

Utredning om Lex Sarahrapport enligt 14 kap. 3 § SoL – tillbud vid HVB hem

Datum

Anledning till utredning

- Förvaltningschefens beslut **2015-06-02** med anledning av en skriftlig rapport enligt bilaga.
- Förvaltningschefens beslut med anledning av en muntlig rapport enligt bilaga.

Medborgarförvaltningens motivering till att inleda utredning

Ett tillbud har 2015-03-15 inträffat på Bryggan och avsåg en hot- och våldssituation där två boende misshandlades av utomstående personer. Verksamhetschefen har med stöd av bestämmelserna i arbetsmiljölagen 3 kap. 3a § anmält händelsen till arbetsmiljöverket. Enligt bestämmelserna i arbetsmiljölagen är arbetsgivaren skyldig att utreda en olycka eller ett allvarligt tillbud och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att händelsen upprepas. Arbetsmiljöverket har i en skrivelse daterad 2015-06-03 begärt att senast 2015-08-01 få ta del av medborgarförvaltningens interna utredning. Medborgarförvaltningens kvalitetutvecklare har varit knuten till att genomföra utredningen enligt arbetsmiljölagen. Arbetsmiljölagsutredningen skedde i särskild ordning. Under utredningens gång har arbetsmiljöverket fört muntliga förhör med verksamhetschefen och samtliga personal på Bryggan. Härefter har verket muntligen meddelat att verket har avskrivit ärendet, innebärande att verket inte längre behöver ta del av den interna utredningen enligt arbetsmiljölagen. Dock kvarstår att händelsen utreds för den interna kvalitetssäkringen.

Parallell med tillbudsanmälan enligt arbetsmiljölagen har även en Lex Sarahrapport enligt socialtjänstlagen (SoL) inlämnats av verksamheten om samma händelse. Lex Sarahrapporten handlat om en ungdom född 991118. Vad som i fortsättningen skrivs här avser Lex Sarahrapporten enligt SoL och **inte** enligt arbetsmiljölagen.

Datum för mottagning av rapporten

2015-06-23

Datum för den inträffade

2015-03-15 kl. 19:45

När och hur missförhållande eller risken för missförhållande har uppmärksammats

Missförhållande eller risken för ett missförhållande har uppmärksammats av tjänstgörande ungdomshandledare aktuell kväll.

Redogörelse för händelseförloppet – beskriv detaljerat och noggrant vad som har hänt

Händelsen inträffade 2015-03-15. Tjänstgörande personal enligt scheman var ungdomshandledare. Denne anför följande: Strax innan kl. 20.00 kommer två kända ungdomar som inte tillhör boende till Bryggan. De blir insläppta av ungdomshandledare då de är kompisar till andra på boendet och har tidigare som barn varit boende på xx. Efter någon minut när ungdomshandledare befinner sig i personalutrymmet hörs höga skrik och dunsar. Ungdomshandledare går ut i korridoren på boendet och ser då att två pojkar som bor på boendet blir misshandlade av de två gästande ungdomarna. De boende ungdomarna blir slagna med basebollträ och det finns även en kniv inblandade. Båda boendeungdomarna försöker skydda sina ansikten och huvud. Ungdomshandledare trycker på personallarmet och det är ur funktion. Polis larmas därefter av ungdomshandledare. Ungdomshandledare får in en av de boendeungdomarna (den mest utsatta) i personalrummet för att

få bort honom från gärningsmännen. Väl inne i personalrummet bryter han (den misshandlade) ihop och gråter. Gärningsmännen lämnar boendet, därefter kommer polisen på plats och en annan kollega från verksamheten ”slussen” har då tillkallats till boendet eftersom ungdomshandledare var ensam personal på boendet. De boende ungdomarna som blivit attackerade och ungdomshandledare blir förhörda av polisen. Därefter ringer ungdomshandledare chef i beredskap och berättar om händelsen. De boende två ungdomarna var slagna över hela kroppen. Polisen ville ha skadorna dokumenterade varför personalen ser till att de skadade ungdomarna åker till akuten där skadorna blir dokumenterade. Ungdomshandledarens bedömning är att gärningsmännen vid tillfälle inte är kontaktbara i situationen, varför ungdomshandledare drar slutsatsen att de är där att skada. Ungdomshandledare kände sig hotade.

Verksamhetschefens omedelbara vidtagna åtgärder i anslutning till händelsen

- Frågade hur ungdomshandledare mådde och erbjöd denne psykologiskt samtal, vilken denne avböjde. Vidhöll dock att ungdomshandledare är välkommen kontakta verksamhetschefen ifall ... känner sig behöva prata av sig
- Ett larm fungerade inte under händelsedagen. Felsökning av larmet påbörjades följande dag som var måndag den 2015-03-16. Felet berott på att information om byte av teleoperatör inte hade nått fram till Bryggan. Felet kunde åtgärdas omgående.

