Opcat-uppdraget.

Inspektionsobjekt	Antal
Polisarrestorer	2
Häkten	2
Kriminalvårdsanstalter	2
Särskilda ungdomshem	4
Verksamheter för rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård	2
Migrationsförvar	1
Tullverket	1
<b>Summa</b>	<b>14</b>

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





Polismyndigheten



# Polismyndigheten

I Polismyndighetens arrester förvaras 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. får förvaras i arrester.

Polisens arrestlokaler är avsedda för frihetsberövanden som varar under en relativt kort tid. Ett frihetsberövande kan pågå från några timmar upp till som mest några dygn. Vid utgången av 2023 fanns det 121 arrestlokaler med sammanlagt ca 1 300 platser. Det är Polismyndigheten eller ett av myndigheten anlitat bevakningsföretag som står för bemanningen i arresterna.

Under 2023 inspekterades två arrester, *arresten Solna och arresten Umeå*.<sup>1</sup> Den första inspektionen var oanmäld och den andra anmäldes några timmar innan den påbörjades. Inspektionerna var framförallt inriktade på situationen för frihetsberövade barn och innefattade bl.a. en granskning av i vilken omfattning och under vilka förhållanden barn hölls i förvar i arresterna. Båda inspektionerna genomfördes på uppdrag av JO Per Lennerbrant.

## 3.1 Iakttagelser vid inspektionerna

### Barn i arrest

Den som inte har fyllt arton år och som är gripen eller anhållen får enligt 6 a § lagen (1964:167) 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 förarbetena till bestämmelsen uttalades bl.a. 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.<sup>2</sup>

Vid inspektionen av *arresten Solna* kom det fram att barn regelbundet hålls i förvar i arresten. Det fanns dock inte några rum som var särskilt avsedda för barn. I samtal med personalen framgick bl.a. att barnen fick vistas i förhörsrum eller på en bänk i arrestintaget fram till beslut om anhållande. Ett barn som anhölls kunde placeras i en cell en bit bort från tillnyktringscellerna och intaget, dvs. i den lugnare delen av arresten. Innan ett barn placerades i en cell gjordes alltid ansträngningar för att hitta en alternativ placering, främst genom kontakt med häktena i Stockholmsområdet. Så länge barnet var kvar i arresten kontaktades häktena löpande för kontroll av om det fanns lediga platser.

<sup>1</sup> Se JO:s protokoll i dnr O 8-2023 och O 12-2023.

<sup>2</sup> Se prop. 2019/20:129 s. 46 och 60 f.

Arresten Solna bemannades dels av polisanställd personal, dels av arrestantvakter från ett privat bevakningsföretag. Polisanställd personal uppgav att de kände till Polismyndighetens nationella rutindokument för barn i arrester. Flera av dem ansåg dock att Polismyndigheten på central nivå inte vidtagit tillräckliga åtgärder inför att 6 a § LUL infördes och påtalade att det inte fanns tillräckliga verktyg för att kunna uppfylla bestämmelsen. Arrestantvakterna uppgav att det fanns särskilda rutiner avseende barn och de beskrev även hur de arbetade för att underlätta barnens situation i arresten.

Efter inspektionen konstaterade JO att arresten Solna gjorde ansträngningar för att hitta en annan placering för barn än i en cell i arresten. Han konstaterade också att personalen var medveten om vad som gäller beträffande barn och att arrestantvakterna tycktes göra sitt bästa för att barnen ska ha det så bra som möjligt i arresten. Detta är givetvis positivt. Enligt JO var det dock bekymmersamt att barn regelbundet hållits i förvar i arresten Solna. Han noterade att Polismyndigheten helt tycktes förlita sig på att Kriminalvården skulle kunna tillhandahålla platser på häkten i Stockholmsområdet, samtidigt som det är allmänt känt att beläggningssituationen inom Kriminalvården sedan en längre tid är mycket ansträngd. Mot den bakgrunden uttalade JO att han inte kan dra någon annan slutsats än att Polismyndigheten inte har gjort tillräckliga ansträngningar, t.ex. genom att anpassa sina lokaler, för att på egen hand kunna ta om hand gripna och anhållna barn i enlighet med lagens krav. Avslutningsvis underströk JO att Polismyndigheten behöver vidta åtgärder för att komma tillrätta med att det regelbundet hålls barn i förvar i arresten Solna och att frågan är angelägen.

I *arresten Umeå* fanns det en korridor med åtta förhörssrum och det rum som låg längst in i korridoren var omgjort till ett barnrum. Rummet var ca 6,7 kvadratmeter och saknade fönster. Vidare var rummet målat i vad som uppgavs vara harmoniska färger och möblerat med en bäddsoffa, bord, tv, fätölj, lampa, bokhylla och en matta. Det fanns en toalett i närheten av barnrummet och barnen befann sig endast i arrestkorridoren om de skulle duscha eller använda en rastgård.

I samtal med personal kom det fram att det fåtal barn som tagits in i arresten placerats i barnrummet och att inget barn placerats i cell det senaste året. Endast vid något enstaka tillfälle hade det varit två barn i arresten samtidigt. Det ena barnet vistades då i barnrummet och det andra i ett av förhörssrummen. Det framgick också att arresten gjorde ansträngningar för att så fort som möjligt hitta en plats på häktet för barn som är misstänkta för brott. Personalen uttryckte dock en oro för att arresten i framtiden oftare kan komma att behöva ta emot flera barn samtidigt.

Efter inspektionen uttalade JO att det är positivt att det har lagts ned ett betydande arbete för att arresten ska kunna ta om hand gripna och anhållna barn. Han fick intryck av att barnrummets placering, utformning och utrust-

Det är bekymmersamt att barn regelbundet hålls i förvar i arresten

Det är positivt att det har lagts ned ett betydande arbete för att arresten ska kunna ta om hand gripna och anhållna barn

ning var väl anpassat för en kortare placering av barn. Enligt JO var det dock otillfredsställande att rummet inte var försett med fönster och således saknade dagsljus, särskilt för det fall ett barn vistas flera dygn i rummet. Vidare noterade JO personalens farhåga att arresten i framtiden oftare kan behöva ta emot flera barn samtidigt. Han konstaterade att arresten Umeå behöver ha en beredskap för att kunna hantera en sådan situation. Han betonade även vikten av att Polismyndigheten regelbundet följer upp om det finns behov av ytterligare anpassningar av arresten.

### Information om rättigheter

Både under inspektionen av *arresten Solna* och av *arresten Umeå* kom det fram olika uppgifter om vem som ansvarade för att informera barn om deras rättigheter och de rutiner som gällde vid arresterna. Vid granskning av ett antal ärenden vid arresten Umeå uppmärksammade JO:s medarbetare också att det i några fall dokumenterats att det inte var aktuellt att informera barnet om rättigheter och rutiner i arresten, eftersom barnet inte varit placerat i cell utan i barnrummet. Av dokumentation i ärenden vid arresten Solna framgick vidare att det i vissa fall tydligt dokumenterats om information lämnats skriftligen eller muntligen, medan det i andra fall inte var lika tydligt.

Efter inspektionerna konstaterade JO att det i bilaga 5 till Polismyndighetens handbok om arrestverksamheten finns en redogörelse för vilken information som ett barn som är misstänkt för brott ska få och hur det kan säkerställas att barnet har förstått informationen. Han noterade även att han tidigare uttalat att det är av grundläggande betydelse att alla som arbetar i en arrestverksamhet anpassar både sitt bemötande och informationsöverlämnandet till barnets mognadsgrad samt att information till barn som utgångspunkt bör ges skriftligen och muntligen vid flera tillfällen.<sup>3</sup> Vad gäller arresten Umeå underströk JO vidare att intagnas rätt till information<sup>4</sup> givetvis även gäller för barn som placeras i ett särskilt barnrum och inte i en cell.

Under inspektionen av *arresten Solna* höll JO:s medarbetare ett samtal med en intagen som nyligen hade fyllt 18 år. Det kom fram att han i samband med att han togs in i arresten begärt att hans mamma skulle kontaktas. Han uppgav att han inte hade fått någon återkoppling om mamman var underrättad och att han mätte dåligt över att inte veta om hon kände till var han befann sig.

Efter inspektionen hänvisade JO till att CPT, vid sitt senaste besök i Sverige 2021, uppmärksammade brister när det gäller underrättelser till anhöriga om frihetsberövandet. CPT rekommenderar bl.a. att en intagen som har begärt att få underrätta en anhörig om frihetsberövandet ska få återkoppling på om

Det är av grundläggande betydelse att alla som arbetar i en arrestverksamhet anpassar både sitt bemötande och informationsöverlämnandet till barnets mognadsgrad

<sup>3</sup> Se JO:s protokoll O 14-2022.

<sup>4</sup> Se 1 kap. 4 § PMFS 2015:7, FAP 102-1.



Barnrum i arresten Umeå.

den anhörige blivit underrättad eller inte.<sup>5</sup> Även JO har pekat på att det är viktigt att den misstänkte blir informerad om huruvida hans eller hennes närstående är underrättade om frihetsberövandet.<sup>6</sup> JO uttalade att han förutsätter att Polismyndigheten ser till att den som hålls i förvar i arrest får en sådan återkoppling.

### 3.2 Avslutande kommentar

På mitt uppdrag har det genomförts fem inspektioner med fokus på vilket genomslag som bestämmelsen i 6 a § LUL har fått. Utöver de arrester som redovisats ovan har arresterna Malmö, Karlstad och Västerås inspekterats.<sup>7</sup> Iakttagelserna från dessa inspektioner finns sammanfattade i Opcats årsrapporter avseende 2020–2021 och 2022 samt i Justitieombudsmännens ämbetsberättelse 2023.<sup>8</sup>

Jag kan konstatera att bestämmelsen har fått olikartat genomslag i de olika arresterna. I vissa fall görs regelmässigt ansträngningar för att hitta en annan förvaringsplats än i en arrestcell. I andra fall är sådana ansträngningar närmast ett undantag. Även de fysiska förhållandena skiljer sig åt avsevärt. Jag har tidigare konstaterat att det är Polismyndigheten som måste säkerställa att barn som är gripna eller anhållna inte hålls i förvar i en arrest i andra fall än

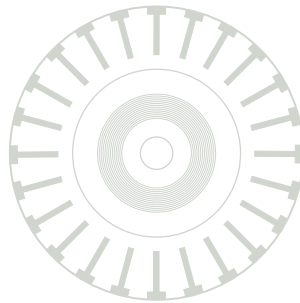
<sup>5</sup> Se CPT/Inf [2021]20, para. 12.

<sup>6</sup> Se JO 2013/14 s. 133.

<sup>7</sup> Se O 27-2021, O 33-2021 och O 14-2022.

<sup>8</sup> Notera även att JO 2023 s. 328 innehåller en sammanfattning av samtliga fem inspektioner.

då det är absolut nödvändigt och att detta självfallet gäller samtliga arrester i landet. Med hänsyn till att barn är en särskilt sårbar grupp är det angeläget att Polismyndigheten aktivt arbetar för att uppfylla detta ansvar. Frågan om barn i arrester är viktig och jag avser att fortsätta följa den.



4

Kriminalvården

# Kriminalvården

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 Kriminalvårdens Nationella transportenhet (NTE). En annan grupp som kan placeras i häkten och anstalter är utlänningar som är förvarstagna enligt utlänningslagen (2005:716), UtLL.

