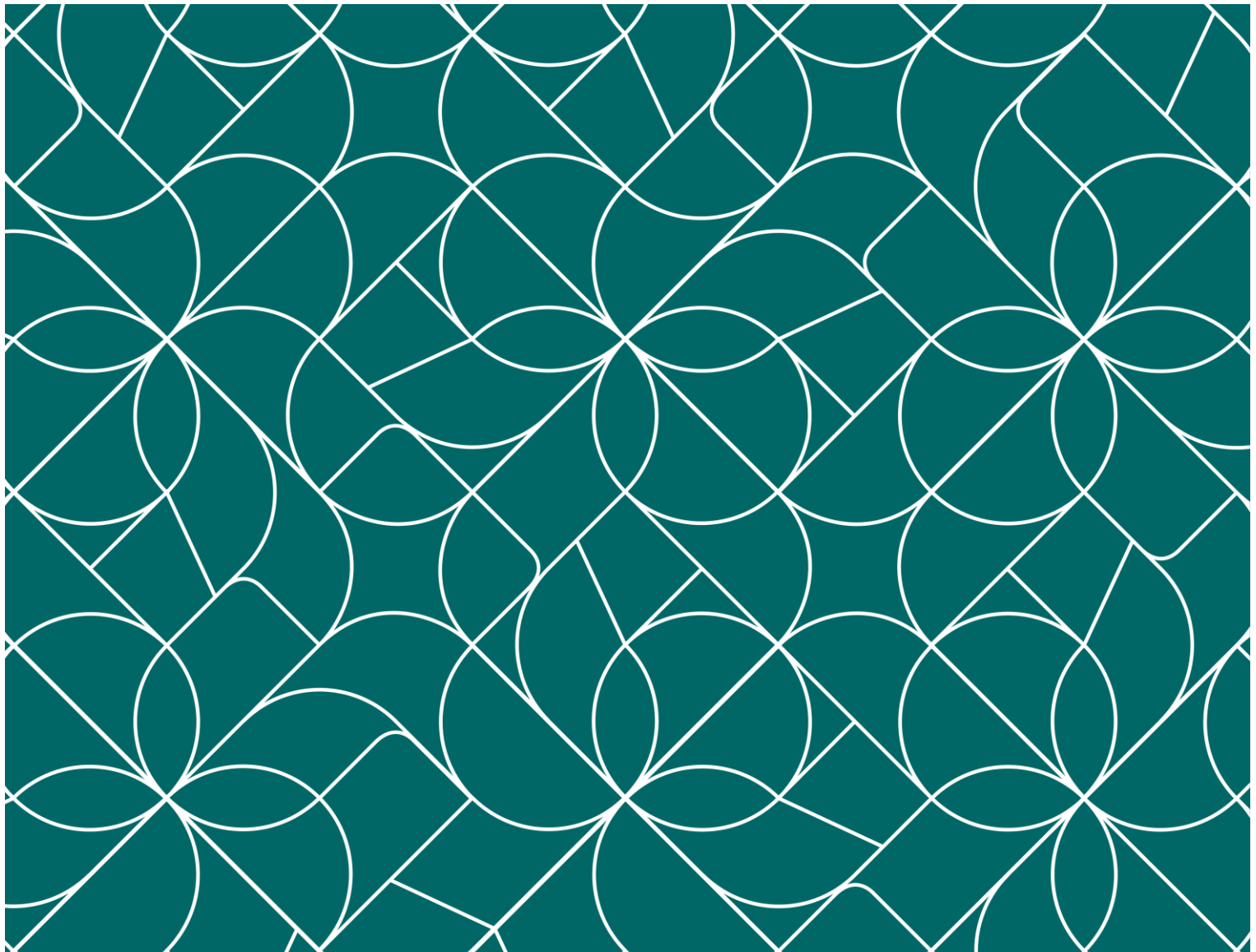


Att inte få rätten att leva som andra

Redovisning av den nationella tillsynen av gruppbo­städer
för vuxna enligt LSS



Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på www.ivo.se

Artikelnr • IVO 2023-14

Utgiven • September 2023, www.ivo.se

Sammanfattning

IVO har i tillsynen under flera år uppmärksammat att personer med funktionsnedsättningar utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i sina boenden. Mot bakgrund av detta genomförde IVO under 2022–2023 en riktad tillsyn av 90 gruppboendestäder över hela landet, med särskilt fokus på användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Tillsynen synliggör flera omfattande problem i verksamheterna. Ledning och personal i gruppboendestäder använder arbetssätt och genomför åtgärder som tvingar eller begränsar brukare. De har ofta arbetat länge på samma sätt, med samma metoder, och under lång tid genomfört de tvingande och begränsande åtgärderna utan att överväga om brukarna verkligen behöver dem.

IVO har funnit brister i 80 av 90 granskade gruppboendestäder. I fyra av tio boenden (41 procent) uppfylls inte brukares rätt till stöd utifrån behov. Det saknas många gånger giltigt samtycke från brukaren och verksamheterna säkerställer inte att lämnat samtycke dokumenteras. Det förekommer också att begränsningsåtgärder tillämpas generellt för alla brukare, istället för efter individuella behovsbedömningar, och utan att verksamheterna först har prövat mindre ingripande åtgärder. I två tredjedelar (64 procent) av verksamheterna används otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Åtgärderna innebär i flera fall påtvingat kroppsligt ingrepp, övervakning och avlyssning av brukare samt begränsningar i rörelsefrihet – i förlängningen frihetsberövanden. Det förekommer att brukare medicinerats utan sin vetskap, övervakas på olika sätt, blir inlåsta, fasthållna och förhindras att lämna sina lägenheter.

IVO:s slutsats är att en stor andel brukare i tillsynade verksamheter inte får sin rättighet att leva som andra uppfyllt. IVO bedömer att en orsak är att kommuner och privata aktörer inte har säkerställt tillräcklig kompetens hos verksamheternas ledning och personal. En annan orsak är att ledningen inte alltid har tagit sitt fulla ansvar för verksamhetens kvalitet.

Om ledning och personal saknar kompetens att förebygga och undvika situationer där det uppstår frustration för brukarna ökar risken för att de istället använder oproportionerliga och eskalerande begränsningsåtgärder, det vill säga åtgärder som inte svarar mot brukarnas individuella behov. Brister i ledning och otillräcklig kompetens medverkar därmed till att begränsningar blir omotiverat stora och att brukarnas rättigheter inte tillgodoses.

Den utbredda förekomsten av brister indikerar, tillsammans med resultat av IVO:s tidigare tillsyner på området, att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder är vanligt förekommande i gruppboendestäder för vuxna enligt LSS – och i andra verksamheter enligt LSS. Det är därför angeläget att iakttagelser från den genomförda tillsynen får en bred spridning och att huvudmännen vid behov vidtar de åtgärder som krävs för att säkerställa brukarnas rättigheter. Därtill förväntas IVO:s deltagande i externa dialoger och nätverk medverka till att aktörer som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner kan stödja huvudmännen genom bland annat kunskapsstyrning. De omfattande brister som framkommer genom tillsynen visar samtidigt att IVO behöver fortsätta följa området.

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund och syfte	5
Rättsliga förutsättningar	6
Samtycke	7
IVO:s bedömning vid användning av tvångs- och begränsningsåtgärder	8
Metod	9
Enkätundersökning och analys	9
Enkät svar från verksamheter och brukarföreträdare	9
Sammanställning och analys av enkät svaren	9
Urval av grupp bostäder med högst risk	10
Riktad tillsyn av 90 grupp bostäder	11
IVO:s samtal med brukare	11
Observationer där brukarsamtal inte var möjligt	11
Tillsynens resultat	12
Övergripande iakttagelser	12
Brister per område	13
Oklara syften med åtgärder	13
Otillåtna åtgärder	16
Slutsats	22
Brukare får inte rätten att leva som andra	22
Brister i kompetens och arbetssätt ökar risken	22
Förebygga och undvika begränsningar	24
Kunskapsspridning och fortsatt tillsyn	25
Referenser	26
Bilaga	27
Beslut per verksamhet i tillsynen	27

Bakgrund och syfte

IVO har ansvar för tillsyn inom bland annat socialtjänstområdet. Där ingår tillsyn av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I egenskap av statlig tillsynsmyndighet ska IVO kontrollera att verksamheterna följer de regler som gäller.

Funktionshinderpolitiken bygger på att alla människor har lika värde och rättigheter, oavsett funktionsförmåga. Dess främsta mål är att skapa ett samhälle där personer med funktionsnedsättning kan leva självständigt och delta fullt ut i samhället. IVO har i tillsynen under flera år uppmärksammat att personer med funktionsnedsättningar utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i sina boenden.¹ IVO har också ställt krav på ansvariga kommuner och privata aktörer att åtgärda konstaterade brister och genom egenkontroll säkerställa kvaliteten.

