

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får kritik för brister i sin tillsyn av LSS-boendet Skogsbo i Gnosjö kommun

Beslutet i korthet: I mars 2019 beslutade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att avsluta ett tillsynsärende avseende LSS-boendet Skogsbo i Gnosjö kommun. Drygt ett år senare inledde JO ett initiativ för att granska IVO:s tillsyn av bl.a. LSS-boendet.

I beslutet uttalar JO att IVO har brustit i sin tillsyn av boendet. Brister har funnits i såväl genomförandet av inspektionen som dokumentationen och utformningen av beslutet. JO ser mycket allvarligt på det och IVO får därför kritik.

Enligt JO är IVO vid sin tillsyn skyldig att undersöka om en LSS-verksamhet uppfyller kraven på god kvalitet oavsett den verksamhetsansvariges eller brukarens uppfattning i frågan. Eftersom den aktuella tillsynen inleddes efter klagomål från brukarens syster hade en rimlig utgångspunkt för inspektionen varit att försöka reda ut om det fanns någon grund för det som då hade framförts. Utifrån dokumentationen i tillsynsärendet framstår det som att inspektionen saknade ett tillräckligt fokus på de klagomål som riktats mot boendet.

Vid inspektionen upprättade IVO två protokoll. Enligt JO måste ett protokoll som innehåller så allvarliga uppgifter som i det aktuella ärendet utformas på ett sådant sätt att det enkelt går att förstå vad som har inträffat, och vilka problem som har funnits eller som fortfarande finns i verksamheten. Det måste också gå att förstå vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att hantera problemen.

IVO beslutade att avsluta ärendet eftersom myndigheten inte uppmärksammade några brister "inom de områden som tillsynen omfattat". Dessutom gjorde IVO bedömningen att brukaren uppnådde goda levnadsvillkor "i de delar som tillsynen omfattade". Med dessa avgränsningar har det enligt JO varit svårt för en utomstående att avgöra om myndighetens bedömning angående den granskade verksamheten varit rimlig.

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), avdelning sydöst, genomförde i februari 2019 en inspektion av ett boende enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, i Gnosjö kommun (LSS-boendet Skogsbo). På boendet bodde en ensam brukare (vidare benämnd AA). Tillsynen inleddes efter att hans syster riktat klagomål mot boendet. Den 28 mars 2019

beslutade IVO att avsluta ärendet. I beslutet anfördes bl.a. att IVO inte hade uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.

JO:s initiativ

Den 5 februari 2020 sände SVT ett avsnitt av Uppdrag granskning som tog upp AA:s förhållanden på boendet. Efter det att tv-programmet sänts kom det in ett antal klagomål till JO. Jag beslutade därefter att genomföra en inspektion av boendet den 4 mars 2020. I anledning av inspektionen uttalade jag allvarlig kritik mot Gnosjö kommun för att AA hade varit frihetsberövad utan lagstöd.¹ Efter inspektionen beslutade jag att också inleda ett initiativärende för att utreda IVO:s tillsyn av bl.a. LSS-boendet Skogsbo.

Utredning

Inledningsvis tog jag del av IVO:s akt i tillsynsärendet gällande LSS-boendet (dnr 8.5-42004/2018). Därefter begärde jag bl.a. att IVO skulle yttra sig över ett antal frågor.

IVO kom in med ett remissvar. I det följande redovisas det endast i de delar som är aktuella för mina uttalanden. Remissvaret i sin helhet finns tillgängligt hos JO.

3. I samband med JO:s inspektion av det i ärendet aktuella LSS-boendet kom det fram att brukaren inte kunde röra sig fritt på boendet utan att personalen låste upp utrymmen, t.ex. badrummet. Även ytterdörren hölls låst.

a. Ansåg IVO vid tidpunkten för sin tillsyn år 2019 att detta var förenligt med bestämmelserna i 2 kap. 8 § och 20 § första stycket 3 regeringsformen?

IVO har aldrig ansett att personer med en funktionsnedsättning och som får stöd och service enligt LSS ska begränsas i sin rörelsefrihet, oaktat det gäller låsta dörrar eller begränsning i övrigt, utan att det finns stöd i lag för det. Vissa åtgärder kan dock godtas som en skyddsåtgärd om det föreligger samtycke från den enskilde. IVO granskar att det finns förutsättningar för den enskilde att få sina behov tillgodosedda genom exempelvis tillräcklig bemanning med rätt kompetens. Stöd och service ska ske på ett sådant sätt att den enskildes självbestämmande och integritet hela tiden beaktas.

I detta ärende hänvisades till den enskildes svåra utmanande beteende och ett nära samarbete med läkare gällande de arbetsmetoder som användes. Det rörde sig om olika anpassningar för att skydda den enskilde och undvika att den enskilde hamnade i svår affekt med självskadebeteende och våld. I ärendet finns dokumentation gällande den enskildes problematik och dagliga liv som sammantaget visar på en mycket komplex situation. För IVO vid det aktuella tillfället framstod det som relevant att verksamheten använde sig av vissa skyddsåtgärder utifrån detta. Av beslutet i aktuellt ärende framgår att IVO i samband med inspektionen på boendet inte uppmärksammade några brister och

¹ JO:s protokoll den 17 juni 2020, dnr O 10-2020.

därför avslutade ärendet. Det framgår dock inte tydligt hur IVO bedömt vilka skyddsåtgärder som ansågs relevanta.

b. Hur ser IVO numera på denna fråga?

IVO anser att det är oacceptabelt att verksamheter vidtar tvångs- och begränsningsåtgärder utan stöd i lag och ser ytterst allvarligt på om det förekommer.