Vid utgången av 2023 fanns det 40 häkten och 46 kriminalvårdsanstalter i Sverige med ca 7 200 fasta platser. Därutöver fanns det platser för tillfälliga behov, dels beredskapsplatser för dubbelbeläggning, dels tillfälliga platser i andra typer av rum än bostadsrum. Tillfälliga platser uppfyller inte den standard som gäller för celler. Under 2023 ökade användandet av beredskapsplatser och tillfälliga platser, därigenom uppgick det totala antalet platser i häkte och anstalt till ca 8 660.<sup>1</sup>

Under 2023 genomfördes fyra inspektioner av häkten och kriminalvårdsanstalter.<sup>2</sup> Samtliga var oanmälda. Inspektionerna genomfördes eller skedde på uppdrag av JO Katarina Pahlsson.

## 4.1 lakttagelser vid årets inspektioner

### Den fysiska miljön och bemanning

Verksamheten vid *häktet Salberga* bedrevs i två byggnader, hus 10 och hus 11. Hus 10 inrymde ett gemensamhetshäkte och hus 11 ett nybyggt restriktionshäkte. Under inspektionen kom det fram att ljudisoleringen i de två husen var mycket bristfällig. Flera av de intagna berättade att det hördes bankningar, skrik och andra ljud om kvällar och nätter, samt att de kunde kommunicera med varandra. Enligt häktesledningen drabbade den dåliga ljudisoleringen de intagnas hälsa och riskerade även att göra Åklagarmyndighetens restriktioner effektlösa. För att mildra besvären för de intagna erbjöd häktet i första hand öronproppar kostnadsfritt. I andra hand skrevs sömn- och lugnande medicin ut.

Efter inspektionen uttalade JO att hon tidigare, i samband med en större granskning av saken,<sup>3</sup> pekat på att lyhördsheten mellan häktesceller är allvar-

<sup>1</sup> Se Kriminalvårdens Årsredovisning 2023.

<sup>2</sup> Häktena Kronoberg (O 21-2023) och Salberga (O 23-2023) och anstalterna Kumla (O 6-2023) och Borås (O 9-2023).

<sup>3</sup> Se JO 2022/23 s. 164, ett gemensamt beslut i dnr 8978-2020 och 2475-2021, samt JO 2022/23 s. 193, dnr 1362-2021.



lig ur flera hänseenden, t.ex. för säkerheten och de intagnas hälsa. Det är i förlängningen dessutom en rättssäkerhetsfråga. Hon konstaterade att det är mycket anmärkningsvärt att nybyggda hus brister i ljudisolering mellan celler och avdelningar och framhöll att Kriminalvården i samband med om- och nybyggnation måste säkerställa att lokalerna inte har sådana brister som framkom vid inspektionen.

Vid häktet *Kronoberg* saknades toalett i de flesta av häktets celler. I samtal med intagna framkom en samstämmig bild av att det förekom långa väntetider i samband med toalettbesök, särskilt när häktet övergick till kvällsbemannning. Det kunde dröja 30–60 minuter efter påringning innan personalen kom och öppnade cellen för toalettbesök. Dessutom kunde en intagen bli kvar lika länge inne på toaletten innan han eller hon fick gå tillbaka till sin cell. De långa väntetiderna ledde till att många utträttade sina behov i handfaten och papperskorgarna. Ledningen uppgav att de kände till att intagna frekvent använde handfaten för att uträtta sina behov. Detta hade bl.a. lett till att det bildades s.k. urinsten i avloppsrören och att rören behövde rengöras relativt ofta.

Efter inspektionen konstaterade JO att CPT, redan i maj 2015, efter att ha besökt bl.a. häktet *Kronoberg* rekommenderade att åtgärder skulle vidtas så att intagna som behöver använda toaletten oavsett tidpunkt på dygnet kan släppas ut från sina celler utan onödigt dröjsmål. JO har tidigare både anslutit sig till och påmint häktet om det uttalandet.<sup>4</sup> Enligt JO:s mening är det en fråga om respekt för de intagnas människovärde och Kriminalvården måste således ha en verksamhet som klarar av att tillgodose de intagnas grundläggande och mänskliga behov i detta avseende. JO ansåg också att den rådande ordningen medför betänkligheter utifrån hygienavseende och att situationen torde kunna lösas med utökad bemanning.

### Isolering och isoleringsbrytande åtgärder

Frågan om att intagna blir isolerade i svenska häkten har under lång tid uppmärksamrats i internationella sammanhang och av JO. Enligt internationella regler anses en intagen vara isolerad om hen är instängd i sin cell och berövad all meningsfull mänsklig kontakt under mer än 22 timmar per dag (se FN:s Minimum Standards Rules for the Treatment of Prisoners, Rule 44, the Mandela Rules). I januari 2022 beslutade Kriminalvårdens generaldirektör om en myndighetsgemensam definition av begreppen isolering respektive isoleringsbrytande åtgärder, som ligger nära de s.k. Mandelareglerna.<sup>5</sup> Enligt beslutet anses en intagen vara isolerad om hen vistas i ensamhet under 22 timmar eller mer per dygn, utan meningsfull mänsklig kontakt. En isoleringsbrytande åtgärd innebär enligt samma beslut meningsfull vistelse tillsammans med

**Lyhördhet mellan häktesceller är allvarligt ur flera hänseenden**

**Kriminalvården måste ha en verksamhet som klarar av att tillgodose de intagnas behov av att använda toaletten, oavsett tidpunkt på dygnet**

<sup>4</sup> Se CPT/Inf [2016] 1, s. 34 och JO:s beslut den 17 oktober 2018, dnr 8166-2017 och den 15 september 2021, dnr 6765-2020.

<sup>5</sup> Se Kriminalvårdens beslut dnr 2020-18386.

annan genom fysiskt möte. För att förebygga att barn isoleras har den som är under 18 år och som är häktad eller anhållen och intagen i häkte rätt att vistas med personal eller någon annan minst fyra timmar varje dag, se 2 kap. 5 a § häkteslagen (2010:611).

På både *häktet Salberga* och *häktet Kronoberg* fanns vid inspektionstillfällena personal med huvudsaklig uppgift att bryta intagnas isolering, men samtal med intagna och personal gav den samstämmiga bilden att häktena hade begränsade möjligheter att erbjuda isoleringsbrytande åtgärder. De klarade inte av att uppfylla det lagstadgade kravet att barn har rätt att vistas med personal eller någon annan minst fyra timmar varje dag, trots att barnen prioriterades. Inte heller unga (intagna som skrivits in i häktet innan de fyllt 21 år och ännu inte fyllt 24 år) eller vuxna fick isoleringsbrytande åtgärder i tillräcklig utsträckning. Anledningen till detta uppgavs dels vara bristande lokaler, dels det ökade antalet intagna barn. Vid inspektionerna uppmärksammades också att bl.a. mat- och medicinutdelning samt tid utanför häktet, t.ex. i samband med domstolsförhandlingar och möten med polis, redovisades som isoleringsbrytande åtgärder. Vid häktet Kronoberg kom det dessutom fram att ledningen gjorde skillnad på begreppen meningsfull mellanmänsklig kontakt och isoleringsbrytande åtgärder. Enligt ledningen kunde isoleringsbrytande åtgärder t.ex. bestå av att en intagen sitter ensam i ett TV-rum eller går ut själv på rastgården, eftersom den intagne då kommer ut ur cellen.

**Det är uppenbart att de intagna blir isolerade vid häktena Salberga och Kronoberg**

Efter inspektionerna konstaterade JO att det är uppenbart att intagna blir isolerade vid häktena Salberga och Kronoberg och att detta är mycket allvarligt. Hon underströk, återigen, att Kriminalvården också under en ansträngd beläggningssituation har ett ansvar för det isoleringsbrytande arbetet och att det inte är godtagbart att insatserna begränsas på grund av bristande resurser, praktiska förutsättningar eller av organisatoriska skäl. När det gällde just häktet Kronoberg lyfte JO fram att det både inom ledningsgruppen och bland personalen fanns en klart bristande insikt i vad begreppet isoleringsbrytande åtgärder innebär och vilken typ av åtgärder som kan anses vara en mellanmänsklig kontakt. Möjligen kunde den bristande kunskapen förklara att det förekom att rena miljöombyten, där en intagen är helt ensam, betraktades som en sådan insats. Såväl iakttagelserna vid Salberga som vid Kronoberg gav JO anledning att än en gång understryka att utgångspunkten för vad som utgör en meningsfull mellanmänsklig kontakt bör ses ur den intagnes och inte det allmännas perspektiv. Hon ifrågasatte därför att t.ex. polisförhör tycktes räknas in som isoleringsbrytande åtgärd för barn. Vidare uttalade JO att hon har svårt att betrakta domstolsförhandlingar som en isoleringsbrytande åtgärd. Hon rekommenderade att häktena omgående bör se över sitt arbete med isoleringsbrytande åtgärder och säkerställa att de utförs i enighet med såväl de myndighetsinterna anvisningarna som de s.k. Mandelareglerna och JO:s uttalanden.



Tulltoacell häktet Kronoberg.

Vid inspektionerna kom det fram att isoleringsbrytande åtgärder för barn först dokumenterades manuellt och att informationen därefter digitaliserades genom att föras in i en Excel-fil. Kopior av filerna skickades månadsvis till Kriminalvårdens huvudkontor. Isoleringsbrytande åtgärder för vuxna dokumenterades på motsvarande sätt i deras häktesplaner. Vid inspektionen

av häktet i Kronoberg berättade häktesledningen att man hade vänt sig till huvudkontoret och efterfrågat en digital lösning för dokumentation. Huvudkontoret ska dock ha ställt sig avvisande till detta med hänvisning till att den manuella lösningen fungerar tillfredsställande. Efter inspektionerna konstaterade JO att det var med förvåning hon tagit del av uppgiften att Kriminalvårdens huvudkontor ska ha uttryckt att det inte behövs ett digitalt nationellt planerings- och uppföljningsverktyg för att kunna mäta i vilken omfattning intagna ges isoleringsbrytande åtgärder. Enligt hennes mening är det först när ett centralt digitaliserat systemstöd är på plats som det blir möjligt att erhålla tillförlitliga uppgifter om graden av isolering i svenska häkten. Hon bedömde att det även skulle frigöra tid på de enskilda verksamhetsställen för personalens isoleringsbrytande åtgärder och därmed bidra till ett förbättrat arbete för att motverka de kända riskerna med isolering. Enligt JO bör därför Kriminalvården snarast ta fram ett sådant verktyg.

### Särskilt om anstalten Kumla

I början av februari kom det in flera anmälningar till JO från intagna på avdelning S2A vid *anstalten Kumla*. Av dessa och av beslut om avskildhet framgick att det sedan några dagar hade pågått en renovering av duschutrymmen och att samtliga intagna på avdelningen hölls inlåsta i sina celler under tiden hantverkare utförde arbetet. Några anmälare uppgav att den tiden kunde uppgå till 20 timmar per dygn. Med hänsyn till allvaret i uppgifterna genomförde JO en knapp vecka senare en oanmäld inspektion av avdelningen.