Under 2022 och 2023 har IVO genomfört en riktad tillsyn av 90 bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS. 20 av de granskade boendena (22 procent) drivs av privata aktörer. Till grund för urvalet ligger IVO:s riskanalys. I riskanalysen ingår cirka 18 000 enkätsvar från ledning och personal samt närstående och legala företrädare till brukare i ett stort antal gruppboendestäder över hela landet.

Tillsynens fokus har varit att granska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder riktade mot personer som bor i gruppboendestäder enligt 9 § 9 LSS.² Personer som bor i dessa boenden är extra sårbara för att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder, eftersom de på grund av sina funktionsnedsättningar inte alltid kan göra sina röster hörda. Deras funktionsnedsättningar försätter dem också ofta i en beroendesituation till den personal som finns för att stödja och hjälpa dem. Brukarnas sårbarhet är en viktig grund för myndighetens beslut att prioritera och genomföra en riktad nationell tillsyn av tvångs- och begränsningsåtgärder i LSS-boendena för vuxna.

I denna rapport presenterar IVO resultatet av den nationella tillsynen. Syftet med rapporten är att öka medvetenheten och kunskapen hos såväl kommuner och privata aktörer som hos ledning och personal om vad användning av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder ger för konsekvenser för brukare som bor i gruppboendestäder. Med otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder menar IVO i denna rapport åtgärder med inslag av tvång och begränsningar som gäller brukare i de granskade gruppboendestäderna och som inte uppfyller de krav som ställts för sådana åtgärder. Genom ökad medvetenhet och kunskap hos både ansvariga och utförare kan resultat och slutsats i denna rapport bidra till en mer rättssäker omsorg med ökad kvalitet för brukarna.

¹ Inspektionen för vård och omsorg (2023).

² En bostad för vuxna enligt 9 § 9 LSS kan vara utformad på olika sätt. I huvudsak beskriver förarbetena till lagstiftningen tre former av bostäder: gruppboendestad, serviceboendestad och annan särskilt anpassad bostad. Alla dessa typer av bostäder är den enskildes hem.

Rättsliga förutsättningar

Regler om omsorgen för personer med funktionsnedsättningar återfinns framför allt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lagen syftar till att säkerställa att personer med funktionsnedsättningar har lika tillgång till samhället och möjlighet att delta på samma villkor som andra. Kommunerna har det yttersta ansvaret för att befolkningen får det stöd och den hjälp de behöver. Kommuner och privata aktörer som bedriver verksamhet enligt LSS ansvarar för att verksamheten lever upp till lagar och andra föreskrifter.

LSS är en rättighetslag. Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som är i behov av insatserna. Målet enligt 5 § LSS ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

Verksamheten ska vara av god kvalitet, vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och den enskilde ska i största möjliga utsträckning få inflytande och medbestämmande över sina insatser. Ansvariga för verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Enligt 6 § LSS ska det också finnas den personal som behövs för att ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad.

Personer som har rätt till insats i form av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS ska genom insatsen vara garanterade goda levnadsvillkor. Det framgår av 7 § LSS att verksamheten ska anpassa insatsen till mottagarens individuella behov samt utforma den så att den är lätt tillgänglig för de personer som behöver den och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Regeringsformen (RF) anger i 2 kap. 6 § att var och en är skyddad gentemot det allmänna mot påtvingat kroppsligt ingrepp och, utöver det, mot intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Bestämmelsen i 2 kap. 8 § RF anger att var och en även är gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Dessa bestämmelser gäller även vid insatser enligt LSS.

Kompletterande bestämmelser om insatsen bostad med särskild service för vuxna finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Den föreskriver bland annat omvårdnad och individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen.

I 24 kap. 4 § brottsbalken finns bestämmelser om nödrätt. Bestämmelserna innebär att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar för en gärning som normalt skulle vara straffbar.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS innehåller bestämmelser om verksamheternas skyldigheter att dokumentera. Det framgår av 4 kap. 9 § i SOSFS 2014:5 att verksamheten, kontinuerligt och utan orimlig försening, ska dokumentera sina åtgärder i journalen vid genomförandet eller uppföljningen av en insats. Detsamma gäller faktiska omständigheter och händelser

av betydelse för genomförandet eller uppföljningen av en insats. Det ska framgå av journalen när åtgärder är genomförda och uppföljda och av vem. Det ska även framgå när det har inträffat faktiska omständigheter eller händelser av betydelse och när en handling av betydelse för genomförandet eller uppföljningen av en insats har kommit in eller när den som bedriver verksamhet har upprättat den.

Samtycke

Förutsättningar för att ett samtycke ska ha rättslig giltighet är att:

- a) den som har rätt att bestämma över det aktuella intresset har lämnat samtycket,
- b) den som samtycker kan förstå betydelsen av samtycket,
- c) den som samtycker har haft full kunskap om betydelsefulla omständigheter,
- d) den som samtycker har gjort det frivilligt, samt
- e) att samtycket är allvarligt menat.³

För att ett samtycke till en viss åtgärd ska ha rättslig giltighet måste det även finnas vid tidpunkten för när man genomför åtgärden.⁴ En person kan när som helst återkalla sitt samtycke. En god man eller förvaltare kan i regel inte samtycka till vård och omsorg mot en persons vilja eller till användning av tvångsåtgärder.⁵ Ställföreträdare kan inte heller beordra eller ställa krav på att personal ska utföra vård eller omsorg mot en persons vilja eller att använda olika tvångs- eller begränsningsåtgärder.⁶

Det finns olika former av samtycke. Uttryckligt samtycke innebär att den berörda personen aktivt, skriftligt, muntligt eller genom till exempel en jakande nick, ger sitt samtycke till en viss åtgärd.⁷ Konkludent samtycke består i att personen agerar på ett sätt som underförstått visar att denne samtycker, exempelvis genom att underlätta att genomföra åtgärden.⁸ Presumerat samtycke bygger på att den som ska genomföra åtgärden förutsätter att den överensstämmer med personens vilja utan att samtycket har kommit till uttryck. Inre samtycke rör situationer då den berörda personen är fullt medveten om vad som planeras och faktiskt samtycker till åtgärden i fråga, men inte på något sätt låter detta samtycke komma till uttryck. Det går i denna situation endast att anta eller presumera att personen samtycker. Ett sådant antagande måste bygga på att personen har informerats om den planerade åtgärden och då inte har gett uttryck för någon motvilja mot att den genomförs.⁹

³ Se prop. 1993/94:130, s. 39.

⁴ Ibid.

⁵ SOU 2004:112, s. 452 och 728ff.

⁶ Se JO 1983-84, s. 150.

⁷ IVO har i vissa beslut i tillsynen benämnt ett samtycke som är uttryckligt och där den enskilde fullt ut förstår vad denne ger sitt samtycke till som "reellt" samtycke.

⁸ Rynning (1994), s. 316-323.

⁹ Rynning (1994), s. 324 ff.

Hypotetiskt samtycke beskrivs ibland som en särskild form av presumerat samtycke. Hypotetiskt samtycke innebär att något samtycke faktiskt inte finns från den det gäller, men att personen i fråga skulle ha samtyckt till åtgärden om denne hade fått tillfälle att ta ställning i frågan.¹⁰ Kraven på samtyckets form bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur.¹¹

IVO:s bedömning vid användning av tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO:s bedömning av användning av tvångs- och begränsningsåtgärder utgår ifrån det regelverk som omger verksamhet enligt LSS, där centrala delar beskrivs ovan.

IVO utgår från att LSS bygger på frivillighet och att verksamheten i regel inte får genomföra åtgärder mot brukares vilja. I de fall en brukare kan lämna ett uttryckligt samtycke ska verksamheten hämta in det. Det förekommer att brukare, exempelvis på grund av olika psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar, inte har förmåga att lämna ett sådant samtycke. I sådana fall måste verksamheten försöka ta reda på om brukaren ändå på annat sätt samtycker till åtgärden, eller ytterst åtminstone noggrant fastställa att de inte genomför åtgärden mot brukarens vilja. Brukare kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd och det kan vara vägledande för verksamhetens ställningstagande om det finns samtycke eller inte.¹² Rätt hjälpmedel och kommunikationsstöd kan också stödja en brukare att visa vad denne vill i förhållande till en viss åtgärd. Verksamheten kan enbart genomföra vissa särskilt ingripande åtgärder om en brukare har lämnat ett uttryckligt samtycke.¹³

När IVO bedömer en åtgärd som har inslag av tvång och begränsningar granskar IVO även om syftet med åtgärden har varit att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren, om verksamheten har gjort en individuell behovsbedömning före åtgärden samt först har genomfört eller övervägt mindre ingripande åtgärder. Syftet med åtgärden får vidare inte vara att kompensera för brister i bemanningen, brister i personalens kompetens, eller att huvudmannen bedriver verksamheten i lokaler som inte är lämpliga för sitt ändamål.¹⁴ Verksamheten ska även ha ett ständigt pågående och aktivt arbete som rör samtliga begränsningsåtgärder, samt ett sätt att kontinuerligt utvärdera effekten av dessa åtgärder.¹⁵

¹⁰ Ibid., s. 325 och 385.

