



Tilläggsprotokoll

till 5000-K1178023-21

Arkiv/Åkl. ex

Enhet
Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Handläggare (Protokollförare)
Johanna Huss

Bitr. handläggare
Johanna Huss

Lars-Olof Lindberg

Lonneke van Dam

Undersökningsledare
Therese Johansson

Polisens diarienummer
5000-K1178023-21

Åkl.nr
AM-141095-21

Signerat av
Johanna Huss

Signaturen
2022-05-17 09:37

Datum: 2022-05-23
2022-04-26
AKTBIL: 100

Personer i ärendet

Förtursmål Nej	Beslag	Målsägande vill bli underrättad om tidpunkt för huvudförhandlingen Nej
Ersättningsyrkanden		Tolk krävs
Misstänkt (Efternamn och förnamn) Olofsson, Per Gösta		Personnummer 19760213-6611
Delgiven information om förenklad delgivning vid ett personligt möte genom att skriftlig information överlämnats		
Underrättelse om utredning enligt RB 23:18a Underrättelsesätt, misstänkt Ett ex av tilläggsprotokoll	Underrättelse utsänd 2022-04-26	Yttrande senast 2022-05-11
Försvare Barandth, Stefan, förordnad 2021-10-01	2022-04-26	2022-05-11
Underrättelsesätt, försvare Ett ex av tilläggsprotokoll	Resultat av underrättelse mt Ej erinran	Resultat av underrättelse försv Ej erinran

Notering

Innehållsförteckning

Diariernr

Uppgiftstyp

Sida

Tilläggsprotokoll***Förhör***

5000-K1178023-21	Förhör med vittne, Sjölund, Göte Sören Dörrknackningsförhör Nygatan 84.... lgh 1703.....	3
	Förhör med vittne, Norén, Hans Ove	6
	Förhör med vittne, Ekblad, Jan-Erik Folke	8

*Bilaga: Bild/Foto****PM ang Pinchos***

	Tjänsteanteckning	16
--	-------------------------	----

Lex Sarah

	Lex Sarah utredning.....	17
	Lex Sarah utredning - Komplettering.....	35

Dykinspektion

	Dykinspektionsrapport år 2013.....	39
--	------------------------------------	----

Personalia

	Bilaga skäligen misstänkt, Olofsson, Per Gösta.....	48
	Personalia, Olofsson, Per Gösta.....	49

Förhör

Dörrknackningsförhör Nygatan 84 lgh 1703

Signerat av

Signerat datum

Enhet

Region Bergslagen, BF-IGV 2 LPO Karlskoga

Diarienumr

5000-K1178023-21

Hörd person

Sjölund, Sören

Personnummer

Den hörde är

Vittne

ID Styrkt

Ja

Sätt

Dataslagning Res/Sis

Ställning till misstänkt - målsägande - vittne

Tolk

Språk

Ytterligare information om anledning till förhör

Underrättad om misstanke

Hörs som vittne med anledning av sina iakttagelser/vetskap kring mordet på Julia

Feltzin.

Underrättad om rätt till försvarare

Godtar den försvarare som rätten förordnar

Försvarare/ombud önskas

Försvarare/ombud närvarande

Förhørsledare

Josef Öborn

Förhørsdatum

2021-10-12

Förhör påbörjat

11:28

Förhör avslutat

11:47

Förhørsplats

Nygatan 84 LGH 1703

Typ av förhör

RB 23:6

Förhörssätt

Konceptförhör

Förhörsvittne

Utskrivet av

Berättelse

Sören bor själv i sin lägenhet och han har inte haft några besök den sista tiden då han varit i sin sommarstuga.

Sören berättar att han fick veta om händelsen när ordförande ringde på dörren och ville ha Sörens hjälp till årsmötet med ett åtagande.

Detta var helgen efter 30e September.

Aktuell person är Eva Dahlberg bor någon våning ovanför.

Sören har fått höra att någon hade sett Julia och en mans person sent en kväll. Sören trodde att Julia haft en god man och han trodde att det var den personen då det är den enda som han sett Julia med.

Sören vet inte vad han heter men tror han heter Per. Sören har sett dem tillsammans någon gång i trapphuset.

Sören har varit lärare på gymnasiet och tror att han var elev i en grupp som han undervisade tillfälligt. Detta var 15 år sedan åtminstone.

Den killen var hörselskadad. Men för 3-4 år sedan så möttes de nere i trapphuset och Sören frågade då vad mannen gjorde där. Mannen svarade då att han var där för att hjälpa Julia.

Sören har sen sett den här mannen med 1 barn och 1 hund för 1-2 år sedan.

Sören har sett honom 3-4 gånger sen första gången ungefär. Sören minns inte när sista gången var men tror att det var nog i våras/vinter.

Mannen är hörselskadad men de kunde prata med varandra lite grann ändå med hjälp av lite

teckenspråk.

Sören säger att han blev förvånad när Eva berättade vem som var gripen av polisen. Sören upplevde honom som ganska lugn och timid. Det var ju många år sen dock som han träffade på honom i skolan.

Sören vet inte vad mannen och Julia hade för relation men spekulerar i om de kan ha träffat på varandra i en förening för döva/hörselsaknade. Det finns/fanns en lokal där döva ses. Det vet jag genom mitt tidigare yrke som lärare.

Sören berättar att anledningen att han vet att det är den aktuella mannen som är gripen är att Eva hade fått höra det av en granne vid namn Anders eller Jonas som bor i huset. Som hade sett den här mannen och Julia den aktuella kvällen som hon fördes bort. Mannen har en liten svart BMW. 40-50 år och bor i botten på huset.

Sören har i övrigt inte gjort några särskilda iakttagelser förutom att det var väldigt trångt på gården dagen efter hon försvann.

Den aktuella fredagen så var det väldigt trångt på gården då stod de en vit bil in backad intill dörren. Sören såg sen att det var en civilpolisbil.

Sören kom hem från sommarstugan någon vecka innan händelsen och har varit borta mer eller mindre hela tiden sen april.

Sören kan lite teckenspråk sedan sitt tidigare yrke som lärare och det är så han och Julia har kommunicerat. Sören har haft lite kontakt med Julia genom åren genom att han har hjälpt henne i tvättstugan med knappar och öppnat dörrar och liknande små saker då de stött på varandra.

Sören vet inte om det funnits någon hotbild mot Julia men har reflekterat över att han känts väldigt bräcklig då hon är 90+ och varit ute och gått helt själv på stan.

Sören har inga specifika minnesbilder från de 30 september men han tror att han var hemma på kvällen. Under dagen hade han varit ute och handlat och gjort vanliga vardagssysslor.

Sören säger att det är upprörd stämning i huset och man pratar mycket i huset. Det cirkulerar mycket uppgifter i huset. Det sägs att det var stökigt i lägenheten i samband med händelsen. Sören säger att han hört det ryktesvägen och att det ska komma från hemtjänsten men att det bara är rykten vad han har hört.

Sören har för sig att han har för sig att han har hört att Julia låg på den här killen. Ganska mycket och att hon ville ha mycket hjälp av honom. Och att hon var krävande mot den här personen som Sören har uppfattat var hennes gode man.

Sören säger att han hört i huset att denne man sak vara henne gode man. Men han minns inte när i tid.

Sören säger att han också fått höra att mannen var gift med en thailändska och hade ett barn. Det är också rykten som Sören har hört men han minns inte när i tid. Sören har dock aldrig sett någon kvinna med.

Minns du när du såg Julia sista gången?

Inte sedan jag kom tillbaka från sommarstugan där jag var större delen av sommaren, sedan april.

Sören kan verkligen inte förstå att någon skulle vilja Julia något illa

Uppläst och Godkänt.

Förhör

Signerat av

Signerat datum

Enhet

Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Diariernr

5000-K1178023-21

Hörd person

Norén, Hans Ove

Personnummer

Den hörde är
VittneID Styrkt
JaSätt
KontrollfrågaStällning till misstänkt - målsägande - vittne
Kapten M/S Sirena

Tolk

Språk

Ytterligare information om anledning till förhör

Underrättad om misstanke

Kapten på M/S Sirena som hörs avseende båtrafik i Svartån mellan den 2021-09-30
-2021-10-07, konstruktion av båt m.m.

Underrättad om rätt till försvarare

Godtar den försvarare som rätten förordnar

Försvarare/ombud önskas

Försvarare/ombud närvarande

Förhørsledare

Lonneke van Dam

Förhørsdatum

2022-04-25

Förhör påbörjat

13:00

Förhör avslutat

Förhørsplats

Typ av förhör
RB 23:6Förhörssätt
Telefonförhör

Förhörsvittne

Utskrivet av
LvD

Konceptförhör

Berättelse

Informeras om att detta är ett vittnesförhör.

Antal turer i Svartån under tiden 2021-09-30 – 2021-10-07?

Hans Ove utgår ifrån sina anteckningar och berättar följande:

1a oktober åkte Hans Ove kl 08.50 från Pråmkajen i Svartån. Han stannade kl 09 vid Naturens hus, gamla oljehamnen, för att plocka upp folk. De åkte sedan kl 09.20 från Naturens hus ut till Hjälmarens och Björköns. De var tillbaka klockan 12.10.

2a oktober åkte Hans Ove kl 09.30 från Pråmkajen till Naturens hus. Den dagen körde Hans Ove flertal turer mellan Naturens hus och Björköns. Hans Ove uppskattar att första turen var 09.30, sedan 12.25, 14.00 och åter Pråmkajen 16.10. Det var dubbla turer så totalt 6 turer fram och tillbaka mellan Naturens hus till Björköns.

3e oktober åkte Hans Ove en dagstur, började kl 10.00 och var tillbaka kl 14.00. Detta också mellan Pråmkajen och Björköns.

7e oktober åkte Hans Ove från Pråmkajen klockan 10.30 och stannade vid Naturens hus, sällskapet åkte till Björköns och var tillbaka 16.00. Hans Ove åkte sedan med tom båt igen kl 16.30 till Katrinelund. Hans-Ove har noterat att han var i ån och väntade ett tag den dagen. Detta då Svartån var spärrad när den försvunna kvinnan hittades.

Ang båt – Längd, vikt, antal propellrar?

Hans Ove förklarar att den väger 9 ton, är cirka 12 gånger 4 meter. Den har två stycken propellrar. Den går ca 1.40 m djupt vid normal gång.

Hans Ove tillägger att hade propellrarna tagit i kroppen hade det noterats ordentligt för de är

vassa.

Några utstickande delar på båten utöver propellrar?

Nej. Det finns inget annat enligt Hans Ove.

Hur färdas båten i Svartån under dessa turer, finns det något minimi avstånd till kanterna?

Hans Ove förklarar att om man åker från Pråmkajen och tittar mot Hjälmarens så håller han sig till vänster sida vid Naturens hus, vid lusthuset lastar han på folk på båten. Hans Ove tillägger att den brons öppning vid Naturens hus är på vänster sida också.

Hur håller du dig i ån med båten efter Naturens hus, när du ska ut till Hjälmarens?