Avdelning S2A inrymdes i säkerhetsenheten i S-huset, den s.k. Fenixbyggnaden. De intagna på avdelningen tillhörde egentligen riksmottagningen som på grund av platsbrist i de ordinarie lokalerna fått tillgång till en av avdelningarna i Fenix. Avdelning S2A hade sex celler som samtliga var föremål för dubbelbeläggning och vid tidpunkten för inspektionen fanns elva intagna där. Vid samtal som hölls med intagna framgick att den fysiska miljön hade påverkats avsevärt av renoveringen, framförallt de första dagarna. Ljudnivån hade varit mycket störande, särskilt när golvet bilades upp. Den dag som var värst pågick bilningsarbetet både för- och eftermiddag. En intagen beskrev att det var som att befinna sig i en skräckfilm. Speciellt de första dagarna blev det dessutom dammigt i avdelningens gemensamhetsutrymme. Samtliga intagna tyckte att det var väldigt ansträngande att vara inlåsta i cellerna en så stor del av dygnet som de var under renoveringen, särskilt med en annan intagen som de dessutom inte hade någon kännedom om före dubbelbeläggningen.

I samtal med personal bekräftades att ljudnivån hade varit hög vissa dagar, men det framfördes också att det inte hade varit så illa som befarat. En anställd beskrev det dock som att vistas i en resonanslåda och menade att det måste vara som tortyr för de intagna. Några i personalen tyckte att det var ovärdigt att låsa in två intagna i en cell under renoveringstiden och reflekter-



Rastgård vid häktet Salberga.

rade över att de intagna inte hade någon chans att vara ensamma när de är inlåsta stora delar av dygnet.

Efter inspektionen uppmärksammade JO inledningsvis att Fenixbyggnaden är förenad med förhöjd yttre säkerhet och kontroll samt anpassad för säkerhetsplacerade intagna. De intagna som placerades på S2A, trots att de endast var inskrivna på riksmottagningen, var därmed redan föremål för inskränkningar som inte nödvändigtvis var påkallade. Utöver detta var cellerna dubbelbelagda trots att de var utformade för en person och de intagna var okända för varandra före placeringen. Enligt JO stod det klart att renoveringen inneburit påtagliga påfrestningar för de intagna. Arbetet hade innefattat höga ljudnivåer, som de intagna haft svårt att värja sig mot, och förekomst av damm och smuts. Vidare framstod det under alla förhållanden som självklart att det

måste vara än mer påfrestande att dela cell när den yttre miljön dessutom är starkt påverkad av t.ex. bilningsarbeten.

Till detta kom tiden i avskildhet. Under en dag med hantverksarbete kunde tiden i cell uppgå till ca 20 timmar. JO konstaterade att detta visserligen, vid tidpunkten för inspektionen, inte inträffat mer än någon gång. Om det istället hade varit fallet under flera dagar i rad och ett intensivt bilningsarbete under de beskrivna omständigheterna samtidigt pågått, skulle behandlingen av de berörda frihetsberövade personerna ha framstått som närmast omänsklig. JO uttalade också att det var anmärkningsvärt att inte fler kompensatoriska åtgärder vidtagits för de intagna. Hon noterade dock med tillfredsställelse att det fanns anställda som visade både en insikt i de intagnas förhållanden och ett påtagligt intresse för en meningsfull kriminalvård.

JO brukar som regel avstå från att uttala sig i bedömningsfrågor. Det beror på att JO varken kan ändra eller upphäva ett beslut och att granskningen inte heller ska ersätta en ordinarie överprövning, t.ex. i domstol. Situationen i detta fall var dock unik och med hänsyn till omständigheterna fanns det mycket som talade för att någon om- eller överprövning av de enskilda avskildhetsbesluten inte skulle äga rum. Därför frångick JO den här principen och uttalade sig om anstaltens åtgärd att avskilja de intagna med stöd av 6 kap. 5 § fängelselagen (2010:610), FäL.

Hon uttalade bl.a. följande. Den ifrågavarande bestämmelsen ger Kriminalvården befogenhet att tillfälligt hålla intagna avskilda från varandra, om det är nödvändigt för att ordningen eller säkerheten ska kunna upprätthållas. I förarbetena framhålls att det är fråga om en tvångsåtgärd som aldrig får pågå längre än vad som är nödvändigt för att Kriminalvården ska kunna hantera en situation, normalt inte mer än några timmar eller något dygn.<sup>6</sup> Enligt JO fanns det i och för sig inte någon anledning att ifrågasätta bedömningen att det föreligger en säkerhetsrisk när externa hantverkare vistas med sina verktyg inne på avdelningen. Ombyggnadsbehovet hade emellertid varit känt under många år och arbetet planerat sedan flera månader. Det var följaktligen inte frågan om en plötsligt uppkommen händelse utan något som varit fullt förutsägbart och därmed kontrollerbart för Kriminalvården. Paragrafen förutsätter att tvångsåtgärden är tillfällig, medan avskildhetsplaceringarna i det aktuella fallet varit avsedda att gälla återkommande under flera veckor. Av inhämtade uppgifter vid inspektionen drog JO även slutsatsen att anstalten varit väl medveten om att bestämmelsen inte är avsedd för en sådan situation som förelåg på avdelningen. Anstalten Kumla hade således inte haft lagligt stöd för att avskilja de intagna på avdelning S2A på det sätt som skett.

Anstalten Kumla har fattat beslut om avskiljning utan lagligt stöd

<sup>6</sup> Se prop. 2009/10:135 s. 138.

### Särskilt om anstalten Borås

Vid inspektionen av *anstalten Borås* undersöktes framför allt situationen för frihetsberövade som var placerade i modulhus inom anstaltsområdet. Modulhusen började byggas under hösten 2021 och invigdes i november 2022. De celler som byggdes skulle enligt plan vara enkelceller och alla celler var därför lika stora, 9,95 kvm inklusive toalettutrymme. Under byggets gång fick anstalten information om att ett flertal celler skulle användas för dubbelbeläggning. Anstalten fick då bl.a. köpa in dörrar till toaletterna i cellerna. På grund av placeringen av sprinkler i taket behövde toalettdörrarna monteras med ett mellanrum upp mot taket på minst 70 cm och en glipa mot golvet. I februari 2023 började cellerna dubbelbeläggas. I samtal med JO:s medarbetare uttalade intagna missnöje med toalettdörrens utformning eftersom den inte medgav avskildhet och en intagen berättade att detta medfört att han hade svårt att uträtta sina behov. Det kom även fram att de intagna inte tillfrågats om sin inställning till att dela cell och att besluten om dubbelbeläggning inte följdes upp.

Efter inspektionen uttalade JO bl.a. att Kriminalvården sedan flera år har ett mycket hårt beläggningstryck och att det därför redan på planeringsstadiet för byggnationen borde ha stått klart för myndigheten att det under en överskådlig framtid skulle finnas ett behov av att använda flera av cellerna för dubbelbeläggning. När det gäller vilka krav som bör ställas på de fysiska förhållandena pekade JO särskilt på två rekommendationer från CPT. Enligt dessa bör golvytan vara tio kvadratmeter exklusive sanitetsutrymme i en cell som används för placering av två intagna och om cellen är utrustad med toalett ska den vara avdelad från övriga boytan från golv till tak. I modulhusen fanns inte en enda cell som uppfyllde dessa rekommendationer. Till följd av Kriminalvårdens bristfälliga planering fick alltså ett stort antal intagna dela celler som var för små och som var utrustade med toaletter som inte erbjöd tillräcklig avskildhet. JO såg allvarligt på dessa förhållanden och ansåg 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. När det gällde anstaltens rutiner angående dubbelbeläggning underströk JO återigen vikten av att en intagen får lämna synpunkter och att hänsyn ska tas till individuella förutsättningar när dubbelbeläggning övervägs. Vidare ska det löpande äga rum en strukturerad uppföljning av varje dubbelbeläggning.

Det framgick vid inspektionen att det hade gått för snabbt när anstalten skulle påbörja verksamheten i modulhusen. Önskemålet från anstalten hade varit att få tre veckor att öva med personalen i de nya lokalerna innan det placerades

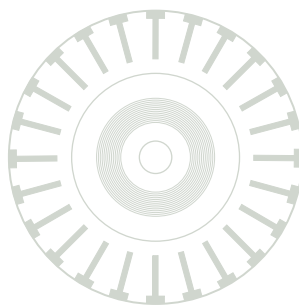
Till följd av Kriminalvårdens bristfälliga planering fick ett stort antal intagna dela celler som var för små och som var utrustade med toaletter som inte erbjöd tillräcklig avskildhet

intagna där, men det fick istället ske samtidigt som intagna togs in. Lokalerne var vid den tidpunkten inte heller riktigt klara och det var problem med bl.a. en slussfunktion, dörrar och toaletter. JO konstaterade att det inte är godtagbart att tillämpa ett så pressat tidsschema och riskera de intagnas trygghet och säkerhet.

## 4.2 Avslutande kommentar

Årets inspektioner visar att den ansträngda beläggningssituationen inom Kriminalvården i stor utsträckning påverkar de intagnas situation. Celler dubbelbeläggs i allt högre grad och tillgången till isoleringsbrytande åtgärder minskar. Kriminalvården befinner sig nu i en expansionsfas och i mina uttalanden efter inspektionen av anstalten Borås belyser jag vikten av att myndigheten drar nytta av sina erfarenheter från om- och nybyggnationer, exempelvis vid utformningen av celler. Den vägledning som finns i form av tidigare JO-uttalanden och rekommendationer från CPT måste också beaktas. I detta sammanhang vill jag även lyfta fram att det är särskilt angeläget att intagna får lämna synpunkter och att hänsyn tas till individuella förutsättningar när dubbelbeläggning övervägs. Detta gäller inte minst ur ett trygghets- och säkerhetsperspektiv.

Vad avser isoleringsbrytande åtgärder kan jag efter inspektionerna av häktena Salberga och Kronoberg konstatera att intagna blir isolerade, vilket är mycket allvarligt. En tydlig orsak till detta är det ökade antalet intagna barn. Det är inte godtagbart att insatserna för att motverka isolering begränsas på grund av bristande resurser, praktiska förutsättningar eller av organisatoriska skäl. Bristande insikt hos ledning och personal om vad en isoleringsbrytande åtgärd innebär är naturligtvis inte heller acceptabelt. Konsekvenserna av den kritiska beläggningssituationen inom Kriminalvården är en fortsatt prioriterad fråga. Under 2024 kommer jag därför att ha särskilt fokus på vilka följder och risker dubbelbeläggning för med sig för de intagna.





**Statens  
institutionsstyrelse**



# Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för de hem som är särskilt avsedda att ge vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. SiS är också huvudman för de särskilda ungdomshem där barn och unga 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. År 2023 fanns det 21 särskilda ungdomshem och 11 LVM-hem.<sup>1</sup>

Under år 2023 inspekterade JO fyra särskilda ungdomshem.<sup>2</sup> Samtliga inspektioner var oanmälda och genomfördes eller skedde på uppdrag av JO Thomas Norling.