¹¹ SOU 1984:64, s. 179.

¹² En brukare kan exempelvis underlätta för personalen att genomföra en åtgärd, vilket kan betyda att brukaren samtycker. Om en brukare reagerar med motstånd mot en åtgärd kan det betyda att brukaren inte ger sitt samtycke.

¹³ Jfr SOU 1984:64, s. 179.

¹⁴ Jfr Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden "Tvång och begränsningsåtgärder"*.

¹⁵ Jfr även JO:s beslut från 23 september 2019 om sänggrindar, dnr 3661-2018.

Metod

Enkätundersökning och analys

Som grund för tillsynen har IVO analyserat svar på en digital enkät om tvångs- och begränsningsåtgärder i boenden med särskild service enligt LSS till två stora respondentgrupper. Syftet med enkätundersökningen var att finna de gruppboendestäder som indikerade störst risk för förekomst av otillåtna åtgärder riktade mot brukarna i boendet.

Enkät svar från verksamheter och brukarföreträdare

Under hösten 2021 skickades två digitala enkäter ut. En enkät gick till föreståndare och personal i de 5 271 bostäder med särskild service enligt LSS som vid tidpunkten var registrerade i IVO:s omsorgsregister.¹⁶ Föreståndaren tog emot enkäten och ombads att skicka den vidare till sin personal. Enkäten var publik¹⁷, vilket innebär att IVO saknar uppgift om vilka personer som mottog enkäten och dess svarsfrekvens. IVO fick in 15 270 enkät svar från föreståndare och personal.

En enkät gick till närstående respektive legala företrädare¹⁸ för personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS. Enkäten var en respondentenkät, vilket innebär att specifika personer fick en länk till enkäten. IVO fick hjälp med utskicket av anhörig- och brukarföreningar¹⁹ samt av överförmyndarnämnder, vilket innebär att IVO även för denna enkät saknar uppgift om vilka personer som mottog enkäten och dess svarsfrekvens. IVO fick in 2 562 enkät svar från närstående och legala ställföreträdare.

IVO:s bedömning är att de saknade uppgifterna om antal personer som mottog respektive enkät respektive svarsfrekvensen för enkäterna inte har påverkat varken analysen av enkät svaren eller urvalet av tillsynsobjekt. Uppgifterna från enkätundersökningen, tillsammans med andra uppgifter som IVO hade tillgängliga, gav stöd för urvalet av gruppboendestäder till den nationella tillsynen.

Sammanställning och analys av enkät svaren

Totalt fick IVO in 17 832 enkät svar där respondenten arbetade som föreståndare eller personal i en gruppboendestad eller var närstående eller legal företrädare till brukare i en gruppboendestad. Svaren rörde sammantaget 3 206 gruppboendestäder fördelade på 273 kommuner.

¹⁶ Enkäterna gick ut till både gruppboendestäder och serviceboendestäder men IVO kunde först vid analysen sortera ut gruppboendestäderna genom en fråga i enkäten.

¹⁷ Publik enkät innebär att alla som mottar länken med enkäten har möjlighet att besvara den.

¹⁸ Legal företrädare innebär här god man eller förvaltare.

¹⁹ Riksförbundet FUB, Svenska Downföreningen, Autism Sverige och Funktionsrätt Sverige.

Analysen av enkätsvaren visade att

- i 9 av 10 gruppbo­städer (87 procent) nekade ledning och personal brukare att, utifrån sin förmåga och i en eller flera delar, ta beslut om sig själv och sin vardag,
- i 8 av 10 gruppbo­städer (78 procent) förekom begränsningar i brukarnas egna lägenheter, samt
- i 2 av 10 gruppbo­städer (21 procent) försäkrade sig inte personalen om att brukaren samtyckte till de begränsande åtgärderna.

Urval av gruppbo­städer med högst risk

Utifrån analys av enkätsvaren samt tidigare kunskap om gruppbo­städer valde IVO ut de 82 gruppbo­städer som utföll med högst risk. Dessa gruppbo­städer återfinns i 75 kommuner. Ytterligare åtta gruppbo­städer från lika många kommuner tillkom, utifrån att IVO saknade enkätsvar och tidigare kännedom om gruppbo­städer i dessa kommuner.²⁰ Totalt har 90 gruppbo­städer i 83 kommuner ingått i tillsynen. Fördelningen av antalet granskade gruppbo­städer per län framgår av tabell 1.

Tabell 1. Fördelning av antalet granskade gruppbo­städer per län

Län	Antal	Län	Antal
Blekinge	1	Södermanland	3
Dalarna	5	Uppsala	1
Gävleborg	3	Värmland	5
Halland	3	Västerbotten	6
Jönköping	2	Västernorrland	3
Kalmar	5	Västmanland	1
Kronoberg	1	Västra Götaland	18
Norrbot­ten	2	Örebro	5
Skåne	6	Östergötland	5
Stockholm	16		

Källa: IVO.

²⁰ IVO hade inte genomfört tillsyn av någon gruppbo­stad i de berörda kommunerna och inte heller fått in några uppgifter från verksamheterna själva eller från andra personer om förhållanden i gruppbo­städer.

Urvalet gav att 20 av de granskade 90 gruppbestäderna (22 procent) har andra huvudmän än kommuner. I juni 2023 var 3 484 gruppbestäder registrerade i IVO:s omsorgsregister, varav 17 procent hade andra huvudmän än kommuner. Fördelningen mellan kommuner och andra huvudmän i tillsynen motsvarar därmed i stort den nuvarande fördelningen mellan dessa i landet.

Riktad tillsyn av 90 gruppbestäder

Under 2022 inledde IVO riktad tillsyn av 90 gruppbestäder, med särskilt fokus på användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder. Tillsynen innehöll dokumentationsgranskning²¹, granskning av gruppbestäderna, samtal med brukare och intervjuer med föreståndare respektive personal.

IVO:s samtal med brukare

IVO genomförde sammantaget cirka 200 brukarsamtal i 79 gruppbestäder (88 procent). Utgångspunkten var att inspektörerna skulle genomföra brukarsamtal i de verksamheter där det var möjligt, samt att brukarsamtalen skulle ske före intervjuer av ledning respektive personal. Inför inspektionerna skickade IVO ut information om brukarsamtalen till föreståndaren, som fick i uppdrag att, utifrån brukarnas förmågor, förmedla informationen vidare. Föreståndaren fick informationen både som text och som text med bildstöd och ansvarade för att varje brukare fick information utifrån sina behov. Vid brukarsamtalen hade inspektörerna också tillgång till bildstöd och använde det vid behov för att underlätta kommunikationen. I en gruppbestäd använde inspektörerna teckentolk.

Observationer där brukarsamtal inte var möjligt

I sex gruppbestäder där inspektörerna inte kunde samtala med brukarna genomfördes istället observationer i verksamheten, med fokus på interaktionen mellan personal och brukare. Vid två av observationerna kunde inspektörerna använda IVO:s egen observationsmetod.²² Fyra av observationerna var mer övergripande, där inspektörerna genomförde ostrukturerade observationer utan observationsschema och då endast observerade hur brukare och personal agerade i några specifika situationer. Omfattningen på brukarsamtal och observationer varierade. I fem gruppbestäder avböjde brukarna samtal eller saknade förmåga att kommunicera utifrån sina funktionsnedsättningar.

²¹ Granskning av social journal tre månader bakåt i tiden, genomförandeplaner, riskbedömningar med mera för de brukare som vid tillsynen bodde i boendet.

²² IVO har tillsammans med Göteborgs universitet tagit fram en strukturerad observationsmetod för tillsyn, OTIVO (observation för tillsyn i vården och omsorgen). Genomförande av OTIVO kräver två inspektörer som med utbildning i metoden.

Tillsynens resultat

Övergripande iakttagelser

IVO har fattat beslut för 90 gruppboendestäder och konstaterat brister i 80 av dem. Majoriteten av besluten (66 procent) är beslut med brister och begäran om återredovisning. IVO använder denna beslutstyp när någon eller några av de konstaterade bristerna är allvarliga och av den karaktären att det är möjligt att i förlängningen fatta beslut om ett föreläggande. I beslutet begär IVO att huvudmannen ska redovisa genomförda respektive planerade åtgärder för att komma till rätta med brister eller missförhållanden. IVO begär även att huvudmannen ska redovisa effekten av åtgärderna för enskilda brukare. Tabell 2 visar de 90 besluten fördelade på beslutstyper.

Tabell 2: IVO:s beslut fördelade på beslutstyper

Beslutstyper	Antal
Brister och begäran om återredovisning	59
Brister	21
Inga brister	10
Totalt	90

Källa: IVO.

I samtliga 80 ärenden där IVO konstaterat brister sammanställs och analyseras datan i myndighetens interna visualiseringsverktyg²³ och bildar därefter underlag för kommande riskanalyser och prioritering av tillsyn.