Tillgängliga och kända rutiner inom verksamheten

Utredningen har identifierat följande tillgängliga och kända rutiner:

Rutin	Har rutinen använts som stöd vid händelsen? (Ja/Nej)	Utredningens kommentar
Checklista för chef vid svåra händelser	Ja	
Psykosocialt omhändertagande på Bryggan vid allvarlig händelse på arbetsplatsen (följer Värnamo kommuns fastställda plan 2012-07-16)	Delvis	Ansvarig chef erbjöd hjälp, vilken avböjdes av den drabbade. Här anser utredningen att hjälpen borde ha kommenderats (tvingande). Det är utredningens bedömning att det annars kan finnas en risk att den drabbade kan få psykiska men i framtiden.
Förhållningssätt vid konflikt som uppstår gällande de boende	Ja	
Telefonrutin vid akuta händelsen t ex ring 112	Ja	

Vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett misshållande har bestått i och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde

Utredningens bedömning är att det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande har bestått i följande:

- Allvarlig kroppsskada
- De använda tillhyggena (basebollträ och kniv) kunde ha orsakat allvarliga inre skador med dödligt utgång

Om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen

Enligt verksamheten har inte något liknande inträffat i verksamheten tidigare

De orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande som har identifierats

- Avsaknad av professionell handlingsplan på hur dessa situationer bör hanteras. Främsta skälet till att gärningsmännen blev insläppta har varit att de var kända, då de tidigare som barn bodde på hemmet
- Avsaknad av riskmedvetenhet om målgruppens oberäknlighet.

Verksamhetens vidtagna åtgärder för att eliminera att liknande händelsen inträffa igen

Verksamhetens bedömning är att händelsen är allvarligt och därför ämnar genomförda en s.k. risk- och händelseanalys. I avvaktan på den sagda analysen har följande åtgärder vidtagits:

Kortsiktiga åtgärder i avvaktan på genomförande av en händelseanalys

- Rutinen vid svår händelse har reviderats och tydliggjorts
- Ensamarbete ska aldrig planeras in och målet är att minska ensamarbete överlag i verksamheten
- En ny rutin har tagits fram, innebärande att ungdomars kompisar alltid måste legitimera sig i dörren när de släpps in på boendet

Längsiktiga åtgärder efter genomförande av en händelseanalys

Se bifogad bilaga om genomgången av händelseanalysen

Bedömningen om något liknande skulle kunna inträffa igen

Riskbedömning

SKL har tagit fram nedanstående modell för risk- och händelseanalyser för individ- och familjeomsorg, där man skattad sannolikheten och allvarlighetsgrad för att en viss negativ händelse ska inträffa. Riskbedömningen utgår ifrån sannolikheten och allvarlighetsgraden. Riskens storlek fås fram genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgraden med värdet för sannolikheten för den inträffande. **Risker som skattas t ex till ”8” eller mer utgör en stor risk.**

Verksamhetens bedömning är att händelsen hade kunnat leda till att fler ungdomar hade kunnat skadas, att de som blev skadade hade kunnat få allvarligare skador eller lett till dödsfall. Och att personalen som varit inblandade i händelsen hade kunnat bli fysiskt skadad.

Utredningen har utifrån SKL modellen samt verksamhetens bedömning gjort följande riskanalys (X) av den inträffade

Allvarlighetsgrad \ Sannolikhet för inträffande	Mindre (1) Obehag	Måttlig (2) Risk för skada av hälsa o utv.	Betydande (3) Allvarlig skada t. ex vanvård	Hög (4) Dödsfall/ självmod
Mycket liten (1) Kan inträffa en gång per år X				X
Liten (2) Kan inträffa varje månad:				
Stor (3) Kan inträffa varje vecka eller vid ett av tio tillfällen				
Mycket stor (4) Kan inträffa dagligen eller vid ett av tre tillfällen				

Av ovanstående riskmatris har utredningen skattat sannolikheten för att en liknande händelse skulle

kunna inträffa igen som mycket liten, vilken motsvarar ”1” på skalan. Allvarlighetsgraden skattats som hög vilken motsvarar ”4” på skalan. Detta ger en riskstorlek på ”4”. Utifrån detta gör utredningen bedömningen att något liknande inte skulle kunna inträffa igen om nödvändiga åtgärder vidtas. Utredningen bedömer händelsen som väldigt allvarligt och för att åstadkomma nödvändiga åtgärder i syfte att minska riskerna krävs enligt utredningens bedömning en ordentlig händelseanalys enligt SKL: s rekommendation av denna typ av händelser för att därigenom komma åt de bakomliggande orsakerna till den inträffade.

Initiering av en händelseanalys

Utifrån riskbedömningsmatrixen och utredningens rekommendation har den nyligen avgående sektionschef Anna Thuresson initierat en genomgång av en händelseanalys som skall utföras av en analysteam bestående av följande funktioner i verksamheten.