## 5.1 Lakttagelser vid årets inspektioner

### Fysisk miljö

En central del för att SiS ska kunna ge barn och unga en god och säker vård är att ungdomshemmen har tillgång till lämpliga och ändamålsenliga lokaler. CPT har uttalat att platser där barn och unga hålls frihetsberövade bl.a. ska vara ordentligt möblerade och inredda på ett sätt som ger lämplig visuell stimuli.<sup>3</sup> När SiS verkställer beslut om tvångsåtgärderna avskiljande och vård i enskildhet förutsätter det att myndighetens institutioner har ändamålsenliga lokaler som är utformade för att då kunna användas och för att vara tillräckligt säkra.<sup>4</sup>

Vid samtliga inspektioner kom det fram att ungdomshemmens verksamhet bedrevs i lokaler som till övervägande del var bristfälliga och som hade ett stort behov av renovering. Vid inspektionerna av ungdomshemmen *Nereby* och *Tysslinge* uppmärksammades särskilt att lokalerna var mörka, nedgångna och smutsiga. Dessutom var utrymmena för vård i enskildhet och avskiljande för få och de uppfyllde inte heller kraven på säkerhet och trygghet. Vidare kom det fram att ungdomshemmet Tysslinges lokaler var ohygieniska och att rumstemperaturen i delar av lokalerna var långt under vad som kan anses acceptabelt. Väggarna i ett flertal utrymmen var dessutom

<sup>1</sup> SiS årsredovisning 2023.

<sup>2</sup> De särskilda ungdomshemmen var Nereby, Brättegården, Rebecka och Tysslinge, se O 5-2023, O 18-2023, O 20-2023 och O 25-2023.

<sup>3</sup> Se CPT/Inf [99], para. 29, jfr även 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende [HSLF-FS 2016:55]).

<sup>4</sup> Se beslut den 21 november 2022, dnr 2802-2020.



Rum för vård i enskildhet vid ungdomshemmet Tysslinge.

täckta av klotter. Intrycket var att lokalerna inte var anpassade för de barn och unga som ungdomshemmet tog emot och som hade ett stort våldskapital och kopplingar till kriminella nätverk. Detta synliggjordes också med de olika ad hoc-lösningar som hemmet ansett nödvändiga att vidta, exempelvis sektionerades avdelningar till mindre enheter genom att vissa glasdörrar täcktes med svarta sopsäckar för att förhindra insyn. Även ungdomshemmet Nereby använde temporära lösningar genom att t.ex. en avdelning inrymdes i baracker, vars fönster var försedda med en frostad plastfilm som gjorde att det inte gick att se ut. Vidare hade ungdomshemmet *Rebecka* sådana sanitära brister att miljön bedömdes vara potentiellt sjukdomsalstrande. Vid inspektionen av ungdomshemmet *Brättegården* kom det fram att det inte var möjligt att sektionera avdelningarna till mindre enheter för att få en bättre vårdmiljö. Avsaknaden av detta medförde ett ökat behov av tvångsåtgärder, framför allt

vård i enskildhet. I ungdomshemmet Tysslinge hade hemmet sektionerats trots att lokalerna inte var anpassade för det. Sektioneringen medförde undermåliga och ovärdiga fysiska förhållanden för de intagna som placerades i de mindre enheterna.

**Lokalerna är i vissa fall direkt olämpliga för att vårda barn och unga**

Efter inspektionerna uttalade JO att ungdomshemmets lokaler till övervägande del har sådana brister att de inte utgör en ändamålsenlig vård- och behandlingsmiljö för ungdomar. När det gällde ungdomshemmet Tysslinge och delvis även ungdomshemmet Nereby, ansåg JO dessutom att lokalerna var direkt olämpliga för att vårda barn och unga i. Efter inspektionen av ungdomshemmet Brättegården uppmanade JO hemmet att se över möjligheterna att förbättra den fysiska miljön och skapa en trygg och säker vårdmiljö i avvaktan på renoveringar. Samtidigt underströk JO efter inspektionerna av såväl Brättegården som Rebecka att SiS centralt har ett ansvar för att säkerställa att tvångsvård av barn och unga inte sker i bristfälliga lokaler under en längre tid.

### Personalens kompetens

En annan central del för att SiS ska kunna ge barn och unga en god och säker vård är att ungdomshemmen har tillgång till välutbildad personal. CPT har uttalat att personalen bör vara noggrant utvald för sin personliga mognad och förmåga att hantera utmaningarna med att arbeta med – och värna välfärden för – barn och unga. All personal bör få professionell utbildning under såväl introduktionen som pågående anställning.<sup>5</sup> Bland personalens uppgifter ingår att se till att ordningen vid ungdomshemmet upprätthålls och det är personalens ansvar att ingripa för att avvärja bråk.<sup>6</sup>

**Anställda var rädda för att utsättas för repressalier av ungdomarna**

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Tysslinge* kom det fram att personalens kompetens var bristande och att många anställda var rädda att utsättas för repressalier av ungdomarna. Personalen klarade inte heller av att hantera konflikter med eller mellan ungdomarna, vilket fick till följd att konflikterna eskalerade och ledde till upplöpplikt situationer där ungdomarna lämnades ensamma på avdelningarna. Vidare kom det fram att många i personalen anpassade sitt förhållningssätt till vad ungdomarna ville och inte till deras vårdbehov.

Efter inspektionen uttalade JO att SiS måste säkerställa att ungdomshemmet följer upp hur arbetsledningen utövas i hemmet. Hemmets ledning måste i sin tur se till att personalen har de förutsättningar och den kunskap som krävs för att utföra sina uppgifter. Vidare påtalade JO att det finns betydande riskfaktorer i verksamheten som från ett vårdperspektiv är mycket komplexa. Utöver personalens bristande kompetens och uttalade rädsla finns det svåra

<sup>5</sup> Se CPT/Inf [99], para. 33, jfr även 5 kap. 2 § och 6 kap. 1 § och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende [HSLF-FS 2016:55].

<sup>6</sup> Se JO 2008/09 s. 305, dnr 1316-2006, se även CPT:s uttalanden efter sitt besök av ett ungdomshem i Sverige år 2009, CPT/Inf [2009] 34, para. 119.

utmaningar som beror på att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga. Dessa riskfaktorer behöver omgående hanteras för att inte fortsatt orsaka negativa konsekvenser för ungdomarna. Det kunde enligt JO ifrågasättas om ungdomshemmet verkligen har de förutsättningar som krävs för att genomföra sitt uppdrag och bedriva en verksamhet som erbjuder en trygg och säker vård och behandling.

### Verksamhet i säkerhetsnivå 1

I enlighet med ett uppdrag från regeringen har SiS beslutat att införa en differentierad säkerhetsklassning av sina institutioner genom att dela in dem i tre olika säkerhetsnivåer. I januari 2021 beslutade myndigheten att ungdomshemmen Tysslinge och Johannisberg skulle rustas till den högsta säkerhetsnivån, dvs. nivå 1. Beslutet innebär att hemmen efter genomförda åtgärder ska ha en god förmåga att hantera ungdomar med de högsta riskerna avseende avvikningar, hot och våld. Enligt SiS återrapportering av regeringsuppdraget beräknade myndigheten att arbetet med säkerhetshöjande åtgärder vid de två ungdomshemmen skulle vara färdigt under första kvartalet 2022.<sup>7</sup>

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Tysslinge* kom det fram att det fortfarande återstod en del arbete innan ungdomshemmet uppfyller kraven för att vara en institution i säkerhetsnivå 1. Det var samtidigt ett faktum att Tysslinge redan tog emot den målgrupp som motiverar särskilda säkerhetsåtgärder. Efter inspektionen uttalade JO att det framstår som oklart hur långt myndigheten faktiskt har kommit i arbetet med att säkerhetsklassa sina ungdomshem. Enligt JO var det både otillfredsställande och bekymmersamt att arbetet inte hade kommit så långt som förutsatts och att Tysslinge därför verkade sakna den kapacitet som krävs för att kunna ta emot ungdomar med de högsta riskerna avseende avvikningar, hot och våld. JO menade att oron dessutom förstärks av att varken Tysslinge eller Johannisberg kan avstå från att ta emot sådana ungdomar. När det i praktiken saknas ungdomshem med en sådan kapacitet som krävs riskerar situationen att bli mycket allvarlig.

När det i praktiken saknas ungdomshem med en sådan kapacitet som krävs riskerar situationen att bli mycket allvarlig

### Vård i enskildhet

Tvångsåtgärden vård i enskildhet får endast komma i fråga om det krävs med hänsyn till den unges speciella behov av vård eller säkerhet eller säkerheten vid hemmet.<sup>8</sup> En förutsättning för sådan vård är att barnet eller den unge har särskilda svårigheter som gör att han eller hon inte kan tillgodogöra sig behandling i en större grupp.<sup>9</sup> Ungdomar som vårdas i enskildhet ska ständigt kunna få kontakt med och vara tillsammans med personal för att inte bli isolerade.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Se SiS återrapportering från mars 2021, dnr 1.1.1-1787-2021.

<sup>8</sup> Se 15 d § LVU och 14 a § LSU.

<sup>9</sup> Se prop. 2017/18:169 s. 74.

<sup>10</sup> Se JO:s beslut den 21 november 2022, dnr 2802-2020, och däri gjorda hänvisningar.

Behovet av att personal finns hos den som vårdas i enskildhet kan skilja sig beroende på bl.a. den intagnes ålder och vilken problematik och behov denne har

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Tysslinge* kom det fram att ungdomar vårdades i enskildhet bl.a. i syfte att skydda dem från hot och våld av medintagna och för att hantera konstellationsrisker. Andra återkommande skäl var att ungdomar inte följde hemmets regler och rutiner. Vidare kom det fram att ungdomar som vårdades i enskildhet i stort sett alltid vistades själva i utrymmena utan den tillgång till personal som krävs och att flera av dem kände sig isolerade. Efter inspektionen uttalade JO att vård i enskildhet genomfördes på ett bristfälligt sätt. JO förklarade att det framstår som att ungdomar som vårdas i enskildhet i det närmaste blir avskilda och att åtgärden kan leda till isolering. JO uttalade att isolering riskerar att medföra allvarliga psykiska och fysiska skador och att kravet på ständig tillgång till personal vid vård i enskildhet måste iaktas fullt ut i verksamheten.

Även vid inspektionen av ungdomshemmet *Nereby* kom det fram att barn och unga upplevde att de tillbringade en stor del av tiden ensamma när de vårdades i enskildhet. Ett av dessa barn var nio år. Han vårdades i enskildhet i syfte att säkerställa hans trygghet och skydda honom från övriga äldre ungdomar. Under inspektionen uppmärksammades att han var ensam vid ett par tillfällen. Efter inspektionen uttalade JO att behovet av att personal finns hos den som vårdas i enskildhet kan skilja sig beroende på bl.a. den intagnes ålder. Enligt JO står det klart att ett barn på nio år i princip inte ska lämnas ensam alls, särskilt inte när barnet vill ha personal hos sig. JO såg mycket allvarligt på att situationen kunnat uppstå och uttalade att han förutsätter att ungdomshemmet följer upp detta samt vidtar de åtgärder som behövs för att säkerställa att något liknande inte sker i framtiden.