Utöver de 90 besluten har IVO i ett ärende som rör en kommunal verksamhet även fattat ett beslut om föreläggande med vite²⁴. Det innebär att en kommun har fått två olika beslut för samma verksamhet, varav ett beslut med föreläggande om vite och ett med brister och begäran om återredovisning. IVO har fattat beslut om föreläggandet utifrån bedömningen att det i verksamheten förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till enligt 5-7 §§ LSS. IVO anser att det förekommer otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i boendet genom att en brukare inte självständigt kan låsa upp sin lägenhetsdörr för att gå ut, utan är beroende av att personal låser upp. Brukaren har inte lämnat ett samtycke till åtgärden och IVO bedömer därför

²³ Visualisering av data i myndighetens visualiseringsverktyg är ett steg mot ökad insikt och ger förutsättningar för olika analyser utifrån behov.

²⁴ Om IVO finner att det i verksamhet enligt LSS förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får IVO förelägga den som svarar för verksamheten att rätta till missförhållandet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite (26 f § LSS).

att den är att betrakta som en otillåten tvångsåtgärd. I kontakt med ansvarig chef har IVO påtalat att boendet omedelbart måste genomföra åtgärder så att brukaren kan ta sig in och ut ur sin lägenhet. Detta har inte skett. IVO menar därför att kommunen saknar vilja och/eller förmåga att på frivillig väg komma till rätta med bristerna och att det därför finns grund för att förelägga kommunen att genomföra åtgärder. Kommunen har kommit in med en redovisning och IVO:s bedömning är att kommunens genomförda och planerade åtgärder är adekvata.

Brister per område

Oklara syften med åtgärder

Varje brukare med insatser enligt LSS har rätt till stöd utifrån sina behov. IVO konstaterar att det finns en uppenbar komplexitet i relationen mellan brukares rätt till stöd på egna villkor och verksamheternas ansvar och ambition att hjälpa och skydda brukare. Det framkommer i tillsynen att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer på grund av både obetänksamhet och kunskapsbrist, liksom på grund av välvilja i situationer som personal menar är svåra att förhålla sig till. Att exempelvis inte få använda åtgärder som personal eller närstående bedömer som nödvändiga för att skydda brukare kan bli ett dilemma i verksamheten. Tillsynen visar att oklara syften med åtgärder kan leda till att verksamheten brister i att tillgodose brukares rätt till stöd utifrån sina behov, vilket ökar risken för användning av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

I fyra av tio (41 procent) granskade verksamheter rör bristerna brukares rätt till stöd utifrån behov. Verksamheterna saknar många gånger ett giltigt samtycke från brukaren till den begränsande eller tvingande åtgärden, säkerställer inte dokumentation av samtycket, har inte alltid gjort individuella bedömningar av brukarens behov av åtgärden och har sällan först provat mindre ingripande åtgärder. Det är vanligt att samma gruppbostad har flera brister. Tabell 3 visar brister i rätten till stöd utifrån behov i de granskade gruppbostäderna.

Tabell 3: Brister i rätten till stöd utifrån behov i de granskade gruppbostäderna

Brister i rätten till stöd utifrån behov	Antal gruppbostäder
Inget giltigt samtycke	24
Inget dokumenterat samtycke	37
Ingen individuell behovsbedömning	27
Inte provat mindre ingripande åtgärder	19

Källa: IVO.

Det framkom i tillsynen att ledning och personal i gruppbostäder ofta benämner sina begränsande åtgärder som skyddsåtgärder, utan att först ha säkerställt att det är

syftet med åtgärderna. IVO:s bedömning vid användning av tvångs- och begränsningsåtgärder utgår ifrån att LSS bygger på frivillighet och på att ledning och personal inte får genomföra åtgärder mot enskilda brukares vilja, i enlighet med 6 § LSS. Bedömningen bygger specifikt på att syftet med en åtgärd är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren samt att brukaren fått möjlighet att lämna ett giltigt samtycke, verksamheten gjort en individuell behovsbedömning före åtgärden och först också genomfört eller övervägt mindre ingripande åtgärder.

Brister i förståelse av och arbetssätt med samtycke

Tillsynen visar att det i mer än var fjärde gruppbostad (27 procent) finns brister i personalens arbetssätt, då de inte säkerställer att de har ett giltigt samtycke från brukaren själv till de begränsande åtgärder de genomför. Det framkom i tillsynen att det finns osäkerhet i flera verksamheter om vad samtycke innebär och hur brukare med funktionsnedsättningar kan lämna samtycke. Det framkom också att denna osäkerhet ofta stannade i verksamheten för personalen själva att hantera, att de sällan lyfte den vidare till ledningen, eller att ledningen inte tog till sig det personalen förde fram och själva tog stöd och hjälp för att öka sin kunskap.

Vid granskning av en gruppbostad framkom det att en brukare lämnat ett konkluderat samtycke till rörelselarm i sin lägenhet, men brukarens genomförandeplan visade att brukaren kommunicerar med ord och tecken som stöd. Mot denna bakgrund, samt då underlaget i ärendet tyder på att brukaren har förmåga att ge uttryck för sin vilja, bedömer IVO att verksamheten som utgångspunkt bör försöka inhämta ett uttryckligt samtycke till rörelselarmet.

I samma gruppbostad visade verksamhetens dokumentation att personalen kommit överens med gode män till flera brukare på boendet om att installera rörelselarm på brukarnas altandörrar. Det framkom även i andra granskade gruppbostäder att personal ibland genomför begränsande åtgärder på direktiv från närstående och legala företrädare, istället för att hämta in brukarens eget samtycke.

IVO anser att när ledning och personal hämtar in brukares samtycke innebär det en faktisk omständighet och en händelse av betydelse som de ska dokumentera i enlighet med 21 a § LSS och 4 kap. 9 § SOSFS 2014:5. I mer än var tredje gruppbostad (41 procent) har ledning och personal inte säkerställt att de har dokumenterat i brukarens sociala journal att de har försäkrat sig om att de har ett samtycke från brukaren, eller att brukaren i de fall denne inte kan ge sitt samtycke på annat sätt visar att denne inte motsätter sig att personalen genomför en begränsande åtgärd.

IVO konstaterar att all personal vid de granskade gruppbostäderna inte alltid har kompetens eller praktiska förutsättningar att kommunicera med och förstå brukarna utifrån deras specifika funktionsnedsättningar, eller kan använda alternativ och kompletterande kommunikation²⁵ (AKK) för att hjälpa brukare med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig. IVO bedömer att

²⁵ Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig.

detta påverkar brukares möjligheter att få stöd att utveckla sin förmåga att uttrycka sin vilja.

Brister i individuell behovsbedömning innan åtgärd

Innan personal genomför en begränsande åtgärd måste de, enligt IVO, först göra en individuell bedömning av brukarens behov av åtgärden. Tillsynen visar att personalen inte har gjort detta i närmare var tredje gruppboende (30 procent). I vissa fall har ledning och personal beslutat om generella begränsningsåtgärder som gäller för samtliga brukare på gruppboendet. Det kan till exempel handla om att det för samtliga brukare har installerats larm på lägenhetsdörrar eller tagits hand om personliga ägodelar, som plånböcker, utan att samtliga brukare har dessa behov.

Det kan också handla om att verksamheten har skapat regler som gäller för samtliga brukare, utan att brukarna varit delaktiga eller förstår varför vissa regler finns. Vid inspektion i en gruppboende i tillsynen visade en brukare ett papper med boendets regler för IVO:s inspektörer. Brukaren hade inte varit delaktig i att ta fram reglerna utan fått papperet av personalen. Brukaren uppgav till IVO att denne inte hade så mycket emot reglerna men tyckte att regeln om att man ska "låta maten tysta mun" var lite märklig och att ingen hade förklarat varför man hade den.

Brister i användningen av mindre ingripande åtgärder

Tillsynen visar att i mer än var femte gruppboende (21 procent) har personalen inte först provat mindre ingripande åtgärder innan de börjat använda en begränsande åtgärd. I än mindre utsträckning har de följt upp effekterna av åtgärden. IVO har i samtliga beslut i tillsynen tydliggjort att vid bedömning av en åtgärd med inslag av tvång och begränsningar granskar IVO, förutom att brukaren har lämnat sitt samtycke, även om syftet med åtgärden har varit att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren, om verksamheten har gjort en individuell behovsbedömning före åtgärden samt först har genomfört eller övervägt mindre ingripande åtgärder. Även om ledning och personal har bedömt att syftet med en begränsande åtgärd är främjande betyder det inte nödvändigtvis att åtgärden är den mest lämpade. IVO anser att det kan finnas skäl att både ifrågasätta lämpligheten som sådan i en begränsande åtgärd och söka efter mindre ingripande lösningar, som en del i arbetet med att ge brukare en bra vård och omsorg.²⁶

Brukarens perspektiv och röster

Insatsen bostad med särskild service enligt LSS pågår ofta under lång tid, ofta i många år. Det är sällan en brukare med insatsen byter boende, utan de flesta brukare bor kvar där insatsen först verkställdes. Många blir med tiden vana vid och lär känna de andra brukarna på boendet. Brukare som bott länge i samma gruppboende kan också ha vant sig vid hur det fungerar där och känner kanske inte till att det kan fungera på annat sätt. Vid brukarsamtalen uttryckte eller visade många brukare att de är nöjda med sina boenden, att personalen är snälla och

²⁶ Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden "Tvång och begränsningsåtgärder"*.

hjälper dem på olika sätt. Det framkom dock i tillsynen att brukarna, på grund av sina funktionsnedsättningar, inte alltid förstått att de kan säga nej till personalens åtgärder, även till åtgärder som är tvingande eller begränsande. En sammanställning av upplysningar till IVO visar att det är mer vanligt att brukares närstående och legala företrädare lämnar upplysningar till IVO om förhållanden i bostad med särskild service enligt LSS, än att brukarna själva gör det.