Mot bakgrund av vad som framkommit bl.a. avseende detta ärende har IVO vidtagit åtgärder för att kvalitetssäkra tillsynen inom LSS-området. En ny rutin² har tagits fram för att säkerställa en enhetlig handläggning när IVO tar emot uppgifter om att det förekommer tvångs- eller begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag vid LSS-boenden. I de fall IVO uppmärksammas på att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer öppnar IVO alltid ärende för utredning. Om IVO av någon anledning skulle avstå från utredning ska ställningstagandet motiveras och dokumenteras i ärendet. I dessa ärenden ingår alltid jurist som handläggare eller medhandläggare. Därtill har en intern arbetsgrupp tillsatts för att diskutera vilka uppgifter IVO behöver inhämta i varje tillsyn för att göra bedömningar om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i relation till vad som kan anses vara tillåtna åtgärder till skydd för den enskilde. Vidare anser IVO att det är av stor vikt att det sker en systematisk uppföljning av de beslut där det konstaterats tvångs- och begränsningsåtgärder. En sådan uppföljning påbörjades under hösten 2020 och det är IVO:s avsikt att fortsätta det arbetet.

IVO har även med anledning av denna remiss ånyo fått anledning att uppmärksamma om vikten av att beslut bl.a. är tydliga, väl motiverade och bemöter det som föranlett tillsyn. I aktuellt ärende bemöter inte IVO vad som framfördes i klagomålet. Därmed framgår det inte tydligt vilken bedömning IVO gjorde i frågan om tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är inte heller tydligt i beslutet hur man bedömt de motstående uppgifterna avseende om den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor. IVO ser att i aktuellt ärende hade det varit av betydelse med en tydlig dokumentation av de iakttagelser, om t.ex. boendets utformning och låsta utrymmen, som gjordes i samband med inspektionen för att ha med som en del av beslutsunderlaget.

4. JO har tagit del av IVO:s akt avseende den vid boendet genomförda tillsynen. I akten framgår att brukarens syster vid två tillfällen (den 8 januari och den 15 mars 2019) uppgav att brukaren blev inlåst på boendet.

a. På vilket sätt beaktade IVO informationen som brukarens syster lämnade?

IVO initierade tillsynen med anledning av vad som framkom i klagomålet. Vid tillsynen förhörde sig IVO om den enskildes situation utifrån flera aspekter, bland annat utifrån de synpunkter som systemen framförde. För att skapa sig en bild av ärendet inhämtade och läste IVO kommunens dokumentation inför inspektionen. IVO bedömde ärendet som väldokumenterat och fann inte skäl att tro att kommunens dokumentation inte gav en sanningsenlig bild. Vid inspektionen intervjuade IVO såväl representanter för personalen som ansvarig enhetschef och kommunens övergripande ledning. IVO gjorde även ett kort besök hos den enskilde i bostaden. I samband med framtagandet av detta yttrande anger IVO:s medarbetare, som var på plats vid inspektionen, att den enskilde trivdes i boendet, men upplevdes orolig över IVO:s besök och uttryckte

² Rutinbeskrivning, dnr 1.4.1-56240/2020.

en oro över att inte få bo kvar. Personalen på boendet bekräftade den enskildes oro och berättade att oron hade funnits en tid och förstärktes ytterligare av IVO:s besök. Såvitt framgår av den kommunala dokumentationen var den enskilde och dennes legala företrädare nöjda med boendet och assistansen. Det framkommer också att den enskildes far var nöjd med boendet och det stöd som gavs. IVO beklagar att det inte av dokumentationen i IVO:s ärende framkommer att ett samtal med den enskilde genomfördes. Likaså framgår det inte av protokollen från intervjuerna att frågor om de uppgifter som systemen lämnade ställdes vid inspektionen. IVO ser också brister i att beslutet inte tydligt redogör för de uppgifter som lämnades av systemen liksom att frågan om begränsning av rörelsefriheten för den enskilde inte konkret framgår i beslutet. Så som redovisats ovan, se svar till fråga 3.b., är IVO:s inställning att beslut i ärenden ska bemöta det som föranlett ett ärende. Det behöver inte betyda att IVO delar anmälares inställning men en prövning av det som föranlett tillsyn ska göras och sakligt bedömas utifrån en i ärendet adekvat utredning.

b. Ställde IVO några frågor om inläsning vid sin tillsyn?

Vid IVO:s inspektion berättade personalen att den enskilde ibland valde att vara ensam, i framförallt, sitt sovrum. Det innebar inte att den enskilde var inlåst utan kunde komma ut eller få sällskap vid sådant önskemål. Personalen angav att det fanns oroande incidenter som innebar kvävningrisk på grund av att den enskilde stoppade saker i munnen när den enskilde var ensam. Personalen fanns dygnets alla timmar till hands för att stötta, vägleda och aktivera den enskilde. IVO fann inte skäl att fördjupa sig i frågan om inläsning då det vid inspektionen inte framkom något som tydde på att den enskilde skulle vara inlåst och alltid hade personal vid sin sida.

IVO noterar att det av inhämtat material och klagomål framgår att den enskilde var begränsad i sin rörelsefrihet och IVO anser att det då alltid bör föranleda att frågor ställs om dessa uppgifter. Oaktat om det rör inläsning eller annan begränsningsåtgärd. Av protokollet över intervjun med personalen framgår att den enskilde vid det tillfället inte hade tillgång till köket men att inga frågor ställdes om den begränsningen. Det framgår inte heller i övrigt att fördjupningsfrågor om inläsning eller andra begränsningsåtgärder ställdes. IVO noterar att de uppgifter som nu lämnas i samband med detta yttrande, om att den enskilde ibland valde att vara ensam samt om oroande incidenter om kvävningrisk, inte återges i protokollet över intervjun med personalen. Det är beklagligt då dessa uppgifter är typiskt sådana som borde ha protokollförts då de framkom vid inspektionen.

c. Finns det anledning att ställa sådana frågor i samband med tillsyn av LSS-boenden?