Roll	Ordinarie funktion	SKL: s kommentarer av modellen
Uppdragsgivare:	Sektionschef Anna Thuresson	Behöver inte delta i teamets löpande arbete
Analysledare	Kvalitetsutvecklare/utredare Noah Anagbonu	Har kunskap om analysmetoden och inte nödvändigtvis kännedom om verksamheten
Projektledare	Verksamhetschef Julia Jönsson	Har god kännedom och kunskap om berörd verksamhet och dess innehåll
Säkerhetsansvarig - sektionen	Huvudskyddsombud Maria Nilsson	Tillför teamet kunskaper om allmänna säkerhetskrav
Säkerhetsansvarig - arbetsplatsen	Skyddsombud Conny Hjelmqvist	Tillför teamet kunskaper om arbetsplatsmässiga säkerhetskrav
Övrigt	Den drabbade tjänstgörande ungdomshandledare	Enligt analysmetoden ska den personal som blivit involverad i händelsen inte ska vara med i teamet då det kan bli känslomässigt påförstållande för denne. Däremot ska en intervju föras med denne.

Genomförande av händelseanalysen

Analysteamet har 2015-10-28 jobbat med analysen. Analysgenomgången ser ut enligt bifogad bilaga i liggande form. Läsaren rekommenderas läsa innehållen i kronologisk datumordning i varje händelsekedjafamilj i pilens riktning. Noteras dock följande:

Svarttext = händelseförloppet

Rödmarkerade text = analysens frågeställning ”varför”

Grönmarkerade text = analysens bedömning om troliga orsaker ”därför att”

Analysteamets slutsatser

Teamet drar följande slutsatser av analysen:

- Analysen uppvisar att det har gjorts visa felbedömningar vad gäller riskmedvetenhet under händelsens skeende.
- Det finns rutiner men att dessa behöver kompletteras
- Den vunna kunskapen från analysen motiverar för att verksamheten framtags en genomtänkt handlingsplan som skall vara ett professionellt levande dokument som i framtiden ger vägledning i liknande situationer
- Konstaterar att verksamheten är medveten om att flertalet av målgruppen på boende har varit med om traumatiska händelser som i ett känsligt trängt läge kunde utlösa vissa våldshandlingar. Det krävs därför en adekvat utbildning i riskbedömning och konflikthantering.

Konstaterar att sådana utbildningar finns att tillgå.

Utredningens avslut (beslut eller ställningstagande):

Utredningens bedömning är att den inträffade har varit väldigt allvarligt och kunde ha fått en dödlig utgång med många inblandade. Utredningen anser att verksamheten är medvetna om de risker som finns kopplade till verksamheten, men att när aktuell händelsen väl inträffat verkade som man inte var beredd. Då liknande händelsen aldrig hade inträffat i verksamheten tidigare, så invaggade sig verksamheten i tron om att en sådan händelse inte skulle inträffa och därmed inte hade heltäckande rutiner eller handlingsplan för sådana eventualiteter. Utredningens bedömning är att verksamhetens medvetandegrad nu har ökat och verksamheten själv ser positiv på att skaffa sig tillgängliga kunskaper inom område i syfte att kunna vara beredda på om liknande situation skulle inträffa igen. Detta anser utredningen är positivt.

Med hänvisning till allt som har framkommit i utredningen föreslås att medborgarnämnden besluta ger medborgarförvaltningen i uppdrag fortsätta med arbetet för att hitta lösningar som möjliggör att liknande risker avsevärt minskar i verksamheten.

Utredningen har härmed avsluta sitt uppdrag **2015-10-30**

Noah Anagbonu
Kvalitetsutvecklare/utredare

Förvaltningschefens beslut eller ställningstagande

Förvaltningschefen beslutar 2015-11-02 enligt följande:

- Förvaltningschefen delar utredningens slutsatser för vidare befordran till nämndberedning.
- Förvaltningschefen delar utredningens slutsatser dock med följande tillägg för vidare befordran till nämndberedning:
 - utredningen underrättas med stöd av 14 kap 5 § SoL uppdragsgivare ...
 - utredningen underrättas samarbetspartner ...
 - utredningen underrättas Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för kännedom
 - utredningen visar att detta är ett allvarligt missförhållande och därför föreslås nämnden besluta att omgående **göra anmälan** till inspektionen för vård och omsorg (IVO) på **särskild blankett**, med tillhörande liggande utredning som bilaga till anmälan.
 - utredningen skickas efter nämndberedning till Inspektionen för vård och omsorg som komplettment till nämndens tidigare anmälan enligt beslut 2... .., § ...
 - förvaltningschefen vill påpeka att utredningens åtgärdsförslag kommer kräva resurstillskott. Motivering till detta kommer åter till nämnden i särskild ordning.
 - övrig såsom ...

Förvaltningschef