Otillåtna åtgärder

I två tredjedelar (64 procent) av verksamheterna rör bristerna otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.²⁷ De otillåtna åtgärderna innebär i flera fall påtvingat kroppsligt ingrepp, övervakning och avlyssning av brukare samt begränsningar i rörelsefrihet – i förlängningen frihetsberövanden. Det förekommer ofta flera olika typer av otillåtna åtgärder i en och samma gruppbostad. Tabell 4 visar typer av otillåtna åtgärder i de granskade gruppbostäderna.

Tabell 4: Typer av otillåtna åtgärder i de granskade gruppbostäderna

Område	Typ av otillåten åtgärd	Antal gruppbostäder
Påtvingat kroppsligt ingrepp	Läkemedel utan vetskap	1
Övervakning eller avlyssning	Övervakning med babyvakt	5
	Omvända tittögon och glasrutor i dörrar	4
	Rörelseövervakning med larm	29
Begränsningar i rörelsefrihet	Inlåsning av brukare	7
	Fasthållning av brukare	4
	Låsta gemensamhetsutrymmen	18
	Lås som begränsar brukares rörelser	16

Källa: IVO.

Exempel på otillåtna åtgärder som framkommit i tillsynen

Läkemedel utan vetskap

Det framkom i tillsynen att personal i en kommunal gruppbostad under lång tid hade gett en brukare läkemedel utan att denne vetat om det. Vid inspektionen fick IVO uppgifter om att personal dagligen blandade läkemedel i brukarens saft.

²⁷ IVO har i tillsynen även fattat beslut som rör andra brister än otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

Varken ledning eller personal hade gett brukaren möjlighet att själv vara med och påverka och ha åsikter om sina läkemedel.

Lagstiftningen är tydlig i en persons rätt till självbestämmande och integritet, vilket framgår av 6 § LSS, 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 4 kap. 1-2 §§ patientlagen (2014:821) samt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). IVO har i beslutet påtalat för kommunen att om medicineringen, det vill säga att brukaren får läkemedel, sker mot dennes vilja så kan det röra sig om tvångsmedicinering. Då åtgärden skett i en kommunal gruppbostad strider den även mot bestämmelserna i grundlagen, 2 kap. 6 § RF, som säger att var och en är mot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp.

Övervakning med babyvakt

Tillsynen visar att personalen i fem granskade gruppbostadser ljudövervakar brukare med hjälp av babyvakt.²⁸ Övervakningen sker under många av dygnets timmar, ibland konstant under hela dygnet och oftast i situationer där brukare är ensamma i sina lägenheter.

IVO konstaterar att en babyvakt är en teknisk lösning, men ingen medicinteknisk produkt som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förskriver som hjälpmedel till någon brukare. Det är en konsumentprodukt avsedd för övervakning av små barn. Ledning och personal i gruppbostadser har självständigt och utan stöd av förskrivande personal köpt in babyvakt för att övervaka brukare i gruppbostadser. Det framkom i tillsynen att brukare ofta inte är medvetna om att personalen övervakar dem eller att de är ständigt avlyssnade.

IVO bedömer att ljud- eller eventuell bildövervakning av brukare på detta sätt innebär ett betydande intrång i deras personliga integritet och därmed är en starkt integritetskränkande åtgärd. Det innebär att ledning och personal endast kan använda åtgärden efter att de har hämtat in ett informerat och uttryckligt samtycke från brukaren. Brukaren behöver också fullt ut förstå vad åtgärden innebär och lämna sitt samtycke specifikt till detta.

När ledning och personal använder en teknisk lösning för att under längre tid eller konstant övervaka en brukare utan dennes samtycke brister de i respekt för brukarens integritet enligt 6 § LSS. Sker övervakningen i en offentlig verksamhet bryter de också mot regeringsformen, 2 kap. 6 § RF, som säger att ingen får övervaka eller kartlägga en enskild persons personliga förhållanden utan dennes samtycke.

Omvända tittögon och glasrutor i dörrar

Tillsynen visar att det i fyra av de granskade kommunala gruppbostäderna finns omvända tittögon eller glasrutor i brukarnas lägenhetsdörrar eller badrumsdörrar. Dessa är monterade i dörrarna för att personalen ska kunna titta in till brukaren, se

²⁸ En babyvakt, även kallad babymonitor, består av en sändare och en mottagare för ljud- och bildöverföring. Personalen placerar sändaren i det utrymme där brukarens finns och kan via sin mottagare registrera ljud från brukaren, eller via en kamera i mottagaren se vad brukaren gör.

var brukaren befinner sig, vad denne gör och vilket humör denne är på. Det har framkommit i tillsynen att en brukare vid något tillfälle har ställt upp sin toalettdörr så att personalen inte ska kunna titta in i resten av lägenheten. Det har även framkommit att andra brukare i boendet också kan titta in på sina grannar genom glasrutorna i dörrarna och har gjort det. Det flesta brukare har av den anledningen hängt för olika saker för att minimera möjligheten att se in i lägenheten.

IVO anser att det inte är försvarbart att personal och ledning använder denna typ av övervakande åtgärder, eftersom de innebär att både personal och andra kan övervaka brukarna obemärkt i olika situationer. Det faktum att brukare hängt för saker för att förhindra att någon kan se in visar att de har vetskap om att det förekommer och dessutom har protesterat mot det, det vill säga tydligt visat att samtycke inte förekommer.

IVO har i flera beslut konstaterat att brukare kan uppfatta denna typ av åtgärder som starkt integritetskränkande och att de strider mot 6 § LSS. IVO:s krav på åtgärder innebär att brukaren lämnat ett uttryckligt samtycke och även förstår helt och fullt vad åtgärderna innebär. Då de gruppboendestäder där åtgärderna skett är kommunala verksamheter strider åtgärderna också mot bestämmelserna i grundlagen, 2 kap. 6 § RF, som säger att var och en är mot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Rörelseövervakning med larm

Tillsynen visar att det i närmare var tredje gruppboendestad (32 procent) är monterat larm på brukarnas lägenhets- och altandörrar, som signalerar till personalens mobiltelefon när brukaren passerar dörren. Larmen på brukarnas dörrar är ofta påslagna under hela dygnet. Det förekommer också att gruppboendestädernas ytterdörrar har larm som ljuder högt i de allmänna utrymmena. Enligt IVO:s bedömning kan brukarna uppleva denna typ av larm som en särskilt integritetskränkande åtgärd, eftersom den innebär att personalen, utan fysisk närvaro, kan övervaka brukarnas rörelser och förflyttningar i gruppboendestaden. IVO bedömer att den här typen av åtgärd kräver att ledning och personal har gjort en mycket noggrann individuell bedömning av den enskilde brukarens behov av åtgärden, utöver att de också har hämtat in ett samtycke från brukaren själv, utifrån bestämmelserna i 5-6 §§ LSS.

Inlåsnings av brukare

Vid sju granskade gruppboendestäder har brukare på olika sätt varit inlåsta eller begränsade i sin rörelsefrihet. I en kommunal gruppboendestad var en brukare inlåst i sin lägenhet nattetid. Brukaren kunde inte självständigt låsa upp dörren, utan var tvungen att påkalla personalens uppmärksamhet genom att knacka på dörren. I en annan kommunal gruppboendestad låste personalen periodvis in en brukare i dennes lägenhet då brukaren varit utagerande. Vid några tillfällen tvingade personalen också handgripligen in brukaren i lägenheten. IVO bedömer att inlåsningsarna innebär att personalen begränsade brukarnas rörelsefrihet, vilket strider mot 2 kap. 8 § RF.

I båda dessa gruppbestäder uppgav ledning och personal att de haft ett presumerat samtycke från de berörda brukarna, det vill säga att de förmodat att brukarna samtyckte till åtgärderna trots att de inte har kunnat uttrycka samtycket. IVO har dock i båda fallen bedömt att det inte varit tillräckligt med ett presumerat samtycke. En så ingripande åtgärd som en låst dörr som en brukare inte självständigt kan öppna ställer enligt IVO högre krav på samtycket. Åtgärden ställer krav på att brukaren dels själv kan uttrycka sitt samtycke, dels också förstå vad denne faktiskt samtycker till. IVO bedömer att det varken överensstämmer med 5 § LSS eller med bestämmelsen i grundlagen, 2 kap. 8 § RF, att personal på gruppbestäder begränsar brukares rörelsefrihet eller frihetsberövar dem.