Mitt i ån.

Hur var vädret/vattenståndet de aktuella dagarna?

Vattenståndet var lågt då tror Hans Ove. Han kommer inte ihåg exakt. Hans Ove säger att det nog går att se på statistiken hos Vattenförbunden.

Hörs dunsar ex om båten åker på ngt typ stock lr annat?

Ja, Hans Ove berättar att han har träffat stockar ute vid fyren men det är utanför ån. Det dunsar när det träffar.

Minns du om du hörde ngt avvikande på båten den aktuella tidsperioden?

Nej inte tänkt på något så.

Antal passagerare som åker med på de aktuella turerna?

Det var mellan 25-30 styckna.

Minns du om du kikade lite extra med tanke på att de den aktuella datumen gått ut i media om försvunnen person?

Nej, men Hans Ove förklarar att titta gör man alltid efter grenar/skräp i vattnet. Hans Ove har inte noterat något avvikande. Hans Ove förklarar att han har hittat kroppar förut och rapporterat.

Ngn av passagerare som rapporterat ngt?

Nej inget sådant.

Filmkamera som filmer åkturerna?

Nej.

Annan dokumentation foto/film från den aktuella tidsperioden?

Hans Ove tror inte det och tillägger att då det är sent på hösten så sitter de flesta passagerare inne på båten vid dessa turer.

Uppläst och vidkänt

Förhör

Signerat av

Signerat datum

Enhet

Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Diarienumr

5000-K1178023-21

Hörd person

Ekblad, Jan-Erik

Personnummer

Den hörde är

Vittne

ID Styrkt

Ja

Sätt

Kontrollfråga

Ställning till misstänkt - målsägande - vittne

Kapten M/S Lagerbjelke.

Tolk

Språk

Ytterligare information om anledning till förhör

Underrättad om misstanke

Kapten på M/S Lagerbjelke som hörs avseende båttrafik i Svartån mellan den
2021-09-30 -2021-10-07, konstruktion av båt m.m.

Underrättad om rätt till försvarare

Godtar den försvarare som rätten förordnar

Försvarare/ombud önskas

Försvarare/ombud närvarande

Förhørsledare

Lonneke van Dam

Förhørsdatum

2022-04-25

Förhör påbörjat

10:00

Förhör avslutat

10:25

Förhørsplats

Typ av förhör

RB 23:6

Förhörsätt

Telefonförhör

Förhörsvittne

Utskrivet av

LvD

Konceptförhör

Berättelse

Informeras om att detta är ett vittnesförhör.

Antal turer i Svartån under tiden 2021-09-30 – 2021-10-07?

Jan-Erik har gått tillbaka och noterat följande turer som gjordes med M/S Lagerbjelke

Den 30e september, den 1a oktober och den 2a oktober gjordes en tur varje dag från Hamnplan. Turen började kl 19.00, Jan-Erik berättar att de brukar då vara ute på Hjälmarén ca 19.30. Så mellan 19.00-19.30 åker de genom ån. Kl 21.30 är tiden de är åter i Svartån och tillbaka klockan 22.00 vid Hamnplan. Dessa tre dagar var tur och retur över Svartån.

Det var sista turerna på säsongen, den 5 oktober kl 09.00 på morgonen tog Jan-Erik båten ut genom Svartån / Hjälmarén för att transportera båten så man kunde ställa undan den för säsongen. De åkte inte tillbaka över Svartån.

Finns det något minimi avstånd som båten behöver hålla sig till, i förhållande till kanterna?

Jan-Erik förklarar att båten går i mitten av ån i stort sett hela sträckan förutom vid broarna.

Hur stor del av fartyget är under vatten vid normal gång i Svartån?

Jan-Erik berättar att båten går ganska grunt. Där propellrarna sitter är det ca 1,5 djupt i vattnet. Båten har två propeller som sitter med två meters bredd.

Antal passagerare de aktuella turerna, hur många brukar det vara?

Har inte siffrorna exakt säger Jan-Erik. Han förtydligar att det var ett pandemiår så kanske var en 40-50 passagerare på turerna. Förutom den 5e då hade de inga passagerare. Det gör ingen skillnad för djupgåendet av båten.

Angående båt – Längd, vikt, antal propellrar?

Ca 20 meter lång, 5 meter bred. Största djupet är vid propellrarna.

Minns du något om hur vädret/vattenståndet var de aktuella dagarna?

Det var relativt lågt minns Jan-Erik. Det är det alltid på hösten, ån är djupare än Hemfjärden. Jan-Erik kan tänka sig att det var en 2,5 meter djupt i Svartån, så fort man lämnat Svartån ut mot Hjälmarens blir det väldigt grunt en bit.

Vattenståndet var uppskattningsvis en 10-20 cm lägre än normalt. Om man kör båten i mitten är det säkert djupare mot kanterna, berättar Jan-Erik. Jan-Erik tillägger att de har inget ekolod så han vet inte exakt hur det ser ut.

Jan-Erik berättar att det blir ett visst sug från propellrarna när vi åker, suget i vattnet kan medföra att det kan komma upp saker såsom stockar och andra föremål. Skulle det ligga något på botten är det inte omöjligt att det skulle suga med sig en bit berättar Jan-Erik.

Några utstickande delar på båten?

Förutom propellern är skrovet ganska platt. Det som sitter runt propellern sticker ut men är trubbigt, Jan-Erik skickar bild på detta.

Hörs dunsar t.ex. om båten åker på ngt typ stock eller annat?

Ja är det en stock så hör man att det dunkar till. Jan-Erik berättar att folk slänger allt möjligt i ån, kan vara brandsläckare osv.

Minns om han hörde något under den aktuella tidsperioden?

Jan-Erik minns inte om det hördes något då och tillägger att om det mjukare grejer som sugas upp och slår i så märks det nog inte alls. Propellern är inte jätte vassa, borde synas något märke på t.ex. en kropp ifall det har slagit i. Allt annat på båten är ganska trubbigt, en propeller borde skapa ett "hack" på grund av dess fart.

Minns han om han kikade lite extra med tanke på att de de aktuella datumen gått ut i media om försvunnen person?

Ja detta minns Jan-Erik. Jan-Erik säger att han tittade väl men det var mer ovanför slussen. Första turerna gick på kvällen och då var det mörkt. Jan-Erik säger att när han åkte ut sista gången den 5e visste han att de hade letat upp mot Svartån och tittade då. Jan-Erik såg ingenting.

Iakttagit något särskilt under den nämnda tidsperioden?

Nej ingenting.

Ngn av passagerare som rapporterat ngt?

Nej inte relaterat till det där.

Filmkamera som filmer åkturerna?

Bara en övervakningskamera men den sparar inget mer än 24 timmar, aktiverad bara på nätterna.

Annan dokumentation foto/film från den aktuella tidsperioden?

Jan-Erik minns att han har en film på sin mobil men det är bara vissa delar på den färden ut mot Hjälmarens. Det är dock filmat dagtid, Jan-Erik tror det är sträckan ner mot Oset den 5e oktober som han filmat.

(Förhørsledarens anteckning: Jan-Erik kommer skicka in fotografier på båten m.m samt

filmklippet till utredaren.)

Uppläst och vidkänt



Datum
2022-04-26

Diarienummer
5000-K1178023-21

Bildbilaga

ANTECKNINGAR

Bildbilaga innehåller fotografier på M/S Lagerbjelke.
Filmer finns i FILIP.



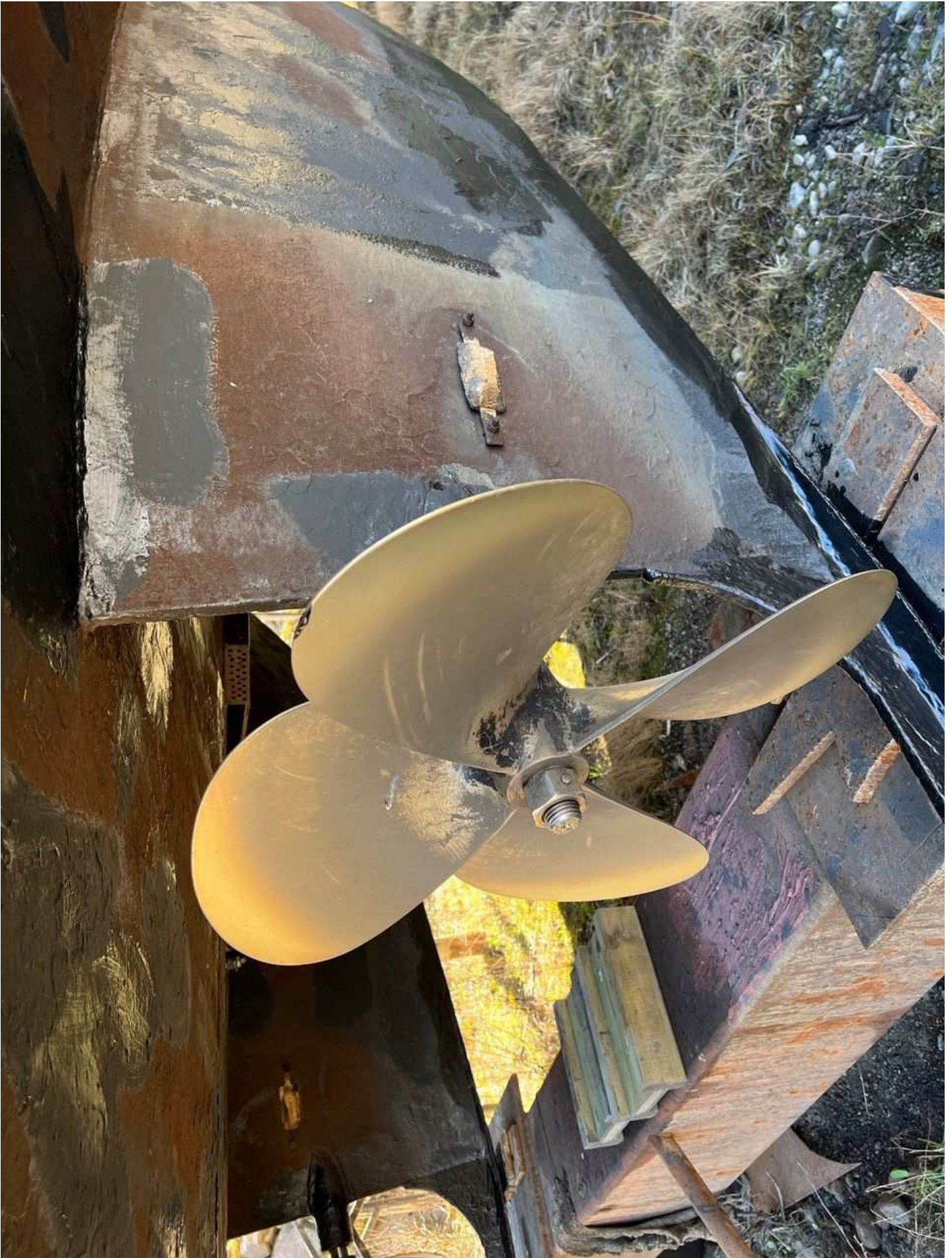
1. Visar undersidan på M/S Lagerbjelke. Inlämnad av Kapten Ekblad via mail. Mottagen av Pa Lonneke van Dam den 2022-04-26.