Det finns alltid anledning att vara uppmärksam på eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder. Framkommer sådana uppgifter ska de alltid utredas. Se även svaret under 3.b. om ny rutin.

d. Uppmärksammade IVO på något annat sätt att dörrarna i brukarens boende hölls låsta?

Med anledning av JO:s remiss har IVO:s medarbetare från inspektionstillfället svarat att de vid besöket i boendet blev insläppta av personal och visades runt. IVO uppmärksammade då inte att några dörrar var låsta förutom dörren till personalrummet.

IVO kan konstatera att det av den sociala dokumentationen framkommer uppgifter om fler låsta utrymmen och att det av protokollet fört vid intervju med personalen framkommer att den enskilde inte har tillgång till köket.

5. I samband med JO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo fick JO en uppgift om att det har gjorts en lex Sarah-anmälan avseende verksamheten på boendet.

a. På vilket sätt beaktar IVO förekomsten av, eller avsaknaden av, lex Sarah-anmälningar i sin tillsyn av LSS-boenden?

Inledningsvis vill IVO tydliggöra att inte alla missförhållanden anmäls till IVO som en del i anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah.

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Bl.a. anställda har en rapporteringsskyldighet om att genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker på missförhållanden som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten. En sådan rapport kan benämnas lex Sarah-rapport. Den som bedriver en verksamhet är skyldig att dels utreda en lex Sarah-rapport, dels att avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande. Den som bedriver en verksamhet ska snarast anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO. Med anmälan ska utredningen bifogas. Med allvarliga missförhållanden som ska anmälas avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. En påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska också anmälas. Det innebär att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett allvarligt missförhållande. Exempel på faktorer som har betydelse för bedömningen om allvarlighetsgrad är bl.a. inlåsning eller tvångsåtgärder som sker utan lagstöd.³

IVO bör oavsett anledning till att tillsynen initierats beakta information som IVO har tillgång till om de verksamheter som ska ingå i tillsynen. Informationen ska samlas in och sammanställas vid inledningen av tillsynen. Sådan information kan som exempel vara pågående och avslutade ärenden enligt lex Sarah. Överlag är både förekomsten av och avsaknaden av lex Sarah något som ska beaktas i tillsyn av LSS-boenden. Vid förekomst kan det ge indikationer på vad som kan behöva följas upp ytterligare och vid avsaknad kan frågetecken ställas kring kunskap om förfarandet. Därutöver uppmärksammar IVO i tillsynen vikten av personalens rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och ledningens utrednings- och anmälningsskyldighet.

b. På vilket sätt beaktar IVO, i sin tillsyn av LSS-boenden, avvikelser som har rapporterats inom verksamheten?

Om det finns avvikelser som är kända vid tillsynen ska dessa beaktas. Är de relevanta för den aktuella tillsynen bör de t.ex. diskuteras vid intervjuer och tas med i bedömningen.

I det nu aktuella ärendet noterar IVO att det framkom uppgifter om ett ”allvarligt missförhållande” i protokollet över intervjun med ledningen. Dock saknas det dokumentation om eventuella följdfrågor avseende vad missförhållandet bestod i och om detta hade anmälts eller skulle anmälas till IVO enligt lex Sarah.

³ Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, andra uppl. s. 16 och 86.

Mina uttalanden

Ramen för min granskning

JO:s huvuduppgift är att granska att myndigheter och andra som står under JO:s tillsyn följer lagar och andra författningar i sin verksamhet. Syftet är i första hand att undersöka om myndigheterna har handlat enligt de regler för förfarandet som gäller för dem, dvs. om de har agerat korrekt i formellt hänseende. JO brukar som regel inte ha synpunkter på de bedömningar som en myndighet har gjort i ett visst ärende. Det som har kommit fram i det aktuella ärendet ger mig inte anledning att frågå denna princip.

I beslutet kommer jag att uttala mig om IVO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo. I samband med det kommer jag att beröra bl.a. IVO:s uppgift som tillsynsmyndighet och de bedömningsstöd som används inom myndigheten. Därefter kommer jag att uttala mig om IVO:s dokumentation och hur myndigheten utformat sitt beslut i ärendet.

Syftet med IVO:s tillsyn m.m.

IVO:s huvudsakliga uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning av hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.

IVO:s verksamhet ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter. Tillsynen ska genomföras av ett patient- och brukarperspektiv. Den ska även omfatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till berörda verksamheter.⁴

I IVO:s tillsynspolicy⁵ är patient- och brukarperspektivet tydligt. Tillsynen ska bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet och den ska utföras så att den gagnar vård- och omsorgstagarna. Verksamheten ska inriktas på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor, och kännetecknas av följande:

- Rättssäkerhet, dvs. att tillsynen utgår från lagar och föreskrifter samt att likvärdiga bedömningar görs i likvärdiga fall för att åstadkomma vård på lika villkor.
- Förutsägbarhet och öppenhet, dvs. att de granskade har insyn i hur och varför tillsynen genomförs. Myndighetens beslut ska vara tydliga och begripliga.
- Oberoende, dvs. att tillsynen inte låter sig påverkas av olika intressenter.

