

## Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid HVB Living Nordic Åbyvägen i Mölndal

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet med kritik.

## Skälen för beslut

I de delar som granskats i tillsynen har IVO inte funnit brister i verksamheten som bidragit till eller orsakat den tragiska händelsen. Brister har dock framkommit enligt följande;

- Dokumentation av uppdraget saknas delvis enligt 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

## Inledning

Syftet med tillsynen har varit att granska trygghet och säkerhet för inskrivna barn med anledning av händelsen den 25 januari 2016 på HVB Living Nordic Åbyvägen, där en personal i boendet dödades. Misstänkt gärningsman (nedan kallad NN) var vid tidpunkten placerad vid den aktuella verksamheten.

Inledningsvis kan IVO konstatera att de barn och ungdomar som bor och lever på HVB ska tillförsäkras en trygg och säker vård samt att den som är i samhällets vård ska vara så skyddad att den inte skadar sig själv eller någon annan. IVO:s fokus i tillsynen har varit om det fanns brister i verksamheten som kan ha bidragit till det inträffade samt om det förekommit brister i verksamheten med anledning av händelsen. IVO har i ärende med diarienummer 8.5-17567/2016 granskat den stadsdelsnämnd, Västra Hisingen i Göteborgs stad, som beslutade att placera NN vid HVB Living Nordic Åbyvägen.

## *In- och utskrivning*

### *Bedömning*

IVO anser inte att det mot bakgrund av den information som föreståndaren hade om NN vid inskrivningstillfället går att fastställa att föreståndaren brustit i sitt inskrivningsansvar. Föreståndaren har i enlighet med gällande bestämmelser bedömt lämpligheten och beslutat om inskrivning av NN. Det uppdrag som mottogs muntligen från nämnden bestod huvudsakligen i att HVB Living Nordic Åbyvägen skulle tillhandahålla omsorg i en trygg miljö samt vuxenkontakt. Utifrån detta uppdrag beslutades om inskrivning med snar uppföljning.

Utredningen i ärendet visar att föreståndaren beslutade om inskrivning i enlighet med vad som stadgas i 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF och att hon, utifrån den information som gavs av stadsdelsnämnden i samband med inskrivningen av NN, gjorde bedömningen att det var lämpligt att ta emot NN för placering i boendet. Föreståndaren har härvid bland annat bedömt och beaktat NN:s behov och att de överensstämde med den målgrupp som anges i tillståndet samt övriga inskrivna ungdomars behov och personliga förhållanden.

IVO anser heller inte att det av utredningen i ärendet framgår att föreståndaren har brustit i sitt utskrivningsansvar.

Tillsynen visar att föreståndaren beslutar om utskrivning av en placerad ungdom i enlighet med vad som stadgas i 3 kap. 14 § SoF. Oavsett placeringsgrund är det lämpligt att socialnämnden informeras om planerad utskrivning eller om det finns önskemål om utskrivning från enskild. Vid en placering i HVB krävs ett nära samarbete med den placerande nämnden. Huvudmannen har redovisat att den försökt få till stånd ett samarbete med den placerande nämnden i enlighet med vad som framgår av 3 kap. 4 § SoF, men att det enligt föreståndaren var svårt att få kontakt med nämnden. Föreståndaren har uppgett att hon önskade diskutera fortsatt placering av NN med nämnden, bland annat utifrån NN:s önskemål om att flytta tillbaka till sitt tidigare familjehem. Hon uppgav vidare att ett möte i detta avseende var bokad i början på februari 2016. Det hade varit svårt att få till stånd ett möte med nämndens företrädare tidigare. IVO anser inte, mot bakgrund av vad som redogjorts för ovan samt det faktum att NN endast var placerad i boendet under en månads tid, att huvudmannen brustit i sin del av samarbetet med nämnden.

*Redovisning av tillsyn*

Av intervju med föreståndaren framkom huvudsakligen följande. Enligt föreståndarens bedömning var det lämpligt att ta emot NN för placering i boendet. Föreståndaren begärde i samband med placeringen att få en vårdplan av placerande stadsdelsnämnd, men nämnden skickade ingen vårdplan till HVB Living Nordic Åbyvägen under den tid NN var placerad där. Föreståndaren uppgav att hon vid flera tillfällen försökte få kontakt med NN:s socialsekreterare bland annat för att diskutera fortsatt placering utifrån att NN hade uttryckt önskemål om att få flytta tillbaka till familjehemmet samt för att få vårdplanen.

