

## Kritik mot ett häkte som brustit i att åtgärda en riskabel hyllkonstruktion. Även andra uttalanden om Kriminalvårdens arbete med självmordsprevention

**Beslutet i korthet:** Vid en inspektion av häktet Huddinge år 2017 rapporterade Kriminalvårdens tillsynssektion att vissa bokhyllor inte var helt fästa i väggen, vilket medförde en glipa som skulle kunna utgöra en fästpunkt för en strypsnara. Efter att en intagen i februari 2022 tagit sitt liv kom det fram att arbetet med att åtgärda den riskabla hyllkonstruktionen då hade inletts men inte var färdigt.

I beslutet uttalar JO att Kriminalvården har ett ansvar för att skydda intagna från förutsebara faror och ska vidta åtgärder på såväl generell som individuell nivå i syfte att förhindra intagna i häkten från att begå självmord. Enligt JO är det av största vikt att myndigheten bedriver sitt suicidförebyggande arbete på ett systematiskt och strukturerat sätt. JO uttalar också att det är allvarligt att häktet Huddinge inte med större skyndsamhet såg till att få bort möjliga fästpunkter för strypsnaran i de berörda bostadsrummen. Hon är mycket kritisk till häktets bristande hantering.

### Bakgrund och JO:s initiativ

Den 31 augusti 2022 tog JO emot en anmälan mot Kriminalvården om ett självmord som hade inträffat i häktet Huddinge under februari månad (dnr 6856-2022). Handlingarna som anmälaren hade lämnat in visade att den intagne hade avlidit genom hängning och att en strypsnara hade fästs i ett utrymme mellan en vägg i bostadsrummet och en hylla som var monterad på väggen. Klagomålen avsåg bl.a. att häktet inte hade vidtagit åtgärder med anledning av att det år 2017 hade rapporterats att det fanns risker med en typ av hyllkonstruktion som förekom i vissa bostadsrum.

JO tog inom ramen för klagomålsärendet del av bl.a. Kriminalvårdens incidentutredning om det aktuella självmordet (dnr 2022-2754) och myndighetens tillsynsrapport VO Huddinge (2017:19). Tillsynssektionen hade i rapporten noterat att vissa bokhyllor inte var helt fästa i väggen, vilket medförde en glipa som skulle kunna utgöra en fästpunkt för en strypsnara. Av incidentutredningen framgår att häktet efter det att självmordet inträffade hade inlett ett arbete med att åtgärda glipan.

Det som kom fram väckte frågor om hur häktet handlat i tiden såväl efter tillsynsrapporten från år 2017 som efter självmordet. Jag beslutade därför att utreda saken i ett särskilt initiativärende, och klagomålsärendet skrevs av. Initiativet har handlagts i det här ärendet.

## Utredning

Kriminalvården uppmanades att redovisa vilka åtgärder häktet Huddinge vidtog när det gäller hyllkonstruktionen, dels med anledning av påpekandena i tillsynsrapporten, dels efter självmordet. JO begärde vidare att Kriminalvården skulle redogöra för om myndigheten, på regional eller nationell nivå, följer upp om det vidtas åtgärder efter sådana avvikelser som myndighetens tillsynssektion noterar i sina rapporter och de uppmaningar som lämnas i dessa.

## Kriminalvårdens remissvar

I sitt yttrande anförde Kriminalvården, rättsavdelningen vid huvudkontoret, genom rättschefen, följande:

### Utredning

Uppgifter om sakförhållandena har hämtats in från tillsynssektionen vid Kriminalvårdens huvudkontor och region Stockholm, som i sin tur har hämtat in uppgifter från häktet Huddinge.

### Häktet Huddinges vidtagna åtgärder

Intagna med risk för självskada eller suicid placeras på omvårdnadsavdelningen. Efter tillsynsrapporten säkrades hyllorna på inskrivnings-/omvårdnadsavdelningen 4-1 genom att springor mellan väggen och bokhyllan tätades med hjälp av lim. Denna åtgärd skulle följas upp efter några år. Under 2018–2019 skedde på relativt kort tid stora förändringar i ledningen på häktet, vilket kan vara orsaken till att uppföljningen av tätningen inte gjordes enligt den initiala planen. Efter självmordet i februari 2022 inventerades alla bokhyllor i häktets bostadsrum. Alla bokhyllor med någon springa mellan hyllan och väggen tätades med lim, även om springan inte var större än någon millimeter. Häktet Huddinge har numera utpekad personal med funktionsuppdrag avseende suicidprevention.

### Uppföljning av tillsynsrapporter

Enligt beslut den 23 juni 2020 (dnr 2020-9670) ska samtliga av tillsynssektionens rekommendationer för lokalt verksamhetsområde i tillsynsrapporterna åtgärdas. Efter att tillsynsrapporter levererats av tillsynssektionen ska regionchef vid nästkommande uppföljningstillfälle rapportera vilka av de allvarliga avvikelserna som är hanterade samt vilka som kvarstår och beskriva hur de ska hanteras.