⁴ 1 och 2 §§ förordningen [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, "IVO:s instruktion".

⁵ Inspektionen för vård och omsorg, IVO:s policy för tillsyn, 2018-01-01, dnr 1.3-6505/2015.

– Professionalitet, dvs. att tillsynen är kunskapsbaserad.

IVO:s tillsynsverksamhet är till stor del författningsreglerad. Inom denna avses i huvudsak enskildas klagomål inom hälso- och sjukvård, frekvenstillsyn av boenden för barn och unga, anmälnings- och underrättelseskyldighet enligt lex Maria (hälso- och sjukvård) och lex Sarah (socialtjänst och LSS-verksamhet) samt tillsyn av legitimerad vårdpersonal.

Utöver den författningsreglerade tillsynen bedrivs s.k. egeninitierad tillsyn. Sådan tillsyn inleds av IVO själv, antingen på förekommen anledning av information som kommit in från en privatperson eller verksamhet till myndigheten eller på basis av riskanalyser.

I november 2019 redovisade Riksrevisionen granskningsrapporten Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33). I sammanfattningen av rapporten underströks det författningensliga kravet på att IVO:s tillsyn bedrivs strategiskt, effektivt och på ett enhetligt sätt i landet. Riksrevisionens slutsats var bl.a. att IVO inte helt hade levt upp till sin roll som tillsynsmyndighet i dessa tre delar. Riksrevisionen rekommenderade IVO att bl.a. utveckla styrningen och ledningen för att tillsynsverksamheten ska få nödvändiga förutsättningar för att utföra uppdraget och att utforma och tillgängliggöra bedömningsstöd för inspektörer så att besluten blir mer enhetliga. I rapporten angav Riksrevisionen att IVO vid sin egen uppföljning av den egeninitierade tillsynen iakttagit bl.a. att det saknades dokumentation om varför myndigheten valt att öppna ärenden på eget initiativ, att 30 procent av de granskade besluten inte bedömdes vara begripliga och att det fanns brister i bedömningar i tillsynsbesluten.⁶

Något om IVO:s bedömningsstöd m.m.

I sin tillsyn använder IVO bl.a. processbeskrivningar, bedömningsstöd och andra stöddokument. I ett stöddokument anges att vid inledningen av en tillsyn bör information om de verksamheter som ska ingå i tillsynen samlas in och sammanställas. Vid informationsinsamlingen används både interna och externa källor. Som exempel på information som finns i interna källor anges bl.a. vilka pågående och avslutade ärenden som finns avseende verksamheten, beslut baserade på lex Maria och beslut baserade på lex Sarah.⁷ I sitt remissvar har IVO dessutom uppgett att myndigheten, oavsett anledning till att tillsynen initierats, bör beakta information som IVO har tillgång till om de verksamheter som ska ingå i tillsynen. Sådan information kan t.ex. vara pågående och

⁶ Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33), s. 5, 6 och 43.

⁷ Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetssätt och metoder vid process 3.5.1 egeninitierad tillsyn, oktober 2020, s. 26.

avslutade ärenden enligt lex Sarah. Jag kan konstatera att dessa rutiner stämmer väl överens med JO:s tidigare uttalande om att det är viktigt att IVO har de rutiner som krävs för att myndigheten ska kunna arbeta systematiskt med de uppgifter som kommer in.⁸ Med detta sagt är det inte uteslutet att det ändå kan finnas anledning för IVO att se över sitt bedömningsstöd i vissa delar.⁹

Genomförandet av IVO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo

IVO:s tillsyn av LSS-boendet Skogsbo var egeninitierad och inleddes efter klagomål från AA:s syster. Hon hade gjort gällande bl.a. att alla utrymmen på boendet var låsta, att personalen inte klarade av att hantera AA och att han var kameraövervakad. I februari 2019 genomförde IVO en inspektion av LSS-boendet. Som jag redan konstaterat resulterade tillsynen i slutsatsen att det inte fanns några brister i boendet och att AA uppnådde goda levnadsvillkor ”i de delar som tillsynen omfattade”. Utifrån denna skrivning går det att sluta sig till att IVO på något sätt hade avgränsat sin tillsyn. Jag har förståelse för att en tillsynsmyndighet kan behöva göra det av olika skäl. Det måste emellertid vara tydligt vad som motiverat avgränsningen och hur den gjorts. Det måste dessutom finnas en beredskap för att vid behov anpassa tillsynen till att omfatta ytterligare frågor. Så kan t.ex. vara fallet om det vid en inspektion kommer fram nya omständigheter som behöver granskas. Av IVO:s beslut framgår inte hur tillsynen av Skogsbo avgränsades och det har, som jag kommer att återkomma till nedan, gjort det svårare för en utomstående att avgöra om myndighetens bedömning angående den granskade verksamheten är rimlig.

Ett drygt år efter IVO:s inspektion – dvs. i mars 2020 – beslutade jag att inspektera LSS-boendet. Vid inspektionen kom det fram att AA var inlåst på boendet under större delen av dygnet och att det fanns en övervakningskamera utanför hans sovrumsfönster. Iakttagelserna bekräftade således vissa av de klagomål som AA:s syster framfört redan 2019. Efter inspektionen uttalade jag att eftersom AA inte kunnat lämna boendet när han velat var hans rörelsefrihet begränsad. Det stod därmed enligt min mening klart att han rent faktiskt varit frihetsberövad och jag konstaterade att LSS inte ger något utrymme för en sådan åtgärd.