Vid tre granskade gruppbestäder har personal hindrat brukare från att lämna sina lägenheter. Vid den ena gruppbestaden hindrade personalen vid flera tillfällen fysiskt en brukare att lämna sin lägenhet då brukaren var utåtagerande. Enligt den bemötandeplan som verksamheten upprättat för brukaren kunde personalen i nödfall ta tag i brukarens handleder eller armar, samt i nödfall även blockera brukarens dörr. IVO tar inte ställning till om det var nödvärn eller nöd vid de aktuella tillfällena, men konstaterar att åtgärden inte är förenlig med 6 § LSS.

IVO understryker att verksamheten inte får normalisera fysiska ingripanden och att verksamheten alltid först ska göra en situationsanpassad bedömning av om det är en nödvärns- eller nödsituation. Nödbestämmelserna i 24 kap. brottsbalken om ansvarsfrihet för handlingar som någon gjort i nödvärn eller nöd får inte få ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. Verksamheten kan inte vid varje icke önskvärd beteende hänvisa till nödvärn eller nödrätt, utan ska alltid göra en proportionalitetsbedömning och lösa situationen på annat sätt om det går.

Vid den andra gruppbestaden framkom det vid intervjuer med ledning och personal att när brukaren uppvisade ett utmanande beteende gick personalen in med brukaren i dennes lägenhet. Inne i lägenheten försökte personalen avleda brukaren, men det hände också att personalen satte sig i dörröppningen som mänskligt skydd, så att brukaren inte skulle gå ut ur lägenheten. Det framkom i tillsynen att brukaren motsatt sig åtgärden och visat det genom att vilja skjuta bort personalen från dörröppningen. Vid den tredje gruppbestaden framkom det att personalen vid några tillfällen fysiskt förhindrat en brukare att lämna sin lägenhet då denne agerat ut. Personalen ställde vid dessa tillfällen en byrå för en brukarens lägenhetsdörr på utsidan, för att hindra brukaren att lämna sin lägenhet. IVO bedömer i båda fallen att det innebar otillåtna begränsningsåtgärder då personalen hindrat brukare att lämna sina lägenheter och att detta inte är förenligt med 6 § LSS.

IVO har i två ytterligare ärenden bedömt att brukare är att betrakta som inlåsta, då brukare vill gå ut från gruppbestaden och personalen inte utan dröjsmål kan hjälpa till att öppna den låsta entrédörren och ge den hjälp brukarna behöver. Vid den ena gruppbestaden behöver en brukare stöd av två personal för att kunna gå ut, men kan inte få hjälp att genast komma ut då gruppbestaden ofta bara är bemannad med två personal och det finns fler brukare på boendet. Vid den andra gruppbestaden får en brukare inte gå ut i den utsträckning denne önskar. Brukaren visar att denne vill gå ut genom att ställa sig vid ytterdörren, men personal hindrar av olika anledningar brukaren, vilket leder till konflikter och begränsning för brukaren.

Enligt IVO kan ytterdörren till en bostad med särskild service enligt LSS vara låst, så som det är brukligt i de flesta människors hem, men låset måste vara utformat så att brukarna kan låsa upp. Om brukarna av något skäl inte kan öppna dörren själva måste personalen genast uppmärksamma detta och hjälpa brukarna att öppna den, eller ge annan hjälp som brukarna behöver. IVO bedömer att det inte är förenligt med LSS och begreppet god kvalitet att frihetsberöva eller begränsa en brukares rörelsefrihet mot dennes vilja, så som skett i dessa gruppbofästäder.

Fasthållning av brukare

Tillsynen visar att i fyra granskade gruppbofästäder har personal hållit fast brukare vid vård- och omvårdnadssituationer. Vid en kommunal gruppbofästad utsatte personalen en brukare för otillåtna tvångsåtgärder genom att bära brukaren till toaletten och till brukarens säng mot dennes vilja. Vid IVO:s granskning av brukarens sociala journal fanns uppgifter om flera situationer då personal lyft eller burit brukaren efter att denne motsatt sig en åtgärd. Enligt journalanteckningarna vägrade brukaren att gå på toaletten respektive att gå i säng och personalen lyfte då brukaren och bar denne dit. IVO anser att journalanteckningarna inte går att förstå på annat sätt än att personal ingripit fysiskt mot brukaren för att kunna utföra åtgärder mot dennes vilja. IVO bedömer att ett sådant agerande inte överensstämmer med LSS, då LSS bygger på frivillighet och inte innehåller några bestämmelser som tillåter tvång eller begränsning, oberoende av skälet.

Vid IVO:s granskning av social dokumentation från en annan kommunal gruppbofästad framkom att personal håller fast en brukare vid omvårdnad, läkemedelsbehandling och tandläkarbesök. Vid intervju med personal fick IVO uppgifter om att en annan brukare fått lugnande läkemedel och hållits fast av personal när denne fick fotvård. Det framgår också av den brukarens sociala journal att personal höll fast brukarens ben och att brukaren protesterade och försökte komma loss. IVO bedömer att ledning och personal vid gruppbofästaden utsätter brukarna för otillåtna tvångsåtgärder i form av fasthållning och att detta strider mot LSS som bygger på frivillighet. Verksamheten får därför inte genomföra åtgärder mot brukarens vilja.

Vid en tredje kommunal gruppbofästad framkom det att personal i vissa situationer håller fast en brukarens händer och vid en fjärde kommunal gruppbofästad att personal håller fast en brukarens rullstol och även hållit fast brukaren själv sin rullstol. IVO bedömer att sådana arbetssätt innebär begränsningsåtgärder för brukarna, oavsett hur ofta eller länge fasthållningen pågår. IVO bedömer att ett arbetssätt där personal håller fast brukarens händer eller håller fast brukare i sin rullstol saknar stöd i lag och inte överensstämmer med kravet på god kvalitet och respekt för den enskildes självbestämmande och integritet enligt 6 § LSS.

Låsta gemensamhetsutrymmen

Gruppbofästadens gemensamhetslokaler bör vara lätta att nå och finnas till för de som bor i gruppbofästaden, i enlighet med SOSFS 2002:9. Tillsynen visar att personal i var femte gruppbofästad (20 procent) nekar brukare tillgång till hela eller delar av de gemensamma utrymmena under vissa delar av dygnet. I vissa

gruppboendestäder förekommer det också generella regler och förbud i de gemensamma utrymmena utifrån enskilda brukares behov, vilket då även begränsar alla övriga brukare i boendet.

Det förekommer att personalen låser dörren till det gemensamma köket när de själva inte är närvarande, eller begränsar brukares rätt att vistas i köket i samband med matlagning. Personalen låser även de gemensamma utrymmena för att bemanningen inte medger att lokalerna är öppna vissa tider på dygnet, till exempel under natten eller när personalen arbetar med enskilda brukare i deras lägenheter och samtidigt inte kan hålla uppsikt över övriga brukare i gemensamhetsutrymmena. Personalen nekar även brukare tillgång till de gemensamma utrymmena för att de behöver använda lokalerna för egna ändamål, till exempel för personalmöten.

Vid IVO:s samtal med brukare framkom flera synpunkter som rörde tillgång till gruppboendestädens gemensamhetsutrymmen. En brukare berättade att de inte får vistas i det gemensamma köket. Andra berättade att det gemensamma utrymmet är låst under natten, men att flera av dem önskade att det skulle vara öppet längre på kvällen samt även under natten.

Lås som begränsar brukares rörelser

Tillsynen visar att det i närmare var femte gruppboendestad (18 procent) också finns olika typer av lås som begränsar brukarna, både i boendets gemensamma utrymmen inomhus och i den gemensamma utemiljön. Även andra dörrar än dörren till det gemensamma köket, som till exempel dörren till den gemensamma tvättstugan, är på flera gruppboendestäder låst eller saknar vred. Till vissa låsta dörrar har endast personalen nycklar och kan låsa upp. Även fönster i vissa gruppboendestäder är låsta eller saknar handtag.

Det förekommer också att personalen har satt upp frostad film på gruppboendestädens fönster för att förhindra att brukare ska kunna se både ut och in, med syftet att fungera stoppande och begränsande. Utomhusmiljön i vissa gruppboendestäder har höga staket, stängsel och låsta grindar. IVO anser att samtliga dessa lås och begränsningar på olika sätt minskar brukarnas rörelsefrihet. Gemensamma utrymmen i gruppboendestäder ska vara tillgängliga för brukarna i den mån dessa har behov av dem och ska generellt vara fria från begränsningar, för att brukarna ska få möjlighet att leva som andra, i enlighet med 5 § LSS.

Slutsats

Brukare får inte rätten att leva som andra

LSS är en rättighetslag, med målsättningen att varje enskild brukare får möjlighet att leva som andra.²⁹ Det gäller alla brukare som har insatser enligt denna lag, oavsett grad av funktionsnedsättning.