2. Visar M/S Lagerbjelke. Inlämnad av Kapten Ekblad via mail. Mottagen av Pa Lonneke van Dam den 2022-04-26



3. Visar undersidan/propellrarna på M/S Lagerbjelke. Inlämnad av Kapten Ekblad via mail. Mottagen av Pa Lonneke van Dam den 2022-04-26



4. Närbild propellrarna på M/S Lagerbjelke. Inlämnad av Kapte Ekblad via mail. Mottagen av Pa Lonneke van Dam den 2022-04-26.



Tjänsteanteckning

Signerad av

Signerad datum

Enhet

Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Diarienumr

5000-K1178023-21

Uppgiftslämnare

Lindberg, Lars-Olof

Datum

2021-10-06

Tid

08:32

Beslag verkställt

Nej

Material för analys

Nej

Mottaget

Mottaget datum

Tid

Sätt på vilket uppgift lämnats

Upprättad av

Lars-Olof Lindberg

Uppgiften avser

Bokning restaurang Pinchos

Uppgift

Enligt vittnesuppgifter från Inga-Lis Stenberg på Nygatan 82 ska Per Olofsson ha bokat bord på restaurang Pinchos i Örebro 211005 kl.17:45.

Med anledning av vittnesuppgifterna åker jag till restaurangen 211005 vid 17-tiden och får uppgift av personal att det stämmer att en Per Olofsson bokat bord för fyra personer klockan 17:45. Personalen visar mig även bokningen i deras dator.

Tillägg 211006

Jag åker tillbaka till restaurangen och får uppgift av personal att en Per Olofsson gjort bokningen 30:e september kl. 12:26 för fyra personer. Jag får även se bokningen i i deras dator

Utredning av rapportering enligt Lex Sarah Wadköpings hemvård

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Syfte	3
Lagstiftning	3
Händelse enligt Lex Sarah-rapport.....	4
Inledande bedömning av händelsen (görs av SAS)	4
Uppdragets metod	4
Definitioner	5
Berörd kund i hemvården = Den enskilde	5
Sammanfattning av utredningen	6
Bakgrund.....	6
Ställföreträdare - det aktuella fallet	6
Ställföreträdare enligt riktlinje för biståndsbedömning	6
Dokumentation	7
Myndighetsjournal.....	7
Utförardokumentation	7
Hälsö- och sjukvårdsjournal samt vårdplaner	7
Samtycke	7
Samtycke enligt socialtjänstlagen	7
Samtycke enligt riktlinje för biståndsbedömning	8
Samtycke - det aktuella fallet.....	8
Orosanmälan	9
Orosanmälan till socialtjänsten (enligt riktlinje för våld i nära relation)	9
Orosanmälan – det aktuella ärendet.....	9
Rutin för Våld i nära relation riktad till handläggare.....	10
Utgångspunkter för analysen	11
Bedömning och analys av bakomliggande orsaker till händelsen.....	11
Förslag till beslut och ställningstagande till åtgärdslista samt anmälan till IVO (SAS bedömer och beslutar).....	16
Åtgärdslista	16

Inledning

Lex Sarah är ett sammanfattande namn för de bestämmelser som reglerar anställdas med fleras skyldighet att rapportera ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande enligt socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Bestämmelserna om lex Sarah omfattar även skyldigheten att utreda, avhjälpa och undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande samt att anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*.

Syfte

Rapportering och utredning av missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden är en viktig del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelserna om Lex Sarah ska hjälpa verksamheten att utveckla sin kvalitet och komma till rätta med brister i den egna verksamheten så att inte liknande missförhållanden uppstår igen. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Lagstiftning

Utredningens innehåll grundar sig på 14 kap. 2–7 §§ socialtjänstlagen (2001:43), SoL, och 23 e och 24 a–24 g §§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah samt det som anges under rubriken ”utgångspunkter för analysen”.

Händelse enligt Lex Sarah-rapport

Utifrån en mycket allvarlig händelse där den enskilde försvann från bostaden och återfanns avliden under oklara omständigheter behöver vi, utifrån dokumentation av händelser och kontakter samt beslut, under tiden som den enskilde haft insatser från kommunen, utreda om myndighetsutövning och utförare har haft anledning att göra en orosanmälan till socialtjänsten och hur dessa i de fall det har skett har hanterats av socialtjänsten, utredningen omfattar både myndighetsutövning och utförare. Dokumentationsgranskning visar att det är oklart hur samtycken har inhämtats samt hur det är säkerställt att beslut som finns dokumenterade är i enlighet med den enskildes behov och önskemål. Utredningen omfattar även rutin och förhållningssätt gällande legal företrädare.

Tidpunkt för händelsen	Tidpunkt för rapportering enligt Lex Sarah	Hur uppmärksammades händelsen
21-10-01	21-10-07	Det som utreds uppmärksammades genom dokumentationsgranskning

Inledande bedömning av händelsen (görs av SAS)

	Ja	Nej	Kommentar
Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	☒	☐	
Allvarligt missförhållande	☒	☐	
Lex Sarah, utredning inleds	☒	☐	
Händelsen är kopplad till hälso- och sjukvårdslag HSL och överlämnad till MAS/MAR	☐	☒	

Uppdragets metod

	Ja	Nej	Kommentar
Intervju med biståndshandläggare	☒	☐	
Intervju med medarbetare	☒	☐	Omvårdnadspersonal på berörd enhet
Intervju med sjuksköterska	☒	☐	
Intervju med arbetsterapeut	☐	☒	Ej aktuellt
Intervju med enhetschef	☒	☐	Enhetschef för biståndshandläggare. Och enhetschef Wadköping hemvård
Intervju med den enskilde	☐	☐	

Definitioner

Berörd kund i hemvården = Den enskilde

Kontaktperson/påstådd företrädare = A

Sammanfattning av utredningen

Bakgrund

Den enskilde har sedan 2015 haft insatser från kommunen. Mellan augusti 2017 och juli 2019 har den enskilde troligen haft stöd från annan utförare och/eller genom att den enskilde anlitat privata städbolag eller möjligen genom vänner. Det finns ingen verkställighetsdokumentation från kommunens sida under denna period. I myndighetsjournal finns ingen dokumentation under perioden 160503–190213.

Av personkortet framgår att den enskilde har haft en namngiven kontaktpersonen och fått hjälp med praktiska sysslor av denna. Den personen är en annan än den som enligt dokumentationen tog över dessa sysslor i februari 2019 (A).

Legal ställföreträdare - det aktuella fallet

A har sedan 2019 i dokumentationen benämnts som god man, god vän, vän, kontaktperson samt privat kontaktperson. Det finns ingen dokumentation på avsedd plats i personkortet som beskriver den verkliga relationen och/eller det legala företräderskapet mellan A och den enskilde.

En av den intervjuade i omvårdnadspersonalen uppger att A sagt till personalen att hen är god man till den enskilde, vilket inte stämmer. A har aldrig haft detta uppdrag.

Ingen från kommunens sida, varken Myndighetsverksamheten omsorg och stöd eller utförare av hemvård tycks ha efterfrågat bevis för att A är legal företrädare eller frågat den enskilde om hans relation till A och vilket samtycke som finns till informationsöverföring gällande den enskilde mellan A och biståndshandläggare, omvårdnadspersonal och/eller legitimerad personal.

Intervjuade från både Myndighetsverksamheten vård och stöd samt omvårdnadspersonal inom hemvård uppger att de inte haft anledning att misstro A och hans uppgifter om att vara god man och/eller kontaktperson och därmed inte heller gjort någon kontroll av riktigheten i uppgiften. Informationsutbyte har skett genom antaganden om att det finns ett legalt företräderskap och endast i ett fall finns samtycke registrerat men det avsåg inte i förhållande till A där information om samtycke helt saknas.

Ställföreträdare enligt riktlinje för biståndsbedömning

Om den enskilde på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande inte längre har förmåga att ta hand om sina angelägenheter kan en ställföreträdare ansöka om bistånd åt den enskilde. En ställföreträdare kan vara en person med fullmakt, framtidsfullmakt alternativt en behörig anhörig. Ställföreträdarens behörighet inträder först när den enskilde inte längre har förmåga att ta hand om sina angelägenheter. Om den enskilde inte har utfärdat någon framtidsfullmakt eller vid de fall det saknas behöriga anhöriga kan den enskilde vara i behov av en ställföreträdare i form av god man eller förvaltare. Socialnämnden har en skyldighet att anmäla till överförmyndaren om den finner att god man eller förvaltare bör förordnas för någon. (se avsnitt god man gällande detta ärende)

Dokumentation

Myndighetsjournal

Myndighetsverksamheten omsorg och stöd (biståndshandläggare) dokumenterar i det som kallas "myndighetsjournal". Utförare har inte direkttillgång till denna journal, vilket är helt korrekt enligt lagstiftningen. Endast Myndighetsverksamheten omsorg och stöd och ansvariga för att granska verksamheten har direkttillgång.

Dokumentation i ett ärende sker i flera steg. Efter att det beslutats om att ärendet skall aktualiseras sker dokumentationen i modul "aktualisering". Under denna tid syns inte dokumentationen i myndighetsjournalen och vid behov av att söka information är det i aktualiseringen som informationen måste sökas.

När aktualiseringen avslutas överförs dokumentationen till myndighetsjournalen. Detta innebär att dokumentationen i myndighetsjournalen inte ses i kronologisk ordning eftersom dokumentationen från aktualiseringen syns först när aktualisering avslutas och ses i myndighetsjournalen efter senaste anteckningen. Man kan söka all dokumentation under aktualiseringen via särskild flik men inte på ett enkelt sätt i kronologisk ordning. Detta är helt relaterat till verksamhetssystemet och inget som användare av systemet kan påverka.

Slutsatsen är att det under samma rubrik och ett datum 211008 har samlats anteckningar som gäller tiden 210727-210908 och först när aktualisering avslutas 2021-10-08 syns de i myndighetsjournalen.

Utförardokumentation

Omvårdnadspersonal och enhetschef för utföraren dokumenterar i "verkställighetsjournal" med anteckningar i kronologisk ordning. Dessa anteckningar är utan anmärkning då de har varit frekventa och relevanta till dokumenterade händelser.

Hälso- och sjukvårdsjournal samt vårdplaner

Legitimerad personal dokumenterar i "patientjournal" med anteckningar i kronologisk ordning. Omvårdnadspersonal dokumenterar uppföljningar i vårdplaner när de utför hälso- och sjukvårdsinsatser. Dessa anteckningar är utan anmärkning då de har varit frekventa och relevanta till dokumenterad händelse.