I remissvaret har IVO uppgett att det av dokumentationen framgick att AA och hans legala företrädare var nöjda med boendet och assistansen. Jag kan inte dra några säkra slutsatser om, och i så fall på vilket sätt, detta påverkade IVO:s bedömning eller hur inspektionen genomfördes. Oaktat detta finns det anledning att understryka att den typen av uppgifter inte får medföra att en mer summarisk eller mindre noggrann inspektion genomförs än vad som annars

⁸ Se JO 2021/22 s. 146.

⁹ Se Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RIR 2019:33), s. 41 f.

skulle vara fallet. Vid tillsynen är det IVO:s skyldighet att undersöka om en LSS-verksamhet uppfyller kraven på god kvalitet oavsett brukarens eller den verksamhetsansvariges uppfattning i frågan. Risken är annars att en verksamhet anses uppfylla kraven av den enkla anledningen att ingen är uttryckligen missnöjd med den. En sådan ordning är naturligtvis inte godtagbar och riskerar att leda till godtyckliga bedömningar. Eftersom tillsynen av LSS-boendet Skogsbo föranletts av klagomål från AA:s syster, hade en rimlig utgångspunkt för inspektionen varit att försöka reda ut om det fanns någon grund för det som då hade framförts. Utifrån den dokumentation som finns i IVO:s tillsynsärende framstår det som om inspektionen saknade ett tillräckligt fokus på de klagomål som hade riktats mot boendet. Det är t.ex. mycket anmärkningsvärt att IVO först i remissvaret resonerat i frågan om AA var inlåst eller inte.

I sitt remissvar har IVO vidare uppgett att myndigheten inte anser att personer som får insatser enligt LSS ska begränsas i sin rörelsefrihet eller i övrigt om det inte finns stöd för det i lag. Samtidigt har myndigheten uppgett att det i ärendet hänvisades till bl.a. AA:s utmanande beteende och att det rörde sig om olika anpassningar för att skydda honom och undvika självskadebeteende och våld. IVO har uppgett att det därför framstod som relevant att verksamheten använde sig av ”vissa skyddsåtgärder”. Det framgår inte av remissvaret vilka dessa åtgärder var, men enligt min mening talar detta för att IVO godtog att AA, i vart fall till viss del, var underkastad begränsningar när han vistades i boendet och att IVO närmast ansåg det som en förutsättning för att han skulle kunna bo där. Myndigheten har dessutom uppgett att vissa åtgärder kan godtas som en skyddsåtgärd om det finns ett samtycke från den enskilde. Det är för mig oklart om IVO menar att det fanns ett sådant samtycke från AA och vad myndigheten i så fall anser att det omfattade. Jag vill framhålla att AA var placerad i boendet med stöd av LSS. Den lagstiftningen bygger på frivillighet och delaktighet från brukarens sida. Det finns alltså inga möjligheter att vidta tvångsåtgärder med stöd av LSS. Tvångsåtgärder som vidtas utan lagstöd utgör en kränkning av den enskildes grundläggande fri- och rättigheter.

Jag kan inte dra någon annan slutsats än att IVO har brustit i sin inspektion av LSS-boendet. Det framgår inte annat än att myndigheten delar min uppfattning. IVO har också uppgett att myndigheten vidtagit åtgärder för att kvalitetssäkra tillsynen inom LSS-området. Myndigheten har t.ex. tagit fram en ny rutin för att säkerställa en enhetlig handläggning när den tar emot uppgifter om att det förekommer tvångs- eller begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag vid LSS-boenden.

Jag vill i sammanhanget nämna att jag har ett pågående initiativärende som gäller intagna på Statens institutionsstyrelsens missbrukshem och frågan om en intagen på egen begäran kan vårdas i enskildhet enligt 34 a § lagen (1988:870)

om vård av missbrukare i vissa fall. Även i det ärendet aktualiseras alltså frågan om möjligheten att samtycka till tvångsåtgärder.¹⁰

IVO:s dokumentation i tillsynsärendet beträffande LSS-boendet Skogsbo

En myndighet som får uppgifter på något annat sätt än genom en handling ska snarast dokumentera dem, om de kan ha betydelse för ett beslut i ärendet. Det ska framgå av dokumentationen när den har gjorts och av vem (27 § förvaltningslagen [2017:900], FL).

Bestämmelsen är tillämplig i alla slags ärenden och avser alla beslut som kan aktualiseras inom ramen för handläggningen av ett ärende (prop. 2016/17:180 s. 314). För att skyldigheten att dokumentera ska kunna fylla sin huvuduppgift krävs att dokumentationen innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information.

Helt allmänt kan sägas att dokumentationsskyldigheten har stor betydelse också i en tillsynsverksamhet, inte minst för att den ska uppfylla kraven på att vara rättssäker. Att IVO uppfyller dokumentationsskyldigheten i sin tillsynsverksamhet är därför helt centralt.

Den tidigare gällande bestämmelsen om myndigheters skyldighet att anteckna uppgifter (15 § i 1986 års förvaltningslag) gällde enligt sin ordalydelse enbart i ärenden som avsåg myndighetsutövning mot någon enskild. JO har dock tidigare uttalat att dokumentationsskyldigheten sträcker sig längre än till att gälla ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild. Vidare har JO uttalat att det inte är tillräckligt att endast anteckna uppgifter som kan ha betydelse för utgången i ett ärende. Alla beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse bör redovisas. Även uppgifter som enbart rör ärendets gång och som inte direkt tillför några sakuppgifter bör i stor utsträckning dokumenteras. Det kan t.ex. gälla att det har förekommit kontakter med parter, andra personer eller myndigheter.¹¹

En myndighets dokumentationsskyldighet utgör grunden för en rad andra förvaltningsrättsliga regler som tillsammans syftar till att garantera den enskildes rättssäkerhet. Att denna skyldighet uppfylls är en förutsättning för att det ska finnas ett fullgott beslutsunderlag. Det är vidare en av förutsättningarna för insyn i och kontroll av verksamheten, både från internt och externt håll. För att den enskilde ska kunna utöva den rätt till partsinsyn som regleras i 10 § FL krävs också god dokumentation. Dessutom krävs det för att kunna tillgodose den grundlagsskyddade rätten att ta del av allmänna handlingar.