Region Stockholm har den 31 mars 2021 beslutat om rutiner för uppföljning av tillsynsrapporter. Av rutinerna framgår bl.a. följande. Ett fastställt tillsynsprotokoll skickas till verksamhetsområde/kriminalvårdschef och regionkontor/regionchef. Kriminalvårdschef går igenom protokollet och upprättar eller reviderar lokal åtgärdsplan och tidsplan. Regionchef beslutar om datum för två regionala beredningar av tillsynsrapporten och åtgärdsplanen samt meddelar kriminalvårdschef. Detta dokumenteras i tillsynskalendern. Den första regionala beredningen ska äga rum inom två månader efter att verksamhetsområde och regionkontor fått del av tillsynsrapporten. Kriminalvårdschef redogör för åtgärdsplanen och tidsplanen. Regionchef analyserar i dialog med kriminalvårdschef inom vilka områden av åtgärdsplanen stödåtgärder behövs. Datum för regional uppföljning bestäms utifrån de behov som kommer fram och dokumenteras i

tillsynskalendern. Den andra regionala beredningen ska äga rum inom åtta månader efter att verksamhetsområde/regionkontor fått del av tillsynsrapporten.

Kriminalvårdschef redovisar vidtagna åtgärder och regionchef analyserar i dialog med kriminalvårdschef behov av fortsatta åtgärder och om behov av stöd finns. Datum för eventuell ytterligare regional uppföljning dokumenteras i tillsynskalendern.

## Bedömning

### Kriminalvårdens ansvar för självmordsprevention

Av artikel 2 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) följer att staten har ett särskilt ansvar för tillsyn av dem som befinner sig i fängelse eller häkte eller som på annat sätt är berövade friheten. I de fall en intagen har begått självmord och Europadomstolen har funnit att det förelegat ett brott mot denna artikel om rätten till liv har domstolen flera gånger konstaterat att myndigheterna misslyckats med att ge den frihetsberövade personen ett tillräckligt och rimligt skydd, ”sufficient and reasonable protection”<sup>1</sup>. Bestämmelser om krav på att myndigheterna ska arbeta med självmordsprevention finns också i andra folkrättsliga instrument såsom de europeiska fängelsereglerna och the Nelson Mandela Rules<sup>2</sup>. På nationell nivå finns även häkteslagens allmänna bestämmelse om att verkställigheten ska utformas så att negativa följder av frihetsberövandet motverkas, se 1 kap. 5 § häkteslagen (2010:611).

Kriminalvården har alltså en plikt att skydda intagna från förutsebara faror och ska vidta åtgärder på såväl generell som individuell nivå i syfte att förhindra att intagna i häkten och andra verksamhetsställen begår självmord. Jag inser att det inte är möjligt att i varje enskilt fall hindra en person som har suicidtankar från att göra verklighet av dem. Men som framgår har myndigheten ett stort ansvar att agera, och det finns mycket som myndigheten bör kunna göra i syfte att undvika sådana tragiska händelser.

I december 2012 beslutade Kriminalvårdens dåvarande generaldirektör om en handbok för myndighetens självmordsförebyggande arbete. Handboken har därefter reviderats flera gånger och heter numera Kriminalvårdens handbok för suicidprevention (2012:12). I handboken beskrivs bl.a. hur anstalter och häkten ska arbeta för att identifiera risker kring enskilda intagna och vilka åtgärder som kan sättas in på individuell nivå för att minska risken för självmord. Det handlar

---

<sup>1</sup> Se bl.a. Renolde mot Frankrike, 5608/05, 16 januari 2009, Eremiášová och Pechová mot Tjeckien, 23944/04, 20 september 2013, samt Keller mot Ryssland, 26824/04, 17 februari 2014.

<sup>2</sup> Se The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules), 17 december 2015, A/RES/70/175, artikel 30, samt Ministerkommitténs rekommendation Rec [2006]2-rev till medlemsstaterna avseende de europeiska fängelsereglerna, den 1 juli 2020, artikel 47.2.

exempelvis om ökad tillsyn, kontakt med sjukvården och att förhindra att den intagne har tillgång till klädesplagg med resårband och snören.