Samtycke

Samtycke enligt socialtjänstlagen

Det är viktigt att samtycket är preciserat så att det inte uppstår några oklarheter kring vad den enskilde har samtyckt till. Det finns inga särskilda krav på hur ett samtycke ska vara utformat. Samtycke till biståndet och genomförandet av insatsen kan alltså vara både skriftligt och muntligt. När en enskild ansökt och fått bistånd till insatsen kan det anses att den enskilde samtyckt till insatsen. När insatsen därefter ska verkställas/genomföras ska stödet utformas tillsammans med den enskilde.

Om den enskilde lämnar samtycke till att Myndighetsverksamheten omsorg och stöd får kontakta andra myndigheter eller personer, ska den enskildes samtycke dokumenteras i aktuell utredning i den enskildes journal i verksamhetssystemet Treserva. Vid skriftligt samtycke kompletteras journalanteckningen med uppgift om att handlingen bifogas den enskildes personakt.

Samtycke enligt riktlinje för biståndsbedömning

Följande samtycken är obligatoriska för legitimerad personal att efterfråga och dokumentera:

- Samtycke till att närstående får informeras om patientens hälsotillstånd och aktuella behandlingar. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå.
- Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård.
- Samtycke till NPÖ (nationell patientöversikt) I journalen ska det framgå om patienten samtycker eller nekar till informationsöverföring. Om patienten delvis samtycker till informationsöverföring ska det tydligt framgå vad den samtycker till och inte. Det kan vara att man inte samtycker till NPÖ men övrig informationsöverföring eller att man samtycker till att ens barn får muntlig information om hälsotillstånd och pågående åtgärder men inte att de får tillgång till journal.

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

5 § Om den enskilde har lämnat samtycke till att nämnden får kontakta andra myndigheter eller personer, ska den enskildes samtycke dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå

1. vilka andra myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte,
2. om närstående får kontaktas och i vilket syfte,
3. vilka sakkunniga och referenspersoner som får kontaktas och i vilket syfte, och
4. när samtycket har lämnats.

Om den enskilde återkallar hela eller delar av sitt samtycke ska detta dokumenteras så att det tydligt framgår att samtycket inte längre gäller eller har ändrats.

Dokumenterade samtycken gäller tills dess att annat framkommer. Om en patient ändrar sitt ställningstagande till samtycke ansvarar legitimerad personal att ändra det dokumenterade samtycket. Insamling av fakta kan ske genom uppgifter från den enskilde eller uppgifter från andra.

Samtycke - det aktuella fallet

Det finns endast en anteckning i hela myndighetsjournalen där samtycke är dokumenterat och det gäller i förhållande till en anhörig till den enskilde och där den enskilde medger samtycke till att Myndighetsverksamheten omsorg och stöd kontaktar den anhöriga.

En enhetschef på myndighetskontoret nekar vid ett tillfälle att lämna ut information till denna anhörig trots att samtycke fanns dokumenterat.

I verkställighetsjournal finns ingen dokumentation om samtycke till informationsöverföring.

I patientjournalen finns samtycken till informationsöverföring mellan vårdgivare men inget gällande informationsöverföring till annan person.

I detta sammanhang kan konstateras att samtycke i samband med myndighetsutövningen dokumenteras i löpande text och måste eftersökas i endera aktualiseringsdokumentationen eller myndighetsjournalen (se vidare under rubriken dokumentation)

I verksamhetssystemet finns en särskild samtyckesmodul och enligt intervjuer skall myndighetsutövningen sakna tillgång till den modulen.

Vid närmare kontroll visar det sig att handläggarna på myndighet har tillgång till samtyckemodulen men de har inte använt sig av den funktionen.

Vid förfrågan om varför den inte har använts i myndighetsutövningen är svaret att modulen från början var utformad utifrån HSL och inte anpassad till myndighetsutövningen. Detta har påpekats till systemadministrationen från Myndighetsverksamheten vård och stöd men när anpassning av modulen skedde blev det inte kommunicerat från systemadministrationen och därmed har modulen inte använts.

Orosanmälan

Orosanmälan till socialtjänsten (enligt riktlinje för våld i nära relation)

Orosanmälan angående en vuxen person (över 18 år) kräver alltid ett samtycke av personen. Handläggare på Myndighetsverksamheten vård och stöd har alltid möjlighet att rådgöra med socialtjänstens mottagningsteam i ärenden, vilket kan göras utan att bryta sekretess genom att anonymisera ärendet. Den våldsutsatta kan även få information om vilket stöd Socialtjänsten kan ge. Handläggare på Myndighetsverksamheten vård och stöd ska alltid erbjuda sig att hjälpa personen att kontakta Socialtjänsten, antingen efter mötet, eller att kontakt tas tillsammans med den våldsutsatta under mötet.

Inom vård och omsorg tillämpas inte begreppet orosanmälan på samma sätt som inom individ- och familjeomsorgen. En anmälan kan dock inkomma från någon som är orolig för en persons situation. Alla anmälningar hanteras enligt vanlig handlägningsprocess. Det finns ingen blankett för anmälan när det gäller oro för en vuxen person utan endast när det gäller barn.

Generellt kan sägas att socialtjänsten oftast har mycket svårt att hjälpa vuxna människor om de inte själv önskar ha hjälp och kontakt med socialtjänsten. Det är egentligen bara när det inkommer en anmälan enligt LVM, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, som socialtjänsten mot personens önskan och vilja kan öppna en utredning.

Orosanmälan – det aktuella ärendet

Det har inkommit ett antal orosanmälningar till Myndighetsverksamheten omsorg och stöd via kommunens servicecenter. I ett fall har även A lämnat orosanmälan. Dessa har till största delen handlat om den enskildes behov av utökade insatser och har i de flesta fall hanterats genom samtal med den enskilde och utifrån dessa samtal har insatser ändrats/kompletterats.

En teckentolk på Servicecenter, ringer till biståndshandläggarnas mottagningsteam och framför deras oro över den enskilde som har haft kontakt med dem. Teckentolken anmäler att det kan finnas behov av utökad hjälp, alternativt annat boende för den enskilde då de på Servicecenter uppmärksammat en försämring i den enskildes mående.

En kommunvägledare för teckenspråk ringer in och förmedlar att den enskilde har ringt hen vid flertalet tillfällen och berättat att hennes vän A som hjälper henne med ekonomi med mera, blir våldsam, rycker i henne, hårdhänt och hon har blåmärken enligt kommunvägledaren. Den enskilde har också berättat att A har slagit sönder hens tv men ersatt den med en ny. Kommunvägledaren berättar att hen själv var med när den enskilde köpte sin tv och har också sett att den blivit utbytt. Den enskilde har också framfört att pengar försvunnit och andra saker också.

Rutin för Våld i nära relation riktad till handläggare vid Myndighetsverksamheten omsorg och stöd

Till Socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Därför har en rutin och en checklista för arbete kring våld i nära relation arbetats fram. Rutinen ska ge vägledning och stöd i hur vi kan uppmärksamma våld i nära relation, hur vi kan bemöta personer som är utsatta för våld samt hur

Myndighetsverksamheten omsorg och stöd kan hjälpa personer som lever i en våldsutsatt situation vidare till verksamheter som kan ge rätt stöd. Checklistan ska ge handläggaren ett ytterligare stöd för att skyndsamt och rättssäkert kunna agera vid misstanke om våld i nära relation.

När Myndighetsverksamheten omsorg och stöd får kännedom om våld i nära relation ska detta alltid journalföras i myndighetsjournalen om personen finns aktuell. Detta för att det ska finnas antecknat inför en eventuell polisanmälan samt om någon ny yrkesperson kommer in i ärendet. Om personen inte är känd sedan tidigare och inte har ett pågående ärende i verksamhetssystemet ska informationen dokumenteras i aktualiseringen med information om händelsen/situationen och vad som ligger till grund för att inte inleda någon utredning.

Utgångspunkter för analysen

Benämning
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om Lex Sarah
Socialtjänstlagen SoL
Riktlinjer för biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen inom Vård och omsorgs verksamhetsområde
SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
Riktlinje för Samverkan, informationsöverföring och sekretess i kommunal hälso- och sjukvård
Handläggning och dokumentation enligt Socialtjänsten, Socialstyrelsen
Handbok för rättssäker biståndshandläggning (Örebro Kommun)
Rutin/praxis för orosanmälan
Riktlinje Våld i Nära relation
Handbok Biståndshandläggning inom vård och omsorg Myndighetsverksamheten omsorg och stöd (Örebro Kommun)

Bedömning och analys av bakomliggande orsaker till händelsen

Matris för händelseanalys					
		Allvarlighetsgrad			
		Mindre	Måttlig	Betydande	Mycket hög/katastrofal
Sannolikhet för att det inträffar igen	Mycket stor				X
	Stor				
	Liten	X			
	Mycket liten				

Bedömning av allvarlighetsgrad

Bedömningen av allvarlighetsgraden är utifrån den enskildes perspektiv att den är mycket hög/katastrofal. Dock kan det inte konstateras av utredningen att vare sig myndighetsutövningen eller utförare genom sitt agerande har kunnat påverka utfallet. Det är inte heller syftet med utredningen att utreda eventuellt brott och händelsens förlopp

utreds utifrån det perspektivet i sin helhet av polisen. Vi har lämnat över begärt material (dokumentation) till utredare hos polisen och det är känt att medarbetare från både myndighet och utförare har varit kallade som vittnen.

Utredningen har således fokuserat på att utreda hur myndighetsutövning och utförande förhållit sig till olika delar som är aktuellt för alla individer som ansöker om, och blir beviljade, insatser från kommunen i allmänhet och i synnerhet hur det har fungerat eller inte fungerat i det specifika fallet inom rubricerade områden.

Legal ställföreträdare

Det har under utredningen visat sig att det fanns en dokumentation i personkortet om att A varit registrerad som kontaktperson för den enskilde men att denna uppgift tagits bort av biståndshandläggare efter önskemål från den enskilde. Kontaktperson är inte detsamma som legal företrädare.

Identifierad brist

Det är en allvarlig brist att den enskildes önskemål till Myndighetsverksamheten omsorg och stöd om att A inte längre ska kontaktas i frågor gällande den enskilde inte blev informerat till berörda.

Biståndshandläggaren har 210812 dokumenterat detta önskemål i myndighetsjournalen och verkställt borttagande av uppgiften i verksamhetssystemet. Det har i samband med detta inte skett någon kommunikation mellan myndighet och utförare vilket har medfört att utföraren har haft en fortsatt kontakt med A då man saknat uppgift om den enskildes önskemål.

Det är en allvarlig brist att det inte finns tydliga rutiner för hur man säkerställer att någon har ett legalt företrädarskap. Från den som t ex utgör sig för att vara god man finns möjlighet att begära ett registerutdrag där det framgår vilken typ av uppdrag det rör sig om (god man eller förvaltare), när uppdraget startade och uppdragets omfattning. Huvudmannens och den legala ställföreträdarens personuppgifter finns också med på registerutdraget.

När detta är gjort registrerar man uppgiften i verksamhetssystemet och alla med behörighet kan se vilken relation den enskilde har med olika personer.