¹⁰ JO:s dnr 2802-2020.

¹¹ Se t.ex. JO 2014/15 s. 330 och JO:s beslut den 19 april 2018, dnr 458-2017.

Innehållet i dokumentationen ska vara sådant att JO ska kunna granska handläggningen av ärendet. Saknas dokumentation blir det svårt, och i vissa fall till och med omöjligt, att följa vad som har hänt i ett enskilt ärende.

Vid inspektionen av LSS-boendet upprättade IVO två protokoll: dels efter den intervju som gjordes med personal på boendet, dels efter intervjun med ledningen. I protokollet efter intervjun med ledningen redovisades bl.a. följande:

Enligt BB [*verksamhetschefen, JO:s anm.*] har verksamheten utvecklats över tid, arbetsskadorna har minskat och personalen hittar strategier för hur de på bästa sätt ska bemöta brukaren och förebygga incidenter av olika slag.

Förutom problemet med relationen till systemen har verksamheten också haft en lex Sarah-rapport om ett allvarligt missförhållande som resulterat i att en personal slutat.

Systemen har också hittat två domar som rör två anställda i personalgruppen.

Sammantaget beskriver både BB och CC [*socialchefen, JO:s anm.*] att detta skapar oro både för ledning och personal och att fokus och energi ofta måste läggas på annat än brukarens välmående.

Brukarens självskadebeteende har minskat över tid. Nu har dock brukaren uppvisat en oro som man inte sett tidigare och har fått svårt att sova. BB berättade att brukaren är känslig för stämningar och känner av om det till exempel finns en oro i personalgruppen.

Brukarens funktionsnivå går både framåt och bakåt, vilket personalen måste anpassa sitt förhållningssätt till. Målsättningen är att kunna vistas mer ute i samhället. Idag är det begränsat, vilket beror på de farliga situationer som kan uppstå både för brukaren själv, men också för andra i omgivningen.

Det utåtagerande beteendet har minskat och det är sällan personalen utsätts för våld numera. Detta har också resulterat i att brukarens ångest kunnat minska eftersom han oftast mådde väldigt dåligt efter att personal blivit skadad.

BB berättade att personalen skriver avvikelser när oönskade händelser sker. Sedan oktober – november 2018 har det kommit flera synpunkter och klagomål från brukarens syster. Tidigare kom det aldrig några klagomål. Systemens klagomål hanteras på olika sätt av utifrån vad saken gäller. Både BB och CC är mycket involverade och försöker hitta lösningar för att framförallt ge stöd till personalen så att de kan skapa ett lugn runt brukaren.

Den inträffade lex Sarah-händelsen resulterade i att en personal slutade och det har påverkat brukaren negativt. Likaså påverkar schismerna som finns med systemen brukaren på ett negativt sätt. Inte minst för att personalen tvingas lägga energi på annat än stödet och omvårdnaden till brukaren.

I de ovan redovisade delarna framkommer det uppgifter som enligt min mening inte kan uppfattas på annat sätt än att det hade funnits och vid tidpunkten för inspektionen fortfarande fanns problem på LSS-boendet. Uppgifterna är

emellertid formulerade på ett sätt som gör det svårt att förstå vad de beskrivna problemen egentligen gällde. IVO har i remissvaret medgett att det t.ex. inte framgår vad det redovisade ”allvarliga missförhållandet” handlade om. Jag vill även lyfta fram att det är oklart vilka ”arbetsskadorna” har varit, vilken ”oro” som brukaren har uppvisat och vilka ”farliga situationer” som kan uppstå för brukaren. I protokollet anges även att ”det är sällan personalen utsätts för våld numera”. Det framstår således som att personalen tidigare hade utsatts för våld i större omfattning. Utifrån dokumentationen går det dock inte att dra någon säker slutsats om detta.

Ett protokoll som innehåller sådana allvarliga uppgifter som i det aktuella fallet måste naturligtvis utformas på ett sådant sätt att det enkelt går att förstå vad som har inträffat, och vilka problem som har funnits eller som fortfarande finns i verksamheten. Det måste också vara möjligt att utläsa vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att hantera problemen.

Såvitt framgår av protokollen höll IVO inget samtal med AA vid inspektionen. I sitt remissvar har dock myndigheten uppgett att inspektörerna talade med honom, och myndigheten beklagar att det inte framgår av dokumentationen.

Det framgår av IVO:s stöddokument att brukarens synpunkter och erfarenheter är viktiga kunskapskällor och att de därför ska beaktas.¹² Detta är ett uttryck för att brukarens perspektiv ska genomsyra alla delar av tillsynen, alltså även genomförandet av en inspektion (2 § IVO:s instruktion).