IVO kan konstatera att alla brukare inte får rätten att leva som andra. Det bottnar i många fall i att kommuner och privata aktörer inte har säkerställt tillräcklig kompetens hos sin ledning och personal. Det grundar sig även på att ledningen inte alltid har tagit sitt fulla ansvar för verksamhetens kvalitet.

IVO har funnit brister i 80 av 90 granskade gruppboendestäder. Nära hälften av verksamheterna brister i att ge brukarna rätt till stöd utifrån behov. Två tredjedelar av boendena använder otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

De exempel på otillåtna åtgärder som lyfts i denna rapport är exempel som framkommit i tillsynen. Några av åtgärderna, även om de endast förekommer i någon eller några gruppboendestäder, kan vid en första anblick uppfattas som allvarligast. IVO konstaterar dock att även andra åtgärder, som kan verka mindre ingripande men förekommer utbrett och ofta, också kan ge allvarliga konsekvenser för brukarna. Otillåtna åtgärder som exempelvis omvända titthål i brukarnas dörrar kan ses som en form av övergrepp som pågår konstant i brukarnas egna hem och som brukarna dessutom visar medvetenhet om och försöker protestera mot. Flera otillåtna åtgärder pågår också samtidigt – och dagligen – i vissa gruppboendestäder. Det innebär att det i vissa fall är såväl titthål och låst dörr som andra typer av otillåtna åtgärder som pågår varje dag i brukarnas egna hem och som de inte kan välja bort.

IVO anser att det är problematiskt och kan innebära en ökad risk för användning av tvångs- och begränsningsåtgärder när brukarna inte klagat, när de själva inte förmår att säga ifrån eller helt enkelt inte har kapacitet att förstå sina rättigheter. Möjligheten att kontakta IVO kan också vara utom räckhåll för dessa brukare på grund av både deras funktionsnedsättningar och deras beroendeställning till ledning och personal. Det kan därmed finnas ett mörkertal vad gäller de risker och brister i vardagen på gruppboendestäder för vuxna som kommer till myndighetens kännedom. IVO bedömer att detta ställer särskilda krav på ledningens och personalens ansvar att upprätthålla brukarnas rättigheter och att betydelsen av tillräcklig kompetens i verksamheten blir tydlig.

Brister i kompetens och arbetssätt ökar risken

Det framgår av 6 § LSS att det i en gruppboendestad ska finnas den personal som brukarna behöver för att de ska kunna få ett gott stöd och en god service och omvårdnad. Enligt IVO ska brukarna vara trygga med att personalen har

²⁹ Målsättningen "Leva som andra" i 5 § LSS innehåller centrala begrepp som självbestämmande, integritet, inflytande och delaktighet, vilka även återkommer i andra bestämmelser i LSS.

kompetens och arbetssätt utifrån deras behov och att boendet har en väl fungerande arbetsledning. Det är grundförutsättningar för att brukarnas insatser ska vara av god kvalitet. Det framgår av samtliga beslut i tillsynen att när IVO bedömer om en begränsande åtgärd i en insats är av god kvalitet utgår IVO bland annat från att syftet med åtgärden inte får vara att kompensera för brister i bemanning eller i personalens kompetens.

Kvalitet är också att arbeta enligt evidensbaserad praktik, en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser. Konkret innebär det att ledning och personal väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, brukarens situation samt erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. Ambitionen är att varje brukare ska få den insats som är mest lämpad för denne. Ledningens och personalens vilja och förmåga till ett gott bemötande och en god omvårdnad är avgörande för brukarnas trygghet. Ett gott bemötande kräver kunskap, lyhördhet och inlevelseförmåga samt insikt om att människor med funktionsnedsättning som regel har liknande förväntningar på livet som människor i allmänhet. Funktionsnedsättningen är enbart en aspekt av personen och ett grundläggande villkor för ett bra bemötande är att varje individ uppmärksammas som hela den person han eller hon är. I en evidensbaserad praktik ingår också att kontinuerligt följa upp arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå, med syftet att hela tiden förbättra och utveckla arbetet.³⁰

Tillsynen visar att personalen inte alltid har kompetens eller praktiska förutsättningar att kommunicera med och förstå brukarna utifrån deras specifika funktionsnedsättningar. Ledningen saknar många gånger också kompetens och uttrycker i tillsynen att de inte alltid har det utpekade ansvar och det stöd från huvudmannen som de skulle behöva för att kunna leda verksamheten med kvalitet utifrån varje brukares individuella behov. Det framkommer också verksamheter i tillsynen som haft flera täta ledningsbyten på kort tid.

Om ledning och personal saknar kompetens att förebygga och undvika situationer där det uppstår frustration för brukaren ökar risken för att de istället använder oproportionerliga och eskalerande begränsningsåtgärder, det vill säga åtgärder som inte svarar mot brukarnas individuella behov. Brister i ledning och otillräcklig kompetens medverkar därmed till att begränsningar blir omotiverat stora och att brukarnas rättigheter inte tillgodoses. Även andra aktörer, bland annat Socialstyrelsen, har lyft att kompetens och kontinuitet i ledning och personal är viktiga faktorer för verksamhetens kvalitet.³¹ Socialstyrelsen konstaterar också att även om många brukare trivs och är nöjda med stödet så förekommer fortfarande både tvångs- och begränsningsåtgärder och missförhållanden.³² IVO:s tillsyn bekräftar att dessa frågor måste vara ett fortsatt prioriterat förbättringsområde för huvudmännen.

³⁰ Socialstyrelsen (2012a) och Socialstyrelsen (2012b).

³¹ Socialstyrelsen (2021).

³² Socialstyrelsen (2023).

Förebygga och undvika begränsningar

IVO anser att verksamheter kan förebygga och undvika många situationer som uppstår och riskerar att leda fram till att personalen använder tvångs- och begränsningsåtgärder. Tillsynen visar att genom arbetssätt som bygger på motiverande stöd istället för begränsningar kan ledning och personal hitta tillvägagångssätt som innebär så få ingripande åtgärder som möjligt och som ger mindre negativa konsekvenser för brukare. Det framkommer goda exempel i tillsynen där personal och ledning funnit lösningar genom att, utifrån brukares behov, använda sig av exempelvis AKK (alternativ och kompletterande kommunikation), lågaffektivt bemötande, MI (motiverande samtal) och tydliggörande pedagogik.

Goda levnadsvillkor

Det framgår i förarbetena till LSS att goda levnadsvillkor är den kvalitetsnivå som ställs på alla insatser enligt LSS. Insatserna ska utformas så att de ökar brukarens möjligheter att leva ett självständigt liv och de får inte ges formen av ett beskyddande omhändertagande där brukaren själv spelar en passiv roll. Verksamheterna bör sträva efter att brukaren själv tar aktiv del i beslut om olika insatser.³³

Utifrån tillsynens resultat konstaterar IVO att ledning och personal i högre utsträckning måste respektera brukarens självbestämmanderätt och integritet i alla situationer och vid alla tillfällen, oberoende av brukarnas förmåga och hjälpbehov. Det innebär bland annat att erkänna brukarnas rätt att själva välja värderingar och utifrån dessa leva sina liv. Ledning och personal måste också vara medvetna om att ju mer en brukare är beroende av andras stöd och hjälp, desto större är risken för integritetsintrång. För brukare med omfattande funktionsnedsättningar, som dagligen är mycket eller helt beroende av andras stödinsatser, är det särskilt viktigt att verksamheten garanterar dem inflytande och självbestämmande. Ledning och personal måste göra sitt bästa för att förstå och respektera brukarnas vilja i alla situationer.

IVO konstaterar också att ledning och personal måste öka sin kunskap om arbetet med samtycke. De måste ge varje brukare förutsättningar att själv – och vid behov med stöd – få uttrycka sin vilja, vara delaktig och få bestämma om sina åtgärder. Det måste också förstås att anhöriga och legala företrädare inte kan samtycka till begränsande åtgärder för en brukare, även om de som brukarens ställföreträdare fattar vissa typer av beslut i dennes ställe. Det är bara brukaren själv som kan ge samtycke. Brukarens möjligheter till inflytande blir till stor del beroende av omgivningens, det vill säga ledningens och personalens, förmåga att skapa praktiska, psykologiska och organisatoriska förutsättningar för detta.

³³ Se prop. 1992/93:159, s. 172.

Kunskapspridning och fortsatt tillsyn

Den aktuella tillsynen indikerar mer omfattande risker och brister inom området. Urvalet för tillsynen grundades i en riskanalys av 3 200 gruppboende. IVO har i denna tillsyn endast granskat ett urval av dessa, men funnit brister i 80 av 90 tillsynade verksamheter. Många brukare får alltså inte den insats de har rätt till och inte rätten att leva som andra. Det finns risk att långt fler brukare, i andra gruppboende – och i andra verksamheter enligt LSS – inte heller får rätten att leva som andra.³⁴ Det är därför angeläget att iakttagelser och kunskap från den genomförda tillsynen sprids till samtliga huvudmän för att dessa genom egenkontroll vidtar förbättringar och andra åtgärder som säkerställer brukarnas rättigheter enligt LSS. IVO deltar även i externa dialoger och nätverk, i syfte att skapa förutsättningar för kunskapsstödande organisationer såsom Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) att tillvarata iakttagelserna. De omfattande brister som har framkommit genom tillsynen visar samtidigt att IVO behöver fortsätta följa området.