I det här fallet fanns inget legalt företrädarskap dokumenterat, man har förutsatt att A var legal företrädare utan att säkerställa det genom vare sig registerutdrag eller information från den enskilde.

Det är en särskilt allvarlig brist att den enskildes önskemål om att A skulle tas bort som hens kontaktperson inte blev kommunicerad och därmed känd för utföraren. Det kan aldrig vara den enskildes ansvar att veta hur kommunen är organiserad t ex mellan myndighetsutövningen och utförare. Den enskilde ska kunna lämna information till kommunen och uppleva trygghet med att berörda parter får information om önskemål från den enskilde. Det finns inte någon tydlig rutin för hur den som får denna kunskap ser till att berörda parter inom både myndighetsutövning och utförare får del av den informationen så att man har möjlighet att följa den enskildes önskemål och på så sätt undvika oönskade kontakter eller informationsutbyte.

God man

Den enskilde har vid ett par tillfällen erbjudits stöd med att ansöka om god man men den enskilde har avböjt detta stöd ända fram till ungefär en månad innan den tragiska händelsen. Kommunvägledaren framför i samband med en orosanmälan att den enskilde vill ha en god man som är tillförordnad och vill inte att A ska kontaktas i detta ärende

I samband med detta tillfälle har biståndshandläggare med samtycke från den enskilde pratat med en anhörig och var överens med hen om att det förelåg behov av god man nu när den enskilde av sagt sig kontakt med A och den anhöriga inte hade möjlighet att vara behjälplig med sysslor som A tidigare hjälpt till med. Biståndshandläggaren hade i samband med det kontakt med sjuksköterska och de planerade för ett gemensamt besök hos den enskilde för stöd att färdigställa en ansökan om god man, detta besök blev aldrig av då det vid tidpunkten för besöket framkom att den enskilde var anmäld som försvunnen.

Bedömning av konsekvens/risk för konsekvens av identifierad brist

Konsekvensen eller risk för konsekvens av denna brist är att information förmedlas och/eller inhämtas från/till personer/funktioner där vi inte har säkerställt eventuellt företräderskap.

Det skulle också kunna innebära en allvarlig risk att den enskildes självbestämmande åsidosätts om/när vi lyssnar på en företrädare utan att säkerställa att det är den enskildes vilja som framkommer.

God man är en frivillig insats som den enskilde ansöker om och det bedöms inte som en brist från myndighetsutövningen i detta sammanhang då någon ansökan inte har inkommit men att det fanns långt gångna planer på att ge den enskilde stöd med en ansökan.

Samtycke**Identifierad brist**

Det är en allvarlig brist att verksamhetssystemets möjlighet att dokumentera samtycke inte har varit känt av myndighetsutövaren.

Det är en brist att samtycke i rutinen för biståndshandläggning endast hanterar samtycke som registreras av legitimerad personal och är kopplat till hälso- och sjukvård. I både socialtjänstlagen och föreskrift framgår att reglerna för samtycke ska tillämpas vid dokumentation under handläggning av ärenden som gäller enskilda samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamhet.

Det bedöms inte som rättssäkert att samtycket dokumenteras i löpande text och därmed mer komplicerat och tidskrävande att säkerställa hur det förhåller sig med samtycken. Det blir tydligt i det fall när en anhörig nekas information pga påstådd avsaknad av samtycke trots att ett sådant fanns dokumenterat i löpande text i aktualiseringsprocessen. Genom användning av systemets möjligheter hade man genom en knapptryckning till samtyckesmodulen snabbt fått tillgång till informationen.

Sammanfattningsvis är det en allvarlig brist att samtycke, i det specifika fallet, inte finns dokumenterat i avsedd modul i verksamhetssystemet och inte mer än en gång i myndighetsjournal, ingen gång i verkställighetsjournal eller hälso- och sjukvårdsjournal förutom till informationsöverföring mellan vårdgivare inom hälso- och sjukvård där samtyckesmodulen har använts enligt rutin. Därmed kan konstateras att man inte fullt ut följt vare sig lagstiftning eller föreskrifter gällande samtycke.

Bedömning av konsekvens/risk för konsekvens av identifierad brist

Konsekvensen eller risk för konsekvens av denna brist är att information förmedlas till personer/funktioner där vi inte har säkerställt att samtycke finns. Utan korrekt dokumentation gällande samtycke finns också risken att nödvändig information inte heller delges till personer/funktioner som behöver information för att ge en god och rättssäker vård och omsorg.

Orosanmälan

Det har inkommit flera typer av orosanmälningar i ärendet och dessa har hanterats på olika sätt. En orosanmälan som inkommer från kommunvägledaren handlar om hur A av den enskilde har upplevts som våldsam och även förgripit sig på den enskildes ägodelar. I ett fall beskrivs hur den enskilde förmedlat till biståndshandläggaren att "A är inte bra för mig" och i samband med detta får vi också kännedom om en misshandelshändelse som den enskilde har polisanmält med hjälp av omvårdnadspersonal. Genom intervjuer med omvårdnadspersonal kan konstateras att omvårdnadspersonal har gjort det som förväntas av dem i denna mycket speciella situation. De har både tagit kontakt med biståndshandläggare och efter samtycke hjälpt den enskilde att göra en polisanmälan i samband med att den enskilde berättat att hen blivit misshandlad av sin kontaktperson (A)

Identifierade brister

Det bedöms som en allvarlig brist i hanteringen av orosanmälan från myndighetsutövningen vid ett tillfälle när teckenspråkstolken förmedlar ett eventuellt behov av utökat stöd utifrån att den enskilde vid upprepade tillfällen kontaktat kommunens servicecenter genom personliga besök och upplevs av dem som försämrad i sitt hälso- och allmäntillstånd. Av dokumentationen från denna orosanmälan framgår att biståndshandläggaren utifrån den oro som framförts från servicecenter ringer till A.

A tackar för att vi ringer och framför den oro som servicecenter uppmärksammat men uppger att den enskilde inte har blivit försämrad. Biståndshandläggaren har därefter gjort bedömningen att eftersom kontaktpersonen A inte upplever att den enskilde har fått ett ökat hjälpbehov och inte tycker att det finns behov av ett planeringsmöte nu så avslutas denna aktualisering med att ej inleda någon utredning. Biståndshandläggaren avslutar med att dokumentera att A och/eller hemvårdspersonalen återkommer om situationen förändras och då får det bokas in ett planeringsmöte.

Vid detta tillfälle tas således kontakt endast med A som förmedlar sin uppfattning om behovet och som ger svar att det inte finns något utökat behov och inget behov av planeringsmöte. Därmed avslutar biståndshandläggaren ärendet utan åtgärd eller någon som helst avstämning eller kontakt med den enskilde.

Det bedöms som en allvarlig brist att det saknas gemensamma rutiner och riktlinjer för hur en orosanmälan ska hanteras när det gäller vuxna personer och att den rutin som finns inte är implementerad i utförligheten utan riktar sig till handläggare på Myndighetsverksamheten omsorg och stöd. Det framgår i dokumentationen och i utredningen att vi bedömt A som en person som har en nära relation till den enskilde, även om vi inte med säkerhet har kunnat säga vilken relation som varit aktuell.

Det finns många gemensamma beröringspunkter mellan den hantering som beskrivs i rutinen för våld i nära relation och händelser som relaterar till denna utredning och som skulle kunna leda till en orosanmälan.

Bedömning av konsekvens/risk för konsekvens av identifierad brist

Det skulle kunna innebära en allvarlig risk att den enskildes självbestämmande åsidosätts om/när vi lyssnar på en företrädare utan att säkerställa att det är den enskildes vilja som framkommer. När det handlar om orosanmälan för våld i nära relation blir det märkligt om vi tar kontakt med "förövaren" i stället för att kontakta den som sägs vara utsatt. Det ter sig naturligt att "förövaren" säger att det inte är några problem. Det bedöms vara jämförbart i denna situation utifrån den information som fanns tillgänglig i dokumentationen.

Dokumentation

Det finns inget att anmärka på innehållet eller formulering i dokumentationen från någon av de funktioner som omfattas av dokumentationsskyldighet.

Det är svårt att bedöma om dokumentationsprocessen inom myndighetsutövningen sker på ett rättssäkert sätt genom de olika delarna från aktualisering till att dokumentationen syns i myndighetsjournalen. För att få en helhetsbild av det som dokumenteras av myndighetsutövare krävs att man tar del av både aktualisering och myndighetsjournal. Det går inte att på ett enkelt sätt se den kronologiska ordningen för dokumenterade händelser, man måste för det ändamålet läsa i båda dokumentationsprocesserna.

Specifikt i detta fall blev det otydligt när efterfrågad dokumentation för viss period blev synlig i myndighetsjournalen först när flera aktualiseringar avslutades samtidigt, och hamnade under ett datum som inföll långt senare än själva händelsen (se avsnitt dokumentation). Grunden för dokumentation är enligt föreskrifterna att den är tydlig, läsbar och skriven i kronologisk ordning det vill säga i tidsföljd, samt ske utan dröjsmål.

Det är förstås viktigt för den som ska granska dokumentationen att kunskap om dokumentationsprocessen finns och gällande dokumentation i aktualiseringsprocessen inhämtades den i detta fall först när dokumentation saknades.

Det kan vid efterforskning konstateras att det handlar om att verksamhetssystemet fungerar på detta sätt och andra alternativ till dokumentation får undersökas i samband med kommande upphandling av nytt verksamhetssystem.

Utredningen avslutas med en åtgärdslista för uppföljning.

Förslag till beslut och ställningstagande till åtgärdslista samt anmälan till IVO (SAS bedömer och beslutar)

Ställningstagande avseende åtgärdslista samt anmälan till Inspektionen för vård och omsorg	Ja	Nej
De åtgärder som vidtagits initialt med anledning av rapporteringen kan inte antas ha pågående och stadigvarande effekt därför beslutas att en åtgärdslista för att åtgärda missförhållandet åläggs enheten. Uppföljning av enheten sker enligt planering i åtgärdsplanen.		
Åtgärdslista upprättas	☒	☐
Händelsen bedöms som ett allvarligt missförhållande, eller risk för allvarligt missförhållande som innebär, eller har inneburit, ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa och anmäls därmed till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	☒	
Anmäls till IVO		
Länk till anmälan till IVO: https://etjanster.ivo.se/digiforms/htmlViewer?xsessiontag=889825619		

Åtgärdslista

Utifrån händelsen och de identifierade bristerna beskrivs nedan de åtgärder som verksamheterna/förvaltningen åläggs att genomföra för att säkerställa att händelsen och bristerna inte inträffar igen.