### Särskilt förstärkta avdelningar

SiS har inrättat särskilt förstärkta avdelningar (SFA) för ungdomar med behov av anpassad vård utifrån omfattande psykiatrisk och neuropsykiatrisk problematik. På SFA finns en högre bemanning än på andra avdelningar. Dessutom anpassas såväl bemötande och metodval som lokalernas storlek och utformning efter ungdomarnas behov.<sup>11</sup>

Ungdomshemmen *Brättegården* och *Rebecka* har varsin SFA.<sup>12</sup> Vid inspektionerna av hemmen kom det fram att en placering på aktuella avdelningar innebar vård vid låsbar enhet utan att SiS hade övervägt om vården kunde bedrivas vid en öppen enhet. Vidare var det tydligt att ungdomar som placeras på avdelningarna riskerade att bli kvar vid en låsbar enhet under lång tid och dessutom efter att SiS hade bedömt dem som utskrivningsklara. En placering på SFA vid *Brättegården* förutsatte att det fanns behov av vård på en mindre enhet som till sitt innehåll motsvarade kraven för tvångsåtgärden vård i enskildhet. En placering på SFA vid *Rebecka* innebar att den intagne

<sup>11</sup> Se SiS programbeskrivning för särskilt förstärkta avdelningar, dnr 1.1.3-403-2021, och utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA, dnr 1.1.4- 6462-2022, samt <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/sis-tjanster/behandlingsavdelningar/sarskilt-forstarkta-avdelningar-sfa/>.

<sup>12</sup> Avdelningen Kullen vid ungdomshemmet *Brättegården* och avdelningen *Freja* vid ungdomshemmet *Rebecka*.



Rastgård avdelning Kornhall vid ungdomshemmet Nereby.

kom att vårdas i enskildhet oavsett hur den enskildes vårdbehov förändrades över tid.

Efter inspektionerna uttalade JO att gjorda iakttagelser leder till slutsatsen att en placering på SFA vid Brättegården eller Rebecka innebär en risk för att proportionalitetsprincipen sätts ur spel. Den enskilde kommer att underkastas tvångsåtgärder oavsett hur dennes förutsättningar och behov av vård ser ut. Enligt JO har SiS i det närmaste skapat en ny vårdform för en målgrupp som både socialtjänsten och SiS har svårigheter att ta om hand. Även om det finns förståelse för att den aktuella målgruppen behöver vård i en miljö med färre intagna, högre bemanning och med personal som har rätt kompetens, ställde sig JO mycket tveksam till att tvångsåtgärder är en nödvändig förutsättning för SFA-verksamheten. SiS uppmanades att skyndsamt se över hur myndigheten bedriver vård vid de särskilt förstärkta avdelningarna.

### Ytlig kroppsbesiktning

Efter sitt besök av ungdomshem i Sverige år 2021 rekommenderade CPT att en ungdom vid en ytlig kroppsbesiktning normalt sett inte bör åläggas att ta av sig alla kläder samtidigt utan i stället kan få ta av sig kläderna ovanför midjan och sätta på sig dessa igen innan ytterligare kläder tas av.<sup>13</sup>

Vid inspektionen av ungdomshemmet *Nereby* kom det fram att ungdomen måste ta av sig alla kläder och stå naken en kortare stund vid en ytlig kropps-

**Proportionalitetsprincipen sätts ur spel genom att den enskilde underkastas tvångsåtgärder oavsett hur dennes behov av vård ser ut**

<sup>13</sup> Se CPT/Inf [2021] 20, para. 98.

**Ytliga kroppsbesiktningar bör i många fall gå att genomföra på ett mindre ingripande sätt än att ungdomen ska behöva stå helt naken inför personalen**

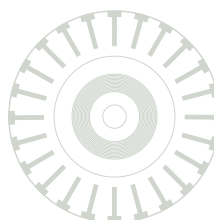
besiktning. Företrädare för hemmet kände inte till det tillvägagångssätt som CPT rekommenderat. Vidare kom det fram att personalen inte alltid tillfrågade barn och unga om de önskade att någon särskild person ur personalen genomförde eller närvarade vid en ytlig kroppsbesiktning. Efter inspektionen uttalade JO att ytliga kroppsbesiktningar i många fall bör gå att genomföra på ett mindre ingripande sätt än att ungdomen ska behöva stå helt naken inför personalen. För ett barn eller en ungdom som redan är i en utsatt situation kan det i vissa fall vara väldigt, för att inte säga onödigt, integritetskränkande att behöva göra det. JO rekommenderade SiS att se över de rutiner som finns för genomförandet av ytlig kroppsbesiktning och inom ramen för det överväga alternativa tillvägagångssätt. JO uttalade också att ungdomshemmet måste se till att personalen känner till att den unge ska tillfrågas om han eller hon önskar att någon särskild person ur personalen genomför eller närvarar vid en ytlig kroppsbesiktning.

## 5.2 Avslutande kommentar

Även under 2023 har jag valt att följa upp frågor om ungdomars trygghet och säkerhet vid de särskilda ungdomshemmen. De inspektioner som genomförts under året visar att många av de problem som jag uppmärksammat tidigare kvarstår. Bristerna är dessutom så allvarliga att jag sätter ifråga om SiS ungdomshem verkligen har de förutsättningar som krävs för att kunna ge en trygg och säker vård som möter de kvalitetskrav som måste kunna ställas på myndigheten. Det är särskilt problematiskt att SiS utvecklingsarbete inte synes gå tillräckligt snabbt och att de förändringar i verksamheten som gjorts inte heller verkar ha fått den effekt som eftersträfvats.

I årets rapport har jag lyft fram några områden där jag kunnat konstatera att situationen är särskilt bekymmersam. Det gäller t.ex. den fysiska miljön på ungdomshemmen, behovet av att personalen har den kompetens som krävs och utmaningarna med att säkerhetsklassa ungdomshem i den högsta säkerhetsnivån. Jag har vidare uppmärksammat den vård som sker på särskilt förstärkta avdelningar och SiS användning av den särskilt reglerade tvångsåtgärden vård i enskildhet.

Regeringen har nyligen gett i uppdrag åt en särskild utredare att se över den statliga barn- och ungdomsvårdens uppdrag och organisation. Min förhoppning är att de förslag som utredningen resulterar i är realistiska, kvalitetshöjande och medför en väsentlig förbättring av vården som bedrivs på SiS ungdomshem, i alla avseenden.





Psykiatrisk  
tvångsvård



# Psykiatrisk tvångsvård

Vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, bedrivs nästan uteslutande av regionerna. Under 2022 vårdades drygt 12 600 personer i slutenvård med stöd av LPT och ca 2 000 personer vårdades i slutenvård med stöd av LRV.<sup>1</sup> Vid vårdinrättningar som bedriver vård med stöd av LPT och LRV kan det även finnas patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Under 2023 genomfördes inspektioner vid två vårdinrättningar. Den ena inspektionen genomfördes vid den psykiatriska kliniken i Öjebyn och var föranmäld. Den andra inspektionen genomfördes vid barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus och var oanmäld.<sup>2</sup> Inspektionerna skedde på uppdrag av chefsJO Erik Nymansson.

## 6.1 Iakttagelser vid årets inspektioner

### Vårdmiljö

Vid den *psykiatriska kliniken i Öjebyn* bedrevs i huvudsak vård enligt LRV. Under inspektionen kom det fram att lokalerna ursprungligen var byggda att användas som ett äldreboende och att de därför inte var helt ändamålsenliga, t.ex. saknades samtalsrum på några avdelningar och det fanns bara ett större gemensamhetsutrymme. Klinikens intagningsavdelning, som var belägen i en tillbyggnad i den befintlig byggnaden, beskrevs som svårarbetad. Enligt personalen medförde avdelningens utformning att det var svårt att möta patienternas behov av vård. Vidare kunde patienterna som vårdades på intagningsavdelningen få dela rum, och patientrummen var både avskalade och saknade ljusinsläpp.

Efter inspektionen framhöll chefsJO att JO vid flera tillfällen lyft fram att vårdmiljön är av särskild betydelse för patienter som är föremål för psykiatrisk- och rättspsykiatrisk tvångsvård. Skälet till det är att patienterna i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen och vårdmiljön blir därför en del av boendemiljön. Vidare noterade chefsJO att CPT framhållit att en bra vårdmiljö och tillgången till såväl psykisk som somatisk behandling är viktiga förutsättningar för att minska risken för att patienter utsätts för omänsklig behandling.<sup>3</sup> Mot bakgrund av vad som kommit fram om den fysiska miljön på intagningsavdelningen ansåg chefsJO att det fanns skäl att ifrågasätta om det är lämpligt med rättspsykiatrisk vård där.

Vårdmiljön är av särskild betydelse för patienter som är föremål för psykiatrisk- och rättspsykiatrisk tvångsvård

<sup>1</sup> Siffrorna är hämtade från Socialstyrelsens statistikdatabas om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

<sup>2</sup> Se O 4-2023 och O 10-2023.

<sup>3</sup> CPT/Inf/E [2002] 1-Rev. 2015, s. 50-54.

## Sysselsättning och utomhusvistelse

Vid den *psykiatriska kliniken i Öjebyn* var sysselsättningsgraden för patienterna mycket låg. Arbetsterapi var stängd sedan våren 2022 och både patienter och anställda uttryckte att vården mer var att likna vid förvaring. Vid tidpunkten för inspektionen var utegårdarna täckta med snö och det framstod som tveksamt om behovet av daglig motion utomhus kunde tillgodoses under dessa förhållanden. Vidare framkom att personalens arbetsbelastning var avgörande för hur ofta patienter utan frigångsförmån kunde komma ut någon annanstans än på utegårdarna. Efter inspektionen konstaterade chefsJO att JO återkommande hänvisat till CPT:s uttalande att psykiatrisk vård ska baseras på en individuell anpassning och behandlingsplan för varje patient. En sådan plan bör innehålla en bredd av rehabiliterande och terapeutiska insatser och inkludera möjlighet till bl.a. arbetsterapi. CPT har även uttalat att patienter ska ha möjlighet till daglig motion utomhus.<sup>4</sup> Mot bakgrund av det som kommit fram under inspektionen uppmanades Region Norrbotten att i samråd med klinikledningen göra större ansträngningar för att ge patienterna möjlighet till arbetsterapi och annan sysselsättning samt daglig motion utomhus.

### Utomhusvistelse för barn som vårdas enligt LPT

En patient som är under 18 år har enligt 31 b § LPT rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det. Av förarbetena framgår att med vistelse utomhus avses att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Det kan vara fråga om vistelse i en inhägnad park eller gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. Medicinska skäl för att inte medge rätt till dagliga aktiviteter och vistelse utomhus kan t.ex. vara akuta livshotande tillstånd som gör att fysiska aktiviteter eller vistelse utomhus kan innebära allvarliga risker för patienten.<sup>5</sup>

På *barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus* vårdades patienter med stöd av både HSL och LPT. Avdelningen var låst och det krävdes assistans av personal för att komma både in och ut. Personalen förde samstämmigt fram att patienter som vårdades frivilligt hade rätt att lämna avdelningen om de begärde det. Ofta fanns det dock en plan för patienternas vistelse utanför avdelningen som innebar att de skulle gå ut tillsammans med en vuxen, dvs. en anhörig eller någon av personalen. Personalen uppgav vidare att patienter som vårdades med stöd av LPT ibland också kunde få lämna avdelningen med en vuxen. Det förekom att en ansträngd personalsituation ledde till att en patient inte kom ut när han eller hon inte hade någon anhörig på plats.

Vid inspektionen kom det vidare fram att BUP hade tillgång till en gård som var betydligt mindre än vuxenpsykiatrins gård. Personalen uppgav att BUP:s

<sup>4</sup> CPT/Inf/E [2002] 1–Rev. 2015, s. 51.