Enligt min mening bör huvudregeln vid en inspektion vara att det ska hållas ett samtal med brukaren, när det är möjligt. Finns det ett stort antal brukare får det självklart göras ett urval så att samtal hålls med ett lämpligt antal. Vid en inspektion av en verksamhet där det endast finns en brukare bör det finnas godtagbara skäl till varför samtal inte hållits med honom eller henne. Dessa skäl bör då redovisas i ett protokoll eller i ett beslut. Har det genomförts ett samtal ska det naturligtvis dokumenteras, företrädesvis på samma sätt som samtalen med t.ex. ledningen eller personalen. Jag har inte funnit anledning att ifrågasätta IVO:s uppgift om att ett samtal hölls med AA vid inspektionen. Att det skett vinner stöd av att det i myndighetens beslut står att AA uppgav att han hade det bra men att han var orolig över att behöva byta personal eller behöva flytta från boendet. Mot bakgrund av det som IVO redovisat i beslutet finns det utrymme för slutsatsen att AA inte sade något ytterligare vid samtalet. Jag kan dock inte

¹² Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetsätt och metoder vid process 3.5.1 egeninitierad tillsyn, oktober 2020, s. 8.

förstå IVO:s remissvar på något annat sätt än att AA berättade mer än vad som framgår av beslutet, trots att det inte dokumenterats.

I remissvaret har IVO svarat bl.a. på frågan om hur myndigheten beaktade den information som AA:s syster hade lämnat t.ex. om att brodern blev inlåst på boendet. IVO har därvid uppgett att myndigheten vid tillsynen förhörde sig om AA:s situation bl.a. utifrån de synpunkter som hans syster hade lämnat. Detta framgår dock inte av dokumentationen. Varken i protokollet eller i beslutet står det att frågor ställdes om inlåsnings- eller andra begränsningar i AA:s rörelsefrihet. De iakttagelser som IVO gör vid en inspektion bör naturligtvis dokumenteras. IVO verkar dela min uppfattning på den punkten. Myndigheten har i remissvaret uppgett att det hade varit av betydelse med en tydlig dokumentation av de iakttagelser som gjordes i samband med inspektionen för att ha med som en del av beslutsunderlaget. Vidare noterar IVO att uppgifter om att AA ibland valde att vara ensam och om oroande incidenter med kvävningrisk inte återges i protokollet över intervjun med personalen. Enligt myndigheten är det beklagligt eftersom dessa uppgifter typiskt sett är sådana som borde ha protokollförts eftersom de kom fram vid inspektionen. Jag kan inte annat än instämma i den bedömningen.

IVO:s utformning av beslutet i tillsynsärendet

I ett av IVO:s stöddokument anges att det inte finns någon generell detaljreglering av frågan hur ett myndighetsbeslut ska se ut, mer än i vissa övergripande delar.¹³ Jag vill därför peka på att det framgår av såväl bestämmelser i förvaltningslagen som av lagförarbeten hur ett beslut ska utformas.

För varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar bl.a. vad beslutet innehåller (31 § FL). Detta innebär att beslutets innebörd ska framgå av dokumentationen (prop. 2016/17:180 s. 319).

Ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska enligt huvudregeln innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt. En sådan motivering ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande (32 § första stycket FL).

Kravet att motiveringen ska vara klargörande innebär att en part ska ges möjlighet att förstå hur myndigheten har resonerat i det enskilda fallet. I motiveringen ska myndigheten också redogöra för vilka omständigheter, alltså vilka fakta, som den har tillmätt betydelse och hur den har värderat dessa. I

¹³ Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetssätt och metoder vid process 3.5.1 egeninitierad tillsyn, 2020, s. 35.

kravet på redovisning av omständigheterna i ärendet ligger också att myndigheten normalt ska förklara hur den har bedömt eventuella invändningar som den enskilde har gjort i ärendet (prop. 2016/17:180 s. 320 och 321).

Motiveringsskyldigheten syftar bl.a. till att garantera att myndigheterna prövar sina ärenden på ett sakligt och enhetligt sätt. För att allmänhetens tilltro till myndigheternas kompetens och objektivitet ska upprätthållas krävs att myndigheterna kan visa att besluten som fattas inte är godtyckliga utan har en relevant rättslig grund och är väl underbyggda. Vetskapen om att en motivering måste ges främjar också en omsorgsfull, saklig och enhetlig prövning av ärendena. För en enskild part är betydelsen av att myndigheten på ett öppet, tydligt och enkelt sätt klargör hur den kommit fram till sitt beslut ofta avgörande för att parten ska kunna förstå beslutet. Ett beslut ska inte bara innehålla de skäl som bestämt utgången i ärendet, utan skälen bör också presenteras på ett sådant sätt att de blir begripliga för den enskilde.¹⁴

IVO använder ett bedömningsstöd när myndigheten utformar sina beslut, t.ex. vid egeninitierad tillsyn. I stödet anges att besluten utformas på olika sätt beroende på om myndigheten i sin tillsyn har sett brister eller inte och hur allvarliga bristerna i så fall är. De tre beslutstyper som IVO ska använda är

- a) beslut när IVO inte har konstaterat några brister
- b) beslut när IVO har konstaterat brister
- c) beslut när IVO har konstaterat allvarliga brister och begär redovisning av vidtagna åtgärder.

Var och en av de olika beslutstyperna har en egen beslutsmall med stödtexter. IVO:s beslut ska i grunden följa klarspråksprinciperna och redovisa myndighetens bedömning, de omständigheter som har framkommit i tillsynen och som ligger till grund för bedömningen samt det rättsliga stödet för IVO:s bedömning.¹⁵

Den 28 mars 2019 meddelade IVO beslut i ärendet om LSS-boendet Skogsbo. Jag vill först kommentera de avsnitt i beslutet som har rubrikerna Beslut respektive Skälen för beslutet. Under rubriken Beslut står följande:

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet.