De uppgifter som socialtjänsten förmedlade muntligen till föreståndaren vid inskrivningen var bland annat att NN var samt hade ett stort behov av

Enligt föreståndaren skrevs NN in vid HVB Living Nordic Åbyvägen med förbehållet att nytt ställningstagande avseende placeringen skulle göras efter en månad. Detta framgår även av placeringsavtalet som tecknades av verksamheten. Vidare uppgav föreståndaren att NN även skulle ha en extra stödperson vid sin sida som vid behov skulle

Det fanns inga uppgifter om att NN skulle kunna vara utåtagerande, hotfull eller farlig för andra. Föreståndaren uppgav att NN fann sig tillrätta i boendet och i stort sett utvecklades i positiv riktning. Först i slutskedet av NN:s vistelse och efter händelsen fick föreståndaren ytterligare information om NN:s  
Föreståndaren har uppgett att hon inte hade skrivit in NN om hon hade haft den informationen vid inskrivningen.

nästkommande vardag. Föreståndaren beslutade då att ta in extra personal vilket innebar att fyra personaler var i tjänst under söndagen, det vill säga dagen innan händelsen. Föreståndaren hade löpande kontakt med personalen under söndagen och i samråd med dem bedömde hon att det var tillräckligt med en personal på natten samt att den extra stödpersonen kunde lämna boendet kl. 22.00 då stämningen i boendet var lugn och allt var i sin ordning. Den nu avlidna personalen dokumenterade att det under söndagskvällen var lugnt i boendet.

Under måndagsmorgonen tillkallades polis till plats efter larm om knivdåd. Den personal som arbetat under natten hade utsatts för ett knivöverfall och avled senare till följd av sina skador. Misstänkt

gärningsman var NN.

De inskrivna ungdomarna flyttades omgående till ett annat boende.

#### *Bestämmelser*

Av 3 kap. 11 § SoF framgår bland annat följande. Föreståndaren beslutar om inskrivning efter ansökan, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen ska denne meddela IVO vad som gäller. Vid inskrivningsbeslutet ska det särskilt kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

I 3 kap. 14 § SoF stadgas att föreståndaren beslutar om utskrivning om inte huvudmannen bestämt annorlunda. Vidare framgår bland annat följande. För den som vårdas enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL ska utskrivning ske tidigare om den enskilde eller dennes vårdnadshavare begär det.

Av 3 kap 4 § SoF framgår följande. Verksamheten ska bedrivas i fortlöpande samarbete med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver.

#### *Dokumentation av uppdraget*

##### *Bedömning*

IVO anser att huvudmannen har brustit i sin dokumentationsskyldighet genom att inte ha dokumenterat uppgifter som gällde uppdraget från den beslutande socialnämnden. För detta kan huvudmannen inte undgå kritik.

Föreståndaren har uppgett att hon gjort ett undantag så till vida att hon inte dokumenterade det muntliga uppdraget från nämnden i väntan på vårdplanen. Hon uppger vidare att fortsättningsvis kommer inga liknande undantag att göras. De krav som ställs på verksamheten i ovan angiven bestämmelse ska enligt föreståndaren följas varför IVO inte anser att det föreligger skäl att ställa krav om åtgärder. IVO kommer att följa upp detta vid kommande tillsyn.

### *Redovisning av tillsyn*

Av dokumentationsgranskning i ärendet och intervju med föreståndaren framgår att huvudmannen inte har dokumenterat uppgifter om uppdraget i enlighet med vad som framgår av 6 kap. 1 § SOSFS 2014:5. Föreståndaren begärde att få vårdplan och skriftligt uppdrag från nämnden men då det inte inkom, gjorde hon ett undantag i förevarande fall. Verksamheten kommer fortsättningsvis att dokumentera uppgifter om uppdraget i enlighet med vad som framgår av bestämmelsen.