Åtgärd	Beskrivning av åtgärden	Ansvarig	När följs åtgärden upp
Rutin orosanmälan	Säkerställ att det finns rutin/riktlinje för när/var/hur en orosanmälan ska upprättas och hanteras och att den blir implementerad hos både myndighetsutövare och utförare	Förvaltningsövergripande	Vår 2022
Rutin legal företrädare	Säkerställ att det finns rutin för hur man tar reda på vem som är legal företrädare och hur dennes uppdrag är formulerat	Förvaltningsövergripande	Vår 2022

Informationsöverföring mellan myndighetsutövning och utförare	Säkerställ att det finns rutin för hur information från den enskilde till myndighetsutövare och/eller utförare gällande önskemål som berör båda parter kan ske på ett rättssäkert sätt	Förvaltningsövergripande	Vår 2022
Rutin samtycke	Säkerställ att det finns rutin för hur man efterfrågar och registrerar samtycken, med eller utan begränsningar gällande samtliga lagstiftningar och att detta sker i verksamhetssystemet.	MAS/MAR/SAS	Vår 2022
Dokumentation myndighetsjournal	Undersök om det finns alternativa lösningar till dokumentationsprocessen gällande aktualiseringar och koppling till myndighetsjournal som gör att händelser kan ses i kronologisk ordning på ett enkelt sätt.	SAS i samverkan med myndighetskontoret	I samband med upphandling av nytt verksamhetssystem.

Utredare**Ansvarig för analys och bedömning**

Administrativa samordnare
Vård och omsorgsförvaltningen

Marie-Louise Hammar
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

ÖREBRO KOMMUN

Datum 2022-02-08

Ärendenummer Hn 480/2021

Inspektionen för vård och omsorg
Avdelning mitt
Box 423
701 48 Örebro

Komplettering Dnr 3.1.2-41092/2021-6

Hemvårdsnämnden i Örebro kommun inkommer härmed med begärda kompletteringar i rubricerat ärende.

IVO'S frågeställning:

Vad har det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande bestått i, d.v.s. vilka utförda handlingar eller handlingar som någon av försummelse eller annat skäl underlåtit att utföra som identifierats efter utredningen?

Nämnden behöver förtydliga vad det allvarliga missförhållandet eller risken för allvarligt missförhållandet har bestått i.

Nämndens svar:

- Den enskildes önskemål till Myndighetsverksamheten omsorg och stöd om att påstådd företrädare inte längre ska kontaktas i frågor gällande den enskilde blev inte kommunicerat mellan myndighetsverksamheten och utförare. Myndighetsverksamheten verkställde önskemålet i "kundkortet" men utföraren fick inte information. Det bedöms som ett missförhållande att den enskildes önskemål inte blir kommunicerade mellan berörda hos utföraren. Den enskilde måste vara trygg med att det finns rutiner för en sådan kommunikation kommunikationen mellan berörda inom kommunen.
- Information om den enskilde har utlämnats utan att information om samtycke finns kommunicerat med den enskilde eller dokumenterat i verksamhetssystemet.
- Information och kommunikation om den enskildes önskemål och behov har inhämtats från person som utger sig för att vara företrädare utan att kontroll har skett om legalt företräderskap föreligger.
- Information via orosanmälan gällande att den enskilde är utsatt för misstänkta övergrepp eller har ett utökat behov av stöd har gällande det utökade behovet av stöd enbart kommunicerats med person som utger sig för att vara företrädare men inte med den enskilde.

ÖREBRO KOMMUN

Datum 2022-02-08

Ärendenummer Hn 480/2021

IVO'S frågeställning:

Vilka konsekvenser har missförhållandet eller risken för missförhållandet fått eller kunde ha fått för den enskilde?

Nämnden behöver förtydliga konsekvenserna och dessa ska vara kopplade till missförhållandet eller risken för missförhållandet.

Nämndens svar:

- Konsekvensen eller risk för konsekvens av rapporterat missförhållande är att information förmedlas och/eller inhämtas från/till personer/funktioner där man inte har säkerställt eventuellt företräderskap.
- Det skulle också kunna innebära en allvarlig risk att den enskildes självbestämmande åsidosätts om/när vi lyssnar på en företrädare utan att säkerställa att det är den enskildes önskemål och behov som framställs

IVO'S frågeställning:

Vilka bakomliggande orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande har nämnden identifierat? Med bakomliggande orsaker menar IVO orsaker på **systemnivå**, dvs brister som är relaterat till organisationen i sig, ledningen och styrningen av en verksamhet som gör att missförhållandet har kunnat inträffa. *Nämnden behöver förtydliga de bakomliggande orsakerna som nämnden har identifierat och orsakerna ska vara kopplade till missförhållandet eller risken för missförhållandet.*

Nämndens svar:

1. Rutin för hantering av orosanmälan gällande vuxna saknas eller är inte känd av både myndighetsutövning och utförare (endast myndighet har en rutin för våld i nära relation där Orosanmälan nämns)
2. Rutin för att säkerställa legalt företräderskap saknas eller har inte efterföljts
3. Rutin/förhållningssätt för informationsöverföring mellan myndighet och utförare om önskemål som framförs från den enskilde och som berör både myndighetsutövning och utförare saknas
4. Rutin för att använda samtyckesmodul i verksamhetssystemet är inte känd/har inte efterföljts av vare sig myndighetsutövning eller utförare. (Gäller inte informationsöverföring utifrån HSL där man använt sig av verksamhetssystemets samtyckesmodul)
5. Dokumentationsprocessen i myndighetsutövningen upplevs som otydlig och svår att följa i kronologisk ordning. Detta är kopplat till verksamhetssystemet och nämnden behöver undersöka om det går att påverka i befintligt system eller om det måste anstå till nytt verksamhetssystem som är under upphandling.

ÖREBRO KOMMUN**Datum 2022-02-08**

Ärendenummer Hn 480/2021

IVO'S frågeställning:

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

Det framgår inte av utredningen.

Nämndens svar:

Oklart om det finns ärenden som hanterats på liknande sätt men sannolikheten för att så är fallet är stor kopplat till de processer som har identifierats som brister. Till det tragiska utfallet i detta ärende och tidigare händelser finns inga kopplingar.

IVO'S frågeställning:

Bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen

Nämndens svar:

Sannolikheten för att händelser, som kan kopplas till identifierade brister, skulle kunna inträffa igen bedöms som liten utifrån vidtagna och/eller planerade åtgärder

IVO'S frågeställning:

Vilka åtgärder har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för missförhållandet samt vilka åtgärder som har vidtagits eller planerats för att genomföra för att förhindra att liknande inträffar igen?

Då nämnden behöver förtydliga missförhållandet/ risken för missförhållandet samt de bakomliggande orsakerna till det inträffade behöver nämnden även se över åtgärderna. Åtgärderna ska ha direkt koppling till de bakomliggande orsakerna.

Nämndens svar:**Utförda och/eller planerade åtgärder**

- Nuvarande rutiner för samtycke och så kallade oroanmälningar revideras för att säkerställa hanteringen. (gäller både utförare och myndighetsverksamhet)
- Samverkan med berörda att tillsammans ta fram rutiner för att säkerställa hantering vid exempelvis byte av kontaktpersoner, samtycke samt informationsöverföring. (gäller både utförare och myndighetsverksamhet)
- Metodstöd för registrering och sökning av samtycke i verksamhetssystemet är framtagen. (gäller både utförare och myndighetsverksamhet)

ÖREBRO KOMMUN**Datum 2022-02-08**

Ärendenummer Hn 480/2021

- Samverkan om kommun/förvaltningsövergripande rutin för våld i nära relation pågår tillsammans med representanter för kommunstyrelseförvaltningen (gäller både utförare och myndighetsverksamhet). Utgångspunkten för denna rutin är den befintliga rutin som används av myndighetsverksamheten.
- När ovanstående rutiner är fastställda påbörjas utbildningsinsatser för berörda parter (både utförare och myndighetsverksamheten)
- Rutin för inhämtande av bevis för legalt företräderskap behöver upprättas och implementeras i utförlädet.

IVO'S frågeställning:

Vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med.

Nämnden behöver förtydliga om det inträffade är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Nämndens svar:

Bedömning är att det både är ett allvarligt missförhållande och en risk för allvarligt missförhållande att tydliga rutiner saknas för t ex inhämtande av uppgift om legal företrädare (via tex registerutdrag), att det inte finns någon tydlig och förvaltningsövergripande rutin för att rapportera orosanmälan gällande vuxna samt att verksamhetssystemet upplevs ha brister i dokumentationsprocessen som försvårar tillgång till dokumentation om t ex samtycke om/när det dokumenteras i löpande text i aktualiseringsprocessen eller myndighetsjournalen.

Det är också bedömt som en allvarlig brist att det inte finns ett tydligt förhållningssätt/rutin för kommunikationen mellan myndighetsutövningen när/om den enskilde lämnar information som är av vikt att både myndighetsutövning och utförare har kännedom om och kan förhålla sig till.

Annika Roman
Förvaltningschef
Vård och Omsorg
Örebro Kommun

Ann-Catrin Svantes Ohlson
Förvaltningschef
Myndighetsverksamheten
Örebro Kommun

Dykinspektion

av

Bro/Damm 1880-82-1



Projektnr: 13-055

Projekt/uppdrag/ärende:

särskild inspektion under vatten (dykinspektion)

Deltagande personer:

Johan Skoglöf

Jan Nyvall

Conny Johanson

Rapport upprättad av:

Johan Skoglöf

Granskad av:

Jan Nyvall

Rapport skapad datum:

2013-07-03

Reviderad datum:

UNDER YTAN DYK & INSPEKTION SVERIGE AB

Postadress

Larmvägen 2
461 38 Trollhättan

Org. nr

556861-8762

Telefon

0520-509 700

E-mail

info@underytandyk.se

Bank

Swedbank

Hemsida

www.underytandyk.se

Bankgiro

780-1517

Säte

Lilla Edet

INNEHÅLL

1. SAMMANFATTNING.....	3
2. BAKGRUND	3
3. INSPEKTION.....	3
4. RESULTAT AV DYKINSPEKTION 2013-07-03.....	4
UPPSTRÖMSSIDA	4
4.1. VÄNSTER ANSLUTNING	4
4.2. SPETTLUCKOR	4
4.3. MUR MELLAN SPETTLUCKOR OCH NÅLSÄTTLÄGE	5
4.4. UTSKOVSLUCKA/NÅLSÄTTLÄGE.....	5
4.5. ÖVERFALLSDAMM MED 3 ST PELARE	6
4.6. SPETTLUCKOR 7 ST INKL. PELARE	6
4.7. HÖGER ANSLUTNING.....	7
NEDSTRÖMSSIDA	7
4.8. PELARE.....	7
4.9. SPETTLUCKOR	7
4.10. NEDSTRÖMS MUR MELLAN SPETTLUCKOR OCH NÅLSÄTTLÄGE	8
4.11. NEDSTRÖMS UTSKOVSLUCKA/NÅLSÄTTLÄGE	8
4.12. ÖVERFALLSDAMM MED 3 ST PELARE	8
4.13. SPETTLUCKOR 7 ST INKL. PELARE	9