Helt centralt i Kriminalvårdens självmordspreventiva arbete är naturligtvis också att minimera riskerna i den fysiska miljön, dvs. att vidta åtgärder på generell nivå. I den nämnda handboken anges att det är särskilt angeläget att fokusera på att åtgärda riskerna i bostadsutrymmen i häkten och slutna anstalter (se avsnitt 6.3.1). Vidare sägs följande:

Erfarenheterna visar att suicid i anstalt och häkte nästan uteslutande fullbordas i bostadsrum och genom metoden självstrykning. Det är därför viktigt att, i den utsträckning det är möjligt, minimera fästpunkter så som vask med kran, lamparmatur, reglage för persienn, krokar, dörrhandtag, duschställningar och dylikt. Samt vara extra uppmärksam på sladdar och dylikt.

När det gäller ansvarsfördelningen för det preventiva arbetet inom myndigheten beskrivs det i handboken att risker på såväl lokal som nationell nivå identifieras och adresseras genom tillsynsverksamhet och incidentutredningsarbete. Verksamhetsställena ansvarar för att nationella rutiner avseende suicidprevention efterlevs och för att uppmärksamma och åtgärda risker ur ett lokalt perspektiv (se avsnitt 4).

Det är av största vikt att Kriminalvårdens suicidförebyggande arbete bedrivs på ett systematiskt och strukturerat sätt. Jag kan konstatera att självmordsprevention är ett tillsynsområde som har ingått i myndighetens årliga tillsynsplaner varje år sedan 2018. Att Kriminalvårdens tillsynssektion uppmärksammar brister i det förebyggande arbetet är givetvis mycket värdefullt. För att detta arbete ska ge effekt är det dock nödvändigt att uppmärksammade brister åtgärdas. Myndigheten har beskrivit hur den processen ser ut på nationell och regional nivå. Mitt intryck är att arbetssättet är genomtänkt och att det bör finnas goda möjligheter att i enlighet med den rättsliga reglering som gäller för verksamheten komma till rätta med de problem som upptäcks.

Det är emellertid oroande att tillsynssektionen i sin årliga rapport 2022 har beskrivit att det finns avvikelser när det gäller suicidprevention. Enligt rapporten tycks anledningen till avvikelserna vara brister i kunskaperna om innehållet i Kriminalvårdens handbok om suicidprevention och om de förändringar som har gjorts i handboken över tid (se s. 12 i årsrapporten).

Jag bedömer sammanfattningsvis att det finns flera skäl för Kriminalvården att fortsätta arbeta strukturerat med dessa angelägna frågor.

#### Kritik mot häktet Huddinge

Av utredningen framgår det att Kriminalvårdens tillsynssektion genomförde en tillsyn av häktet Huddinge i november och december 2017. I den rapport som upprättades därefter, VO Huddinge (2017:19), daterad den 22 maj 2018, sägs under rubriken Självmordsprevention bl.a. följande:

Vid genomgång av bostadsrummens utformning observerades hur vissa bokhyllor inte var helt fästa i väggen, vilket skulle kunna utgöra en fästpunkt för en eventuell strypsnara. [...]

Det bedöms sammantaget finnas mindre avvikelser inom området då någon övergripande riskanalys av verksamheten inte har genomförts. Vidare uppmanas häktet att se över och riskbedöma ovan nämnda inredningsdetaljer ur självskadehänseende.

Enligt Kriminalvårdens remissyttrande åtgärdades hyllorna på häktets inskrivnings-/omvårdnadsavdelning efter påpekandena i tillsynsrapporten. Det står dock klart att det i februari 2022, över fyra år efter tillsynsbesöket, fortfarande fanns bostadsrum med en glipa mellan hylla och vägg. Myndighetens incidentutredning efter självmordet i februari 2022 blev klar i juni samma år. I utredningen framkommer det att arbetet med att åtgärda den riskabla hyllkonstruktionen då hade inletts men inte var färdigt. Några godtagbara förklaringar till detta har inte förts fram. Det är allvarligt att häktet Huddinge inte med större skyndsamhet såg till att få bort möjliga fästpunkter för strypsnador i de berörda bostadsrummen. Jag är mycket kritisk till häktets bristande hantering. Det är vidare anmärkningsvärt att Kriminalvårdens interna uppföljning av de brister som tillsynssektionen uppmärksammade 2017 uppenbarligen fallerade i detta fall.

I oktober 2022 gjorde tillsynssektionen en ny inspektion av häktet Huddinge. Jag har tagit del av tillsynsrapporten (2022:11) och där anges att häktet har åtgärdat mellanrummen mellan hyllor och vägg (se avsnitt 4.1.4). Det är tillfredsställande att tillsynssektionen har följt upp frågan och att häktet nu uppenbarligen har gjort förändringar för att få bort riskabla fästpunkter i bostadsrummen. Detsamma gäller det faktum att det numera finns personal i häktet med utpekad funktionsansvar för suicidprevention.

Ärendet avslutas.

Katarina Pålsson

Ärendet har föredragits av områdesansvariga ämnessakkunniga Moa Skerfving. Byråchefen Catrine Björkman har deltagit i beredningen.