<sup>5</sup> Se prop. 2019/20:84 s. 60.

gård sällan användes eftersom den inte låg i anslutning till avdelningen och att det därför var krångligt att ta sig dit. Dessutom var den inte inhägnad, vilket medförde att det säkerhetsmässigt inte var lämpligt för alla patienter att vistas på gården. Det påpekades även att gården inte var adekvat utformad för den målgrupp som normalt vårdades på avdelningen då den t.ex. hade en lekplats anpassad för betydligt yngre barn. På avdelningen fanns en balkong med ett gallerförsatt tak och väggar som delvis var i glas. En patient var av säkerhetsskäl hänvisad till balkongen för sin utomhusvistelse. I samtal med ledningen framkom att de var av uppfattningen att det var tillräckligt med vistelse på balkongen för att tillgodose en patients rätt till vistelse utomhus. Efter inspektionen hänvisade chefsJO till tidigare JO-uttalanden gällande begränsningar i frivilligt vårdade patienters möjlighet att gå ut.<sup>6</sup> Han påminde även om vikten av att den grundlagsskyddade rörelsefriheten inte kringgås genom att patienter som vårdas frivilligt upplever sig hindrade att lämna vårdavdelningen, t.ex. utifrån en planering som har gjorts upp inledningsvis. När det gäller patienter som vårdas enligt LPT konstaterade chefsJO att det endast är medicinska skäl som kan motivera att en patient inte medges rätt till daglig vistelse utomhus. Att det saknas en lämplig och rymnings säker plats för utomhusvistelse är alltså inte en godtagbar orsak till begränsning av denna rättighet. Vidare konstaterade chefsJO att patienterna inte lämnar byggnaden när de befinner sig på avdelningens balkong. Det är därför inte fråga om sådan utomhusvistelse som avses i 31 b § LPT.

**Endast medicinska skäl kan motivera att en patient inte medges rätt till daglig vistelse utomhus**

### Tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder vid vård enligt LRV och LPT får endast användas om det står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre åtgärder tillräckliga ska de användas. Tvång ska vidare utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (2 a § LPT och LRV).

Vid inspektionen av den *psykiatriska kliniken i Öjebyn* kom det fram att det fanns en risk för att patienter som vårdades på intagningsavdelningen riskerade att se, eller åtminstone höra, när andra patienter var föremål för fastspännings- och avskiljningssituationer. Efter inspektionen uttalade chefsJO att förfarandet är anmärkningsvärt och att det väcker frågor om patientens integritet i förhållande till andra patienter.

Under inspektionen kom det också fram uppgifter som indikerade att kliniken under kvällar och helger inte alltid hade tillgång till läkare på plats i verksamheten. Det saknades bakjour och i stället fick bakjouren från ett annat sjukhus kontaktas vid behov. Kliniken hade vid några tillfällen, när det bedömts finnas ett behov av en läkarundersökning inför en eventuell förlängning av fastspänning med bälte, fått besked av bakjouren att de inte hade möj-

**Patienter riskerade att se eller höra när andra patienter blev föremål för tvångsåtgärder**

<sup>6</sup> Se dnr O 8-2022 och O 17-2022.



Balkong för utomhusvistelse barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus.

lighet att komma till kliniken i Öjebyn. Fastspänningen hade då fått avslutas. ChefsJO konstaterade att JO vid flera tillfällen uttalat att en läkarundersökning ska ske i nära anslutning till att det initiala beslutet om fastspänning fattats. Patientens tillstånd måste fortlöpande kontrolleras och det är ansvarig läkare som måste göra de återkommande bedömningarna av patienten. Mot den bakgrunden framhöll chefsJO att det är av största vikt att Region Norrbotten har en organisation som ger förutsättningar för att genomföra de läkarundersökningar som det finns behov av.

Vid inspektionen av *barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus* kom det fram att det fanns en osäkerhet bland personalen om vad som utgör tvång och var gränsen går för att vidta tvångsåtgärder. Efter inspektionen konstaterade chefsJO att JO tidigare uttalat att utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter måste vara att det vidtas åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder och säkerställer att den tvångsanvändning som inte kan undvikas sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden.<sup>7</sup> ChefsJO konstaterade också att han fick intrycket av att personalen visserligen arbetade för att inte behöva använda tvångsåtgärder annat än i undantagsfall och endast när det är absolut nödvändigt, vilket givetvis är positivt. Samtidigt förekom tvångsåtgärder på avdelningen och det är därför viktigt att samtliga personalkategorier känner till regelverket och är trygga med vad som gäller i sådana situationer. Västra Götalandsregionen uppmanades således att vidta erforderliga åtgärder för att tillgodose den kompetens som krävs i syfte att ge personalen det stöd och de kunskaper som de behöver för att kunna utföra sitt arbete.

### Åtgärder som faller inom ramen för den s.k. nödrätten

Vid inspektionen av *barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus* kom det fram delvis olika uppgifter avseende vad som hänt i en situation där personalen behövt agera för att omhänderta en kniv. Av den skriftliga dokumentationen framgick att personalen upptäckte att en patient hade tillgång till en kniv. Eftersom patienten inte frivilligt lämnade ifrån sig kniven beslutade en överläkare att patienten skulle hållas fast för att möjliggöra för personal att omhänderta kniven. I beslutet fanns dock en hänvisning till den bestämmelse som behandlar förutsättningarna för fastspänning med bälte av en minderårig patient. Vid den avslutande genomgången kom det fram att det hade fattats ett beslut om bältesläggning, men när kniven väl skulle avlägnas från patienten blev det i stället fråga om en fasthållning.

ChefsJO uttalade att även om omständigheterna delvis är oklara så finns det mycket som talar för att det varit fråga om en sådan situation där åtgärder som innehåller någon form av våld eller tvång kan vidtas med hänvisning till den s.k. nödrätten.<sup>8</sup> Det hade dock inte kommit fram att den inblandade personalen övervägde att det kunde vara fråga om en sådan nödsituation. I den verksamhet som bedrivs på avdelningen kan det uppstå akuta situationer som snabbt måste hanteras för att avvärja fara för liv eller hälsa. Det är därför av grundläggande vikt att all personal har förståelse för vad nödrätten innebär och när den kan åberopas. I annat fall finns det en risk att farliga situationer inte hanteras korrekt och tillräckligt skyndsamt. ChefsJO konstaterade därför att ledningen måste säkerställa att personalens kunskaper om detta är tillräckliga.

Det är av grundläggande vikt att all personal har förståelse för vad nödrätten innebär och när den kan åberopas

<sup>7</sup> Se exempelvis protokoll i ärende med dnr 4043-2017.

<sup>8</sup> Se 24 kap. 4 § brottsbalken.

### Särskilt om en patient som varit intagen under lång tid

Vid inspektionen av den *psykiatriska kliniken i Öjebyn* noterade JO:s medarbetare att en patient som vårdades med stöd av LRV varit intagen vid vårdinrättningen under flera decennier. Samtal avseende patientens situation fördes bl.a. med läkare och patienten själv. Vidare granskades patientens vårdplan. Under samtalet med patienten kom det fram att patienten var av uppfattningen att det inte fanns någon planering framåt, vardagen beskrevs som långtråkig och sysselsättningen bestod mestadels av att se på tv, spela kort, vara ute med personalen och att träffa sin stödperson en dag i veckan.

Vid inspektionen deltog JO:s expert i psykologi. Efter inspektionen konsulterades experten som efter en genomgång av bl.a. patientens vårdplan påtalade följande. I vårdplanen för patienten fanns inte några egentliga mål för vården och det förmedlas en uppgivenhet beträffande patientens möjligheter till återanpassning i samhället. Om man från vårdgivarens sida gjort bedömningen att rehabilitering inte är möjlig bör fokus skifta till habiliterande åtgärder och innehållet i vården, för att på så sätt skapa ett så meningsfullt liv som möjligt för patienten. JO:s expert påtalade också att det är uppseendeväckande att den senast genomförda strukturerade riskbedömningen är från 2015. Riskbedömningar av det aktuella slaget är en färskvara.<sup>9</sup> Avslutningsvis konstaterade experten att det som anses vara patientens huvudsakliga psykiatriska problemområde, så vitt det framgår av vårdplanen, bara behandlats med läkemedel. Så skedde trots att det enligt relevanta riktlinjer från Socialstyrelsen även bör erbjudas psykologisk och psykosocial behandling.<sup>10</sup>

ChefsJO instämde i det som experten anfört och uttalade bl.a. att det som kommit fram väcker frågor avseende vilka andra alternativ för vård och behandling av patienten som klinikledningen har övervägt. Utifrån det som kommit fram är det tveksamt om kliniken ens arbetat med ett långsiktigt mål att patienten ska kunna vårdas i öppnare former. Vidare ville chefsJO fästa klinikens uppmärksamhet på möjligheten att ta in en oberoende expert för en ny medicinsk bedömning för att säkerställa att patienten får en god vård och behandling.

## 6.2 Avslutande kommentar

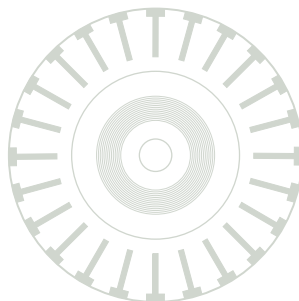
Patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV är en särskilt utsatt grupp. De kliniker som har dessa individer i sitt förvar bär ett stort ansvar när det kommer till att erbjuda en meningsfull vård med ett individuellt anpassat och väl avvägt innehåll. Syftet med tvångsvården är att sätta patienterna i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och tvångsåtgärder får endast

<sup>9</sup> Den riskbedömning som genomförts var HCR-20 version 3.

<sup>10</sup> Se Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, 2019.

användas om de är nödvändiga och proportionerliga. Dessvärre visade årets inspektioner på flera brister i dessa avseenden.

Vid den psykiatriska kliniken i Öjebyn var möjligheten till sysselsättning så gott som obefintlig och vården beskrevs närmast som förvaring. För den patient som varit intagen i decennier förmedlades en uppgivenhet beträffande möjligheten till återanpassning i samhället, vilket är både beklagligt och mycket bekymmersamt. Vid barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus kom det fram att det fanns en osäkerhet bland personalen om vad som utgör tvång och var gränsen går för att vidta tvångsåtgärder. Jag kan konstatera att sådan osäkerhet medför risker för patienterna som inte kan accepteras. Det är mycket angeläget att Region Norrbotten och Västra Götalandsregionen omgående vidtar åtgärder för att komma tillrätta med de brister jag pekat på i respektive inspektionsprotokoll.





Migrationsverket



# Migrationsverket

I Migrationsverkets uppdrag ingår att bedriva en ändamålsenlig förvarsverksamhet där utlänningar kan placeras i avvaktan på verkställighet av beslut om avvísning eller utvisning från Sverige.<sup>1</sup> Ett beslut om att ta någon i förvar fattas av Migrationsverket, Polismyndigheten och migrationsdomstolarna.<sup>2</sup> Vid utgången av 2023 hade Migrationsverket sex förvar med ca 570 platser.<sup>3</sup>

På uppdrag av JO Per Lennerbrant genomfördes i januari 2023 en oanmäld inspektion av förvaret i Mölndal.<sup>4</sup> Förvaret var då förhållandevis nyöppnat och alla avdelningar var ännu inte i drift.