### *Bestämmelser*

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2014:5 framgår bland annat följande. När utföraren har tagit emot ett uppdrag från den beslutande nämnden ska uppgifter som gäller uppdraget dokumenteras och ange vem uppdraget gäller, vilken nämnd som har beslutat om insatsen, vad som ingår i uppdraget enligt nämndens beslut, vilket eller vilka mål som enligt nämndens beslut gäller för insatsen, vilken bedömning nämnden har gjort av den enskildes behov, former för uppföljning i det enskilda fallet och namn och kontaktuppgifter till ansvarig handläggare hos nämnden.

### *Utformandet av insatsen*

#### *Bedömning*

IVO har inte funnit brister avseende huvudmannens utformning av insatsen för NN. IVO har inte funnit skäl att ifrågasätta föreståndarens utsaga gällande de uppgifter som gavs av nämnden vid inskrivningen.

De insatser som utförs vid ett HVB ska anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar. Tillsynen har visat att det, efter föreståndarens bedömning i samband med inskrivning, skulle tillsättas en extraresurs för NN vid behov. Så har också skett, även om det dröjde innan rätt person kunde anställas. NN skulle i boendet erbjudas vård, det vill säga omvårdnad, stöd eller fostran

Boendet skulle ombesörja NN:s dagliga omsorgsbehov samt tillgång till skola och aktiviteter. HVB Living Nordic Åbyvägen har tillgodosett och uppfyllt det uppdrag som förväntades av dem. Ett HVB måste dock även kunna uppmärksamma om placerade ungdomar har behov utöver uppdraget, vilket utredningen i ärendet visar att HVB Living Nordic Åbyvägen gjorde.

### *Redovisning av tillsyn*

På HVB Living Nordic Åbyvägen erbjöds NN boende (hade eget rum), mat, kläder och omsorg samt skola och fritidsaktiviteter. Han fann sig tillrätta i boendet och fungerade väl innan händelsen, enligt föreståndaren. En stödperson har funnits vid hans sida. Föreståndaren prövade med olika personer som stöd för NN innan hon slutligen fann rätt person för uppdraget.

### *Bestämmelser*

I 3 kap. 3 § SoF regleras bland annat att de insatser som görs ska anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar.

### *Personal och bemanning*

#### *Bedömning*

IVO har inte funnit några brister i de delar som rör verksamhetens bedömning av bemanningen. IVO konstaterar att föreståndaren gjorde bedömningar av vilken personaltäthet som var lämplig. Denna bedömning har IVO inte funnit anledning att ifrågasätta.

Huvudregeln är att ett HVB som tar emot barn ska vara bemannat dygnet runt. Den som bedriver verksamheten ska anpassa bemanningen så att behoven hos de som vårdas tillgodoses och en trygg och säker vård säkerställs. Vid bedömningen av personalbehovet i ett HVB bör bland annat beaktas; vilken eller vilka behandlingsmetoder som används, behovet av vård- eller behandlingsinsatser, behovet av fritidsverksamhet, antal och ålder hos dem som vårdas eller behandlas, behovet av jour och beredskap, arbetstidsavtal och andra bestämmelser som reglerar arbetstiden samt behovet av administration.

Det är föreståndarens uppgift att bland annat organisera arbetet så att den enskilde tillförsäkras boende, vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet samt att verksamheten planeras, utvecklas och utvärderas. Huvudmannen har ansvar för kvaliteten i verksamheten. Detta innebär bland annat att löpande bedöma behovet av bemanning.

IVO konstaterar att föreståndaren har bedömt behovet av personal och gjorde så även innan händelsen. Det framgår att föreståndaren särskilt bedömde behovet av bemanning för den natt och morgon när händelsen inträffade. Hon gjorde bedömningen efter samråd med personalen som arbetade under natten, att stödpersonen kunde lämna verksamheten kl. 22.00 och att en person i tjänst på natten var tillräckligt.

IVO anser att föreståndaren hade den kompetens som krävs för uppdraget och hon gjorde en bedömning utifrån rådande situation och NN:s behov. Huvudmannen har i detta avseende inte brustit.

#### *Redovisning av tillsyn*

Söndagen innan den inträffade händelsen bemannades verksamheten med fyra personaler på dagen. På natten arbetade en sovande personal som hade tillgång till beredskapsjouren, denna kallades dock inte in den aktuella natten.

Föreståndaren uppgav att personaltätheten avgörs utifrån rådande situation i boendet och hur ungdomarna mår.