Efter IVO:s tillsynsbeslut med konstaterade brister har tre kommuner meddelat att de kommer att stänga de granskade gruppboendena utifrån sin bedömning att de inte längre kan garantera brukarna en god vård och omsorg.

³⁴ I andra nyligen genomförda tillsyner av verksamheter enligt LSS har IVO funnit liknande brister som rör tvångs- och begränsningsåtgärder och brukares individuella behov. Se bland annat besluten med diarienummer 51162/2020, 07492/2021, 47742/2021, 09960/2022, 18807/2022, 28422/2022, 34868/2022.

Referenser

Inspektionen för vård och omsorg (2023). *Vad har IVO sett 2022?* Rapport 2023:6.

JO-beslut 1983/84, dnr 3131-1982.

JO-beslut 3661-2018 (2019-09-20).

Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Prop. 1993/94:130 om ändringar i brottsbalken m.m.

Rynning, Elisabeth (1994) ”Samtycke till medicinsk vård och behandling – en rättsvetenskaplig studie”. Akademisk avhandling, Uppsala universitet, Iustus Förlag.

Socialstyrelsen (2012a). *Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-10-4.pdf>. Hämtad 2023-08-22.

Socialstyrelsen (2012b). *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-10-16.pdf>. Hämtad 2023-08-22.

Socialstyrelsen (2021). *Kompetens i LSS-boenden*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7312.pdf>. Hämtad 2023-08-07.

Socialstyrelsen. *Kunskapsguiden*, rubriken ”Tvång och begränsningsåtgärder”, *Socialstyrelsen*, <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/tvang-och-begransningar/tvangs-och-begransningsatgarder>. Hämtad 2023-06-19.

Socialstyrelsen (2023). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

Lägesrapport 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-4-8476.pdf>. Hämtad 2023-08-07.

SOSFS 2002:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS*.

SOSFS 2014:5. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

SOU 1984:64 *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten*.

SOU 1988:7 *Frihet från ansvar*.

SOU 2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*.

Bilaga

Beslut per verksamhet i tillsynen

Kommun	Huvudman	Diarienummer	Typ av beslut
Alingsås	Kommun	12463/2022	Brister och begäran om återredovisning
Arboga	Kommun	34001/2022	Brister och begäran om återredovisning
Borgholm	Kommun	13688/2022	Brister
Borlänge	Kommun	04723/2022	Inga brister
Borås	Kommun	35849/2022	Inga brister
Botkyrka	Kommun	35836/2022	Brister
Degerfors	Kommun	12258/2022	Brister
Emmaboda	Kommun	12614/2022	Brister och begäran om återredovisning
Falkenberg	Kommun	35280/2022	Brister och begäran om återredovisning
Falun	Kommun	12486/2022	Brister och begäran om återredovisning
Filipstad	Kommun	12266/2022	Brister
Gislaved	Solbacken Omsorg AB	05953/2022	Brister
Gävle	Frösunda Omsorg AB	12489/2022	Inga brister
Göteborg	Kommun	06404/2022	Inga brister
Göteborg	Kommun	35159/2022	Brister och begäran om återredovisning
Hagfors	Kommun	13054/2022	Brister och begäran om återredovisning
Hammarö	Kommun	12277/2022	Brister och begäran om återredovisning
Haninge	Attendo Sverige AB	35814/2022	Brister och begäran om återredovisning
Hedemora	Kommun	12487/2022	Brister

Huddinge	Stockholms Stadsmission	12135/2022	Brister och begäran om återredovisning
Härnösand	Kommun	36095/2022	Brister och begäran om återredovisning
Härryda	Kommun	35149/2022	Inga brister
Kalmar	Kommun	12616/2022	Brister och begäran om återredovisning
Karlsborg	Kommun	11860/2022	Brister och begäran om återredovisning
Karlstad	Frösunda Omsorg AB	12247/2022	Brister och begäran om återredovisning
Kiruna	Kommun	11969/2022	Brister och begäran om återredovisning
Klippan	Kommun	12399/2022	Brister och begäran om återredovisning
Kumla	Kommun	23161/2022	Brister och begäran om återredovisning
Kungsbacka	Kommun	06409/2022	Inga brister
Landskrona	Kommun	33810/2022	Brister och begäran om återredovisning
Lekeberg	Stiftelsen Sanna	11918/2022	Brister
Lerum	Kommun	12464/2022	Brister och begäran om återredovisning
Linköping	Kommun	37086/2021	Brister och begäran om återredovisning
Linköping	Kommun	20252/2022	Föreläggande
Linköping	Kommun	14399/2022	Brister och begäran om återredovisning
Ljungby	Kommun	33933/2022	Brister och begäran om återredovisning
Ljusdal	Kommun	34046/2022	Brister och begäran om återredovisning
Ljusnarsberg	Kommun	23160/2022	Brister och begäran om återredovisning
Ludvika	Kommun	12485/2022	Brister
Luleå	Kommun	34048/2022	Brister och begäran om återredovisning
Lund	Kommun	12339/2022	Brister och begäran om återredovisning

Lysekil	Kommun	06388/2022	Brister
Lysekil	Kommun	13798/2022	Brister
Mariestad	Kommun	12112/2022	Brister och begäran om återredovisning
Mark	Kommun	35847/2022	Brister och begäran om återredovisning
Möndal	Ideella föreningen Föreningen Bethaniahemmet	35158/2022	Brister och begäran om återredovisning
Mörbylånga	Kommun	07300/2022	Brister och begäran om återredovisning
Nacka	Attendo LSS AB	12129/2022	Brister och begäran om återredovisning
Nora	Rasmusbyn AB	11914/2022	Brister och begäran om återredovisning
Norrköping	Kommun	35882/2022	Brister och begäran om återredovisning
Norrtälje	Tiohundra AB	35007/2022	Brister
Nyköping	Kommun	11759/2022	Brister och begäran om återredovisning
Nynäshamn	Kommun	35762/2022	Brister och begäran om återredovisning
Nässjö	Fideli Omsorg AB	35945/2022	Brister
Olofström	Kommun	12262/2022	Brister och begäran om återredovisning
Partille	Attendo LSS AB	12737/2022	Brister
Rättvik	Kommun	04518/2022	Brister och begäran om återredovisning
Sandviken	Kommun	12488/2022	Brister och begäran om återredovisning
Sigtuna	Kommun	12117/2022	Brister
Skellefteå	Kommun	07433/2022	Brister
Skellefteå	Kommun	11631/2022	Brister och begäran om återredovisning
Sollefteå	Kommun	33900/2022	Brister och begäran om återredovisning

Sollentuna	Mango Omsorg AB	12102/2022	Brister och begäran om återredovisning
Stockholm	Nytida AB	35004/2022	Brister och begäran om återredovisning
Stockholm	Nytida AB	06031/2022	Brister
Storuman	Kommun	11642/2022	Brister och begäran om återredovisning
Strängnäs	Kommun	12453/2022	Brister
Strömstad	Kommun	13800/2022	Brister och begäran om återredovisning
Svedala	Kommun	34364/2022	Brister och begäran om återredovisning
Söderköping	Kommun	35278/2022	Brister och begäran om återredovisning
Södertälje	Kommun	06041/2022	Brister
Södertälje	Kommun	35828/2022	Brister
Tidaholm	Kommun	06391/2022	Brister och begäran om återredovisning
Tierp	Grevegruppen omvårdnad AB	12369/2022	Inga brister
Timrå	Kommun	11857/2022	Inga brister
Tjörn	Kommun	06400/2022	Inga brister
Torsås	Kommun	35275/2022	Brister och begäran om återredovisning
Täby	Kommun	12108/2022	Brister och begäran om återredovisning
Töreboda	Kommun	12120/2022	Brister
Uddevalla	Kommun	13797/2022	Brister och begäran om återredovisning
Umeå	Kommun	07351/2022	Inga brister
Umeå	Kommun	11856/2022	Brister och begäran om återredovisning
Upplands Väsby	Frösunda Omsorg AB	12110/2022	Brister och begäran om återredovisning
Varberg	Kommun	35291/2022	Brister och begäran om återredovisning

Vaxholm	Olivia Omsorg AB	12147/2022	Brister och begäran om återredovisning
Vingåker	Jobbex Omsorg	11752/2022	Brister och begäran om återredovisning
Vännäs	Kommun	21928/2022	Brister
Örebro	Kommun	23503/2022	Brister och begäran om återredovisning
Örkelljunga	Kommun	34359/2022	Brister och begäran om återredovisning
Östra Göinge	Kommun	33838/2022	Brister och begäran om återredovisning
Österåker	Attendo LSS AB	12141/2022	Brister och begäran om återredovisning