Under rubriken Skälen för beslutet står bl.a. följande:

¹⁴ Se JO 2021/22 s. 42.

¹⁵ Inspektionen för vård och omsorg, Bedömningsstöd för beslut i ärendeslagen frekvenstillsyn (3.2.1 och 3.2.2) egeninitierad tillsyn (3.5.1) och lämplighetsprövning (3.5.2), 2019-10-28.

Sammantaget gör IVO bedömningen att brukaren erbjuds insatser med god kvalitet och att brukaren uppnår goda levnadsvillkor i enlighet med 6 och 7 §§ LSS i de delar som tillsynen omfattade.

När ett beslut är motiverat på ett sådant sätt måste det naturligtvis också tydligt framgå vilka områden som tillsynen omfattade. I beslutet lämnas det inte några sådana besked. Dessutom har IVO inte mer än i mycket allmänna ordalag redogjort för de uppgifter som AA:s syster hade lämnat i klagomålet. Inte heller har myndigheten redogjort för de allvarliga uppgifter som kom fram vid samtalet med ledningen för boendet. Enligt min mening är det därför inte möjligt att utifrån beslutet avgöra om huruvida myndighetens bedömningar var korrekta eller ens relevanta utifrån syftet med inspektionen.

Av utredningen i ärendet framgår att AA:s syster den 8 januari 2019 hade ett telefonsamtal med IVO. Vid samtalet lämnade hon allvarliga uppgifter om AA:s förhållanden på boendet. Dessutom framkom oroväckande uppgifter vid det samtal som IVO:s inspektörer hade med boendets ledning. Trots de relativt omfattande och allvarliga uppgifter som lämnats om missförhållanden på boendet gjorde IVO bedömningen att AA erbjöds insatser med god kvalitet och att han uppnådde goda levnadsvillkor. Enligt min mening är det svårt att förstå hur IVO resonerade när myndigheten, trots de uppgifter som fanns i beslutsunderlaget, kom fram till denna slutsats. I vart fall är de resonemangen inte redovisade.

Det kan rimligen krävas att myndigheten i beslutet redovisat hur den förhöll sig till de oroväckande uppgifter som hade lämnats av AA:s syster men också av boendets ledning. Dessutom borde IVO ha förklarat hur myndigheten resonerade när den kom fram till slutsatsen att verksamheten inte uppvisade några brister som på allvar påverkade AA:s förhållanden på hemmet. Avsaknaden av sådana resonemang gör beslutet svårförståeligt. I det här sammanhanget vill jag särskilt peka på att beslutet helt saknade en bedömning av uppgifterna om tvångs- och begränsningsåtgärder. Jag vill även understryka att det inte är tillräckligt att IVO i beslutet skrev att ”det råder olika uppfattningar om förhållandena i det enskilda ärendet”. IVO har medgett att beslutet innehöll brister i de avseenden som jag nu uppehåller mig vid.

IVO får kritik för sin tillsyn av LSS-boendet Skogsbo

IVO:s tillsyn fyller en viktig funktion när det gäller att säkerställa att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor enligt LSS. Det måste därför ställas höga krav på myndighetens tillsynsverksamhet. Brister i tillsynen riskerar att försämra den enskildes möjligheter till goda levnadsvillkor. Dessutom påverkar brister i tillsynen såväl offentliga verksamheter som allmänhetens förtroende för IVO negativt. Tillsynen måste också vara rättssäker. Detta ställer naturligtvis höga krav på hur myndigheten genomför en inspektion men också på dess dokumentation och utformning av beslut.

När IVO genomför en inspektion är det viktigt att den görs noggrant och att den inte blir alltför summarisk. Vid en inspektion bör IVO som huvudregel utgå från de uppgifter som föranlett tillsynen. Om tillsynen inleds efter det att uppgifter kommit fram om tvångs- eller begränsningsåtgärder är det alltså viktigt att dessa utreds ordentligt vid inspektionen. Detta är viktigt inte minst när inspektionen avser ett LSS-boende med endast en brukare. En sådan brukare befinner sig i en särskilt utsatt situation och måste kunna förlita sig på att tillsynsinsatserna uppfyller högt ställda krav. Det är vidare viktigt att myndighetens dokumentation i ett tillsynsärende är korrekt och rättvisande, och att myndighetens beslut är tydligt och väl genomarbetat. Språket ska vara vårdat, enkelt och begripligt. Det får inte råda någon osäkerhet om vilka omständigheter som myndighetens bedömning grundar sig på. Det måste därför tydligt framgå hur myndigheten har resonerat, oavsett om den funnit brister eller inte i den verksamhet som granskats.

Av den granskningsrapport som Riksrevisionen redovisade i november 2019 framgår att IVO redan 2015 påbörjade ett arbete med att följa upp kvaliteten i sina tillsynsbeslut. Vid sin granskning konstaterade Riksrevisionen att IVO i en uppföljning iakttagit bl.a. att dokumentationen och beslutsmotiveringar var bristfälliga. Det är för mig oklart om IVO fortfarande arbetar med denna uppföljning. Jag kan dock slå fast att jag i det nu aktuella ärendet funnit samma slags brister som alltså konstaterats tidigare. Det är inte tillfredsställande.

I IVO:s tillsyn av LSS-boendet Skogsbo har det funnits brister i såväl genomförandet av inspektionen som i dokumentationen och utformningen av beslutet. Jag ser mycket allvarligt på detta och IVO ska därför kritiseras.

Jag utgår från att de uttalanden som jag har gjort i detta ärende leder till att IVO vidtar nödvändiga åtgärder.

Ärendet avslutas.