Efter händelsen bemannades verksamheten under en period med ytterligare en föreståndare i syfte att ge stöd och avlastning åt den ordinarie föreståndaren.

Ordinarie bemanning var tidigare två personaler på dagen och en sovande personal på natten samt beredskapsjour. Detta hade bedömts vara tillräckligt. Vid inspektionstillfället och efter händelsen uppgavs att bemanningen bestod av tre personaler dagtid och två nattetid, en vaken och en sovande personal samt tillgång till beredskapsjour. Verksamheten lämnas aldrig obemannad.

#### *Bestämmelser*

Av 3 kap. 3 § SoL följer att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Det framgår vidare att det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Enligt 3 kap. 5 § SoF ska det vid varje hem för vård eller boende och vid varje stödboende finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten. Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende framgår att det ska finnas personal tillgänglig dygnet runt i verksamhetens lokaler vid ett hem för vård eller boende som tar emot barn och vid ett hem som tar emot personer med psykiska funktionshinder.

Enligt 9 § Socialstyrelsens föreskrifter om undantag från vissa bestämmelser i föreskrifterna och allmänna råden i SOSFS 2003:20 (HSLF-FS 2015:34) om hem för vård eller boende får avsteg från ovan nämnda föreskrift om bemanning dygnet runt endast göras under tid då de som är placerade i hemmet inte vistas där. Det ska dock alltid finnas

personal som är tillgänglig dygnet runt på ett sätt som säkerställer att hemmet kan tillgodose

1. kraven på god kvalitet och säkerhet, samt
2. behoven som de personer som tas emot i hemmet har.

### *Rutiner och åtgärder som vidtagits*

#### *Bedömning*

IVO anser inte att tillsynen påvisat brister avseende huvudmannens hantering av situationen när händelsen hade inträffat. IVO konstaterar att huvudmannen har rutiner för hot, våld och övergrepp samt kontinuerligt upprätthåller och utvecklar kvaliteten och säkerheten. Verksamhetens samtliga rutiner har reviderats och en internutredning initierats enligt huvudmannen. IVO bedömer att adekvata åtgärder vidtagits utifrån händelsen. Bland annat har olika former av krisstöd erbjudits de drabbade. Verksamheten har fokuserat på de placerade ungdomarnas trygghet och säkerhet.

#### *Redovisning av tillsyn*

Samtliga, personal och barn, har fått och kommer att få stöd, möjlighet att bearbeta sina upplevelser och känslor med stöd av bland annat handledning och kontakt med psykolog. Ungdomarna som befann sig i huset under det inträffade omplacerades omgående till ett annat HVB. Initialt var personalen från HVB Living Nordic Åbyvägen på plats med barnen. De som så önskade har därefter flyttat tillbaka till HVB Living Nordic Åbyvägen. Föreståndaren har uppgett att detta fungerat väl och att ungdomarna gett uttryck för att de var nöjda över att vara tillbaka.

I den vidare hanteringen av situationen och med anledning av det inträffade sattes ledningen omgående in krisstöd för ungdomarna och personalen. Verksamheten bemannades under en period av två föreståndare i syfte att ge stöd och avlastning åt ordinarie föreståndare. Samtliga inskrivna ungdomar har fått och kommer att få, så länge det finns behov, möjlighet att bearbeta sina upplevelser och känslor med stöd av bland annat psykolog. Ledningen initierade även en internutredning som genomförs av externa konsulter i syfte att utreda hur den tragiska händelsen kunde inträffa.

Av tillsynen framgår att verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det framgår vidare att verksamheten har rutiner för att förebygga och hantera konflikter, övergrepp och våld. Rutiner finns som bland annat innebär att knivar ska vara inlåsta och att



endast personalen har tillgång till det skåp där de förvaras. Personalen har tillgång till överfallslarm.

Verksamhetsledningen uppger att man kontinuerligt arbetar med att förankra rutinerna hos personalen. Under veckovisa personalmöten diskuteras dessa. Föreståndare och personal talar även om de placerade ungdomarna för att på så sätt hålla sig à jour och ha kontroll över vad som händer i verksamheten. En riskanalys görs på respektive ungdom.