1. Sammanfattning

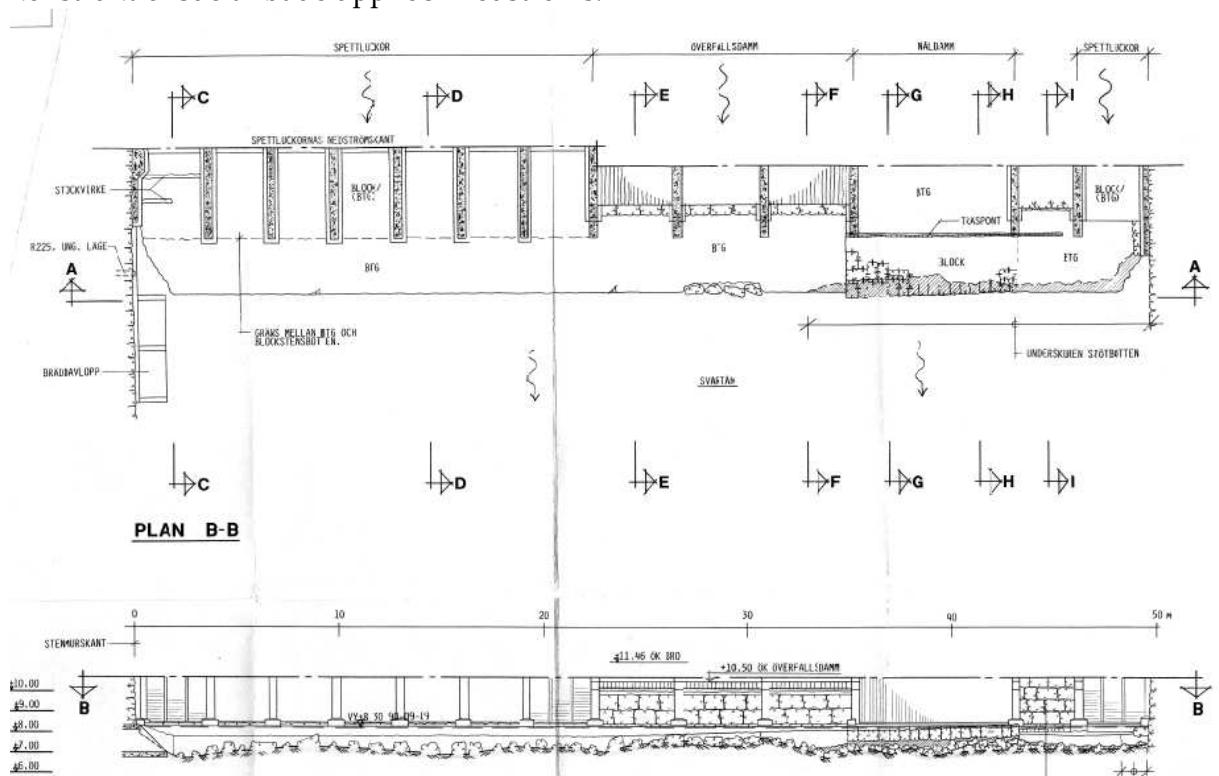
Dammens betongytor uppvisar mer eller mindre vittringsskador i vattenlinjen. Korrosion förekommer på samtliga luckfalsar och sättfalsar. En bred spricka i höger anslutnings betongmur antyder att rörelse på grund av marktryck. Samtliga pelares (nedströmsidan) bottenplattor påvisar vittring. Stötbotten nedströms förefaller vara delvis lagad sedan 1990 års inspektion.

2. Bakgrund

Under Ytan Dyk & Inspektion AB har fått i uppdrag av Örebro Kommun, genom Mikael Sundh – WSP, att utföra Särskild inspektion under vatten av bro/damm 1880-82-1. Vi har innan inspektion tagit del av den information som finns tillgänglig i BaTMan

3. Inspektion

Inspektion utfördes från landbaserat dyksläp. Vattenflödet i Svartån var strömmande men ej besvärande. Sikten i vattnet var ca 0,5 m. Rapporten är skriven från vänster till höger där vänster avses tittandes på dammen med strömriktningen i ryggen. Detta gäller för konstruktionsdelar både upp- och nedströms.



Figur 1 – Utdrag från ritning upprättad efter dykinspektion 1990.

4. Resultat av dykinspektion 2013-07-03

Uppströmssida

4.1. Vänster anslutning

Anslutningen mot vänster ledmur består av ett bakgjutet vinkeljärn som även utgör sättfals till vänster spetlucka.

Ledmuren består av en fogad stenmur som ansluter mot befintlig botten. Fogbruk saknas lokalt i fogar under vattenytan. Inga läckage kan dock iakttagas.

4.2. Spetluckor



Luckorna ansluter nedåt mot en tröskel av betong, denna befinner sig dock 100-150 mm under befintlig botten då den är täckt med sand/grus och grenar.

4.2.1. Sättfalsar

På falsarna är skyddsfärgen i stort intakt och endast marginell korrosion förekommer.

4.2.2. Träluckorna

Träet är något eroderat men förhållandevis stumt med ett inträngningsdjup med kniv över vatten på 10 mm och under vatten på ca 5 mm.

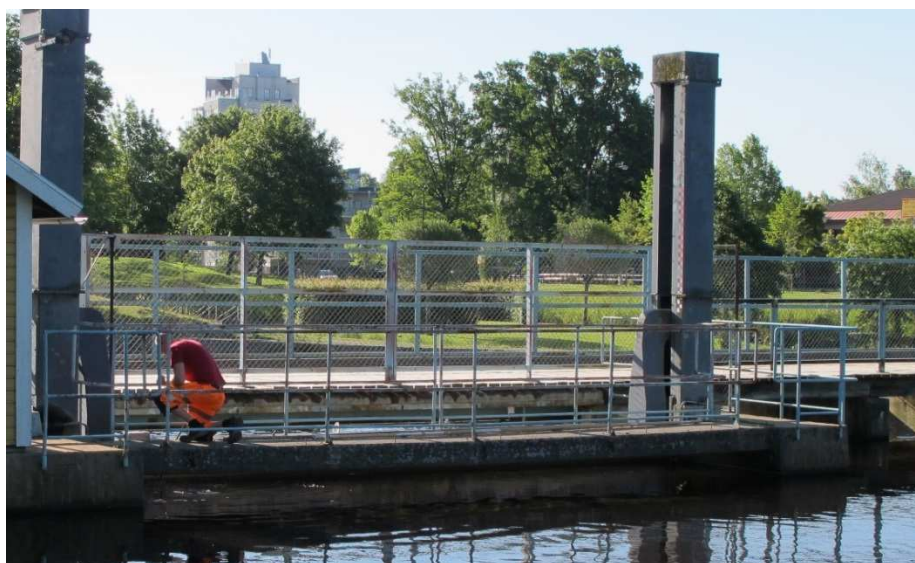
4.3. Mur mellan spettluckor och nålsättnä



Vittring noteras i ett 1 meter högt och 10-15 mm djupt fält. Ovan vattenytan noteras fina sprickor med kalkutfällningar dessa upphör i det vittrade fältet.

I vänster sidas förlängning (uppströms) i muren noteras en betongklack som kragar ut 450mm i anslutning emot botten. Klacken fortsätter emot utskovluckan.

4.4. Utskovslucka/nålsättnä



Luckan är utförd i rostfritt stål som ansluter i botten mot en rostfri tröskel på vattendjup 2,1 meter. Framför luckan noteras nålsättnäns sättnä. Sättnägets bottentröskel består av ett ingjutet vinkeljärn som är så korroderat att håligheter noteras igenom materialet, detta torde dock inte inverka på funktionen.

Botten framför tröskeln befinner sig på 2,7 - 3 meters vattendjup. Botten består av sten i fraktioner 100 – 300 mm.

Insidan på pelarmuren som skiljer utskovet mot överfallsdammen är vittrad i en höjd av 1300mm och med ett vittringsdjup om ca 10 mm.

I vänster sida av luckläget noteras en spricka 0,6 meter utanför men parallellt med luckan. Sprickan har en längd av 700mm och förgrenar sig i h-form. Sprickvidd 0,5 mm.

4.5. Överfallsdamm med 3 st pelare



Betongklacken fortsätter i botten framför överfallsdammen och kragar ut ca 450mm uppströms. Bottendjupet är ca 2,7 meter och botten består av sten i fraktioner upp till 300 mm. Vittring noteras i ett 100 mm högt och 3-5 mm djupt fält i överfallsdammens överkant (under vatten).

Skiljemuren mellan överfallsdammen och nålsättiläget är vittrad i en höjd av 1000mm och ett djup av 3-5 mm.

4.6. Spettluckor 7 st inkl. pelare



4.6.1. Sättfalsar

Sättfalsarnas kondition är något varierande, till höger i dammen så är skyddsfärgen till stor del intakt och korrosion förekommer endast sporadiskt med rostgropar om 1-2 mm. Längre åt vänster, närmare överfallsdammen saknas skyddsfärgen generellt och korrosionen ökar med rostgropar upp till 3 mm.

4.6.2. Träluckor

Träluckorna är något mjuka med ett inträngningsdjup med kniv på ca 30-40 mm i området kring vattenytan. Den del av luckorna som befinner sig under vatten är något eroderade men är dock stummare med ett inträngningsdjup om ca 5-10 mm.

4.6.3. Betongtröskel

Betongtröskeln som kragar ut ca 350 mm utanför luckorna är i högra delen av dammen täckt med bottenmassor men höjden ovan botten ökar gradvis åt vänster i dammen, vid fjärde spettluckan är höjden över botten ca 600 mm. Största uppmätta tröskelhöjd ovan botten är 1,05 m. Botten består av sten i fraktioner upp till 300 mm men lokalt förekommer större block. I tröskelns vertikalsida noteras skrapmärken som förmodligen kan härledas till den rensning av botten som sker med grävmaskin. Dock kan inga övriga betongskador iakttas.

4.7. Höger anslutning

En grov spricka noteras i linje med gångbanans uppströmsida. Sprickan har en vidd om 20-30 mm och sträcker sig från murens översida 1500 mm ned till en 800mm hög betongklack vilken muren vilar på. Den del av betongmuren som är belägen uppströms sprickan kragar ut ca 35 mm utanför murlivet.

Vittring noteras i ett 1200mm högt och 10- 15 mm djupt fält



Bild 1 – Bild på höger anslutning och sprickan som blivit då muren rört sig ut i dammen.

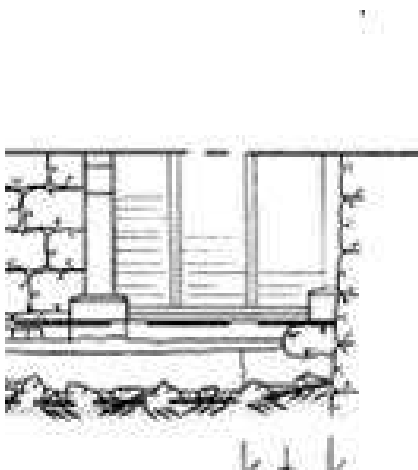
Nedströmssida

4.8. Pelare

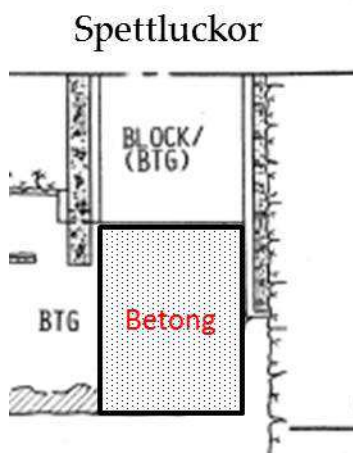
Vittring noteras i pelarnas bottenplattor som ansluter emot dammens stötbotten. Skadehöjden varierar mellan 200-400mm och ett generellt skadedjup på 10mm noteras.