## 7.1 lakttagelser vid årets inspektion

### Personalens bemötande och kompetens

Under inspektionen kom det fram uppgifter om allvarliga brister avseende personalens bemötande av de förvarstagna och uppgifter om bristande kompetens. Det fanns många nyanställda på förvaret som inledningsvis endast gick en två veckor lång grundutbildning, mot normalt en åtta veckor lång grundutbildning. Det fanns också personal som inte behärskade det svenska språket på ett fullgott sätt. I samtal med JO:s medarbetare beskrev förvarstagna bl.a. att personal pratade om avskiljande på ett sätt som upplevdes hotfullt. Flera vittnade om att personal särbehandlar förvarstagna med samma ursprung eller som talar samma språk som personalen. I samtal med personalen beskrevs vidare att vissa kollegor ”tar chansen att jävlas” med de förvarstagna. Det kom även fram uppgifter om en rasistisk jargong.

Efter inspektionen uttalade JO att han har förståelse för att förvarsverksamheten är komplex och att personalen ofta måste lösa snabbt uppkomna situationer. Samtidigt måste det beaktas att de förvarstagna befinner sig i en utsatt position och ofta har svårt att tillvarata sina rättigheter. Därför är det helt avgörande att personalen förstår vad som ligger i statstjänstemannarollen och att det i den ingår att kunna hantera även pressade situationer på ett professionellt sätt. Vidare betonade JO att det är oacceptabelt om personalen använder sin överordnade ställning, t.ex. genom tillrättavisningar, särbehandling av vissa förvarstagna eller hot om tvångsåtgärder. Han framhöll att Migrationsverket är ansvarig för att personalen har de kvalifikationer som krävs, både för att ge ett gott bemötande och för att utföra övriga uppgifter som

**Det är helt avgörande att personalen förstår vad som ligger i statstjänstemannarollen**

<sup>1</sup> Se 3 § 4 förordningen (2019:502) med instruktion för Migrationsverket.

<sup>2</sup> Se 10 kap. 1 § och 12-17 §§ Utll.

<sup>3</sup> Migrationsverkets årsredovisning 2023.

<sup>4</sup> Se JO:s protokoll i dnr O 3-2023.

ingår i arbetet. Myndigheten behöver säkerställa att verksamheten bedrivs på ett rättssäkert och likvärdigt sätt i förhållande till de förvarstagna. En viktig del i det är att de anställda har rätt kompetens och kan förmedla vilka regler och rutiner som gäller i förvaret.

### Fysiska miljön

CPT har uttalat att personer som hålls i förvar ska inkvarteras i lokaler som är inrättade för detta ändamål. Vid utformningen av lokalerna ska försiktighet iakttas för att i så stor utsträckning som möjligt undvika att lokalerna ger intryck av fängelsemiljö.<sup>5</sup> Vid inspektionen framkom att förvarets lokaler var anpassade efter den standard som Kriminalvården kräver för att kunna bedriva häktes- och anstaltsverksamhet. Den fysiska miljön var således präglad av hänsyn till säkerhet. JO hänvisade till CPT:s uttalande och konstaterade att Migrationsverket bör undersöka möjligheten att anpassa lokalerna för att mildra effekterna av den anstaltslika miljön för de förvarstagna.

### Närvarokontroller och rumsrondering

Vid inspektionen kom det fram att personalen genomförde närvarokontroller och rumsronderingar i de förvarstagnas boenderum. Närvarokontroller genomfördes sex gånger per dygn, varav två gånger på natten, och rumsrondering ägde rum tre gånger per dygn. I de lokala rutinerna angavs att målet med närvarokontrollerna dels var att få en uppfattning om hur de förvarstagna mår, dels att säkerställa att de befann sig i byggnaden. Syftet med ronderingarna var bl.a. att kontrollera rummen för att upptäcka åverkan, otillåtna föremål och pågående rymningsförsök. I samtal med JO:s medarbetare förde vissa i personalen fram kritik mot närvarokontrollerna på natten eftersom de förvarstagna stördes. De berättade att kontrollerna ledde till onödiga provokationer och att det i sig kunde vara en säkerhetsrisk. Flera anställda uppgav också att de inte kände till syftet med närvarokontrollerna. De var även frågande till behovet av så många närvarokontroller och ronderingar per dygn, bl.a. med hänsyn till den höga fysiska säkerheten i förvaret. I ett samtal framkom att det förekom att personalen vid rumsronderingen letade igenom hyllorna där de förvarstagna förvarade sina tillhörigheter.

Efter inspektionen uttalade JO att kontrollerna i de förvarstagnas boenderum aktualiserar regeringsformens skydd mot husrannsakan och liknande intrång och att en sådan åtgärd kräver stöd i lag (se 2 kap. 6, 20 och 21 §§ regeringsformen). Utifrån det som kommit fram konstaterade JO att han inte kunde dra någon säker slutsats i fråga om huruvida de kontroller som genomfördes vid förvaret utgör ett intrång i regeringsformens mening eller inte. Det stod dock klart att Migrationsverkets personal inte har någon i lag reglerad

**Migrationsverket  
måste säkerställa att  
närvarokontroller  
och rumsronderingar  
är förenliga med  
regeringsformen**

<sup>5</sup> Se CPT/Inf[2017]3, section 3.

befogenhet att kontrollera en förvartagens boenderum.<sup>6</sup> Enligt JO måste Migrationsverket därför säkerställa att kontrollåtgärderna är förenliga med regeringsformen. Vidare konstaterade JO att Migrationsverket bör se över om det finns ett behov av och är proportionerligt med sex närvarokontroller och tre rumsronderingar per dygn. Verket behövde även ta ställning till när på dygnet dessa åtgärder lämpligen bör genomföras och säkerställa att den personal som utför kontrollåtgärderna känner till hur dessa ska genomföras och vad syftet är.

### Aktiviteter, förströelse och vistelse utomhus

Vid tidpunkten för inspektionen pågick det inte någon regelbunden organiserad sysselsättning i förvaret. De förvarstagna beskrev att tiden gick långsamt och att de hade för lite saker att göra. De uppgav att de framförallt sysselsatte sig med datorerna, men att de också kunde spela kort och lägga pussel. Det fanns inga böcker att låna i förvaret och de förvarstagna fick endast vistas en och en halv timme på utegården per dag. Efter inspektionen hänvisade JO till 11 kap. 3 § UtlL där det regleras att en utlänning som hålls i förvar ska ges tillfälle till bl.a. aktiviteter och förströelse. JO konstaterade att det av förarbetsuttalandena till bestämmelsen framgår att lagstiftaren avsett att höja ambitionsnivån avseende aktiviteter och att förvarstagna ska ges tillfälle till mer än endast tv-tittande, motion och sällskapsspel etc. Det räcker alltså inte med tidsfördriv av olika slag utan förvaren förväntas erbjuda aktiviteter av mer kvalificerad karaktär.<sup>7</sup> JO konstaterade att den typen av aktiviteter inte tillhandahölls på ett organiserat sätt vid förvaret i Mölndal och att Migrationsverket behöver se över detta. Vidare framhöll JO att CPT har uttalat att det i förvar ska finnas bibliotek och tillgång till tidningar samt att förvarstagna i princip ska ha fri tillgång till en plats för utomhusvistelse, men åtminstone två timmar per dag.<sup>8</sup>

**Migrationsverket  
behöver se över de  
förvarstagnas till-  
gång till aktiviteter i  
förvaret**

### Beslut om kroppsvisitation

En utlänning som hålls i förvar får inte utan tillstånd inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel eller något annat som kan skada någon eller vara till men för ordningen inom lokalen. Om det finns skälig misstanke att en utlänning som hålls i förvar bär på sig sådan egendom, eller sådant som enligt narkotikastrafflagen inte får innehas, får utlänningen kroppsvisiteras för kontroll av detta.<sup>9</sup>

Vid inspektionen kom det fram att kroppsvisitationer genomfördes vid inskrivning och när den förvarstagne tog emot bagage och att sådana visitationer även regelmässigt genomfördes efter oönskade besök. Mot denna

<sup>6</sup> Jfr 8 kap. 2 § FäL och 17 b § LVU.

<sup>7</sup> Se prop. 1996/97:147 s. 24.

<sup>8</sup> Se CPT/Inf[2017]3, section 5 och CPT/Inf [2021]20, para. 22.

<sup>9</sup> Se 11 kap. 8 och 9 §§ UtlL.



Boendekorridor vid förvar i Mölndal.

bakgrund drog JO slutsatsen att kroppsvisitationer genomfördes utan att det i varje enskilt fall gjorts en bedömning av de lagliga förutsättningarna för åtgärden. Han betonade att var och en har ett grundlagsfäst skydd mot kroppsvisitation och att en sådan åtgärd får vidtas endast om det finns stöd i lag.<sup>10</sup> Migrationsverket behövde därför följa upp användningen av kroppsvisitation på förvaret i Mölndal och säkerställa att den är förenlig med lag.

<sup>10</sup> Se 2 kap. 6, 20 och 21 §§ regeringsformen.

**Migrationsverket be-  
höver vidta åtgärder  
för att säkerställa att  
läkare så snart som  
möjligt undersöker  
den som hålls av-  
skild på grund av att  
han eller hon utgör  
en fara för sig själv**

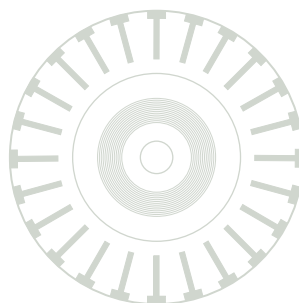
### Undersökning av läkare vid vissa beslut om avskiljande

En utlänning som hålls avskild därför att han eller hon utgör en fara för sig själv ska undersökas av läkare så snart som möjligt.<sup>11</sup> Vid inspektionen kom det fram att det var förvarets sjuksköterska som träffade de som hölls avskilda och att det regelmässigt inte genomfördes en läkarundersökning. Vid granskning av beslut om avskiljande noterade JO:s medarbetare ett ärende där en förvarstagen hade hållits avskild i drygt två veckor utan att han undersökts av en läkare. I ärendet hade det löpande dokumenterats uppgifter som tydligt visade att mannen inte mådde bra. Ändå dröjde det drygt två veckor innan Migrationsverket agerade genom att köra mannen till en psykiatrisk akutmottagning.

JO konstaterade att förvaret varken hade rutiner eller en organisation som nådde upp till det lagstadgade kravet på läkarundersökning vid vissa beslut om avskiljande. Han uttalade att detta är mycket allvarligt och att han förutsätter att Migrationsverket vidtar åtgärder för att säkerställa att läkare så snart som möjligt undersöker den som hålls avskild på grund av att han eller hon utgör en fara för sig själv.

### 7.2 Avslutande kommentar

Vid inspektionen lämnades samstämmiga uppgifter från personal och intagna avseende allvarliga brister i personalens bemötande. Det kom även fram uppgifter som ger skäl att ifrågasätta om de kontrollåtgärder i boenderum och kroppsvisitationer som genomförs vid förvaret i alla delar är förenliga med regeringsformen och kravet på lagstöd för att vidta sådana åtgärder. Som jag uttalade efter inspektionen befinner sig de förvarstagna i en mycket utsatt situation och de brister som framkommit är av sådant slag att de äventyrar de intagnas grundläggande fri- och rättigheter. Det är därför av största vikt att Migrationsverket vidtar åtgärder i de avseenden som jag lyft fram i inspektionsprotokollet. Jag kommer under 2024 att genomföra en uppföljande inspektion av förvaret i Mölndal.



<sup>11</sup> Se 11 kap. 7 § tredje stycket UtLL.

Tullverket



# Tullverket

Tullverket har i sin brottsbekämpande verksamhet befogenhet att i vissa fall ta en person i förvar. Det gäller en misstänkt som är skyldig att stanna kvar för förhör om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med ingripandet, ordning eller säkerhet och en person som är gripen eller anhållen.<sup>1</sup>

Under 2023 genomförde JO Per Lennerbrant, inom ramen för Opcat-uppdraget, en föranmäld inspektion av Tullverkets *kontrollplats Lernacken* i Malmö.<sup>2</sup> Inspektionen var inriktad på situationen för de personer som tas i förvar. Parallellt med Opcat-inspektionen genomfördes ytterligare en inspektion av Tullverket, som avsåg verkets fysiska tullkontroller och brottsutredningar.<sup>3</sup> Tullverket har tidigare inte varit föremål för någon inspektion av JO.

## 8.1 Iakttagelser vid årets inspektion

Samtliga iakttagelser nedan gjordes vid inspektionen av kontrollplats Lernacken, Malmö.

### Den fysiska miljön och reglering av användning av förvaringsrum (s.k. väntarrest)

I lokalerna vid kontrollplats Lernacken fanns fem förvaringsrum, varav tre gick att låsa. Om dörren till ett rum var låst betraktades rummet som en väntarrest och Tullverkets interna regel om inlåsning av frihetsberövade personer i väntarrest blev då tillämplig.<sup>4</sup> I den interna regeln hänvisades till bestämmelser om väntarrest som fanns i Polismyndighetens numera upphävda föreskrift om polisarrest.<sup>5</sup> Vid tidpunkten för inspektionen hade Tullverket därför tagit fram ett utkast till en ny intern reglering, men den var ännu inte färdigställd eller beslutad.

De tre förvaringsrum som kunde användas som väntarrest var små och saknade fönster. Det fanns inte heller något signalsystem för att påkalla personalens uppmärksamhet. Dörrarna till rummen var larmade och på den sida av dörrarna som vette mot korridoren fanns en dekal med texten ”Dörren är olåst This door is unlocked”. I samtal med personal kom det fram att dörren till ett förvaringsrum oftast var stängd men inte låst när en person befann sig där. Det lämnades dock olika uppgifter om hur ofta personalen låste en dörr. Personalen uppgav också att de två gripna personer som var placerade i för-

**Det saknas reglering  
avseende Tullverkets  
förvaringsrum**

<sup>1</sup> Se 19, 20 och 21 § lagen (2000:1225) om straff för smuggling och 23 kap. 9 §, 24 kap. 7 och 22 §§ rättegångsbalken.

<sup>2</sup> Se JO:s protokoll i dnr O 22-2023.

<sup>3</sup> Se JO:s protokoll i ärende 7626-2023. Notera att några frågor som uppmärksammades vid Opcat-inspektionen behandlas under en egen rubrik i det protokollet.

<sup>4</sup> STY 2017-278.

<sup>5</sup> EAP 915-15.



varingsrummen vid tidpunkten för inspektionen inte hade varit inlåsta men att dörrarna till deras rum varit stängda. I samtal med dessa två kom det dock fram att de var av uppfattning att de var inlåsta i rummen.

Efter inspektionen uttalade JO att de personer som tas in i ett förvaringsrum på det sätt som sker vid kontrollplats Lernacken ska, med beaktande av de ändamål som bär upp Opcat-protokollet, anses som frihetsberövade och tagna i förvar, oavsett om dörren är låst eller inte. De som placeras i rummen har många gånger inte vetskap om att dörren är olåst. Han konstaterade vidare att bestämmelser om verkställighet av vissa tillfälliga frihetsberövanden finns i häkteslagen och häktesförordningen. För häkten och polisarrester finns kompletterande föreskrifter om hur förvaringsrum ska utformas och utrustas. Avsikten är att förhindra att intagna placeras i undermåliga rum. I grunden handlar det om att genom ett tydligt regelverk se till att de intagna bemöts med respekt för sitt människovärde och att verkställigheten utformas så att de negativa följderna av frihetsberövandet motverkas. Några motsvarande föreskrifter finns dock inte för Tullverkets verksamhet och verket har inte heller fått något bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten enligt häkteslagen och häktesförordningen. Enligt JO är bristen på föreskrifter om verkställigheten av förvarstaganden hos Tullverket otillfredsställande. Mot denna bakgrund fann JO anledning att, med stöd av 13 § lagen (2023:499) med instruktion för Riksdagens ombudsmän (JO), väcka frågan om en författningsreglering av dessa förhållanden. Han konstaterade även att Tullverket, i avvaktan på en rättslig reglering, behöver se över hur personer som är frihetsberövade och tas i förvar hos myndigheten ska tas om hand.

### Tillgång till hälso- och sjukvård och tillsyn

Varje förvaringslokal ska ha tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning.<sup>6</sup> Polismyndigheten har för sin verksamhet meddelat kompletterande föreskrifter om hälso- och sjukvård, bl.a. föreskrifter om att en intagen, i anslutning till att han eller hon tas in i förvaringslokalen, ska tillfrågas om sitt hälsotillstånd och om han eller hon har någon medicin förskriven.<sup>7</sup> Av punkten 7 i Tullverkets interna regel framgick att innan inläsning ska en person tillfrågas om sitt hälsotillstånd och om han eller hon har någon föreskriven medicin. Av punkten 12 framgick bl.a. att tillsyn ska ske var femtonde minut.

Tullverket hade inte tillgång till sjukvårdspersonal utan var hänvisade till att vid behov kontakta den allmänna sjukvården. Under samtal med personal och intagna kom det vidare fram att den interna rutinen inte verkade följas. Frågor om hälsotillstånd ställdes istället först i samband med anhållningsförhör. Det gjordes inte för att tullpersonalen skulle få information om hälso-

**Intagna var av uppfattningen att de var inlåsta trots att så inte var fallet**

**Bristen på föreskrifter om verkställigheten av förvarstaganden hos Tullverket är otillfredsställande**

<sup>6</sup> Se 15 § häktesförordningen (2010:2011).

<sup>7</sup> Se 6 kap. 1 § PMFS 2015:7, FAP 102-1.

tillstånden utan för att polisen begärde att få sådana uppgifter när personen fördes över till polisarrest. När det gällde intagna som placerades i ett förvaringsrum som inte var låst fanns inga skriftliga rutiner angående frågor om hälsotillstånd före insättning.

I samtal med personalen framgick att den interna regeln om tillsyn tillämpades om dörren till förvaringsrummet behövde låsas och således var att betrakta som en väntarrest. Personalen uppgav vidare att tillsyn genomfördes även om dörren var stängd men olåst. Det fanns dock inga rutiner för tillsyn i de situationerna. Oavsett om dörren var låst eller inte utfördes tillsynen genom att personal öppnade dörren eller tittade genom titthålet. En av de gripna uppgav att personalen inte hade öppnat dörren, men att de eventuellt kan ha observerat honom genom titthålet. Den andra personen berättade att personal vid två till tre tillfällen under den tid han var placerad i rummet hade öppnat dörren för att titta till honom.

Efter inspektionen uttalade JO att en intagen i Tullverkets förvaringsrum befinner sig i en utsatt situation och att det kan få långtgående negativa konsekvenser om tullpersonalen inte har kännedom om den intagnes hälsotillstånd. För att tillgodose den intagnes säkerhet måste frågor om hälsotillståndet och om han eller hon har någon medicin förskrivit ställas före en placering i ett förvaringsrum. Vidare är tillsynen av grundläggande betydelse för de intagnas säkerhet, bl.a. för att uppmärksamma om den intagnes hälsotillstånd är sådant att det finns anledning att tillkalla läkare. Det är därför mycket viktigt att den utförs på ett sätt och med en frekvens som är anpassade efter omständigheterna i det enskilda fallet. Att det saknas rutiner för tillsyn i de fall ett förvaringsrum inte är låst riskerar bl.a. att leda till att frihetsberövade utsätts för risker av olika slag. Mot den bakgrunden uttalade JO att Tullverket snarast bör ta fram rutiner för hälsosamtal och tillsyn. Rutinerna ska gälla oavsett om dörren till förvaringsrummet är låst eller olåst. Vidare behöver Tullverket se till att varje förvaringslokal har tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning i enlighet med häktesförordningen.

**Tullverket bör snart ta fram rutiner för hälsosamtal och tillsyn**

## 8.2 Avslutande kommentar

Vid inspektionen konstaterades att det saknades föreskrifter om verkställighet av förvarstaganden. Som framgår av mina uttalanden efter inspektionen är syftet med sådana föreskrifter bl.a. att se till att de intagna bemöts med respekt för sitt människovärde och att verkställigheten utformas så att de negativa följderna av frihetsberövandet motverkas. Avsaknaden av föreskrifter får konsekvenser för samtliga verksamhetsställen där Tullverket kan hålla personer i förvar. Det är därför angeläget att en reglering kommer på plats så snart som möjligt.

# Bilagor

Deltagande i möten

Inspektioner

**BILAGA**  
**A**

# Deltagande i möten

Under 2023 deltog medarbetare från JO:s Opcat-enhet i följande möten:

## Internationella möten

- Den 4–5 september 2023, Stockholm, Sverige, *Nordiskt NPM-möte*.
- Den 5–6 oktober 2023, *Europeisk NPM-konferens*, via ljud- och bildöverföring.
- Den 9–10 november 2023, Köpenhamn, Danmark, *Internationell konferens om frihetsberövades psykiska hälsa*.

## Nationella möten

- Den 19 april 2023, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället rörande frihetsberövades rättigheter och situation*, Stockholm.
- Den 16 maj 2023, *föreläsning för anställda hos Migrationsverkets förvar i Märsta och Gävle*, Märsta.
- Den 29 november 2023, *Dialogforum med aktörer från civilsamhället rörande frihetsberövades rättigheter och situation*, Stockholm.

# Inspektioner

BILAGA  
B

## Oanmälda inspektioner

Polisarrester	
Solna	dnr O 8-2023
Summa 1	

Häkten	
Kronoberg	dnr O 21-2023
Salberga	dnr O 23-2023
Summa 2	

Kriminalvårdsanstalter	
Kumla	dnr O 6-2023
Borås	dnr O 9-2023
Summa 2	

Särskilda ungdomshem	
Nereby	dnr O 5-2023
Brätteården	dnr O 18-2023
Rebecka	dnr O 20-2022
Tysslinge	dnr O 25-2023
Summa 4	

Psykiatrisk tvångsvård	
Region Norrbotten, Psykiatrin länsgemensamt i Öjebyn	dnr O 4-2023
Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri	dnr O 10-2023
Summa 2	

Migrationsförvar	
Mölnadal	dnr O 3-2023
Summa 1	

Totalt 12 oanmälda inspektioner

## Föranmälda inspektioner

Polisarrest	
Umeå	dnr O 12-2023
Summa 1	

Tullverket	
Kontrollplats Lernacken Malmö	dnr O 22-2023
Summa 1	

Totalt 2 föranmälda inspektioner





JO  RIKSDAGENS  
OMBUDSMÄN

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

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

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

Öppet vardagar klockan 09.00–11.30 och 13.00–15.00