Som ett led i en förbättringsåtgärd, uppgav föreståndaren att hon vid förfrågningar om inskrivning kommer vara mycket noggrann med att inhämta information om den unge. Om man inte får den information man bedömer sig behöva kommer verksamheten att säga nej till nämnders förfrågningar. Ytterligare förändringar består i att bemanningen förstärks dagtid samt att personalen kommer att genomföra vidareutbildning i hot och våld.

Enligt föreståndaren har det inte tidigare inträffat någon allvarlig incident i verksamheten.

#### *Bestämmelser*

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Det framgår vidare att det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten samt att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 4 kap. 1 § samma föreskrift framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. I föreskriftens 5 kap. finns bestämmelser om krav på riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser, det systematiska kvalitetsarbetet. Av föreskriftens 6 kap. 1 § framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2003:20 ska den som förestår verksamheten vid ett hem för vård eller boende ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bland annat kunna ansvara för att rutiner finns för att hantera konflikter.

### *Övrig information*

#### *Bedömning*

IVO har i övrigt inte funnit några brister i de delar som tillsynen avser när det gäller efterlevnad av tillstånd, inklusive föreståndare, målgrupp, platsantal samt lokaler.

#### *Redovisning av tillsyn*

HVB Living Nordic Åbyvägen erbjuder boende och integration där barnen ska få sina grundläggande behov tillgodosedda. Tillståndet medger tio platser för ensamkommande barn, både flickor och pojkar, i åldrarna 14 till och med 19 år. Vid inspektionstillfället den 25 februari 2016 bodde sex ungdomar i boendet. Alla ungdomar hade eget rum med toalett och dusch.

Vid tidpunkten för den inträffade händelsen var tio ungdomar inskrivna i verksamheten varav två befann sig på annan ort.

Verksamheten bedrevs i de lokaler, samt att föreståndaren var den som angavs i gällande tillstånd.

Inför inspektionen hade enligt föreståndaren samtliga ungdomar informerats om möjligheten att tala med IVO:s inspektörer. Två ungdomar var hemma vid inspektionstillfället, men ville inte tala med inspektörerna.

#### *Bestämmelser*

I 1 kap. samt 2 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2003:20 regleras målgrupp och verksamhetens personal.

Enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2003:20 ska ett HVB ha de lokaler och den utrustning som behövs för att tillförsäkra den enskilde boende, vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet.

#### *Tillämpade bestämmelser*

1 kap.1 och 2 §§, 3 kap. 3 § SoL

3 kap. 3, 4, 5, 11, 14 och 19 §§ SoF

1 kap., 2 kap. 1, 2, 3 §§ samt 3 kap. 1 § SOSFS 2003:20

3 kap. 1 §, 4 kap. 1 §, 5 kap. och 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9

6 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2014:5

#### *Bakgrund och beskrivning av ärendet*

Enligt 3 kap. 19 § SoF ska IVO inspektera hem för vård eller boende (HVB) för barn och ungdom minst en gång per år. Inspektionerna kan

vara förannmälda eller oanmälda. Den som inspekterar verksamheten ska samtala med de barn och ungdomar som vill det.

Vid HVB Living Nordic Åbyvägen i Mölndal skedde den 25 januari 2016 en tragisk händelse som fick till följd att en personal dog. Misstänkt gärningsman var inskriven i boendet.

## Underlag

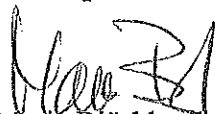
Underlag för tillsynen:

- Möte med två av delägarna samt föreståndaren (representanter) för HVB Living Nordic Åbyvägen den 12 februari 2016.
- Inspektion vid HVB Living Nordic Åbyvägen den 25 februari 2016.
- Inspektion, intervju med två ur personalgruppen samt granskning av dokumentation den 4 mars 2016.
- Inspektion, intervju den 15 mars 2016 med föreståndaren.
- Inspektion, granskning av dokumentation samt kompletterande intervju med föreståndaren den 3 maj 2016.

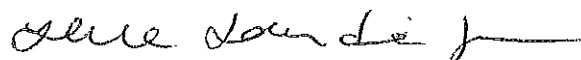
---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Maria Björklund. I den slutliga handläggningen har inspektören Julia Malmqvist deltagit. Inspektören Lena Landén Jonas har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Maria Björklund



Lena Landén Jonas