4.9. Spettluckor

Enlig föregående inspektion skall stötbotten här saknas. Dock observeras här en gjuten stötbotten vilken förmodligen har ersatt den tidigare saknade stötbotten. Runt betongen står träformen kvar. Betongytan är inspekterad utan anmärkning.



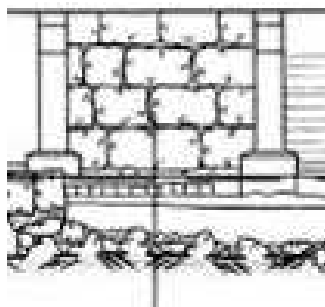
Figur 2 – Elevation av konstruktionsdelen, från ritning 1990



Figur 3 – Principskiss av lagning.

4.10. Nedströms mur mellan spetluckor och nålsättningsläge

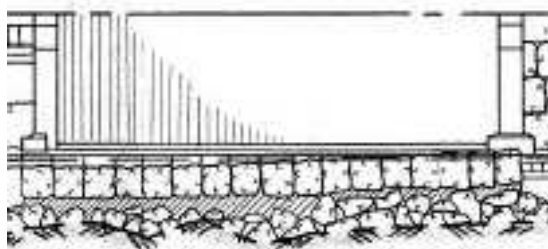
Utanför muren observeras en mängd sten med kramlor, dessa stenar ligger oordnat på botten.



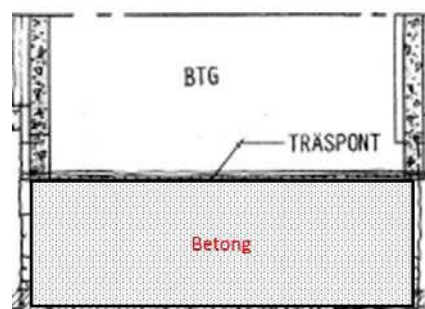
Figur 4 - Elevation av konstruktionsdelen, från ritning 1990

4.11. Nedströms utskovslucka/nålsättningsläge

Enlig föregående inspektion skall stötbottens betong i området vara skadad och nedströmsdelen urspolad. Vid årets inspektion noteras en betonggjutning nedströms utskov/sättningsläge som är avdelad med träform vilken förmodligen har ersatt den tidigare skadade stötbotten. Nedströms betonggjutningen syns kvarvarande stenar som sporadiskt täcks av betongrester. Dessa kan ha som funktion att låsa stenarna alternativt har betongrester dumpats här efter avslutad gjutning.



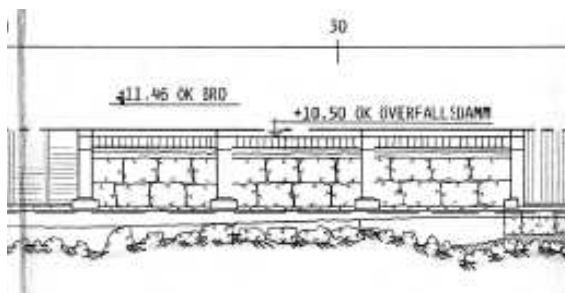
Figur 6 - Elevation av konstruktionsdelen, från ritning 1990



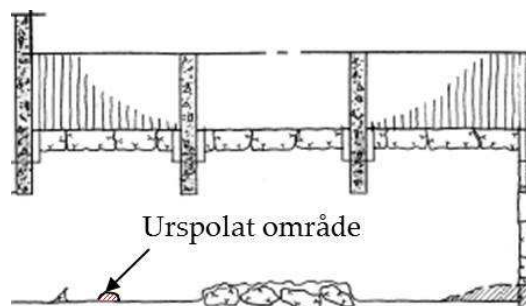
Figur 5 - Principskiss av lagning.

4.12. Överfallsdamm med 3 st pelare

Mitt framför högra överfallet på en sträcka av 0,4 meter noteras en hålighet under stötbotten med ett instick på 0,4 meter och en höjd av 0,5 m, stötbotten består här av en 0,5 meter hög betongplatta. I övrigt (åt vänster) kan ingen klart definierbar betongkant/stötbotten observeras utan den övergår i oordnad stenläggning. Stenläggningen ansluter emot tidigare nämnd betonggjutning.

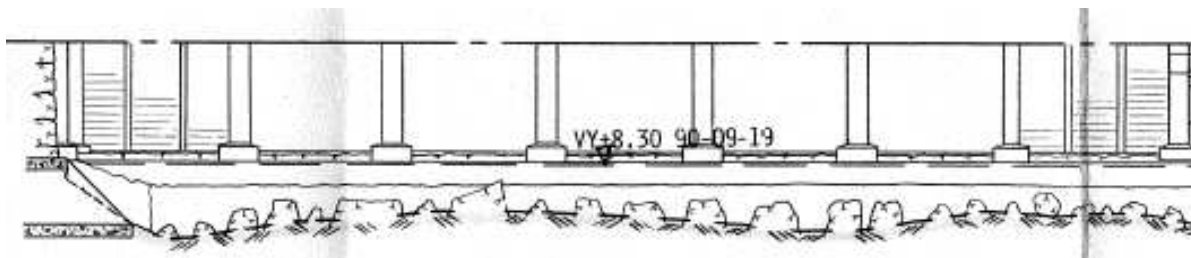


Figur 7 - Elevation av konstruktionsdelen, från ritning 1990



Figur 8 - Visar principiellt utseende av urspolat område.

4.13. Spettluckor 7 st inkl. pelare

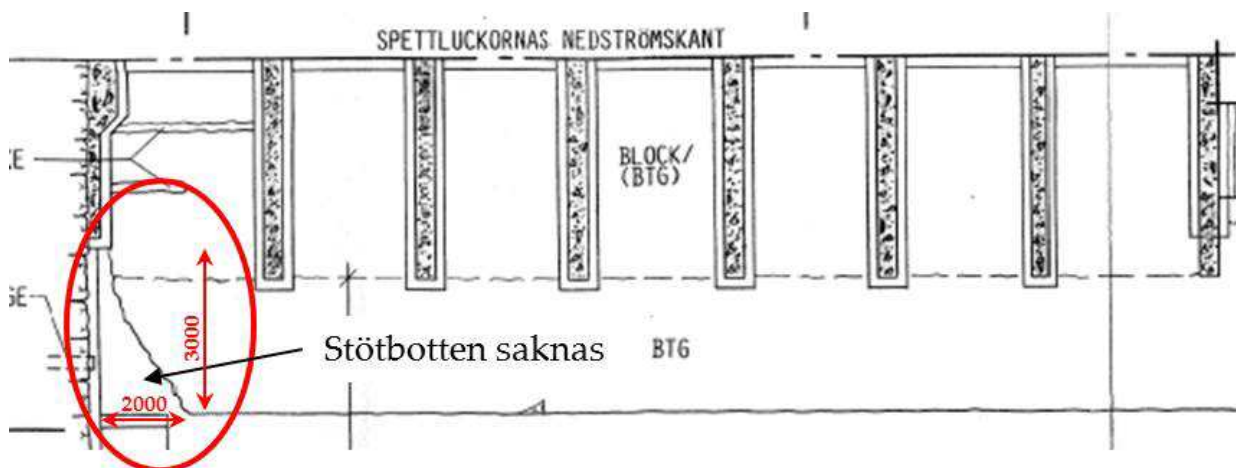


Figur 9 - Elevation av konstruktionsdelen, från ritning 1990

Vid föregående inspektion noterades att stötbotten saknade i anslutning till högra ledmuren. Vid denna inspektion konstaterades att stötbotten saknas 2000mm ut från höger stenmur samt ca 3000mm nedströms.

Generellt noteras mindre håligheter (upp till 300 mm djupa) förekommer mellan betong och botten.

Betongen i stötbottens överyta är generellt vittrad 20 mm



Figur 10 – Stötbottens skadeutseende stämmer överens med 1990 års inspektion.

Med vänlig hälsning

Jan Nyvall / Johan Skoglöf



Bilaga - Skäligen misstänkt

Enhet

Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Diariet

5000-K1178023-21

Skäligen misstänkt person

Olofsson, Per Gösta

Personnr

19760213-6611

Identifierad

Ja

Kontroll sätt

Annat

Kommentar

Via annan anmälan



Personalia och dagsbottsuppgift

Utskriftsdatum
2022-05-17

Namn Olofsson, Per Gösta		Personnummer 19760213-6611	
Tilltalsnamn	Kallas för	Öknamn	Kön Man
Födelseförsamling Gällersta	Födelselän Örebro län	Födelseort utland	
Medborgarskap Sverige	Hemvistland	Telefonnr 0738733845: Mobiltelefon	
Adress Hagalund Gällersta-Ökna 461 705 94 Örebro			
Folkbokföringsort Örebro		Senast kontrollerad mot folkbokföring 2021-09-07	
Föräldrars/Vårdnadshavares namn och adress (beträffande den som inte fyllt 20 år)			
Utbildning			
Yrke / Titel			
Arbetsgivare		Telefonnr	
Anställning (nuvarande och tidigare)			
Arbetsförhet och hälsotillstånd			
Kompletterande uppgifter			
Uppgiven inkomst	Bidrag	Hemmavarande barn under 18 år	
Försörjningsplikt	Skulder		
Förmögenhet			
Kontroll utförd			
Taxerad inkomst	Taxeringsår		
Taxeringskontroll utförd av	Datum - -		



Underrättelse/Delgivning jml RB 23:18a

Enhet

Region Bergslagen, Grova brott 1 PO Örebro

Ärende

Diariennr

5000-K1178023-21

Handläggare

Lindberg, Lars-Olof

Gärning

Mord, människorov och grov förskingring

Berörd person

Personnr

19760213-6611

Efternamn

Olofsson

Förnamn

Per Gösta

Underrättelse utsänd

2022-04-26

Yttrande senast

2022-05-11

Underrättelse slutförd

2022-05-16

Delgiven info. om ev. förenklad delgivning

Underrättelsesätt

Ett ex av tilläggsprotokoll

Notering

Ett ex av tilläggsprotokoll lämnat till Per Olofsson på häktet

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran

Försvare

Namn

Barandth, Stefan

Underrättelse utsänd

2022-04-26

Yttrande senast

2022-05-11

Underrättelse slutförd

2022-05-16

Underrättelsesätt

Ett ex av tilläggsprotokoll

Notering

Ett ex av tilläggsprotokoll (digitalt) lämnat till försvare Stefan Barandt

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran