



Tilläggsprotokoll

till 5000-K697453-21

Arkiv/Åkl. ex

Åklr
AM-90844-21

Signerat av
Ann-Louise Sundqvist

Signerat av
2022-06-15 11:24

INKOM: 2022-08-31
MALNR: B 3742-21

2022-04-19

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Handläggare (Protokollförare)

Ann-Louise Sundqvist

Undersökningsledare

Stefan Wessberg

Polisens diarienummer

5000-K697453-21

Personer i ärendet

Målsägande Larsson, Hanna Sjöholm, Hans-Erik		Företrädare Käärrik, Madeleine, förordnad 2021-10-07 Wikner, Catharina, förordnad 2021-07-28	
Förtursmål Målsägande/misstänkt under 18 år	Beslag	Målsägande vill bli underrättad om tidpunkt för huvudförhandlingen Ja	
Ersättningsyrkanden		Tolk krävs	
Misstänkt (Efternamn och förnamn) Reidner, Hanna Sofia Maria		Personnummer 19701118-6264	
Brott Vållande till annans död			
Delgiven information om förenklad delgivning vid ett personligt möte genom att skriftlig information överlämnats			
Underrättelse om utredning enligt RB 23:18a Underrättelsesätt, misstänkt Skriftligen	Underrättelse utsänd 2022-04-19	Yttrande senast 2022-04-25	Underrättelse slutförd 2022-06-14
Försvare Möller, Sofia, förordnad 2021-09-30	2022-04-19	2022-04-25	2022-06-14
Underrättelsesätt, försvare Skriftligen	Resultat av underrättelse mt Ej erinran		Resultat av underrättelse försv Ej erinran
Misstänkt (Efternamn och förnamn) Andersson, Kristina Ulrika		Personnummer 19710828-6225	
Brott Vållande till annans död			
Delgiven information om förenklad delgivning vid ett personligt möte genom att skriftlig information överlämnats			
Underrättelse om utredning enligt RB 23:18a Underrättelsesätt, misstänkt Skriftligen	Underrättelse utsänd 2022-04-19	Yttrande senast 2022-04-25	Underrättelse slutförd 2022-06-14
Försvare Halén Lindberg, David, förordnad 2021-09-30	2022-04-19	2022-04-25	2022-06-14
Underrättelsesätt, försvare Skriftligen	Resultat av underrättelse mt Ej erinran		Resultat av underrättelse försv Ej erinran

Brott i ärendet

Brottsbeskrivning Vållande till annans död		
Brottsplatsadress Dalavägen 29, Hagfors	Händelse inträffad - - :	Händelse inträffad mellan 2021-06-15 - 2021-06-15
Aktör Algotsson, Simon Sven Erik Andersson, Karin Ingrid Josefin Andersson, Kristina Ulrika Andersson, Kristina Ulrika Aslan, Helin Berg, Birgitta Anita Elisabeth		Roll Vittne Vittne Misstänkt Vittne Vittne Vittne

Aktör	Roll
Hammarteg, Tindra Amanda Alicia	Vittne
Hansson, Per Rickard Mikael	Vittne
Johannessen, Torbjörn	Vittne
Koivumaa, Niina Susanne	Vittne
Larsson, Hanna Maria	Målsägande
Larsson, Johan Gunnar	Vittne
Luthe, Patricia	Vittne
Norberg, Erik Fredrik	Vittne
Reidner, Hanna Sofia Maria	Misstänkt
Reidner, Hanna Sofia Maria	Vittne
Sadiku, Gentiana	Vittne
Silvervind, Andrew Matthew Leon	Vittne
Sjöholm, Jan Hans-Erik	Målsägande
Sjöström, Eva Borghild Ingegärd	Vittne
Svensson, Oscar Patric	Vittne
Tönnberg, Ingegerd Maria	Vittne
Över, Anna Maria Veronica	Vittne

Notering

Innehållsförteckning

Diariernr	Uppgiftstyp	Sida
	Anmälan	
5000-K697453-21	Anmälan	5
	<i>Bilaga: Ursprunglig anmälan</i>	
	Händelserapport - fullständig	
	Händelserapport komplett efter avslut.....	6
	PM - förklaring av text i HR	
	PM - förklaring gällande text i HR.....	32
	PM -kontakt med Falu kommun/socialtjänsten ang. betalning för bemanning.	
	PM	33
	Handling från Humana gällande avvikelse/incidentrapporter under tiden 2020-06-15--2021-06-15	
	Avvikelserapport från Humana enligt önskemål.....	35
	IVO:s beslut att stänga Prästgården	
	Beslut om tillfälligt förbud av verksamhet.....	44
	Beslut från IVO ang. Platea är avslutat.....	48
	Beslut från IVO gällande brister	
	Beslut från IVO gällande brister.....	49
	Svar på beslutet från Humana/Platea -gällande brister	
	Svar på beslut från Humana/platea ang. tillsyn.....	61
	Inkomna skrivelser från IVO den 9 maj-22 efter begärd komplettering av försvarare	
	Beslut från IVO ang. brister vid Platea.....	64
	Inkommet beslut från IVO att man avslutar ärendet.....	76
	Handling IVO ang. granskning av Falu kommun.....	78
	Återrapportering av åtgärder hos Falu kommun.....	84
	Beslut IVO att tillfälligt förbjuda verksamheten.....	86
	IVO-oanmäld tillsyn av bl.a. Platea.....	87
	Beslut 2018 att IVO avslutar ärende.....	93
	Beslut IVO 2019 avslutar ärende gällande brister.....	105
	Beslut från IVO 2019 gällande brister vid Platea.....	107
	Beslut IVO - ang. anonymt klagomål 2019.....	115
	Beslut IVO ang. Plateas utlämnade av handlingar.....	120

Beslut IVO - bedömmet att man åtgärdat brister.....	124
---	-----

**Inkomna skrivelser från Humana den 10 maj-22 efter begärd komplettering
av försvarare**

Humanas kvalitetsredovisning 2019.....	126
Humanas kvalitetsredovisning 2020.....	137
Humanas kvalitetsredovisning 2021.....	150

Inkommen förklaring från Humana om arbetssätt m.m

Förklaring från Humana på arbetssätt mm.....	163
--	-----

Personalia

Bilaga skäligen misstänkt, Andersson, Kristina Ulrika.....	164
Personalia, Andersson, Kristina Ulrika.....	165
Bilaga skäligen misstänkt, Reidner, Hanna Sofia Maria.....	166
Personalia, Reidner, Hanna Sofia Maria.....	167

Anmälningsuppgifter

Anmälningsdatum: 2021-06-15 13:42

Enhet: 570110IG3, BF-IGV 3 LPO Torsby

Anmälningssätt: Polisanställd i tjänst

Anmälningsansvarig: Lövgren, Mattias

Brott/Händelse

Brott/Benämning: Vållande till annans död

Variant: Vållande till annans död

Brottsform: Fullbordat

Rubricering: Vållande till annans död

Dalavägen 29, Hagfors

Fr.o.m Tisdag 2021-06-15 06:50 t.o.m Tisdag 2021-06-15 09:30

Misstänkta personer:

Övriga aktörer:

Fritext

INLEDNING

Flertalet patruller blev beordrade till HVB-hemmet Platea i Hagfors med anledning av en försvunnen pojke.

BROTET

Vållande till annans död då person avlidit på grund av bristande tillsyn.

ÖVRIGT

Se K695491-21

KC-POLIS

Händelserapport:

5701-20210615-0089 (AKTIV)

2021-06-15 07:46:21	9012, DÖDSFALL	5701-20210615-0089 / 5701	112	GRUND
Prio.: (1) 1 OMEDELBART	5-ÅRING	TORSBY	Ansvarig tjt nr:008082	
Operatör: 7JEPE	Operatör: 7VIAN	570110 (6659493,1382897)	-RLC57-115	

Adressinformation

DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS, 68330

Platsinfo: INS22/RAPS4

☒ Adressvaliderad

Åtgärds kod

Anmälarinformation

VERONICA, [REDACTED]

☐ Media ☐ Kontakta anmälaren

Notes:

Datum/tid		
Påbörjad HR	2021-06-15	07:46:21
Parkerad	2021-06-15	07:46:27
Registrerad	2021-06-15	07:46:50
Beordrad	2021-06-15	07:52:37
Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:25:38
Klar på plats	2021-06-15	12:09:05
Återöppnad	2021-10-14	14:09:46
Klar	2021-06-15	15:28:16

Patrullaktivitet					
22-4120	2021-06-15	07:52:37	008082	054344	Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4120	2021-06-15	07:52:37	008082	054344	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 054344 LÖVGREN DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFOR				
22-4120	2021-06-15	07:52:37	008082	054344	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 008082 WIGREN DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9670	2021-06-15	07:55:47	015625		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9670	2021-06-15	07:55:48	015625		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 015625 AXELSSON-JUUL DALAVÄGEN 29, GÄRDET,				
22-4120	2021-06-15	07:57:36	008082	054344	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN				
22-4120	2021-06-15	07:57:44	008082	054344	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN				
29-2900	2021-06-15	07:58:15	008501		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-2900	2021-06-15	07:58:15	008501		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN				

22-9660	2021-06-15	07:58:42	042162		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9660	2021-06-15	07:58:45	042162		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 042162 MALMBOM DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFOR				
22-9660	2021-06-15	07:58:45	042162		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN				
22-9860	2021-06-15	08:07:31	028124		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9860	2021-06-15	08:07:34	028124		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 028124 GÅRLID DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9860	2021-06-15	08:07:34	028124		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN				
29-3900	2021-06-15	08:11:37	026548		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3900	2021-06-15	08:11:40	026548		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 026548 ANDERSSON DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGF				
22-9720	2021-06-15	08:14:08	015265		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9720	2021-06-15	08:14:10	015265		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 015265 HILDEBRAND DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAG				
22-9930	2021-06-15	08:21:56	019718		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9930	2021-06-15	08:22:00	019718		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 019718 JANSSON DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFOR				
22-9400	2021-06-15	08:22:14	011087		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9400	2021-06-15	08:22:17	011087		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 011087 NYBERG DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4120	2021-06-15	08:25:37	008082	054344	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
20-2525	2021-06-15	08:28:18	063420		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
20-2525	2021-06-15	08:28:18	063420		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 063420 JOHANSSON DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGF				
20-2525	2021-06-15	08:28:22	063420		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4120	2021-06-15	08:33:33	008082	054344	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9670	2021-06-15	08:33:58	015625		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4320	2021-06-15	08:43:36	039000		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4320	2021-06-15	08:43:36	039000		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 039000 LJUNGGREN DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGF				
22-4320	2021-06-15	08:43:36	039000		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; F				
22-4320	2021-06-15	08:43:40	039000		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9860	2021-06-15	08:48:53	028124		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				

	2021-06-15	09:02:09	039000	063420	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4320	2021-06-15	09:02:09	039000	063420	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4310	2021-06-15	09:19:56	032962		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4310	2021-06-15	09:19:59	032962		Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 032962 JAHR DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS;				
22-4310	2021-06-15	09:20:02	032962		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-2900	2021-06-15	09:41:33	008501		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-2900	2021-06-15	09:51:29	008501		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9400	2021-06-15	09:55:58	011087		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9660	2021-06-15	09:56:02	042162		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9930	2021-06-15	09:56:29	019718		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9720	2021-06-15	09:56:49	015265		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3510	2021-06-15	10:00:22	033956	003987	Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3510	2021-06-15	10:00:23	033956	003987	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 003987 HERMANSSON DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAG				
29-3510	2021-06-15	10:00:23	033956	003987	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT 033956 WICKSTRÖM DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGF				
29-3510	2021-06-15	10:00:23	033956	003987	Beordrad
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; F				
29-3510	2021-06-15	10:00:45	033956	003987	Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3510	2021-06-15	10:03:01	033956	003987	Ledig
22-9500	2021-06-15	10:24:26	019344	042475	Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9500	2021-06-15	10:24:28	019344	042475	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9500	2021-06-15	10:24:29	019344	042475	Påbörjat uppdrag
	MEDDELANDE SÄNT 042475 PERSSON DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFOR				
22-9500	2021-06-15	10:24:29	019344	042475	Påbörjat uppdrag
	MEDDELANDE SÄNT 019344 FRID DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS;				
22-9500	2021-06-15	10:24:29	019344	042475	Påbörjat uppdrag
	MEDDELANDE SÄNT DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; F				
22-9670	2021-06-15	10:36:39	015625		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4120	2021-06-15	10:36:39	008082	054344	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9660	2021-06-15	10:36:39	042162		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				

	2021-06-15	10:36:39	028124		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9500	2021-06-15	10:36:39	019344	042475	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9930	2021-06-15	10:36:39	019718		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4320	2021-06-15	10:36:39	039000	063420	Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9720	2021-06-15	10:36:39	015265		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-2900	2021-06-15	10:36:39	008501		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3900	2021-06-15	10:36:39	026548		Beordrad
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9400	2021-06-15	10:36:40	011087		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
20-2525	2021-06-15	10:36:40			Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4310	2021-06-15	10:36:40	032962		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3900	2021-06-15	10:48:02	026548		Påbörjat uppdrag
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9930	2021-06-15	12:09:05	019718		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9930	2021-06-15	12:09:06	019718		Ledig
22-4310	2021-06-15	12:54:46	032962		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4310	2021-06-15	12:54:46	032962		Ledig
29-2900	2021-06-15	13:13:32	008501		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-2900	2021-06-15	13:13:33	008501		Ledig
22-9660	2021-06-15	13:15:08	042162		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9660	2021-06-15	13:15:10	042162		Ledig
22-9670	2021-06-15	13:15:22	015625		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9670	2021-06-15	13:15:23	015625		Ledig
22-9720	2021-06-15	13:15:31	015265		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9720	2021-06-15	13:15:32	015265		Ledig
22-9860	2021-06-15	13:15:45	028124		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9860	2021-06-15	13:15:46	028124		Ledig

	2021-06-15	13:57:25	019344	042475	Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9500	2021-06-15	13:57:26	019344	042475	Ledig
22-9400	2021-06-15	14:41:35	011087		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-9400	2021-06-15	14:41:36	011087		Ledig
22-4120	2021-06-15	14:45:18	008082	054344	Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4120	2021-06-15	14:45:20	008082	054344	Ledig
22-4320	2021-06-15	15:11:01	039000	063420	Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
22-4320	2021-06-15	15:11:01	039000	063420	Ledig
20-2525	2021-06-15	15:22:54			Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
20-2525	2021-06-15	15:22:54			Ledig
29-3900	2021-06-15	15:28:16	026548		Klar_på_plats
	DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS				
29-3900	2021-06-15	15:28:16	026548		Ledig

Relation:

HÄNDELSE - REL.	5701-20210615-0226 LÄNKADE AV OPERATÖR: 7SOBR
HÄNDELSE - REL.	5701-20210615-0273 LÄNKADE AV OPERATÖR: 7KREL
K-NUMMER - REL. TILL HÄNDELSE	5000-K0695491-21:SKAPAT AV OPERATÖR 7TORO
PERSON - AVLIDEN	JOHN WALTER LARSSON

Fritext

Personnr:151029-8217	2021-06-15	07:47:57	RLC57-115	7JEPE
FÖRSVUNNEN PERSON JHON WALTER GLENN ERIK LARSSON	2021-06-15	07:47:58	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:47:59	RLC57-115	7JEPE
**	2021-06-15	07:48:19	RLC57-121	7RAER
RLCB INFORMERAD	2021-06-15	07:48:20	RLC57-111	7BJAN
*	2021-06-15	07:48:21	RLC57-111	7BJAN
*	2021-06-15	07:48:33	RLC57-115	7JEPE
HVB HEM - FÖRSVUNNET BARN 5 ÅR	2021-06-15	07:48:52	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:48:53	RLC57-115	7JEPE
SENAST SEDD 06:55	2021-06-15	07:49:14	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:49:15	RLC57-115	7JEPE

IKLÄDD ENDAST BLÖJA - SAKNAR SKOR	2021-06-15	07:49:30	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:49:30	RLC57-115	7JEPE
PSYISK/FYSISK HÄLSA: SAKNAR TAL, AUTISM, ADHD, UTVECKLINGSVARIATION	2021-06-15	07:50:17	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:50:18	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:50:39	RLC57-111	7BJAN
FÖRSVUNNEN PERSON JOHN WALTER LARSSON	2021-06-15	07:50:59	RLC57-117	7MIIR
ÄTER MEDECIN MEN INGEN LIVSUPPEHÅLLANDE.	2021-06-15	07:51:01	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:51:01	RLC57-115	7JEPE
BARNET ÄR HEMMAHÖRANDE I FALUN, BLEV PLACERAD PÅ HVB HEMMET 29 MAJ. HITTAR INGENSTANS I OMRÅDET	2021-06-15	07:51:58	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:51:59	RLC57-115	7JEPE
PERSONALEN HAR LETAT I HUSET OCH RUNT OM - EJ TRÄFF	2021-06-15	07:52:15	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:52:15	RLC57-115	7JEPE
POJKEN VÄLDIGT SPRALLIG - " KVICK SOM EN ILLER "	2021-06-15	07:52:30	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:52:30	RLC57-115	7JEPE
22-4120 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	07:52:37	RLC57-119	7VIAN
HR ÄNDRAD AV ANNAN ANVÄNDARE, DINA ÄNDRINGAR KAN EJ SPARAS! 570110 DALAVÄGEN 29 GÄRDET HAGFORS 6659493 1382897 INS22 9003 1 OMEDELBART 5701 0 056312186 112 ? ...	2021-06-15	07:52:43	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	07:52:50	RLC57-115	7JEPE
SENAST SEDD I SOFFAN VARDAGSRUMMET AV PERSONAL	2021-06-15	07:53:24	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:53:24	RLC57-115	7JEPE
INS22	2021-06-15	07:53:35	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	07:53:45	RLC57-115	7JEPE
INRIKTNING	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
LEDNING (RIL), PTR SAMT HUND TILL PLATSEN	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
NÄRSÖK SAMT UTÖKAT NÄRSÖK MED HUND	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
INTERVJU (HOTSPOTS)	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
FÖRBERED FÖR SÖKINSATS LSO 4:4§	2021-06-15	07:53:46	RLC57-	7TORO

	15		100	
*	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
VB TORBJÖRN ROOS	2021-06-15	07:53:46	RLC57-100	7TORO
HR ÄNDRAD AV ANNAN ANVÄNDARE, DINA ÄNDRINGAR KAN EJ SPARAS! 570110 DALAVÄGEN 29 GÄRDET HAGFORS 6659493 1382897 INS 22 9003 1 OMEDELBART 5701 0 056312186 112 ? ...	2021-06-15	07:53:51	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	07:54:10	RLC57-115	7JEPE
POJKEN ÄR FORCERAD OCH FÖRSÖKER OFTA SPRINGA IVÄG - EN DEL AV POJKENS PROBLEMATIK	2021-06-15	07:54:50	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:54:50	RLC57-115	7JEPE
POJKEN HAR INTE FÖRSVUNNIT FRÅN DETTA BOENDET TIDIGARE MEN HAR BARA BOTT DÄR ETT PAR VECKOR	2021-06-15	07:55:13	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:55:15	RLC57-115	7JEPE
22-9670 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	07:55:47	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	07:56:14	RLC57-115	7JEPE
PERSONALEN VET INTE HUR POJKEN STÄLLER SIG TILL POLISEN	2021-06-15	07:56:17	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:56:17	RLC57-115	7JEPE
POJKEN ÄR OFTA AGGRESSIV, SKRIKER, SLÅSS , BITER MM	2021-06-15	07:56:38	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:56:39	RLC57-115	7JEPE
POJKEN HAR INTE FÖRMÅGA ATT ORIENTERA SIG ÖVERHUVUDTAGET , FARLIG I TRAFIKEN	2021-06-15	07:57:56	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:57:56	RLC57-115	7JEPE
29-2900 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	07:58:15	RLC57-111	7BJAN
*	2021-06-15	07:58:19	RLC57-111	7BJAN
HVB HEM HETER PLATEA- ENHET PRÄSTGÅRDEN	2021-06-15	07:58:30	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:58:31	RLC57-115	7JEPE
22-9660 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	07:58:42	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	07:58:47	RLC57-115	7JEPE
PERSONALEN HAR VARIT SNABBT NER VID ÄLVEN KUNDE INTE HITTA POJKEN - BOENDET LIGGER NÄRA VATTEN	2021-06-15	07:59:29	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:59:31	RLC57-115	7JEPE
BLÖJAN ÄR ANTRÄFFAD VID KOMMUNHUSET AV PERSONAL - POJKEN ÄR HELT NAKEN TROLIGEN	2021-06-15	07:59:56	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	07:59:56	RLC57-115	7JEPE
BOENDET ÄR TILL STORLEK SOM EN VILLA, TVÅ VÅNINGAR OCH KÄLLARE + VIND - ENLIGT PERSONALEN HAR MAN GENOMFÖRT SÖK I VILLAN. TOTALT 8 BARN SOM BOR PÅ BOENDET	2021-06-15	08:01:40	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-	08:01:40	RLC57-	7JEPE

	15		115	
*	2021-06-15	08:02:08	RLC57-111	7BJAN
9 PERSONAL ÄR UTE OCH SÖKER POJKEN - 2 BILAR OCH TILL FOTS	2021-06-15	08:02:19	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	08:02:19	RLC57-115	7JEPE
TVÅ PERSONAL KVAR PÅ BOENDET IFALL POJKEN KOMMER TILLBAKA	2021-06-15	08:02:40	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	08:02:40	RLC57-115	7JEPE
JESPER LINDSTRÖM PIC	2021-06-15	08:03:11	RLC57-111	7BJAN
*	2021-06-15	08:03:12	RLC57-111	7BJAN
UAS-HERMANSSON ÄR PÅ PLATS I ÖREBRO KL 09.00. HAN STÄMMER AV MED UAS-WICKSTRÖM, MEN DE KAN TROLIGTVIS ÅKA BÅDA TVÅ OM SÅ KRÄVS	2021-06-15	08:03:54	RLC57-121	7RAER
**	2021-06-15	08:03:54	RLC57-121	7RAER
*	2021-06-15	08:04:44	RLC57-111	7BJAN
HELIKOPTER FÅR HEADS-UP VIA NLC. DE TAR KONTAKT MED PIC / VB ROOS	2021-06-15	08:04:50	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	08:04:51	RLC57-100	7TORO
PTRL ÄR MYCKET OROLIGA FÖR ÄLVEN VID PLATSEN	2021-06-15	08:07:18	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	08:07:18	RLC57-120	7SOBR
22-9860 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	08:07:31	RLC57-117	7MIIR
*	2021-06-15	08:07:48	RLC57-115	7JEPE
29-3900 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	08:11:37	RLC57-111	7BJAN
ÄRENDET INKOM VIA SOCJOURN ██████████ SOM BLIVIT KONTAKTADE AV PERSONAL PÅ BOENDET, DÄREFTER RINGDE OP UPP PERSONALEN PÅ PLATS.	2021-06-15	08:11:38	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	08:11:38	RLC57-115	7JEPE
22-9720 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	08:14:08	RLC57-120	7SOBR
INFO TILL VB RRB FÖR EVENTUELL RESURSBEGÄRAN/RÄDDNINGSINSATS / VB ROOS	2021-06-15	08:14:12	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	08:14:21	RLC57-120	7SOBR
22-4120 HAR KOLLAT ÖVER PERSONAL I HAGFORS, KOMMER SNART VARA KOMPLET PTRL	2021-06-15	08:16:05	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	08:16:06	RLC57-120	7SOBR
OP MEDDELAR BOENDET ATT POLIS GÅR UT MED FÖRSVINNANDET PÅ FACEBOOK, BOENDET HAR INGEN NY INFO ATT GE OSS I NULÄGET	2021-06-15	08:21:48	RLC57-114	7ALBA
--	2021-06-15	08:21:49	RLC57-114	7ALBA
22-9930 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	08:21:56	RLC57-122	7CHWI
22-9400 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-	08:22:15	RLC57-	7CHWI

	15		122	
--	2021-06-15	08:23:43	RLC57-122	7CHWI
BESLUT - PUBLICERING (TEXT) PÅ FB SAMT POLISEN.SE / VB ROOS	2021-06-15	08:24:56	RLC57-100	7TORO
22-4120 ÄR PÅ PLATS	2021-06-15	08:25:06	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:25:07	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:25:28	RLC57-111	7BJAN
22-4120 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:25:37	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:26:36	RLC57-122	7CHWI
70 PÅBÖRJAR PLOTTNING	2021-06-15	08:27:37	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	08:27:37	RLC57-115	7JEPE
20-2525 ÄR PÅ PLATS VID KOMMUNHUSET OCH HAR INTE ANTRÄFFAT NÅGOT PÅ PLATS	2021-06-15	08:28:12	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:28:12	RLC57-119	7VIAN
20-2525 BEORDRAD VIA F10	2021-06-15	08:28:18	RLC57-122	7CHWI
20-2525 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:28:22	RLC57-122	7CHWI
*	2021-06-15	08:28:26	RLC57-122	7CHWI
22-4120 HAR ANTRÄFFAT BLÖJAN UTANFÖR GRINDEN VID HEMMET	2021-06-15	08:29:04	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:29:04	RLC57-119	7VIAN
MITTÅT	2021-06-15	08:30:23	RLC57-119	7VIAN
BLÖJAN SKA HA HITTATS UTANFÖR KOMMUNHUSET	2021-06-15	08:30:31	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:30:32	RLC57-119	7VIAN
NÄRSÖK PÅBÖRJAD PÅ VINDEN	2021-06-15	08:32:11	RLC57-119	7VIAN
JOBBAR SIG NEDÅT	2021-06-15	08:32:15	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:32:16	RLC57-119	7VIAN
DÄR BLÖJAN ÄR ANTRÄFFAD ÄR DIT PERSONALEN HAR FLYTTAT DEN	2021-06-15	08:33:46	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:33:46	RLC57-119	7VIAN
22-9670 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:33:58	RLC57-119	7VIAN
BLÖJAN SKA FÖRST HA BLIVIT ANTRÄFFAD VID ÄLVSTRANDENS GYMNAISE AV PERSONAL	2021-06-15	08:35:17	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:35:18	RLC57-119	7VIAN
ÄLVSTRANDENS GYMNAISE LIGGER NÄRMARE ÄLVEN ÄN VAD HVB HEMMET GÖR	2021-06-15	08:35:49	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:35:50	RLC57-119	7VIAN

DET GÅR INTE MED SÄKERHET ATT BEKRÄFTA ATT DET ÄR POJKENS BLÖJA SOM ÄR ANTRÄFFAD	2021-06-15	08:38:53	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:38:53	RLC57-119	7VIAN
22-4620 HAR FÅTT KONTAKT MED PERSONAL SOM HAR HITTAT BLÖJAN. PERSONAL KAN NU BEKRÄFTA ATT DET ÄR POJKENS BLÖJA SOM ÄR ANTRÄFFAD VID PARKERINGEN VID PLATEA	2021-06-15	08:40:22	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:40:23	RLC57-119	7VIAN
NÄRSÖK AV HUSET KLART	2021-06-15	08:40:38	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:40:39	RLC57-119	7VIAN
22-4320 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	08:43:36	RLC57-122	7CHWI
22-4320 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:43:40	RLC57-122	7CHWI
*	2021-06-15	08:43:49	RLC57-122	7CHWI
KONTAKT MED RTJ TAS 08.45	2021-06-15	08:44:47	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:44:48	RLC57-119	7VIAN
LSO 4,4 08.45 TAGET AV VB ROOS	2021-06-15	08:45:26	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:45:33	RLC57-119	7VIAN
RÄDDNINGSLIDARE - KRISTINA ANDERSSON	2021-06-15	08:45:55	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:45:55	RLC57-119	7VIAN
NÄRSÖK AV GÅRDEN PÅGÅR NU	2021-06-15	08:47:22	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:47:22	RLC57-119	7VIAN
22-9860 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	08:48:53	RLC57-119	7VIAN
Knutna kundobjekt :	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Adr : Dalavägen 29	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Ort : Hagfors	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Kommun : Hagfors	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Polis Räddning	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Drunkning	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Händelsebeskrivning :	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Vägbeskriv :	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Talgr : Värm RAPS-04	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
Koord : X=6659519 Y=1382606	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
SOS Central ID : 12	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA

Ärendenr : 3687398	2021-06-15	08:49:41	RLC57-126	7ROHA
*	2021-06-15	08:49:42	RLC57-126	7ROHA
RAPS04	2021-06-15	08:50:19	RLC57-126	7ROHA
*	2021-06-15	08:50:19	RLC57-126	7ROHA
RTJ PÅVÄG	2021-06-15	08:50:30	RLC57-126	7ROHA
*	2021-06-15	08:50:30	RLC57-126	7ROHA
22-4120 JOHN WALTER SKA VARA IMPULSIV, SKOLAN SKA VARA UPPLÅST SÅ DET KAN EV FINNAS EN MÖJLIGHET ATT POJKEN KAN HA GÅTT IN DÄR.	2021-06-15	08:50:49	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:50:49	RLC57-119	7VIAN
POJKEN SKA HA GÅTT GENOM ALTANDÖRREN KL 06.55 OCH EN ANNAN POJKE MEDDELADE DÅ DETTA TILL PERSONALEN.	2021-06-15	08:52:50	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:52:52	RLC57-119	7VIAN
22-4320 ÅKER MOT ÄLVSTRANDENS SKOLA FÖR ATT FÅ KONTAKT MED PERSONAL SOM KAN BISTÅ MED EN NYCKEL SÅ ATT UTRYMMEN DÄR KAN SÖKAS AV.	2021-06-15	08:55:16	RLC57-119	7VIAN
*	2021-06-15	08:55:17	RLC57-119	7VIAN
VERONICA RINGER ÅTER, BLÖJAN HITTADES PÅ PARKERINGEN VID GÄRDET I HAGFORS. INTE KOMMUNHUSET.	2021-06-15	08:56:35	RLC57-110	7CHAN
*	2021-06-15	08:57:26	RLC57-503	7JEPE
PAPPAN ÄR PÅ BESÖK TUTEMOVÄGEN 5B , OCKSÅ UTE OCH MED BIL OCH LETAR EFTER SONEN	2021-06-15	09:01:11	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:01:11	RLC57-503	7JEPE
22-9660 PÅBÖRJAR SÖK ÄLVSTRANDSGYMNASIUMET	2021-06-15	09:01:33	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:01:34	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:03:01	RLC57-111	7BJAN
HUND HAR SPÅRAT FRÅN BLÖJAN EJ GETT RESULTAT	2021-06-15	09:05:40	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:05:40	RLC57-503	7JEPE
RTJ ÄR NU UTE MED BRÄDA OCH BÅT KOMMER TROLIGEN KOMMA UT MED YTTERLIGARE BÅT + DRÖNARE INOM KORT	2021-06-15	09:06:58	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:06:59	RLC57-503	7JEPE
HELKIOPTER PÅVÄG	2021-06-15	09:10:15	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:10:17	RLC57-503	7JEPE
BESLUT	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
LSO 4:4§ KL 0845	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
RL STINA ANDERSSON	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
PIC JESPER LINDSTRÖM	2021-06-15	09:11:02	RLC57-	7TORO

	15		100	
SK HENRIK BOOD	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
VB TORBJÖRN ROOS	2021-06-15	09:11:02	RLC57-100	7TORO
RTJ HAR SIN BYTPUNKT PÅ NORINGSVÄG	2021-06-15	09:11:42	RLC57-502	7VIAN
*	2021-06-15	09:11:42	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:11:43	RLC57-502	7VIAN
UAS- HERMANSSON & WICKSTRÖM LASTAR I ÖREBRO OCH STYR MOT HAGFORS INOM KORT	2021-06-15	09:14:37	RLC57-121	7RAER
*	2021-06-15	09:14:37	RLC57-121	7RAER
UAS ANMÄLER SIG PÅ TALGRUPPEN NÄR DE RULLAR	2021-06-15	09:14:57	RLC57-121	7RAER
**	2021-06-15	09:14:58	RLC57-121	7RAER
VITNESUPPGIFTER FRITIDSPERSONAL HAR IAKTAGIT CA KL 06:50, EN POJKE SPRINGANDES I NÄRHETEN AV ÄLVDALSGYMNASIETS IKLÄDD NÅGOT BRANDGULT	2021-06-15	09:17:58	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:17:58	RLC57-503	7JEPE
Relation: 5000-K0695491-21:SKAPAT AV OPERATÖR 7TORO	2021-06-15	09:18:10	RLC57-100	7TORO
*	2021-06-15	09:18:37	RLC57-503	7JEPE
GODKÄNDANDE FRÅN PAPPA ATT LÄGGA UT BILD PÅ POJKEN I MEDIA	2021-06-15	09:18:52	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:18:52	RLC57-503	7JEPE
22-4310 BEORDRAD VIA F10	2021-06-15	09:19:56	RLC57-503	7JEPE
22-4310 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	09:20:02	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:20:05	RLC57-503	7JEPE
HUND SÖKT LÄNGST ÄLVKANTEN - INGET ANTRÄFFAT	2021-06-15	09:22:14	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:22:14	RLC57-503	7JEPE
POJKEN HAR INTERESSE FÖR RÖRELSE, LJUD OCH FÄRG. KAN FASTA MED NÅGOT UNDER EN LÄNGRE STUND OCH HÅLLA PÅ MED DET ETT BRA TAG	2021-06-15	09:23:36	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	09:23:38	RLC57-503	7JEPE
SAMTLIGA PTRL SKA TRÄFFAS VID BRYTPUNKT	2021-06-15	09:30:02	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:30:08	RLC57-502	7SOBR
HKP BEHÖVER EJ ÅKA FRAM	2021-06-15	09:30:53	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:30:53	RLC57-502	7SOBR
BRYTPUNKT: HAGFORSVÄGEN 10	2021-06-15	09:31:19	RLC57-502	7SOBR

*	2021-06-15	09:31:21	RLC57-502	7SOBR
22-9930 HJÄLPER 22-4120 PÅ DALAVÄGEN 29	2021-06-15	09:37:33	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:37:34	RLC57-502	7SOBR
FLERA PTRL FÖRSÖKER MOTA BORT ALLMÄNHET FRÅN AMB	2021-06-15	09:38:35	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:38:37	RLC57-502	7SOBR
PERSONELEN HAR FÅTT INFO PÅ DALAVÄGEN 29	2021-06-15	09:38:51	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:38:53	RLC57-502	7SOBR
22-4120: FÖRESTÅNDAREN BEHÖVS KONTAKTAS TILL HEMMET	2021-06-15	09:39:57	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:39:57	RLC57-502	7SOBR
MISSING PEOPLE UNDRAR OM POLIS VILL ATT DE SKA HJÄLPA TILL, ANNELIE [REDACTED]	2021-06-15	09:40:39	RLC57-117	7MIIR
*	2021-06-15	09:40:39	RLC57-117	7MIIR
22-4120 PAPPAN ÄR INFOMERARD	2021-06-15	09:42:39	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:42:39	RLC57-502	7SOBR
MAMMAN VILL INTE HA NÅGOT MED BARNET ATT GÖRA ENLIGT HEMMET	2021-06-15	09:43:46	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:43:46	RLC57-502	7SOBR
MAMMAN ÄR VÅRDNADSHAVARE HEMMAHÖRANDE I BROMMA	2021-06-15	09:44:21	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:44:22	RLC57-502	7SOBR
JFUL INFORMERAD / VB ROOS	2021-06-15	09:47:03	RLC57-100	7TORO
OP HITTAR NUMMER TILL HANNA (MAMMA) DUR: [REDACTED]	2021-06-15	09:47:17	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:47:17	RLC57-502	7SOBR
29-2900 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	09:51:29	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:51:32	RLC57-502	7SOBR
RÄDDNINGSLEDARE FÖRSÖKER TA KONTAKT MED RLC STOCKHOLM	2021-06-15	09:52:26	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:52:26	RLC57-502	7SOBR
PAPPAN VILL INTE HA NÅGOT MED MAMMAN ATT GÖRA	2021-06-15	09:54:27	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:54:33	RLC57-502	7SOBR
22-9400 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	09:55:58	RLC57-502	7SOBR
22-9660 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	09:56:02	RLC57-502	7SOBR
22-9930 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	09:56:29	RLC57-502	7SOBR
22-9720 Påbörjat uppdrag	2021-06-	09:56:49	RLC57-	7SOBR

	15		502	
*	2021-06-15	09:57:18	RLC57-502	7SOBR
SB NORD STOCKHOLM FREDRIK LADENSTEDS HAR FÅTT INFO OCH KOMMER ATT FIXA SÅ ATT EN PTRL ÅKER TILL MAMMAN	2021-06-15	09:57:59	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:58:01	RLC57-502	7SOBR
SB NORD KOMMER ATT INFOMERA RÄDDNINGSLEDAREN	2021-06-15	09:58:57	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	09:58:58	RLC57-502	7SOBR
29-3510 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	10:00:22	RLC57-122	7CHWI
*	2021-06-15	10:01:27	RLC57-502	7SOBR
29-3510 Ledig	2021-06-15	10:03:01	RLC57-503	7JEPE
*	2021-06-15	10:03:30	RLC57-502	7SOBR
MYCKET MEDIA PÅ PLATSEN	2021-06-15	10:08:28	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:08:28	RLC57-502	7SOBR
MIKAEL ASKER ÄR HANDLÄGGARE I ÄRENDET OCH ALL KONTAKT GÄLLANDE BESLUT MM SKALL TAS MED HONOM	2021-06-15	10:18:45	PC-450174	012313
*	2021-06-15	10:20:46	RLC57-502	7SOBR
KROPPEN LASTATS NU I AMB	2021-06-15	10:23:10	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:23:13	RLC57-502	7SOBR
KRISTÖD INITIERAT (STEFAN FRID - YTTRE PERSONAL/MATHIAS HENRICSSON - INRE PERSONAL) / VB ROOS/RLCB BJÖRN ANDERSSON	2021-06-15	10:23:26	RLC57-100	7TORO
22-9500 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	10:24:26	RLC57-502	7SOBR
22-9500 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	10:24:28	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:24:40	RLC57-502	7SOBR
TEL PAPPAN: HANS-ERIK SJÖHOLM [REDACTED]	2021-06-15	10:27:17	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:27:18	RLC57-502	7SOBR
SAMMANFATTNING VID ANTRÄFFANDET:	2021-06-15	10:33:30	RLC57-502	7SOBR
RTJ HITTAR POJKEN MED DRÖNARE	2021-06-15	10:34:06	RLC57-502	7SOBR
NORRA DELEN AV SKOLAN	2021-06-15	10:34:18	RLC57-502	7SOBR
HAN SKA LEGAT 2-4 M UT FRÅN STRANDEN PÅ 1 M DJUP	2021-06-15	10:34:40	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:34:46	RLC57-502	7SOBR
ÅTKOMSTSKYDDAT HR: AV RLC	2021-06-15	10:36:26	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:36:28	RLC57-502	7SOBR
	2021-06-	10:36:30	RLC57-	7TORO

JFUL TAR KONTAKT MED FU-LEDARE PÅ LPO FÖR UPPRÄTTANDE AV ANMÄLAN VÅLLANDE TILL ANNANS DÖD UTAN SKÄLIG MISSTANKE / VB ROOS	15		100	
*	2021-06-15	10:36:46	RLC57-502	7SOBR
KROPPEN KOMMER ATT FLYGAS TILL KARLSTAD	2021-06-15	10:37:02	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:37:02	RLC57-502	7SOBR
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT	2021-06-15	10:38:47	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:38:52	RLC57-502	7SOBR
KOORDINATER ANTRÄFFANDET:	2021-06-15	10:39:57	RLC57-502	7SOBR
N 6656391	2021-06-15	10:40:08	RLC57-502	7SOBR
E0427561	2021-06-15	10:40:15	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:40:19	RLC57-502	7SOBR
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT	2021-06-15	10:41:37	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	10:41:55	RLC57-502	7SOBR
29-3900 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	10:48:02	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	10:48:05	RLC57-115	7JEPE
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT	2021-06-15	11:00:07	RLC57-113	7SAAX
*	2021-06-15	11:00:44	RLC57-502	7SOBR
OP RINGER SOS >>SOS BER AMB HKP RINGER RÄDDNINGSLEDARE	2021-06-15	11:05:57	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	11:05:57	RLC57-502	7SOBR
BARNLÄKARE ERIKA (?), RINGER FRÅN CSK. ÅTERUPPLIVNINGSFÖRSÖK AVSLUTAT	2021-06-15	11:31:27	RLC57-117	7MIIR
ÖVERKOPPLAD TILL RÄDDNINGSLEDARE	2021-06-15	11:31:33	RLC57-117	7MIIR
*	2021-06-15	11:31:33	RLC57-117	7MIIR
BARNLÄKARE: ERIKA SZUCS	2021-06-15	11:44:28	RLC57-502	7SOBR
DÖDSFÖRKLARAD: 11:26	2021-06-15	11:44:55	RLC57-502	7SOBR
*	2021-06-15	11:44:59	RLC57-502	7SOBR
22-9930 Klar_på_plats	2021-06-15	12:09:05	RLC57-116	7EVPA
22-9930 Ledig	2021-06-15	12:09:06	RLC57-116	7EVPA
Länkad Per Händelse 5701-20210615-0226	2021-06-15	12:21:33	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:29:29	RLC57-120	7SOBR
KRISSAMTAL AVSLUTAT	2021-06-15	12:29:39	RLC57-120	7SOBR

PTRL KOMMER ATT AVRAPPORTERA EFTER LUNCH	2021-06-15	12:30:07	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:30:13	RLC57-120	7SOBR
KRISSAMTAL INNRE PERSONAL CA 14:30	2021-06-15	12:30:49	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:30:50	RLC57-120	7SOBR
INSATS 22 AVSLUTAD	2021-06-15	12:31:17	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:31:19	RLC57-120	7SOBR
Åtgärds kod: 101, 104, 107	2021-06-15	12:31:53	RLC57-120	7SOBR
(RLC)	2021-06-15	12:31:53	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:31:55	RLC57-120	7SOBR
HR FÅR LIGGA KVAR	2021-06-15	12:32:10	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:32:11	RLC57-120	7SOBR
22-4310 Klar_på_plats	2021-06-15	12:54:46	RLC57-117	7MIIR
22-4310 Ledig	2021-06-15	12:54:46	RLC57-117	7MIIR
MODER MEDDELAD DÖDSBUD 12:57 AV JOURUTREDARE I STOCKHOLM	2021-06-15	13:05:43	RLC57-117	7MIIR
29-2900 Klar_på_plats	2021-06-15	13:13:32	RLC57-126	7ROHA
29-2900 Ledig	2021-06-15	13:13:33	RLC57-126	7ROHA
*	2021-06-15	13:13:36	RLC57-126	7ROHA
RÄDDNINGSSINSATS AVSLUTAD 13:10	2021-06-15	13:14:34	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	13:14:34	RLC57-120	7SOBR
22-9660 Klar_på_plats	2021-06-15	13:15:08	RLC57-123	7VIAN
22-9660 Ledig	2021-06-15	13:15:10	RLC57-123	7VIAN
22-9670 Klar_på_plats	2021-06-15	13:15:22	RLC57-123	7VIAN
22-9670 Ledig	2021-06-15	13:15:24	RLC57-123	7VIAN
22-9720 Klar_på_plats	2021-06-15	13:15:31	RLC57-123	7VIAN
22-9720 Ledig	2021-06-15	13:15:32	RLC57-123	7VIAN
22-9860 Klar_på_plats	2021-06-15	13:15:45	RLC57-123	7VIAN
22-9860 Ledig	2021-06-15	13:15:46	RLC57-123	7VIAN
*	2021-06-15	13:18:59	RLC57-115	7JEPE
	2021-06-15	13:31:17	RLC57-115	7JEPE

BARNLÄKARE RINGER FÖRSÖKER KOMMA I KONTAKT MED PAPPAN - SONEN FINNS ATT SE OCH PRÄST I BEREDSKAP FINNS PÅ PLATS. MAMMAN ÄR ÄVEN PÅVÄG FRÅN STOCKHOLM TILL SJUKHUSET OCH HAR FÅTT				
BARNLÄKARENS NUMMER. DEN AVLIDNE FÅR ENDAST LIGGA I 4H. DÄRFÖR ÖNSKAR LÄKAREN HJÄLP MED KONTAKT MED PAPPAN. OP VARIT I KONTAKT MED 22-4120 SOM MEDDELAR ATT PAPPAN EV ÄR PÅVÄG	2021-06-15	13:31:17	RLC57-115	7JEPE
TILL SIN BROR I FALUN JUST NU.	2021-06-15	13:31:17	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	13:31:20	RLC57-115	7JEPE
LÄKAREN UNDRAR ÄVEN GÄLLANDE RÄTTSMEDICINSKUNDERSÖKNING, 22-4120 KOLLAR MED JFUL OCH ÅTERKOMMER	2021-06-15	13:32:21	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	13:32:21	RLC57-115	7JEPE
AVLIDEN PERSON JOHN WALTER LARSSON	2021-06-15	13:33:53	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	13:33:57	RLC57-115	7JEPE
JFUL RINGER OCH MEDDELAR ATT ALLA FRÅGOR OCH BESLUT OCH DYL I DETTA ÄRENDE HÄNVISAS TILL MIKAEL ASKER, LPO TORSBY SOM ÄR HANDLÄGGARE I ÄRENDET	2021-06-15	13:36:24	RLC57-118	7COWI
*	2021-06-15	13:36:27	RLC57-118	7COWI
OP RINGER MIKAEL ASKER GÄLLANDE BESLUT OM RÄTTSMEDICINSK UNDERSÖKNING	2021-06-15	13:37:47	RLC57-118	7COWI
*	2021-06-15	13:37:48	RLC57-118	7COWI
BESLUT OM RÄTTSMEDICINSK UNDERSÖKNING TAGET AV MIKAEL ASKER	2021-06-15	13:38:14	RLC57-118	7COWI
*	2021-06-15	13:38:18	RLC57-118	7COWI
Länkad Per Händelse 5701-20210615-0273	2021-06-15	13:51:38	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	13:52:39	RLC57-115	7JEPE
22-9500 Klar_på_plats	2021-06-15	13:57:25	RLC57-117	7MIIR
22-9500 Ledig	2021-06-15	13:57:26	RLC57-117	7MIIR
*	2021-06-15	13:57:44	RLC57-115	7JEPE
NUMMER TILL BARNLÄKARE [REDACTED]	2021-06-15	13:58:16	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	13:58:17	RLC57-115	7JEPE
LÄKAREN HAR MEDECINSKA FRÅGOR GÄLLANDE KROPPEN OCH OBDUTKIONEN - OP HAR FÖRMEDLAT KONTAKTEN MELLAN RÄTTSMEDICINS RÄTTSLÄKARE [REDACTED] OCH BARNLÄKARE EFTER SAMRÅD MED MIKAEL ASKER	2021-06-15	14:09:16	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	14:09:17	RLC57-115	7JEPE
OP ÄVEN VARIT I KONTAKT MED PAPPANS BROR ÅKE - SOM SKA FÖRSÖKA KONTAKTA SIN BROR OCH BE HONOM RINGA SJUKVÅRDEN OMGÅENDE	2021-06-15	14:10:53	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	14:10:56	RLC57-115	7JEPE
MIKAEL ASKER KOMMER ATT TILLSE BESTÄLLNING AV POLITI - TRANSPORT AV KROPPEN TILL RÄTTSMEDICINSKA	2021-06-15	14:13:31	RLC57-115	7JEPE

*	2021-06-15	14:13:31	RLC57-115	7JEPE
UTREDARNA SOM VARIT FRAMME HOS MAMMAN:	2021-06-15	14:21:53	RLC57-120	7SOBR
ISABELLA MANFRED ANDERSSON	2021-06-15	14:22:03	RLC57-120	7SOBR
HAMPUS TOLLONEN	2021-06-15	14:22:10	RLC57-120	7SOBR
PTRL HAR PRECIS LÄMNAT ANDRESSEN - MAMMAN ÄR OK	2021-06-15	14:22:24	RLC57-120	7SOBR
UTREDNINGSJOUREN GRUPP 16 KOMMER ATT FÅNGA UPP PTRL	2021-06-15	14:22:41	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	14:22:41	RLC57-120	7SOBR
5701-20210615-0089 Läst/skrivit ut HRRLC57-501 -> Skicka till OneNote 2010	2021-06-15	14:25:32	RLC57-501	026548
Utskriftsorsak:X	2021-06-15	14:25:32	RLC57-501	026548
5701-20210615-0089 Läst/skrivit ut HRRLC57-501 -> C:\Users\u0026548\Documents\142546.txt	2021-06-15	14:25:51	RLC57-501	026548
Utskriftsorsak:X	2021-06-15	14:25:51	RLC57-501	026548
5701-20210615-0089 Läst/skrivit ut HRRLC57-501 -> Skicka till OneNote 2010	2021-06-15	14:26:12	RLC57-501	026548
Utskriftsorsak:X	2021-06-15	14:26:12	RLC57-501	026548
*	2021-06-15	14:35:49	RLC57-125	7MACA
SEKTIONSCHEF MAGNUS NORDAN, [REDACTED] PÅ SOCIALTJÄNSTEN I FALUN VILL HA KONTAKTUPPGIFTER TILL UTREDARE SOM HANTERAR ÄRENDET DÅ SOC VILL STÄMMA AV LITE. SOC HAR FÅTT	2021-06-15	14:38:59	RLC57-125	7MACA
KONTAKTUPPGIFTER TILL MIKAEL ASKER	2021-06-15	14:38:59	RLC57-125	7MACA
*	2021-06-15	14:38:59	RLC57-125	7MACA
22-9400 Klar_på_plats	2021-06-15	14:41:35	RLC57-116	7EVPA
22-9400 Ledig	2021-06-15	14:41:36	RLC57-116	7EVPA
*	2021-06-15	14:43:12	RLC57-112	7KREL
22-4120 Klar_på_plats	2021-06-15	14:45:18	RLC57-116	7EVPA
22-4120 Ledig	2021-06-15	14:45:20	RLC57-116	7EVPA
*	2021-06-15	14:56:42	RLC57-113	7SAEN
22-4320 Klar_på_plats	2021-06-15	15:11:01	RLC57-116	7GEBA
22-4320 Ledig	2021-06-15	15:11:01	RLC57-116	7GEBA
20-2525 Klar_på_plats	2021-06-15	15:22:54	RLC57-112	7KREL
20-2525 Ledig	2021-06-15	15:22:55	RLC57-112	7KREL
29-3900 Klar_på_plats	2021-06-15	15:28:16	RLC57-112	7KREL
29-3900 Ledig	2021-06-15	15:28:16	RLC57-112	7KREL

	15		112	
*	2021-06-15	15:28:25	RLC57-112	7KREL
Gripna Omhä Övr.fb.	2021-06-15	15:36:09	RLC57-112	7KREL
Åtgärds kod: 101, 104, 107, R231	2021-06-15	15:36:09	RLC57-112	7KREL
5701-20210615-0089 AVSLUTAD	2021-06-15	15:36:09	RLC57-112	7KREL
TIDIGARE ÅTGÄRDSKOD(ER):101 104 107 R231	2021-06-15	16:04:57	RLC57-112	7KREL
ÅTERAKTIVERAD RLC57-112	2021-06-15	16:04:59	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	16:07:26	RLC57-113	7SAEN
LÄKAREN RINGER ÅTER	2021-06-15	16:11:01	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	16:11:02	RLC57-117	7BIBA
VARKEN BOENDET ELLER FÖRÄLDRARNA HAR IDENTIFIERAT POJKEN, OP HÄNVISAR TILL UTREDARE MIKAEL ASKER GÄLLANDE DETTA	2021-06-15	16:14:00	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	16:14:00	RLC57-117	7BIBA
SÄGER ÄVEN ATT NR TILL MAMMAN ÄR FEL	2021-06-15	16:14:29	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	16:14:29	RLC57-117	7BIBA
OP HITTAR ETT NYTT NR EFTER ATT SAMTALET AVSLUTAS OCH FÖRSÖKER RINGA UPP LÄKAREN, EJ SVAR	2021-06-15	16:14:49	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	16:14:49	RLC57-117	7BIBA
ANDRA NR TILL MAMMAN [REDACTED]	2021-06-15	16:15:00	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	16:15:01	RLC57-117	7BIBA
KONTAKT MED LÄKAREN	2021-06-15	17:15:18	RLC57-117	7BIBA
HON HAR LYCKATS UPPRÄTTA KONTAKT MED MAMMAN	2021-06-15	17:15:26	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	17:15:27	RLC57-117	7BIBA
Åtgärds kod: 101, 104, 107, R231, R300	2021-06-15	17:15:51	RLC57-117	7BIBA
(RLC)	2021-06-15	17:15:51	RLC57-117	7BIBA
*	2021-06-15	17:38:11	RLC57-113	7SAEN
PIERE OLSEN [REDACTED] RINGER OCH ÄR OROLIG DÅ HAN HAR EN SON SOM BOR PÅ SAMMA BOENDE OCH SOM STÄMMER ÖVERENS MED SIGNALEMENTET. HAN FÅR INGET SVAR FRÅN BOENDET. OP MEDDELAR ATT	2021-06-15	17:39:33	RLC57-113	7SAEN
FÖRÄLDRARNA TILL DEN AVLIDNE 5-ÅRINGEN ÄR UNDERRÄTTADE	2021-06-15	17:39:33	RLC57-113	7SAEN
*	2021-06-15	17:39:34	RLC57-113	7SAEN
AVSLUTAT AV RLC57-112(ACTION)	2021-06-15	20:58:59	RLC57-112	7KREL
Gripna Omhä Övr.fb.	2021-06-	20:58:59	RLC57-	7KREL

	15		112	
5701-20210615-0089 AVSLUTAD	2021-06-15	20:58:59	RLC57-112	7KREL
TIDIGARE ÅTGÄRDSKOD(ER):101 104 107 R231 R300	2021-06-15	20:59:22	RLC57-112	7KREL
ÅTERAKTIVERAD RLC57-112	2021-06-15	20:59:24	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	20:59:30	RLC57-112	7KREL
ÄNDRA ÅTGÄRDSKOD	2021-06-15	20:59:34	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	20:59:35	RLC57-112	7KREL
AVSLUTAT AV RLC57-112(ACTION)	2021-06-15	21:00:44	RLC57-112	7KREL
Gripna Omhä Övr.fb.	2021-06-15	21:00:44	RLC57-112	7KREL
Åtgärds kod: 101, 107, 108, R231	2021-06-15	21:00:44	RLC57-112	7KREL
5701-20210615-0089 AVSLUTAD	2021-06-15	21:00:44	RLC57-112	7KREL
5701-20210615-0089 Läst/skrivit ut HRRLC57-116 -> Microsoft Print to PDF	2021-06-28	12:01:52	RLC57-116	7GASZ
Utskriftsorsak:ATK	2021-06-28	12:01:52	RLC57-116	7GASZ
TIDIGARE ÅTGÄRDSKOD(ER):101 107 108 R231	2021-10-14	14:09:44	PC-400355	7GASZ
ÅTERAKTIVERAD PC-400355	2021-10-14	14:09:46	PC-400355	7GASZ
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT	2021-10-14	14:12:16	PC-400355	7GASZ
Tilläggstext				
HR SKICKAT TILL: 22-4120(054344 LÖVGREN), 22-4120(008082 WIGREN): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:52:37	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9670(015625 AXELSSON-JUUL): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:55:48	SYSAWSRV	SYSTEM
HR INFO HÄMTAT OCH SKICKAT TILL: 22-4120(): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:57:36	SYSAWSRV	SYSTEM
HR INFO HÄMTAT OCH SKICKAT TILL: 22-4120(): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:57:44	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 29-2900(): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:58:15	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9660(042162 MALMBOM), 22-9660(): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	07:58:45	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9860(028124 GÅRLID), 22-9860(): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; INS22; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:07:34	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 29-3900(026548 ANDERSSON): DALAVÄGEN 29, GÅRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; INS22; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:11:40	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9720(015265 HILDEBRAND): DALAVÄGEN	2021-06-	08:14:10	SYSAWSRV	SYSTEM

29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; 22 INS; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	15			
HR SKICKAT TILL: 22-9930(019718 JANSSON): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; 22 INS; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:22:00	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9400(011087 NYBERG): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; 22 INS; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:22:17	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 20-2525(063420 JOHANSSON): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; FÖRSVUNNEN PERSON; FÖRSVUNNEN PERSON; 22 INS; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:28:18	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-4320(039000 LJUNGGREN), 22-4320(): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; FÖRSVUNNEN PERSON; 22 INS; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	08:43:36	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-4310(032962 JAHR): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; FÖRSVUNNEN PERSON; INS22/RAPS4; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	09:19:59	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 29-3510(003987 HERMANSSON), 29-3510 (033956 WICKSTRÖM), 29-3510(): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; FÖRSVUNNEN PERSON; INS22/RAPS4; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	10:00:23	SYSAWSRV	SYSTEM
HR SKICKAT TILL: 22-9500(042475 PERSSON), 22-9500(019344 FRID), 22-9500(): DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS; 5-ÅRING; FÖRSVUNNEN PERSON; INS22/RAPS4; VERONICA; 056312186; 6659493; 1382897	2021-06-15	10:24:29	SYSAWSRV	SYSTEM
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT LKC101-RKP LKC101-RPS LKC102-RKP LKC102-RPS LKC103-RKP LKC103-RPS LKC104-RKP LKC104-RPS LKC105-RKP LKC105-RPS LKC106-RKP LKC106-RPS LKC107-RKP LKC107-RPS LKC108-RKP LKC108-RPS LKC109-RKP LKC201-RKP LKC202-RKP LKC203-RKP LKC204-RKP LKC205-RKP PC-356260 PC-356261 PC-365933 PC-376730 PC-376933 PC-378347 PC-378354 PC-378359 PC-383407 PC-386601 PC-386785 PC-389610 PC-397330 PC-398161 PC-398803 PC-399270 PC-400355 PC-400388 PC-400397 PC-400659 PC-400855 PC-404822 PC-419662 PC-420200 PC-420482 PC-420484 PC-420496 PC-421022 PC-421560 PC-421793 PC-421801 PC-422060 PC-422088 PC-422089 PC-424942 PC-425384 PC-425394 PC-425930 PC-426402 PC-426422 PC-427607 PC-427621 PC-428336 PC-428337 PC-428338 PC-428363 PC-428371 PC-428901 PC-430884 PC-439751 PC-439759 PC-440350 PC-442592 PC-442628 PC-443593 PC-443596 PC-443599 PC-443624 PC-443627 PC-443651 PC-443663 PC-443670 PC-443699 PC-443737 PC-449877 PC-450169 PC-450174 PC-450204 PC-450219 PC-450337 PC-450338 PC-454507 PC-455061 PC-455085 PC-455088 PC-455134 PC-455310 PC-455320 PC-455328 PC-455330 PC-456858 PC-456935 PC-464534 PC-464972 PC-465070 PC-465159 PC-465179 PC-465754 PC-465806 PC-465825 PC-466251 PC-466267 PC-466805 PC-466817 PC-470776 PC-470791 PC-477948 PC-478111 PC-478548 PC-478738 PC-487443 PC-487520 PC-487768 PC-493169 PC-493233 PC-493282 PC-493283 PC-494906 PC-495333 PC-522180 PC-700138 PC-700150 PC-701339 PC-701357 PC-711525 PC-711537 PC-719366 PC-719392 RLC53-101 RLC53-102 RLC53-103 RLC53-104 RLC53-105 RLC53-106 RLC53-107 RLC53-108 RLC53-109 RLC53-110 RLC53-111 RLC53-112 RLC53-113 RLC53-114 RLC53-115 RLC53-116 RLC53-117 RLC53-118 RLC53-119 RLC53-120 RLC53-121 RLC53-122 RLC53-123 RLC53-124 RLC53-125 RLC53-126 RLC53-127 RLC53-131 RLC53-838 RLC53-839 RLC53-840 RLC53-841 RLC53-842 RLC53-843 RLC53-844 RLC53-84	2021-06-15	10:38:47	RLC57-502	7SOBR
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT LKC101-RKP LKC101-RPS LKC102-RKP LKC102-RPS LKC103-RKP LKC103-RPS LKC104-RKP LKC104-RPS LKC105-RKP LKC105-RPS LKC106-RKP LKC106-RPS LKC107-RKP LKC107-RPS LKC108-RKP LKC108-RPS LKC109-RKP LKC201-RKP LKC202-RKP LKC203-RKP LKC204-RKP LKC205-RKP PC-356260 PC-356261 PC-365933 PC-376730 PC-376933 PC-378347 PC-378354 PC-378359 PC-383407 PC-386601 PC-386785 PC-389610 PC-397330 PC-398161 PC-398803 PC-399270 PC-400355 PC-400388 PC-400397 PC-400659 PC-400855 PC-404822 PC-419662 PC-420200 PC-420482 PC-420484 PC-420496 PC-421022 PC-	2021-06-15	10:41:37	RLC57-502	7SOBR

421560 PC-421793 PC-421801 PC-422060 PC-422088 PC-422089 PC-424942 PC-425384 PC-425394 PC-425930 PC-426402 PC-426422 PC-427607 PC-427621 PC-428336 PC-428337 PC-428338 PC-428363 PC-428371 PC-428901 PC-430884 PC-439751 PC-439759 PC-440350 PC-442592 PC-442628 PC-443593 PC-443596 PC-443599 PC-443624 PC-443627 PC-443651 PC-443663 PC-443670 PC-443699 PC-443737 PC-449877 PC-450169 PC-450174 PC-450204 PC-450219 PC-450337 PC-450338 PC-454507 PC-455061 PC-455085 PC-455088 PC-455134 PC-455310 PC-455320 PC-455328 PC-455330 PC-456858 PC-456935 PC-464534 PC-464972 PC-465070 PC-465159 PC-465179 PC-465754 PC-465806 PC-465825 PC-466251 PC-466267 PC-466805 PC-466817 PC-470776 PC-470791 PC-477948 PC-478111 PC-478548 PC-478738 PC-487443 PC-487520 PC-487768 PC-493169 PC-493233 PC-493282 PC-493283 PC-494906 PC-495333 PC-522180 PC-700138 PC-700150 PC-701339 PC-701357 PC-711525 PC-711537 PC-719366 PC-719392 RLC53-101 RLC53-102 RLC53-103 RLC53-104 RLC53-105 RLC53-106 RLC53-107 RLC53-108 RLC53-109 RLC53-110 RLC53-111 RLC53-112 RLC53-113 RLC53-114 RLC53-115 RLC53-116 RLC53-117 RLC53-118 RLC53-119 RLC53-120 RLC53-121 RLC53-122 RLC53-123 RLC53-124 RLC53-125 RLC53-126 RLC53-127 RLC53-131 RLC53-838 RLC53-839 RLC53-840 RLC53-841 RLC53-842 RLC53-843 RLC53-844 RLC53-84				
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT LKC101-RKP LKC101-RPS LKC102-RKP LKC102-RPS LKC103-RKP LKC103-RPS LKC104-RKP LKC104-RPS LKC105-RKP LKC105-RPS LKC106-RKP LKC106-RPS LKC107-RKP LKC107-RPS LKC108-RKP LKC108-RPS LKC109-RKP LKC201-RKP LKC202-RKP LKC203-RKP LKC204-RKP LKC205-RKP PC-356260 PC-356261 PC-365933 PC-376730 PC-376933 PC-378347 PC-378354 PC-378359 PC-383407 PC-386601 PC-386785 PC-389610 PC-397330 PC-398161 PC-398803 PC-399270 PC-400355 PC-400388 PC-400397 PC-400659 PC-400855 PC-404822 PC-419662 PC-420200 PC-420482 PC-420484 PC-420496 PC-421022 PC-421560 PC-421793 PC-421801 PC-422060 PC-422088 PC-422089 PC-424942 PC-425384 PC-425394 PC-425930 PC-426402 PC-426422 PC-427607 PC-427621 PC-428336 PC-428337 PC-428338 PC-428363 PC-428371 PC-428901 PC-430884 PC-439751 PC-439759 PC-440350 PC-442592 PC-442628 PC-443593 PC-443596 PC-443599 PC-443624 PC-443627 PC-443651 PC-443663 PC-443670 PC-443699 PC-443737 PC-449877 PC-450169 PC-450174 PC-450204 PC-450219 PC-450337 PC-450338 PC-454507 PC-455061 PC-455085 PC-455088 PC-455134 PC-455310 PC-455320 PC-455328 PC-455330 PC-456858 PC-456935 PC-464534 PC-464972 PC-465070 PC-465159 PC-465179 PC-465754 PC-465806 PC-465825 PC-466251 PC-466267 PC-466805 PC-466817 PC-470776 PC-470791 PC-477948 PC-478111 PC-478548 PC-478738 PC-487443 PC-487520 PC-487768 PC-493169 PC-493233 PC-493282 PC-493283 PC-494906 PC-495333 PC-522180 PC-700138 PC-700150 PC-701339 PC-701357 PC-711525 PC-711537 PC-719366 PC-719392 RLC53-101 RLC53-102 RLC53-103 RLC53-104 RLC53-105 RLC53-106 RLC53-107 RLC53-108 RLC53-109 RLC53-110 RLC53-111 RLC53-112 RLC53-113 RLC53-114 RLC53-115 RLC53-116 RLC53-117 RLC53-118 RLC53-119 RLC53-120 RLC53-121 RLC53-122 RLC53-123 RLC53-124 RLC53-125 RLC53-126 RLC53-127 RLC53-131 RLC53-838 RLC53-839 RLC53-840 RLC53-841 RLC53-842 RLC53-843 RLC53-844 RLC53-84	2021-06-15	11:00:07	RLC57-113	7SAAX
ÅTKOMSTSKYDD ÄNDRAT LKC101-RKP LKC101-RPS LKC102-RKP LKC102-RPS LKC103-RKP LKC103-RPS LKC104-RKP LKC104-RPS LKC105-RKP LKC105-RPS LKC106-RKP LKC106-RPS LKC107-RKP LKC107-RPS LKC108-RKP LKC108-RPS LKC109-RKP LKC201-RKP LKC202-RKP LKC203-RKP LKC204-RKP LKC205-RKP PC-378347 PC-378354 PC-397330 PC-400355 PC-400388 PC-400659 PC-404822 PC-419662 PC-420482 PC-420484 PC-420496 PC-421801 PC-422060 PC-422088 PC-422089 PC-424942 PC-425384 PC-425394 PC-426402 PC-427607 PC-428336 PC-428363 PC-428901 PC-430884 PC-439751 PC-439770 PC-442592 PC-442628 PC-443593 PC-443596 PC-443599 PC-443627 PC-443651 PC-443663 PC-443670 PC-443721 PC-449877 PC-450169 PC-450174 PC-450204 PC-450219 PC-450338 PC-454507 PC-455061 PC-455085 PC-455088 PC-455310 PC-455328 PC-456858 PC-456935 PC-464534 PC-464972 PC-465070 PC-465129 PC-465159 PC-465806	2021-10-14	14:12:16	PC-400355	7GASZ

PC-465825 PC-466251 PC-466805 PC-466817 PC-470776 PC-478111 PC-478548 PC-485318 PC-487443 PC-487520 PC-493169 PC-493233 PC-493282 PC-493283 PC-494906 PC-495296 PC-495311 PC-495333 PC-496960 PC-522180 PC-700138 PC-700150 PC-701339 PC-701357 PC-711525 PC-711537 PC-719366 PC-719392 PC-730665 RLC53-101 RLC53-102 RLC53-103 RLC53-104 RLC53-105 RLC53-106 RLC53-107 RLC53-108 RLC53-109 RLC53-110 RLC53-111 RLC53-112 RLC53-113 RLC53-114 RLC53-115 RLC53-116 RLC53-117 RLC53-118 RLC53-119 RLC53-120 RLC53-121 RLC53-122 RLC53-123 RLC53-124 RLC53-125 RLC53-126 RLC53-127 RLC53-131 RLC53-838 RLC53-839 RLC53-840 RLC53-841 RLC53-842 RLC53-843 RLC53-844 RLC53-845 RLC55-201 RLC55-202 RLC55-203 RLC55-204 RLC55-205 RLC55-206 RLC55-207 RLC55-208 RLC55-209 RLC55-210 RLC55-211 RLC55-212 RLC55-213 RLC56-201 RLC56-202 RLC56-211 RLC56-212 RLC56-213 RLC56-214 RLC56-215 RLC56-216 RLC56-217 RLC56-218 RLC56-219 RLC56-301 RLC56-311 RLC56-312 RLC56-313 RLC56-314 RLC56-315 RLC56-316 RLC56-317 RLC56-31

Polismyndigheten
Tänk på sekretess vid utlämnande
TÄNK PÅ SEKRETESSEN INNAN DU LÄMNAR UT HR TILL ALLMÄNHETEN

KC-POLIS

5701-20210615-0226 (AVSLUTAD)

Händelserapport:

2021-06-15 12:19:26	9070, INFORMATION	5701-20210615-0226 / 5701	TEL	GRUND
Prio.: (9) 9 INFORMATION	INFORMATION	TORSBY	Ansvarig tjug nr: 069417	
Operatör: 7SOBR	Operatör:	570110 (6659493,1382897)	-RLC57-120	

Adressinformation

DALAVÄGEN 29, GÄRDET, HAGFORS, 68330

Platsinfo:

☒ Adressvaliderad

Åtgärds kod

EJ UTRYCKNING

KLAR FÖR AVSLUT

Anmälarinformation

ERIK, [REDACTED]

SOC [?] Media [N] Kontakta anmälaren

Notes:

Datum/tid		
Påbörjad HR	2021-06-15	12:19:26
Parkerad	2021-06-15	12:21:10
Registrerad	2021-06-15	12:21:27
Åtgärds kodad	2021-06-15	12:35:25
Avslutad	2021-06-15	14:43:21

Relation:	
HÄNDELSE - REL.	5701-20210615-0089 LÄNKADE AV OPERATÖR: 7SOBR

Fritext				
SOC FALUN RINGER IN	2021-06-15	12:20:00	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:20:48	RLC57-120	7SOBR

Länkad Till Händelse 5701-20210615-0089	2021-06-15	12:21:33	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:21:49	RLC57-120	7SOBR
DE ÄR DOM SOM HAR PLACERAT POJKEN PÅ HVB-HEMMET	2021-06-15	12:23:03	RLC57-120	7SOBR
DOM KOMMER ATT STARTA EN KRISHANTERING PGA HÄNDELSEN	2021-06-15	12:23:14	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:23:15	RLC57-120	7SOBR
**	2021-06-15	12:25:59	RLC57-112	7KREL
PERSONEN SOM KOMMER ATT HANTERINGEN AV KRISHANTERINGEN PÅ SOC ÄR:	2021-06-15	12:32:42	RLC57-120	7SOBR
MAGNUS NORDALH: [REDACTED]	2021-06-15	12:33:03	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:33:03	RLC57-120	7SOBR
SOR UNDRAR OM MAMMAN HAR FÅTT INFON	2021-06-15	12:34:45	RLC57-120	7SOBR
**SOC	2021-06-15	12:34:50	RLC57-120	7SOBR
PTRL ÄR PÅVÄG TILL MAMMAN	2021-06-15	12:35:03	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:35:03	RLC57-120	7SOBR
OM SOC VILL HA MER INFO OM DÖDSFALLET FÅR DOM KONTAKTA SJUKVÅRDEN	2021-06-15	12:35:19	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	12:35:20	RLC57-120	7SOBR
Åtgärds kod: 131, R300	2021-06-15	12:35:25	RLC57-120	7SOBR
(RLC)	2021-06-15	12:35:25	RLC57-120	7SOBR
*	2021-06-15	14:40:34	RLC57-112	7KREL
SOC RINGER ÅTER GÄLLANDE ATT DE BEFARAR ATT DET KOMMER BLI ETT HÖGT TRYCK/EV HOT MOT DEM NÄR DET FRAMKOMMER ATT POJKEN VAR HVB-PLACERAD	2021-06-15	14:41:17	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	14:41:18	RLC57-112	7KREL
DE HÄNVISAS ATT RINGA 11414 ALT 112 OM EN HOTFULL SITUATION UPPSTÅR	2021-06-15	14:41:56	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	14:41:56	RLC57-112	7KREL
DE UNDRAR OCKSÅ VILKA UPPGIFTER DE FÅR LÄMNA UT - UTREDARE ASKER FÅR INFO OM ATT KONTAKTA SOC	2021-06-15	14:42:46	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	14:42:47	RLC57-112	7KREL
Gripna Omhä Övr.fb.	2021-06-15	14:43:20	RLC57-112	7KREL
5701-20210615-0226 AVSLUTAD	2021-06-15	14:43:20	RLC57-112	7KREL

Polismyndigheten
Tänk på sekretess vid utlämnande
TÄNK PÅ SEKRETESSEN INNAN DU LÄMNAR UT HR TILL ALLMÄNHETEN

KC-POLIS

5701-20210615-0273 (AVSLUTAD)

Händelserapport:

2021-06-15 13:49:53	6000, UTREDNINGSGÄRDET	5701-20210615-0273 / 5701	ANNAT	GRUND
Prio.: (3) 3 NÄRTID	HÄMTA DÖDSBEVIS	KARLSTAD	Ansvarig tjt nr:063134	
Operatör: 7KREL	Operatör: 7EVPA	570120 (6586104,1367796)	-RLC57-112	

Adressinformation

CENTRALSJUKHUSET

ROSENBORGSGATAN 9, KVARNBERGET, KARLSTAD, 65230

Platsinfo:

☒ Adressvaliderad

Åtgärds kod

UTFÖRT

KLAR FÖR AVSLUT

Anmälarinformation

☐ Media ☐ Kontakta anmälaren

Notes:

Datum/tid		
Påbörjad HR	2021-06-15	13:49:53
Parkerad	2021-06-15	13:50:30
Registrerad	2021-06-15	13:50:40
Beordrad	2021-06-15	14:28:37
Påbörjat uppdrag	2021-06-15	14:45:41
Klar på plats	2021-06-15	14:59:30
Klar	2021-06-15	15:00:08
Åtgärds kodad	2021-06-15	15:01:21
Avslutad	2021-06-15	15:37:06

Patrullaktivitet					
22-9150	2021-06-15	14:28:37	063134	042129	Beordrad
	CENTRALSJUKHUSET, ROSENBORGSGATAN 9, KVARNBERGET,				
22-9150	2021-06-15	14:45:40	063134	042129	Påbörjat uppdrag
	CENTRALSJUKHUSET, ROSENBORGSGATAN 9, KVARNBERGET,				
22-9150	2021-06-15	14:59:30	063134	042129	Klar på plats
	CENTRALSJUKHUSET, ROSENBORGSGATAN 9, KVARNBERGET,				
22-9150	2021-06-15	15:00:08	063134	042129	Ledig

Relation:	
HÄNDELSE - REL.	5701-20210615-0089 LÄNKAD AV OPERATÖR: 7KREL
K-NUMMER - REL. TILL HÄNDELSE	5000-K0697453-21:SKAPAT AV OPERATÖR 7KREL

Fritext				
HAGFORS PTRL ÖNSKAR HJÄLP MED ATT HÄMTA DÖDSBEVIS PÅ CSK I LÄNKAT ÄRENDE	2021-06-15	13:51:20	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	13:51:21	RLC57-112	7KREL
Länkad Till Händelse 5701-20210615-0089	2021-06-15	13:51:38	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-	13:51:39	RLC57-	7KREL

	15		112	
Relation: 5000-K0697453-21:SKAPAT AV OPERATÖR 7KREL	2021-06-15	13:54:06	RLC57-112	7KREL
*	2021-06-15	13:54:09	RLC57-112	7KREL
OP VARIT I KONTAKT MED BARNLÄKARE ERIKA- DÖDSBEVIS FINNS REDO ATT INHÄMTA PÅ BARNAKUTEN CSK HOS SKÖTERSKA.	2021-06-15	14:14:37	RLC57-115	7JEPE
*	2021-06-15	14:14:39	RLC57-115	7JEPE
22-9150 BEORDRAD VIA DRAG/SLÄPP	2021-06-15	14:28:37	RLC57-116	7EVPA
'	2021-06-15	14:29:04	RLC57-116	7EVPA
22-9150 Påbörjat uppdrag	2021-06-15	14:45:41	RLC57-116	7EVPA
*	2021-06-15	14:56:08	RLC57-113	7SAEN
22-9150 Klar_på_plats	2021-06-15	14:59:30	RLC57-125	7ELVA
22-9150 Ledig	2021-06-15	15:00:08	RLC57-125	7ELVA
*	2021-06-15	15:00:13	RLC57-125	7ELVA
PTRL HAR INHÄMTAT DÖDSBEVISET, PTRL TAR KONTAKT MED JFUL	2021-06-15	15:00:33	RLC57-125	7ELVA
*	2021-06-15	15:00:34	RLC57-125	7ELVA
Åtgärds kod: 123, R300	2021-06-15	15:01:21	RLC57-125	7ELVA
(RLC)	2021-06-15	15:01:21	RLC57-125	7ELVA
Gripna Omhä Övr.fb.	2021-06-15	15:37:06	RLC57-112	7KREL
5701-20210615-0273 AVSLUTAD	2021-06-15	15:37:06	RLC57-112	7KREL

Polismyndigheten

Tänk på sekretess vid utlämnande

TÄNK PÅ SEKRETESSEN INNAN DU LÄMNAR UT HR TILL ALLMÄNHETEN

**Polisen****PROMEMORIA**

Sida 1 (1)

Datum
2022-04-11

Diarienummer

Polismyndigheten
RLC-grupp 13 Rgn Bergslagen
Gabor Szarka
Systemadministratör

Bil.

Personuppgifter

Personnummer	Efternamn	Samtliga förnamn	Tilltalsnamn
Medborgare i			
Skäl för åtgärd			

Sak

Förklaring av text i händelserapport (HR) 5701-20210615-0089

Innehållet i promemoria

Gäller texten HR ändrad av annan användare, dina ändringar kan ej sparas.....

Anledningen till denna text är en varning till operatörerna, om flera är inne samtidigt i ett HR och gör ändringar i ett antal av HR:ets fält. Fälten som berörs är samtliga fält gällande adressen och uppgifter om anmälaren. Det som skrivs in i fritexten berörs ej.

Varningen är till för att operatörerna inte av misstag skall skriva i något som sedan inte sparas. Varningen kommer dock också upp även om en av operatörerna inte gjort någon ändring, se nedan exempel hämtat från aktuellt HR.

Operatör 1 startar HR och skriver in uppgifter. Operatör 2 agerar sedan i samma HR genom att beordra patrull kl 07.52.37, då operatör 2 "gick in i" detta HR, strax före nämnda tidpunkt var det tomt i fältet Anmälares förnamn. Kl 07.52.39 sparar operatör 1 uppgiften Veronica i detta fält. När operatör 2 sedan "lämnar" HR, kl 07.52.43, får hon upp kontrollrutan i och med att det i hennes bild fortfarande är tomt i rutan Anmälares förnamn. Dvs operatör 2 har inte gjort någon ändring men får information om att den tomma rutan inte kommer att sparas.



PM

Signerad av

Signerad datum

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Diarienumr

5000-K697453-21

Uppgiftslämnare

Sundqvist, Ann-Louise

Datum

2022-04-12

Tid

13:07

Beslag verkställt

Nej

Material för analys

Nej

Mottaget

Mottaget datum

Tid

Sätt på vilket uppgift lämnats

Upprättad av

Ann-Louise Sundqvist

Uppgiften avser

Kontakt med socialen i Falun

Uppgift

Undertecknad har idag 2022-04-12 via telefon varit i kontakt med sektionschefen för barn och familj enheten Falu socialtjänst, Magnus Nordahl i anledning av inkommen begäran från försvararna Advokat Sofia Möller och Advokat David Halén Lindberg. I vilken man önskat att *"information ska inhämtas från socialtjänsten i Falu kommun kring hur de betalade för JW:s plats på Prästgården"*.

Magnus förklarar att betalningen för placeringen av John Walter var bestämd utifrån personaltättheten på boendet. Sagt var att det skulle finnas två personal runt John Walter. Behövde dock inte vara egen personal riktad bara till John Walter. Men att det skulle finnas två personal som hade koll på honom under hans vakna tid. För detta betalade Falu kommun 12 700 kronor /dygn. På natten däremot när John Walter sov, kunde man därför ha lägre bemanning såsom jourpersonal, vilken snabbt kunde hjälpa till om behov uppstod. Jour kan man ha om man gjort bedömningen att man klarar hans säkerhet. Magnus förtydligar att socialtjänsten från Prästgården fått till sig att det alltid funnits två personal med John Walter.

Innan inskrivning har Humana/Prästgården från Falu kommun fått frågan om de kan möta det behov som John Walter har. Föreståndaren som hade ansvar för Prästgården hade svarat att man kan möta hans behov. Det är boendet genom föreståndaren som har ansvaret att kunna garantera säkerheten hos John Walter. Varvid Falu kommun sa Ja till placeringen av pojken på Prästgården. Dock har boendet blivit tillsagda att höra av sig till socialtjänsten i Falun om det inte funkar eller att det händer något som gör att man inte klarar av att bemöta John Walters behov.

Falu kommun har fått ta del av Prästgårdens dokumentation, i vilken de varit tydliga med att framföra att personal alltid ska finnas mellan John Walter och närmast flyktväg med tanke på att han var rymningsbenägen.

Magnus hänvisar till skrivelsen-lämplighetsbedömning och matchning inför placering enligt SoL eller LVU ang. Humanas bedömning av att kunna ta hand om John Walter, vilken redan ingår i utredningen.

I tjänsten

Ann-Louise Sundqvist
Utredare polisen Hagfors



Avvikelse rapport från Humana enligt önskemål

Signerat av

Signerat datum

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Diarienum

5000-K697453-21

Originalhandlingens förvaringsplats

Datum

2022-04-19

Tid

11:27

Involverad personal

Ann-Louise Sundqvist

Funktion

Uppgiftslämnare

Berättelse

Nedan ser man den frågeställning som ställdes till Humana och deras svar bifogas:

***"Beslut har inkommit om att inhämta samtliga avvikelserapporter/incidentrapporter avse-
brister i den fysiska miljön på Prästgården i Hagfors under tiden 2020-06-15 –
2021-06-15."***

**Humana**

2022-04-12

Sida 1 / 1

Endast per post till

Polisen Hagfors
Ann-Louise Sundqvist
Box 53
683 34 Hagfors

Begäran om handlingar

Vi har genomfört en granskning i våra system gällande de uppgifter som har efterfrågats utifrån angiven tidsintervall 2020-06-15 – 2021-06-15 och har identifierat en avvikelse rapport som rör den fysiska miljön, vilken bifogas detta brev.

Bifogad rapport är inlagd 2021-06-21 och avser händelse som ska ha inträffat 2021-04-29. Under Lex Sarah står att "chefen/utredare rapporterar händelsen som ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah". I rapporten står det också brister i fysisk miljö, t.ex. utrustning och teknik.

Med vänlig hälsning,

Damir Bandic, kvalitetschef

2022-04-12 11:41:56

Ärendeskrift

Ärende 23012

Skapat 2021-06-21 av Publik användare.

Avslutat: 2021-08-11.

Händelse

Händelsen inträffade

Plats för händelse

Prästgården

När inträffade händelsen?

2021-04-29 00:00

När upptäcktes händelsen?

2021-04-29 09:32

Beskriv händelsen

Personal upptäcker att internet inte fungerar på enheten och att det inte fungerar att starta om modemmet som har fungerat tidigare.

Vilka åtgärder är utförda?

IT-avdelningen på Humana kontaktas. Internetleverantör kontaktas. Nytt modem beställs.

Förslag på fler åtgärder

Internet på Prästgården behöver ses över för att få en stabil internetuppkoppling.

Rapportör och mottagare

Rapportörens namn

Rickard Hansson

Rapportörens e-post

rickard.hansson@humana.se

Rapportörens telefonnummer

0563-12173

Bedömning Lex Sarah-rapport

Lex Sarah-rapport

Chefen/utredaren rapporterar händelsen som ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah

Bedömning fortsatt utredning

Lagrum *

SoL

Preliminär allvarlighetsbedömning*

2. Måttlig skada/risk för skada

Inträffade på

Prästgården (Platea)

Ansvarig chef

Birgitta Bergh

Ansvarig utredare

Birgitta Bergh

Utredningen påbörjad

Utredningen påbörjad

Utredningen påbörjades

2021-06-21

Typ

Risk

Typ av händelse

Dokumentation, dokumenthantering

Dokumentation, dokumenthantering

Dokument/uppgifter saknas

Lex Sarah utredning**Ange när och hur lex Sarah-rapporten tagits emot**

Fått info av enhetschef

Typ av missförhållande/risk för missförhållande

Brister i fysisk miljö, t.ex. utrustning och teknik

Beskriv vad det rapporterade missförhållandet eller risken för missförhållande har bestått i

Internet har varit en ständig fråga som inte har fungerat i verksamheten sedan Humana tog över driften av detta.

Vad hände och hur uppmärksammades händelsen?

1.

Enhetschef som har att ansvara för detta har alltså haft pågående ärenden hos Humanas IT enhet då uppkopplingar m.m sällan har fungerat tillfredställande.

Skapad av Birgitta Bergh - 2021-08-01 12:09

Utred vilka konsekvenser händelsen har medfört eller hade kunnat medföra

1.

Svårigheter att kunna dokumentera. Personal har fått skriva avidentifierat på worlddok för att när systemet återigen få föra in anteckningar. Det har blivit ett onödigt arbetsmoment som naturligtvis kan ha tagit tid från tiden med barnen.

Skapad av Birgitta Bergh - 2021-08-01 12:11

Berör händelsen en enskild?

Ja

Har händelsen dokumenterats i journal?

Nej

Klassificering av konsekvenser

Ingen påverkan eller skada

Orsak

Utred vilka bakomliggande samt bidragande orsaker som identifierats till händelsen

KOMMUNIKATION OCH INFORMATION:

UTBILDNING OCH KOMPETENS:

PROCESSER, RUTINER OCH RIKTLINJER:

OMGIVNING OCH ORGANISATION:

TEKNIK, UTRUSTNING OCH APPARATUR:

ANDRA BAKOMLIGGANDE ORSAKER:

Orsaksområden

Teknik, utrustning och apparatur

Teknik, utrustning och apparatur

IT uppkoppling har inte fungerat,

1. Grundorsak kan härledas till process

Information management (inklusive IT)

2. Grundorsak kan härledas till process

- PROCESSER -

3. Grundorsak kan härledas till process

- PROCESSER -

Har något liknande hänt tidigare?

IT problem; Ja

Finns det en risk att detta eller något liknande kan inträffa i framtiden?

Ja; Så länge det inte åtgärdas kan det ske igen.

Utförligare beskrivning av risken att detta eller något liknande kan inträffa igen

Utebliven dokumentation kan bli en konsekvens av detta som då är svår att följa av andra arbetstagare.

Åtgärder**Redogör för de vidtagna åtgärder som vidtogs i samband med det inträffade. Tid och datum för åtgärd ska anges.**

1.

En avvikelse görs för att det behöver dokumenteras att IT inte fungerar trots flera års påpekanden.

Skapad av Birgitta Bergh - 2021-08-01 12:12

Välj vilka åtgärder som är aktuella

Kontakt med berörd chef

Polisanmälan

Anmälan till försäkringsbolag

Anmälan till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan

Bedömning

Allvarlighetsgrad

1. Mindre

Motivering till allvarlighetsbedömning

Har inte direkt drabbat en enskild.

Sannolikhet

3. Stor

Motivering till sannolikhetsbedömning

Ej fungerande system.

Riskanalys

3

Bedömning och slutsats

1.

Verksamheten har lagts ner men om man avser att öppna upp för andra verksamheter behöver denna fråga komma till en lösning.

Skapad av Birgitta Bergh - 2021-08-01 12:14

Status utredning

Utredning klar - avslutas utan uppföljning

Utredningen slutfördes

2021-08-01

Dataskyddsombudets utredning

Fortsättning av utredning

Ställningstagande

Status uppföljning

Ingen uppföljning krävs - ärendet avslutas

Loggar

10:03 den 11 augusti 2021 - E-post skickad - System

NOS: Skickade e-post med mall 'Ärende avslutat' till 'rickard.hansson@humana.se'.

10:03 den 11 augusti 2021 - Ärende avslutat - Maria Eklund

Ärendet har avslutats.

10:03 den 11 augusti 2021 - Ärende ändrat - Maria Eklund

1. Grundorsak kan härledas till process: - PROCESSER -> Information management (inklusive IT)

Kopia status: Utredning klar - ingen uppföljning, väntar på avslut -> Avslutat

Avslutat: Ja

12:19 den 1 augusti 2021 - E-post skickad - System

NOS: Skickade e-post med mall 'Utredning avslutat' till 'Birgitta.Bergh@humana.se'.

12:19 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Har något liknande hänt tidigare?: Ja -> Ja, IT problem

12:18 den 1 augusti 2021 - E-post skickad - System

NOS: Skickade e-post med mall 'Utredning avslutat' till 'Birgitta.Bergh@humana.se'.

12:18 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Status utredning: Utredning pågår -> Utredning klar - avslutas utan uppföljning

Välj vilka åtgärder som är aktuella: [Inget värde] -> Kontakt med berörd chef

Allvarlighetsgrad: [Inget värde] -> 1. Mindre

Sannolikhet: [Inget värde] -> 3. Stor

Klassificering av konsekvenser: [Inget värde] -> Ingen påverkan eller skada

Orsaksområden: [Inget värde] -> Teknik, utrustning och apparatur

Har något liknande hänt tidigare?: [Inget värde] -> Ja

Motivering till allvarlighetsbedömning: [Inget värde] -> Har inte direkt drabbat en enskild.

Motivering till sannolikhetsbedömning: [Inget värde] -> Ej fungerande system.

Riskanalys: [Inget värde] -> 3

Status uppföljning: Utredning pågår -> Ingen uppföljning krävs - ärendet avslutas

Utredningen slutfördes: [Inget värde] -> 2021-08-01

Lagrum *: [Inget värde] -> SoL

Preliminär allvarlighetsbedömning*: [Inget värde] -> 2. Måttlig skada/risk för skada

Ange när och hur lex Sarah-rapporten tagits emot: TIDIGARE VÄRDE = [Inget värde]

Typ av missförhållande/risk för missförhållande: [Inget värde] -> Brister i fysisk miljö, t.ex. utrustning och teknik

Beskriv vad det rapporterade missförhållandet eller risken för missförhållande har bestått i: TIDIGARE VÄRDE = [Inget värde]

Finns det en risk att detta eller något liknande kan inträffa i framtiden?: [Inget värde] -> Ja, Så länge det inte åtgärdas kan det ske igen.

Kopia status: Utredning pågår -> Utredning klar - ingen uppföljning, väntar på avslut

Typ av avvikelse *: Negativ händelse -> [Inget värde]

Teknik, utrustning och apparatur: TIDIGARE VÄRDE = [Inget värde]

Utförligare beskrivning av risken att detta eller något liknande kan inträffa igen: TIDIGARE VÄRDE = [Inget värde]

12:14 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Bedömning och slutsats: Anteckning har skapats.

Text: Verksamheten har lagts ner men om man avser att öppna upp för andra verksamheter behöver denna fråga komma till en lösning.

12:12 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Redogör för de vidtagna åtgärder som vidtogs i samband med det inträffade. Tid och datum för åtgärd ska anges.: Anteckning har skapats.

Text: En avvikelse görs för att det behöver dokumenteras att IT inte fungerar trots flera års påpekanden.

12:11 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Utred vilka konsekvenser händelsen har medfört eller hade kunnat medföra: Anteckning har skapats.

Text: Svårigheter att kunna dokumentera. Personal har fått skriva oidentifierat på worddok för att när systemet återigen får föra in anteckningar. Det har blivit ett onödigt arbetsmoment som naturligtvis kan ha tagit tid från tiden med barnen.

12:09 den 1 augusti 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Vad hände och hur uppmärksammades händelsen?: Anteckning har skapats.

Text: Enhetschef som har att ansvara för detta har alltjämt haft pågående ärenden hos Humanas IT enhet då uppkopplingar m.m sällan har fungerat tillfredställande.

19:10 den 21 juli 2021 - E-post skickad - System

SCHEMALÄGGAREN: Påminnelsen "Påminnelse utredning 30 dagar" saknar mottagare.

14:28 den 15 juli 2021 - Ärendehandling nedladdad - Caroline Almgren

Handling nedladdad (9782) - 'Rapporterad avvikelse'

19:03 den 11 juli 2021 - E-post skickad - System

SCHEMALÄGGAREN: Påminnelsen "Påminnelse utredning 20 dagar" skickades via e-post till:
Birgitta.Bergh@humana.se

11:26 den 3 juli 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Typ: Avvikelse -> Risk

Status utredning: Utredning ej påbörjad -> Utredning pågår

Dokumentation, dokumenthantering: [Inget värde] -> Dokument/uppgifter saknas

Utredningen påbörjad: [Inget värde] -> Utredningen påbörjad

Utredningen påbörjades: [Inget värde] -> 2021-06-21

Kopia status: Utredning ej påbörjad -> Utredning pågår

11:24 den 3 juli 2021 - E-post skickad - System

NOS: Skickade e-post med mall 'Uppdaterad Lex Sarah-rapport' till 'Hanna.Nilsson@humana.se, Jennie.Bergsten@humana.se, Ida.Nilsson@humana.se, malin.tidbeck@humana.se, Maria.Eklund@humana.se, Damir.Bandic@humana.se, Johanna.Liljander@humana.se, Ulrik.Bonnevier@humana.se, Peter.Gustafsson@humana.se'.

11:24 den 3 juli 2021 - Ärende ändrat - Birgitta Bergh

Lex Sarah-rapport: [Inget värde] -> Chefen/utredaren rapporterar händelsen som ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah

19:03 den 1 juli 2021 - E-post skickad - System

SCHEMALÄGGAREN: Påminnelsen "Påminnelse utredning 10 dagar" skickades via e-post till:
Birgitta.Bergh@humana.se

18:11 den 21 juni 2021 - Ärendehandling skapad - Publik användare

Handling skapad (9782) - 'Rapporterad avvikelse'

18:11 den 21 juni 2021 - E-post skickad - System

NOS: Skickade e-post med mall 'Mottagningsbekräftelse' till 'rickard.hansson@humana.se'.

18:11 den 21 juni 2021 - E-post skickad - System

Informerade användare: Birgitta Bergh (Birgitta.Bergh@humana.se)

18:11 den 21 juni 2021 - Ärende skapat - Publik användare

Ett nytt ärende har registrerats.

**BESLUT**

210618 Dnr 3.7.3- 24039/2021 1(4)

Platea AB
c/o Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 Uppsala

Ärendet

Tillfälligt förbud av verksamhet

Beslut

Med stöd av 13 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, beslutar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att tillfälligt förbjuda Platea AB c/o Humana Individ och Familj (organisationsnummer 556697-9729) att bedriva verksamhet vid Plateas två enheter, Prästgården (Asplunden 2) och Södra villan (Tornspiran 4).

IVO:s beslut gäller enligt 16 kap. 4 § SoL omedelbart. Beslutet är giltigt i högst sex månader.

Platea AB (bolaget) får till och med den 24 juni 2021 kl.15.00 på sig att skriva ut de barn och unga som är inskrivna i verksamheten.

Skälen för beslutet

IVO konstaterar att ett i verksamheten inskrivet barn, utan att det har uppmärksammats av personal, har lämnat boendet och därefter återfunnits avlidet i ett närbeläget vattendrag. IVO bedömer med hänsyn till det inträffade att det i bolagets verksamhet föreligger fara för liv, hälsa och personlig säkerhet för de placerade barnen.

De vidare omständigheterna kring dödsfallet är i nuläget oklara och IVO behöver genomföra vidare utredning. Det kan dock inte uteslutas att dödsfallet har samband med sådana brister som IVO konstaterat i tidigare beslut, senast den 26 mars 2021, och det kan därför inte heller uteslutas att bolaget saknar förmåga att komma tillrätta med allvarliga brister i verksamheten. Det är därför sannolikt att bolagets tillstånd, dnr 6.3.2-11026/2017, kommer att återkallas med stöd av 13 kap. 9 § SoL.

Enligt 13 kap. 10 § SoL får IVO, om det är sannolikt att ett beslut om återkallelse kommer att fattas och detta inte kan avvaktas, förbjuda fortsatt verksamhet. Eftersom det föreligger fara för liv, hälsa och personlig säkerhet för de placerade barnen så är det inte lämpligt att barnen är fortsatt placerade i verksamheten under IVO:s fortsatta utredning. IVO fattar därför beslut om att tillfälligt förbjuda bolaget att

bedriva verksamhet i det aktuella HVB-hemmet.

Ett barn som varit i bolagets vård har förolyckats

IVO får den 15 juni 2021, via media, uppgifter om att en 5-årig pojke, placerad i bolagets HVB-verksamhet på enheten Prästgården, har avvikit från boendet någon gång innan kl. 07.00 samma morgon och senare påträffats avliden i ett närbeläget vattendrag.

Med anledning av informationen söker IVO samma dag verksamhetens föreståndare och får den 16 juni telefonkontakt med henne. Så som IVO uppfattar informationen från föreståndaren är bland annat följande omständigheter kända i nuläget. Det 5-åriga barnet var inskrivet på boendet utan någon förälder. [REDACTED]

[REDACTED] Föreståndaren uppfattar att personal uppmärksammat att pojken var borta kort efter att han försvann. Personal har genast börjat att leta efter pojken och ytterligare personal har kallats in. Eftersökning kom senare att ske med biträde av polis. Pojken påträffades avliden i den närliggande älven.

Enligt föreståndaren har polisen inlett en brottsutredning om vållande till annans död men utan att ha någon misstänkt.

Verksamheten har inlett en utredning enligt bestämmelserna om lex Sarah.

Verksamheten har brustit i att tillförsäkra inskrivna barn trygghet och säkerhet

IVO bedömer att det inte kan uteslutas att det inträffade dödsfallet har ett samband med sådana brister som IVO uppmärksammat verksamheten på i tidigare beslut. Det kan därför inte heller uteslutas att bolaget saknar förmåga att komma tillrätta med allvarliga brister i verksamheten.

I IVO:s beslut den 26 mars 2021 bedömer IVO bl.a. att verksamhetens lämplighetsbedömningar inför inskrivning inte når upp till den kvalitet som krävs för att ge inskrivna barn en trygg och säker vård av god kvalitet. Bedömningen görs trots att de lämplighetsbedömningar som IVO tagit del av innehåller de beaktanden och ställningstaganden som tillämpliga bestämmelser anger. IVO anför bl.a. att flera barn, mot bakgrund av sin omfattande problematik och hur verksamheten agerat med anledning av denna, inte borde ha skrivits in i verksamheten. IVO påtalar även att det i lämplighetsbedömningar kan behöva tas i beaktande hur boendet är lokaliserat. IVO:s bedömning i denna del gjordes mot bakgrund av att det i tillsynen framkommit att "den väg som går nedanför enheten är den vägsträcka som är mest trafikerad i centrum". I beslutet framför IVO att "Utifrån de fysiska risker som finns i boendets omgivningar ifrågasätter IVO lämpligheten i att ta

emot barn med exempelvis bristande impulskontroll och förmåga att överblicka konsekvenser.”

I beslutet bedömer IVO även att verksamheten använt sig av tvångs- och begränsningsåtgärder gentemot placerade barn och brustit i att kontrollera utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Vad avser den senare bristen så underlät IVO att begära återredovisning eftersom huvudmannen inom ramen för tillsynen hade redovisat att verksamheten vidtagit relevanta åtgärder.

IVO påtalade även att det fanns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete vad gäller hantering av incidenter och avvikelser samt egenkontroll.

Huvudmannen inkom den 21 april 2021 med en redogörelse för hur den avsåg att komma tillrätta med de konstaterade bristerna.

IVO:s sammantagna bedömning var, vid tiden för huvudmannens redogörelse, att de redovisade åtgärderna skulle kunna vara relevanta för att komma tillrätta med påtalade brister men att uppföljande tillsyn av att bristerna inte kvarstod skulle genomföras under 2021.

Underlag

- Artiklar från SVT nyheter från den 15 juni 2021, dnr 3.2.2-23643/2021-5
- Tjänsteanteckning från samtal med föreståndaren den 16 juni 2021, dnr 3.2.2-23643/2021-2
- IVO:s beslut från den 26 mars 2021, dnr 3.2.2-12158/2020-22 samt från den 11 maj 2021, dnr 3.2.2-12158/2020-45
- Huvudmannens återredovisning med anledning av konstaterade brister, inkommen till IVO den 23 april 2021, dnr 3.2.2-12158/2020-44

Beslut har fattats av avdelningschefen Peder Carlsson. I den slutliga handläggningen har enhetschefen Annika Algeblad och avdelningsjuristen Ana Cica Tiedermann deltagit. Inspektören Christine Nilsenius har varit föredragande.

Beslutet har den 18 juni 2021 godkänts elektroniskt av avdelningschefen Peder Carlsson och förts in i IVO:s ärendehanteringssystem.

Inspektionen för vård och omsorg

Dnr 3.7.3- 24039/2021

4(4)

Beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten, se bilaga

Kopia till: Placerande kommuner

**BESLUT**

2021-07-28

Dnr 3.7.3-24039/2021-15

1(1)

Platea AB
c/o Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 Uppsala

Ärendet

Tillfälligt förbud av verksamhet

Beslut

Ärendet avslutas.

Skälen för beslutet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslutade den 18 juni 2021 att tillfälligt förbjuda Platea AB (härefter bolaget) att bedriva verksamhet vid Plateas två enheter, Prästgården (Asplunden 2) och Södra villan (Tornspiran 4), Platea HVB.

Bolaget har anmält till IVO att verksamheten vid boendet har avvecklats och att tillståndet ska upphöra att gälla. Beslut om att tillståndet har upphört att gälla fattades av IVO den 23 juli 2021 (se dnr. 4.1.3-27364/2021). Då aktuell verksamhet inte längre bedrivs kan ärendet om tillfälligt förbud avslutas.

Ytterligare information

Bolaget har inkommit med en s.k. lex Sarah-anmälan som rör en händelse där ett barn placerat på boendet avlidit. Anmälan hanteras i ärende med dnr. 3.1.2-25923/2021.

Beslut i detta ärende har fattats av stf. avdelningschefen Anna Karin Nyqvist. Tf. enhetschefen Ida Nordqvist har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Linnéa Larsson har varit föredragande.

Beslutet har den 28 juli 2021 godkänts elektroniskt av stf. avdelningschefen Anna Karin Nyqvist och förts in i IVO:s ärendehanteringssystem.



Inspektionen för vård och omsorg

BESLUT

2021-03-26 Dnr 3.2.2-12158/2020-22

1(12)

Platea AB
C/O Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 UPPSALA

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Platea HVB (organisationsnummer 556697-9729) i Hagfors.

Tillsynen har omfattat tillståndsefterlevnad, kontroll av registerutdrag, lämplighetsbedömningar samt förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat följande brister:

- Verksamheten har använt sig av tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Verksamhetens lämplighetsbedömningar brister i kvalitet.
- Verksamheten har inte kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal.

IVO begär med stöd av 13 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, att huvudmannen redovisar hur man ska komma tillrätta med bristerna rörande tvångs- och begränsningsåtgärder samt lämplighetsbedömningar. Redovisningen ska innehålla de åtgärder som huvudmannen har vidtagit eller planerar att vidta för att komma tillrätta med bristerna. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärderna genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO **senast 27 april 2021**.

Om bristerna inte avhjälpas kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga huvudmannen vid vite att vidta åtgärder.

Vad gäller bristen rörande kontroll av registerutdrag har huvudmannen inom ramen för tillsynen redovisat att verksamheten har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med denna. IVO bedömer att dessa åtgärder är relevanta och ställer därför inte krav på redovisning av ytterligare åtgärder i denna del.

Skälen för beslutet

IVO konstaterar att barn inskrivna i verksamheten vid upprepade tillfällen har utsatts för fasthållningar och nedläggningar och bedömer att detta är en brist. Mot denna bakgrund bedömer IVO även att verksamhetens lämplighetsbedömningar inte når upp till den kvalitet som krävs för att ge inskrivna barn en trygg och säker vård av god kvalitet.

IVO bedömer även att det är en brist att huvudmannen inte alltid kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Eftersom huvudmannen har redovisat åtgärder som IVO bedömt vara relevanta lämnar IVO den delen utan ytterligare krav på åtgärd. Att verksamheten gör lagstadgad kontroll av registerutdrag innan anställning kommer att följas upp i kommande tillsyn.

Utöver dessa brister vill IVO påtala att det finns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete vad gäller hantering av incidenter och avvikelser samt egenkontroll. IVO menar att verksamheten noga bör överväga om situationer som inneburit att personalen har ansett sig tvungen att använda tvång och begränsningar ska utredas som avvikelser.

IVO konstaterar slutligen att verksamheten följer sitt tillstånd vad gäller målgrupp (antal, ålder och kön), föreståndare och lokaler.

Verksamheten har använt tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO anser att det är ytterst allvarligt att det, vid upprepade tillfällen, förekommit tvångs- och begränsningsåtgärder på Platea HVB. Tvångs- och begränsningsåtgärderna har bl.a. bestått i fasthållningar och i vissa fall nedläggningar av barn. Det finns i socialtjänstlagen inget stöd för användning av tvång, begränsningar eller inskränkningar av den enskildes rörelsefrihet.

Av 1 kap. 1 § och 3 kap. 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänsten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet samt att de ska vara av god kvalitet. Det innebär att insatser enligt SoL bygger på frivillighet vilket medför att de inte kan ges mot den enskildes vilja. Även i de fall den enskilde vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, styrs innehåll och utformning av vården av reglerna i SoL (se 10 § LVU). Dessa kompletteras med en regel i 11 § LVU rörande uppsikt av den enskilde och en bestämmanderätt om den enskildes personliga förhållande.

Verksamheten har hävdatt att de fysiska ingripanden som skett har stöd i det omsorgsansvar som följer av 6 kap. 2 § föräldrabalken (1949:381),

FB, och som bl.a. innebär att barnet ska få den tillsyn som behövs med hänsyn till ålder, utveckling och övriga omständigheter samt att lämpliga åtgärder ska vidtas för att förhindra att barnet orsakar skada för någon annan. Verksamheten har även hänvisat till de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kapitlet brottsbalken (1962:700), BrB, om nöd och nödvärn. IVO vill med anledning härav informera om att hur ett fysiskt ingripande bedöms, med hänvisning till omsorgsansvaret om barnet eller bestämmelserna om nöd och nödvärn, är ytterst en fråga som domstol har att ta ställning till.

Utgångspunkten är likväl, såsom redogörs för ovan, att inga former av tvångs- eller begränsningsåtgärder ska förekomma i den typ av verksamhet som Platea HVB bedriver. IVO menar härvid att verksamheten har skrivit in barn vars problematik beskrivits på ett sådant sätt av placerande nämnder att det torde ha varit uppenbart att fysiska begränsningar av barnen skulle kunna komma att aktualiseras mer eller mindre upprepat. Verksamheten borde med den informationen inte ha skrivit in barnen.

Klagomål på verksamheten rörande tvång och begränsningar

IVO har i samband med tidigare tillsyn fått signaler om att verksamheten använder sig av tvångs- och begränsningsåtgärder och då erinrat verksamheten om gällande regelverk. Inför den nuvarande tillsynen kom återigen uppgifter till IVO om att verksamheten använder sig av fasthållning. Denna gång i form av två anonyma klagomål.

I det ena klagomålet framkommer uppgifter om att ett tidigare placerat barn har berättat för sin socialsekreterare att hen på natten blivit nedbrottad, släpad in på sitt rum och hotad av personal att det skulle återupprepas. I det andra klagomålet uppger en person som varit anställd i verksamheten att denne bevittnat fasthållningar vid flera tillfällen samt att föreståndaren utbildar i fasthållning.

IVO har med anledning av klagomålen haft kontakt med sex stycken företrädare för placerande nämnder. Fyra av dem beskriver att det i behandlingsrapporter från verksamheten eller i samtal med föräldrar framkommit uppgifter om att barn har begränsats för att skydda dem själva eller andra. Exempelvis har en handläggare sett personal hålla armen om ett barn för att förhindra att hen kastade en kniv på handläggaren. En annan handläggare beskriver att ett barn berättat att hen blivit tagen i hårt av personal.

Verksamhetens journaler visar att det förekommit upprepade tvångs- och begränsningsåtgärder trots att verksamheten arbetar lågaffektivt

De uppgifter och klagomål som lämnats har föranlett IVO att granska journaler för de tre barn vars handläggare beskriver att de uppmärksammat situationer där barnen begränsats fysiskt på olika sätt.

Dessa barn var vid tiden för tillsynen placerade på Plateas enhet Södra Villan där målgruppen bland annat är barn i åldrarna 6 till och med 12 år med relationsproblem och psykosociala problem, anknytningsproblematik samt behov av gränssättningsstöd.

I barnens journaler framgår visserligen att personalen, i de flesta fall då barnen agerar ut, inte använder någon form av tvång eller begränsning utan genom ett lågaffektivt arbetssätt lyckas stävja barnens utåtagerande beteende. Av journalerna framgår dock även upprepade händelser där barnen hålls fast på olika sätt, ibland i både armar och ben, samt lyfts eller leds bort. Det har även förekommit så kallad nedläggning, det vill säga att barnet läggs ned på golvet och huvudet samt armarna låses.

I verksamhetens yttrande framkommer att det funnits sådan kännedom om barnens problematik att det enligt IVO:s bedömning torde ha varit uppenbart för verksamheten att fysiska begränsningar av barnen skulle kunna komma att aktualiseras mer eller mindre upprepat. De borde därför inte ha skrivits in, alternativt omgående skrivits ut när det stod klart att personalen upprepade gånger behövde begränsa barnen fysiskt.

Rörande det första av barnen beskriver föreståndaren att det vid lämplighetsbedömningen framkom att barnet hade svårigheter i att reglera sig känslomässigt samt hade kraftiga aggressionsutbrott. Tidigare placering hade avslutats med sammanbrott och bedömningen gjordes att personalen på Platea skulle ha hög vaksamhet för att incidenter skulle kunna ske. Det var känt att det fanns risk för både kroppsskada och sakskada. Föreståndaren beskriver även att barnet under sina aggressionsutbrott blir helt blockerat, inte kan styra sitt handlande och helt saknar konsekvenstänkande. Det har enligt föreståndaren också funnits en oro för att barnet ska ge sig på andra barn när det får aggressionsutbrott, vilket även har hänt vid något tillfälle.

Även vad gäller det andra barnet var det känt vid lämplighetsbedömningen att det hade ett kraftigt utåtagerande beteende. Föreståndaren beskriver att ansvariga socialsekreterare misstänkte att barnet utsatts för trauma samt hade en anknytningsstörning. Barnet är diagnostiserat med ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) och har sannolikt PTSD (posttraumatic stress disorder). I verksamhetens yttrande framkommer även att barnet under placeringen haft ett kraftigt utåtagerande beteende som framförallt visat sig i timplånga utbrott där barnet kastat saker, vält möbler, spottat, bitit, rivit och slagit personal. Efter en tid prövades behovsmedicinering men barnet blev än mer försämrat i sitt mående med psykosliknande symtom. Barnet har enligt beskrivning haft ett i det närmaste "djuriskt" beteende med hyperaktivitet, trots och

utåtagerande. Verksamheten fick tillse att barnet hade en egen boendedel för att inte störa andra barn eller själv känna sig trängd vid affektutbrott.

Rörande det tredje barnet framgår att det blivit omplacerat till Platea eftersom det varit våldsamt mot både personal och andra barn på ett tidigare HVB. Det fanns beskrivningar om att barnet var impulsivt och explosivt samt misstanke om att det genomgått trauma. Barnet skadade sig själv genom att misssköt sin kroniska sjukdom samt uttryckte självmordstankar. Syftet med vården på Platea var att barnet behövde hjälp med gränssättning och vuxna som tog ansvar för barnets sjukdom. Barnet behövde skydd mot sin egen aggressionsproblematik samt skyddas från att göra andra illa.

Detta barn omplacerades ett knappt år efter inskrivningen på Platea till en verksamhet inom SIS (Statens institutionsstyrelse).

Verksamhetens bemötande av uppgifterna om att det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder

Föreståndaren svarar i samtliga kontakter med IVO att verksamheten inte använder sig av nedläggning eller fasthållning som metod och att det inte förekommer systematiskt. Hon säger att hon är ytterst noga med att påtala detta för personalen. Hon uppger även att hon inte lär ut några som helst sätt att hålla fast eller lägga ned barn. Av verksamhetens yttranden till IVO framgår att Platea utbildar all personal i Connect, (anknytningsbaserat program för stöd till bl.a. behandlingspersonal), TMO (traumamedveten omsorg) och LAB (lågaffektivt bemötande) som alla är metoder som bygger på ett relationsskapande koncept. Samtlig personal får information om nöd och nödvärn och hösten 2019 arbetade verksamheten med Socialstyrelsens skrift ”omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete på HVB”. Personalen ges både processhandledning och ärendehandledning.

Föreståndaren beskriver vidare att barnen som bor på Platea är unga och att små barn ibland kan behöva hållas om för att hindras från att skada sig själva eller andra eller för att lugnas ned. Det kan t. ex. handla om att hindra ett barn från att springa ut i gatan, från att slå sönder fönsterrutor eller från att agera ut mot ett annat barn så att det riskerar att fara illa. Ett sådant barn kan man enligt föreståndaren som vuxen behöva sätta i sin famn och lugna ned genom att hålla om och tala lugnt till, eller hålla barnet i axlarna och berätta att agerandet kan vara farligt. Vidare beskrivs att verksamheten planerar barnens dagar noga. Personalen försöker vara förberedd på oförutsägbara händelser och hur de ska agera. Trots detta uppstår situationer då personalen behöver fatta snabba beslut och agera i stunden.

IVO har även intervjuat sex personer ur personalgruppen (varav en slutat och övriga arbetar kvar). De uppger att de har sett eller själva varit med om att barn hållits fast eller letts bort men att det enbart skett i yttersta nödfall för att skydda barn eller andra från skada. En person säger att den även sett nedläggning men att det skett ”endast vid nödsituation”. En annan person uppger att den sett en nedläggning 2017. Personalen beskriver hur de fått utbildning i lågaffektivt bemötande, Studio 3¹ och att de i huvudsak arbetar med att avleda och att lugna. De uppger att föreståndaren inte lär ut fasthållning, som uppgavs i en av anmälningarna, och att de inte heller fått utbildning om fasthållning eller nedläggning av någon annan. De uttrycker alla att de inte arbetar med fasthållning eller liknande som metod.

Ett inskrivet barn har berättat om erfarenheter av fasthållning

IVO samtalade med fem barn i juli 2020. Ett av dessa är en av dem vars journaler har granskats. IVO:s inspektörs bedömning var att inte ställa specifika frågor om begränsningsåtgärder men ingen av barnen berättade spontant något om fasthållning eller andra former av tvingande åtgärder. Barnen var i åldrarna 7-10 år och intervjuades med föreståndaren i rummet eftersom samtalen skedde digitalt och det var en ny situation för barnen.

IVO talade i ett senare skede av tillsynen med ytterligare ett barn. Även detta är ett av de barn vars journaler IVO har granskat. Barnet uppgav att hen tidigare blivit fasthållen men att det inte händer längre. Barnet beskrev att hen blev fasthållen då hen blev arg och slog sönder saker. ”Jag slog på saker och på personal och de höll fast mig för att jag inte skulle slå på fler saker”. Barnet beskrev sedan att hen blir arg och ledsen även idag men att hen då inte längre slår. Barnet har lärt sig att inte göra det utan att istället gå in på sitt rum och sedan prata med personal. ”Förut när det hände att jag var arg kunde jag inte prata om det, jag var bara arg. Nu kan jag berätta för personal vad som har gjort mig arg”.

Verksamhetens lämplighetsbedömningar brister i kvalitet

IVO bedömer att verksamheten har tagit emot barn i verksamheten vars problematik inte har kunnat bemötas inom ramen för de bestämmelser som hemmet har att följa. Därför bedömer IVO att de lämplighetsbedömningar som gjorts inte lever upp till den kvalitet som krävs för att barn ska kunna ges en trygg och säker vård. Bedömningen görs trots att de lämplighetsbedömningar som IVO tagit del av innehåller de beaktanden och ställningstaganden som tillämpliga bestämmelser anger.

¹ Studio 3-utbildningen varvar teori och praktik med utgångspunkt i det lågaffektiva bemötandet.

Alla barn som placeras utanför det egna hemmet har rätt att vara trygga och säkra samt att få en vård och omsorg av god kvalitet. Föreståndaren har därför att tillse att barn som inte kan bemötas inom ramen för det regelverk som styr verksamheten inte skrivs in. Detta ansvar följer av att föreståndaren, eller annan av huvudmannen utsedd person, ska göra en lämplighetsbedömning innan den beslutar om inskrivning. Enligt 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, ska det vid bedömningen särskilt beaktas om hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende framgår vidare att den som beslutar om inskrivning särskilt ska beakta hur personens behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Det ska även bedömas hur barnets behov kan tillgodoses under trygga och säkra former och om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade barnen. I 3 kap. 4 § samma föreskrift framgår att om hemmet anses lämpligt ska bedömningen dokumenteras.

Vid denna tillsyn har IVO granskat nio lämplighetsbedömningar som gjorts under 2020. I dessa bedömningar finns de beaktanden och bedömningar som ska finnas dokumenterade i enlighet med ovan nämnda bestämmelser. I lämplighetsbedömningarna beskrivs barnens behov och hur verksamheten beaktat att behoven kan tillgodoses med hänsyn tagen till det arbetssätt och de metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Det framgår även en bedömning av att vården kan ges under trygga och säkra former och att verksamheten beaktat om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade barnen. Det görs en särskild riskbedömning i relation till andra barn. Exempelvis framgår i en bedömning att verksamheten valt att barnet ska bo på ett våningsplan där inga andra barn bor för att förhindra att de andra barnen bevittnar eller drabbas av det nya barnets aggressioner. I andra bedömningar framgår att barn ska ha extra personal som särskilt uppmärksammar barnet och kan förutse situationer så att andra inte kommer till skada.

Trots detta anser IVO att de tre barn vars journaler granskats inte borde ha skrivits in i verksamheten. Detta eftersom det mot bakgrund av deras omfattande problematik torde ha gått att förutse att upprepade fysiska ingripanden skulle kunna komma att behövas för att skydda personal, andra barn eller barnen själva.

I de fall en verksamhet först efter inskrivning blir varse hur långtgående problematik ett inskrivet barn har gäller enligt 3 kap 15 § SoF följande. Föreståndarens ska snarast underrätta socialnämnden om han eller hon bedömer att den enskilde omöjliggör eller allvarligt försvårar

meningsfulla vård- eller hjälpinsatser för sig själv eller andra inskrivna. Detsamma gäller om den enskilde behöver annan vård än den hemmet eller boendet kan erbjuda.

Verksamheten beskriver att den regelbundet återkopplat till placerande nämnder och fört diskussioner kring om enskilda barn kan vara kvar i verksamhetens vård eller bör skrivas ut. Verksamheten har också ibland bedömt att barn inte har kunnat ges behövlig vård inom verksamheten och därför efter en tid skrivit ut dessa. Ett exempel rör ett av de barn vars journaler IVO tagit del av. Detta barn var dock inskrivet i verksamheten i nästan ett år innan det skrevs ut och omplacerades. IVO vill därför understryka att så snart det uppdagas att personal upprepat behöver begränsa ett barn fysiskt, så utgör detta en kraftig indikation på att vårdbehovet inte kan tillgodoses av verksamheten.

Slutligen vill IVO påtala att det i lämplighetsbedömningen vid behov kan behöva tas i beaktande hur boendet är lokaliserat. Påtalandet görs mot bakgrund av att verksamheten beskrivit att ett barn begränsats fysiskt eftersom hen upprepat lämnat boendet i affekt och då inte har något konsekvenstänkande i trafiken. Detta samtidigt som ”den väg som går nedanför enheten är den vägsträcka som är mest trafikerad i centrum”. Utifrån de fysiska risker som finns i boendets omgivningar ifrågasätter IVO lämpligheten i att ta emot barn med exempelvis bristande impulskontroll och förmåga att överblicka konsekvenser.

Det finns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete

IVO bedömer att det finns skäl för verksamheten att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet när det gäller hanteringen av incidenter och avvikelser i verksamheten. Denna bedömning görs eftersom det förekommer uppgifter i barnens journaler som IVO anser borde ha hanterats som avvikelser. IVO menar att verksamheten noga bör överväga om situationer som inneburit att personalen med hänvisning till omsorgsansvaret eller bestämmelserna om nöd/nödvärn har ansett sig tvungna att använda tvång och/eller begränsningar, ska utredas som avvikelser.

Skyldigheten för den som bedriver verksamhet enligt SoL att ha ett ledningssystem regleras i 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 Kap. 2 §). Som ett led i det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten bl.a. utreda avvikelser (5 kap. 3 och 4 §§). En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i

beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Avvikelserna ska sammanställas och analyseras för att se eventuella mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 6 §) och ligga till grund för förbättrande åtgärder och förbättringar av verksamhetens processer och rutiner (5 kap. 7 och 8 §§).

Enligt 5 kap 2 § ska den som bedriver socialtjänst även utöva egenkontroll. Egenkontroll definieras som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

IVO har i tillsynen begärt att få ta del av verksamhetens avvikelserapporter rörande de tre barn vars journaler granskats särskilt. Verksamheten valde att skicka in samtliga avvikelserapporter som skrivits från januari till och med maj 2020. Två av dessa rapporter handlar om att personal låst en dörr mellan ett barn och de andra barnen för att skydda dem. Ingen av de händelser som IVO funnit i journalerna, där tvång och begränsningar förekommit, finns med i dessa rapporter. IVO har påtalat detta för verksamheten. I verksamhetens yttrande framgår att Humana (ägare) definierar begreppen incident och avvikelse på olika sätt. En avvikelse definieras som orsakad av brister och risker i verksamheten medan en incident definieras som orsakad av klientens sjukdomsbild och/eller eget beteende. Verksamheten har därför valt att i det centrala avvikelshanteringssystemet enbart redovisa det som enligt denna definition är en avvikelse. Incidenterna skrivs in i det enskilda barnets journal under rubriken incidenter.

Föreståndaren gör årligen en sammanställning av avvikelser och incidenter mm. I denna sammanställning ingår alla anteckningar i barnens journaler som markerats med rubriken incidenter. Sammanställningen syftar till att se över antalet incidenter och innehållet i dessa för att kunna identifiera eventuella förändringsbehov i verksamheten.

Föreståndaren reflekterar i yttrandet över om situationer där personalen använder sig av någon form av tvång eller begränsning ändå borde rapporteras som avvikelser eftersom detta inte är ett arbetssätt som verksamheten i egentlig mening vill använda sig av. Hon skriver sedan ”Man kan naturligtvis göra en avvikelserapportering för att utreda om verksamheten har brustit på något sätt så att denna nödsituation har kunnat uppkomma”.

I likhet med den reflektion föreståndaren själv gör menar IVO att det föreligger en avsevärd risk att verksamheten inte fångar upp brister i arbetssätt, organisation eller liknande som påverkar kvaliteten i insatserna till de enskilda, om händelser som innefattar tvångs- och begränsningsåtgärder gentemot barn inte utreds som avvikelser. Det är först om en sådan händelse utreds och analyseras som det kan stå klart för verksamheten om den går att hänföra till någon form av brist i verksamheten.

IVO konstaterar dock att den sammanställning av incidenter som föreståndaren gör årligen kan ses som en egenkontroll enligt föreskriftens definition och i viss mån tjäna samma syfte som om incidenterna hanterats som avvikelser. Med hänsyn till att sammanställningen enbart görs en gång om året kan den dock inte fånga upp brister i verksamhetens kvalitet på samma sätt som om incidenterna hanterats som avvikelser. Egenkontroll ska som ovan nämnts genomföras med den frekvens och den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Mot bakgrund av att det nu är fråga om incidenter kopplade till våld och tvång mot barn anser IVO att egenkontrollen bör göras mer frekvent.

Verksamheten har brustit vad gäller kontroll av utdrag ur Polismyndighetens register

IVO bedömer att huvudmannen brustit då den i flera fall inte kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Föreståndaren har uppgett att hon omgående efter att detta uppdagades, då IVO begärde in handlingar, har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med bristen. Verksamheten har även genomfört en utredning enligt lex Sarah och konstaterat så pass allvarliga brister att verksamheten upprättat en anmälan till IVO. Anmälan hanterades hos IVO i ärende med diarienummer 3.1.2-23848/2020.

Av 1 § lagen (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn framgår att HVB som tar emot barn inte får anställa någon om inte kontroll först gjorts av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister. Detsamma gäller för den som, utan att det innebär anställning, erbjuder uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande vid ett stödboende.

I den lista med uppgifter som IVO begärt in från verksamheten framgår att verksamheten inte alls eller först efter anställning har kontrollerat registerutdrag för 23 av 62 anställda. Vid begäran om uppgifterna uppmärksammades verksamheten på bristen och föreståndaren meddelade att hon omgående har vidtagit åtgärder för att förhindra att bristen sker igen samt inlett en utredning enligt lex Sarah.

Föreståndaren beskriver att den rutin som finns för anställning av personal tydligt beskriver att registerutdrag ska kontrolleras innan anställning, därför kommer hon inte att revidera den. Föreståndaren har inte alltid varit delaktig i anställningsförfarandet av personal, men för att förhindra att bristen upprepas så kommer alla framtida anställningar att gå via henne. Föreståndaren kommer att ha en checklista där det bl.a. framgår att hon ska kontrollera att kontroll av registerutdrag har skett innan anställning. Eftersom det enligt föreståndaren tidigare har varit "rörigt" gällande registerutdrag har föreståndaren anställt en socionom på 50% som ska stötta upp med administrativt arbete. Föreståndaren har även tagit fram en tydligare rutin om hur personalhandlingar ska förvaras.

Verksamheten efterlever sitt tillstånd

IVO bedömer att verksamheten följer sitt tillstånd avseende målgrupp (antal, ålder och kön), föreståndare och lokaler.

I 13 kap. 2 § SoL framgår att tillsyn enligt SoL innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Därav följer att tillsynen omfattar att verksamheten följer det beslut om tillstånd som IVO meddelat.

Verksamheten Platea HVB består av två enheter, Södra Villan och Prästgården.

Södra Villan har 8 platser för familjer och barn. Det kan vara familjer med barn, gravida kvinnor och ensamma barn. Barnen får vara i åldrarna 0 t.o.m. 12 år. I samtal med föreståndaren 10 juli 2020 uppgav hon att Södra Villan hade 7 placeringar. Det var barn i åldrarna 8 t.o.m. 12 år.

Prästgården har tillstånd att ta emot 8 barn utan föräldrar i åldrarna 3 till 12 år. Den 10 juli hade Prästgården 5 placeringar. Det var barn i åldrarna 7 t.o.m. 10 år.

Föreståndaren och lokalerna var den 10 juli 2020 desamma som i tillståndsbeviset.

Underlag

- Tre klagomål som skickats till IVO under 2020.
- Verksamhetens yttranden gällande klagomålen samt ytterligare kompletterande yttranden under tillsynens gång.
- Kopior på nio lämplighetsbedömningar inför inskrivning.



- Journaler för tre av de placerade barnen.
- Lista över anställd personal samt när kontroll av registerutdrag genomförts.
- Nio av verksamhetens avvikelse-/incidentrapporter.
- Sammanfattning av samtal med fem placerade barn.
- Tjänsteanteckning om samtal med ett placerat barn.
- Tjänsteanteckningar om samtal med placerande nämnder, nuvarande och tidigare personal samt föreståndaren.
- Kommunikation via e-post med föreståndaren.
- Tillståndsbevis med diarienummer 6.3.2-11026/2017.

Ytterligare information

IVO ska enligt 3 kap. 19 § SoF inspektera HVB för barn och unga minst en gång per år. IVO ska i anslutning till inspektionen samtala med de barn och unga som samtycker till det. Sex barn valde i denna tillsyn att samtala med IVO:s representant via Skype.

I syfte att förebygga smittspridning av coronaviruset och med beaktande av Folkhälsomyndighetens rekommendationer har IVO beslutat att inte genomföra några inspektioner på plats hos de tillsynsobjekt som omfattas av myndighetens tillsynsansvar. Inspektionerna genomförs istället digitalt för att minimera smittspridning.

I slutskedet av tillsynen har det, via ett klagomål rörande en kommun, kommit in ytterligare uppgifter om att andra barn, utöver de vars journaler IVO granskat, blivit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder. IVO har valt att inte utreda frågan vidare i detta beslut då IVO redan konstaterats att tvång- och begränsningar förekommer. Uppgifterna har lämnats till verksamheten att hantera och analysera i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Från och med 1 maj 2020 undertecknas inte beslut i tillsynsärenden som fattas enligt ovanstående förordning.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Anneli Arnér. Inspektörerna Christine Nilsenius och Ankica Lucic har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Carolin Persson har varit föredragande.



IVO	
AVD MITT CP	
Ink	2020 -04- 23
Doss	322
Dnr	12158/2020-44



Svar på beslut gällande tillsyn av Platea under 2020. Dnr 3.2.2-12158/2020-42

IVO har både skriftligt samt i samtal 7 april kommunicerat sitt beslut och redogjort för ställningstaganden utifrån tolkningar av nuvarande lagskrivning.

Huvudmannen har framfört i yttranden samt i samtal att vi inte anser att vi systematiskt har använt begränsningsåtgärder utan endast handlat utifrån nödrättsituationer. I tidigare yttranden har Platea framfört att personalen är väl införstådd med att nödrättslagen inte kan användas annat än när situationer uppstår och att dessa i ett senare skede kan komma att bedömas vid ett domstolsförfarande.

IVO har vid aktgranskning funnit beskrivna situationer som beskriver fasthållningar och nedläggningar och att detta är en brist i verksamheten. Utifrån detta anser man dessutom att det till följd av detta finns brister i lämplighetsbedömningarna. IVO uppger att lämplighetsbedömningarna i sak innehåller det de ska men att utifrån beskriven problematik borde barnen inte ha skrivits in och i vart fall ha skrivits ut efter incidenter.

Huvudmannen framför i samtal med IVO att det är barn med aggressionsproblematik samt barn som upprepade gånger har misslyckats i familjehemsvård samt på HVB som kommunerna alltjämt söker lösningar för. Huvudmannen anser att det ligger i sakens natur att det är barn med ett utagerande beteende som blir aktuella för vård vid HVB i annat fall skulle det sannolikt inte finnas behov av detta. I de aktuella ärendena som har granskats så har ett barn vid inskrivningen varit 8 år. Huvudmannen ställer frågan om var detta barn skulle ha vårdats och om det är rimligt att så små barn ska vistas inom statens institutionsstyrelse. Barnet i fråga led av sin aggressionsproblematik och om man följer aktanteckningar så kan man se att beteendet gick mot en förbättring i takt med att barnet kände sig mera trygg i verksamheten. Plateas personal är väl medveten om att begränsningar inte är förenligt med vad som anges i socialtjänstlagen. Alternativet för personalen var dock aldrig att lämna barnet till sitt eget öde att kunna skada sig själv eller andra. Efter aggressionsutbrotten var detta ett barn som kände stor skuld och ledsenhet över sina utbrott vilka hen inte kunde rå för. Det krävdes då av personal att trösta och vara stödjande i att det hela kommer att bli bättre. Skulle barnet i detta läge skrivas ut så skulle det kunna upplevas som stigmatiserande och bestraffande. Huvudmannen har agerat utifrån det som varit bedömt som barnets bästa. I socialstyrelsen kunskapsstöd - Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga framkommer följande:

Vilka åtgärder som HVB-personal får vidta i syfte att sätta gränser för barn och unga har inte närmare klargjorts i lagstiftningen. JO har uttalat att HVB hemmen inte torde ha rätt att vidta åtgärder gentemot ett barn som inte barnets vårdnadshavare skulle kunna vidta i en motsvarande situation.

IVO har granskat ytterligare två akter vilka rör två barn som skrevs in som elvaåringar i verksamheten. Det ena barnet har en livshotande sjukdom vilket Platea sedan tidigare har förvärvat kunskap om och har erfarenhet av att hantera. Barnet hade innan placeringen tillsammans med sin mamma fått flytta inom en vecka från ett tidigare utredningshem. Barnet ensamplacerades till ett HVB med skrevs ut efter 14 dagar då man inte hanterade barnet och dess sjukdom. Redan vid ankomsten till Platea fanns en klar strategi för hur barnet skulle hanteras. Plateas personal tog över ansvaret för barnets

medicinska behandling och lät inte barnet fortsätta att självskada sig. Barnets värden förbättrades så småningom och barnet mådde bättre. Aggressiva utbrott förekom och det har uppstått situationer där personal har begränsat barnet fysiskt för att barnet inte onödigt ska skada sig eller rymma med allvarlig risk för sin hälsa. Likaså kan ett aggressivt beteende även vara ett tecken på försämrade världen vilket i värsta fall kan leda till ett allvarligt tillstånd med risk för att avlida om barnet inte kommer under erforderlig behandling. Oförutsedda omständigheter gjorde att barnet hamnade i obalans pga av ett annat barns utflytt samt att ordinarie personal delvis var på semester. Barnet skrevs under sommaren ut efter att ha utagerat våldsamt. Utskrivningsprocessen gick i flera steg tillsammans med vårdnadshavare och ansvarig socialtjänst. Personalen för barnet var i detta fall inte helt enig med ledningen om att barnet behövde skrivas ut. De såg större möjligheter till att få tillbaka barnet på "rätt spår igen" och fortsatt kunna hjälpa och stödja barnet till en positiv utveckling.

Även det tredje barnet kommer från HVB verksamhet som tvingades att skriva ut barnet pga utagerande beteende. Vid inskrivningen uppgav barnet sig sviken av tidigare HVB personal som inte stoppade dennes aggressiva beteende. I det här fallet har barnet gått mot en stadig förbättring vilket barnet själv beskriver i samtal med IVO. Barnet upplever att hen har fått hjälp och att hen numer har nått till andra strategier för känsloreglering.

I den två senare beskrivningarna har HVB personalen direkt kunnat arbeta med ett tredelat föräldraskap där det råder en samsyn om vad som är det bästa för barnet. Likaså upplever ett av barnen det själv som hjälpsamt att vara på Platea. Personalen vid Platea drivs av en grundinställning av att inte ge upp barnen utan stå kvar trots att det är svårt.

Föreståndaren har möjlighet att skriva ut barnet enligt 3 kap 15 § SoF om inte vård och hjälpinsatser är meningsfulla. Huvudmannen menar att om vi skrivit ut samtliga av dessa barn hade vi som behandlande personal svikit barnen och de skulle ha varit förhindrade till att få fortsatt hjälp. Detta är något som JO pekar på i kunskapsstödet under rubriken:

Oplanerad utskrivning

Det händer att ungdomar skrivs ut från HVB som en direkt eller indirekt konsekvens av sitt beteende. Det är sällan socialtjänsten som tar initiativ till att avbryta en HVB-placering, sammanbrott utlöses vanligast av ungdomen själv eller av vårdgivaren. Oplanerade utskrivningar och placeringssammanbrott innebär otrygghet och instabilitet för de ungdomar som drabbas.

Placeringsammanbrott innebär avbrott i skolgång och i pågående behandlingsinsatser. Det ökar också risken för återfall beteendeproblem och för nya sammanbrott.

Det är med anledning av den här kunskapen som Platea har arbetat mot att inte hamna i sammanbrottssituationer utan valt att stå kvar och inte överge dessa barn som ofta sedan länge har snurrat runt i oändligt många jourhem, familjehem och HVB. Vi skulle naturligtvis enkelt kunnat skriva ut dem och de rättsliga dilemmana skulle kunnat lösas samtidigt har inte detta upplevts som etiskt försvarbart mot barnen. Platea skulle inte heller ha skrivit in dem eftersom man kan befara att det är barn som utagerar. Att matcha in barn är en vanskelig process och det kan lika väl vara som så att det barn som beskrivs som svårast, i en ny kontext kan bli lättast att hantera, till vice versa. Tyvärr är det svår problematik hos små barn som socialtjänsterna söker vård till. Många gånger söker man för långt svårare problematik än den som Platea matchar in till och detta är en allvarlig företeelse som samhället behöver fästa sin uppmärksamhet på.

Kunskapsstödet som socialstyrelsen har tagit fram problematiserar de svårigheter som det innebär att arbeta med barn och unga i samhällsvård. Det lyfter aktuell lagstiftning och förhållningssätt i bemötande. För så små barn som Platea har handlar det mycket om ett ständigt närvarande ställföreträdande föräldraskap som ställer krav på långtgående uppsikt och tillsyn över barnen. De flesta av de små barnen är det inte lönt att arbeta med utifrån konsekvenstänk eller

belöningssystem då de oftast saknar förutsättningar för detta. Likaså har barnen inga eller få möjligheter eller kognitiva förmågor att stoppa sig vid ilskeutbrott. Det är med denna anledning som personal upprepat kan hamna i oönskade nödrättslägen.

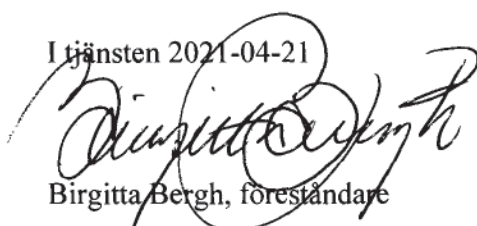
IVO påpekar även att det i lämplighetsbedömningen behöver ingå hur boendet är lokaliserat. Man behöver ta i beaktande om lämplighet att ta emot barn som har bristande impuls kontroll och förmåga att överblicka konsekvenser. Platea menar att detta har de flesta yngre barn och att det är viktigt att hålla full uppsikt och tillsyn över barnen. Platea arbetar i regel alltid med en personal riktad till varje barn. Likaså har Platea under april månad 2021 förstärkt med ett Gunnebostaket.

Vad gäller kritiken med det systematiska arbetet för att förbättra rapportering av avvikelser är det något som Platea tar till sig.

Åtgärder för att komma tillrätta med de brister som IVO gör påpekanden om.

- Digital genomgång, repetition för all personal av Socialstyrelsen kunskapsstöd - Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga. Senast genomförd 2021-06-30.
- Fortsätta att utbilda personal som skanari de metoder som används inom Platea senast 2021-12-20 ha genomfört en Connect utbildning, LAB, TMO.
- Kollegial genomgång av matchningsinstrument med andra småbarnsenheter inom Humana. Senast genomförd 2021-10-31.
- Digital utbildning om avvikelshantering och rapportering till samtlig personal. Senast genomförd 2021-06-30
- Återkommande genomgång av avvikelser vid APT påbörjas omgående.

I tjänsten 2021-04-21



Birgitta Bergh, föreståndare

**BESLUT**

2021-03-26 Dnr 3.2.2-12158/2020-22

1(12)

Platea AB
C/O Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 UPPSALA

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Platea HVB (organisationsnummer 556697-9729) i Hagfors.

Tillsynen har omfattat tillståndsefterlevnad, kontroll av registerutdrag, lämplighetsbedömningar samt förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat följande brister:

- Verksamheten har använt sig av tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Verksamhetens lämplighetsbedömningar brister i kvalitet.
- Verksamheten har inte kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal.

IVO begär med stöd av 13 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, att huvudmannen redovisar hur man ska komma tillrätta med bristerna rörande tvångs- och begränsningsåtgärder samt lämplighetsbedömningar. Redovisningen ska innehålla de åtgärder som huvudmannen har vidtagit eller planerar att vidta för att komma tillrätta med bristerna. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärderna genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO **senast 27 april 2021**.

Om bristerna inte avhjälpas kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga huvudmannen vid vite att vidta åtgärder.

Vad gäller bristen rörande kontroll av registerutdrag har huvudmannen inom ramen för tillsynen redovisat att verksamheten har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med denna. IVO bedömer att dessa åtgärder är relevanta och ställer därför inte krav på redovisning av ytterligare åtgärder i denna del.

Skälen för beslutet

IVO konstaterar att barn inskrivna i verksamheten vid upprepade tillfällen har utsatts för fasthållningar och nedläggningar och bedömer att detta är en brist. Mot denna bakgrund bedömer IVO även att verksamhetens lämplighetsbedömningar inte når upp till den kvalitet som krävs för att ge inskrivna barn en trygg och säker vård av god kvalitet.

IVO bedömer även att det är en brist att huvudmannen inte alltid kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Eftersom huvudmannen har redovisat åtgärder som IVO bedömt vara relevanta lämnar IVO den delen utan ytterligare krav på åtgärd. Att verksamheten gör lagstadgad kontroll av registerutdrag innan anställning kommer att följas upp i kommande tillsyn.

Utöver dessa brister vill IVO påtala att det finns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete vad gäller hantering av incidenter och avvikelser samt egenkontroll. IVO menar att verksamheten noga bör överväga om situationer som inneburit att personalen har ansett sig tvungen att använda tvång och begränsningar ska utredas som avvikelser.

IVO konstaterar slutligen att verksamheten följer sitt tillstånd vad gäller målgrupp (antal, ålder och kön), föreståndare och lokaler.

Verksamheten har använt tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO anser att det är ytterst allvarligt att det, vid upprepade tillfällen, förekommit tvångs- och begränsningsåtgärder på Platea HVB. Tvångs- och begränsningsåtgärderna har bl.a. bestått i fasthållningar och i vissa fall nedläggningar av barn. Det finns i socialtjänstlagen inget stöd för användning av tvång, begränsningar eller inskränkningar av den enskildes rörelsefrihet.

Av 1 kap. 1 § och 3 kap. 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänsten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet samt att de ska vara av god kvalitet. Det innebär att insatser enligt SoL bygger på frivillighet vilket medför att de inte kan ges mot den enskildes vilja. Även i de fall den enskilde vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, styrs innehåll och utformning av vården av reglerna i SoL (se 10 § LVU). Dessa kompletteras med en regel i 11 § LVU rörande uppsikt av den enskilde och en bestämmanderätt om den enskildes personliga förhållande.

Verksamheten har hävdatt att de fysiska ingripanden som skett har stöd i det omsorgsansvar som följer av 6 kap. 2 § föräldrabalken (1949:381),

FB, och som bl.a. innebär att barnet ska få den tillsyn som behövs med hänsyn till ålder, utveckling och övriga omständigheter samt att lämpliga åtgärder ska vidtas för att förhindra att barnet orsakar skada för någon annan. Verksamheten har även hänvisat till de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kapitlet brottsbalken (1962:700), BrB, om nöd och nödvärn. IVO vill med anledning härav informera om att hur ett fysiskt ingripande bedöms, med hänvisning till omsorgsansvaret om barnet eller bestämmelserna om nöd och nödvärn, är ytterst en fråga som domstol har att ta ställning till.

Utgångspunkten är likväl, såsom redogörs för ovan, att inga former av tvångs- eller begränsningsåtgärder ska förekomma i den typ av verksamhet som Platea HVB bedriver. IVO menar härvid att verksamheten har skrivit in barn vars problematik beskrivits på ett sådant sätt av placerande nämnder att det torde ha varit uppenbart att fysiska begränsningar av barnen skulle kunna komma att aktualiseras mer eller mindre upprepat. Verksamheten borde med den informationen inte ha skrivit in barnen.

Klagomål på verksamheten rörande tvång och begränsningar

IVO har i samband med tidigare tillsyn fått signaler om att verksamheten använder sig av tvångs- och begränsningsåtgärder och då erinrat verksamheten om gällande regelverk. Inför den nuvarande tillsynen kom återigen uppgifter till IVO om att verksamheten använder sig av fasthållning. Denna gång i form av två anonyma klagomål.

I det ena klagomålet framkommer uppgifter om att ett tidigare placerat barn har berättat för sin socialsekreterare att hen på natten blivit nedbrottad, släpad in på sitt rum och hotad av personal att det skulle återupprepas. I det andra klagomålet uppger en person som varit anställd i verksamheten att denne bevittnat fasthållningar vid flera tillfällen samt att föreståndaren utbildar i fasthållning.

IVO har med anledning av klagomålen haft kontakt med sex stycken företrädare för placerande nämnder. Fyra av dem beskriver att det i behandlingsrapporter från verksamheten eller i samtal med föräldrar framkommit uppgifter om att barn har begränsats för att skydda dem själva eller andra. Exempelvis har en handläggare sett personal hålla armen om ett barn för att [REDACTED]

[REDACTED] En annan handläggare beskriver att ett barn berättat att hen blivit tagen i hårt av personal.

Verksamhetens journaler visar att det förekommit upprepade tvångs- och begränsningsåtgärder trots att verksamheten arbetar lågaffektivt

De uppgifter och klagomål som lämnats har föranlett IVO att granska journaler för de tre barn vars handläggare beskriver att de uppmärksammat situationer där barnen begränsats fysiskt på olika sätt.

Dessa barn var vid tiden för tillsynen placerade på Plateas [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

I barnens journaler framgår visserligen att personalen, i de flesta fall då barnen agerar ut, inte använder någon form av tvång eller begränsning utan genom ett lågaffektivt arbetssätt lyckas stävja barnens utåtagerande beteende. Av journalerna framgår dock även upprepade händelser där barnen hålls fast på olika sätt, ibland i både armar och ben, samt lyfts eller leds bort. Det har även förekommit så kallad nedläggning, det vill säga att barnet läggs ned på golvet och huvudet samt armarna låses.

I verksamhetens yttrande framkommer att det funnits sådan kännedom om barnens problematik att det enligt IVO:s bedömning torde ha varit uppenbart för verksamheten att fysiska begränsningar av barnen skulle kunna komma att aktualiseras mer eller mindre upprepat. De borde därför inte ha skrivits in, alternativt omgående skrivits ut när det stod klart att personalen upprepade gånger behövde begränsa barnen fysiskt.

Rörande det första av barnen beskriver föreståndaren att det vid lämplighetsbedömningen framkom att barnet hade svårigheter i att reglera sig känslomässigt samt hade kraftiga aggressionsutbrott. [REDACTED] och bedömningen gjordes att personalen på Platea skulle ha hög vaksamhet för att incidenter skulle kunna ske. Det var känt att det fanns risk för både kroppsskada och sakskada. Föreståndaren beskriver även att barnet under sina aggressionsutbrott blir helt blockerat, inte kan styra sitt handlande och helt saknar konsekvenstänkande. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Även vad gäller det andra barnet var det känt vid lämplighetsbedömningen att det hade ett kraftigt utåtagerande beteende. Föreståndaren beskriver att ansvariga socialsekreterare [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]. I verksamhetens yttrande framkommer även att barnet under placeringen haft ett kraftigt utåtagerande beteende som framförallt visat sig [REDACTED] utbrott där barnet kastat saker, vält möbler, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

utåtagerande. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Rörande det tredje barnet framgår att [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] Det fanns beskrivningar om att barnet var impulsivt och explosivt samt [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] Syftet med vården på Platea var att barnet behövde hjälp med gränssättning och [REDACTED]
Barnet behövde skydd mot sin egen aggressionsproblematik samt skyddas från att göra andra illa.

Verksamhetens bemötande av uppgifterna om att det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder

Föreståndaren svarar i samtliga kontakter med IVO att verksamheten inte använder sig av nedläggning eller fasthållning som metod och att det inte förekommer systematiskt. Hon säger att hon är ytterst noga med att påtala detta för personalen. Hon uppger även att hon inte lär ut några som helst sätt att hålla fast eller lägga ned barn. Av verksamhetens yttranden till IVO framgår att Platea utbildar all personal i Connect, (anknytningsbaserat program för stöd till bl.a. behandlingspersonal), TMO (traumamedveten omsorg) och LAB (lågaffektivt bemötande) som alla är metoder som bygger på ett relationsskapande koncept. Samtlig personal får information om nöd och nödvärn och hösten 2019 arbetade verksamheten med Socialstyrelsens skrift ”omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete på HVB”. Personalen ges både processhandledning och ärendehandledning.

Föreståndaren beskriver vidare att barnen som bor på Platea är unga och att små barn ibland kan behöva hållas om för att hindras från att skada sig själva eller andra eller för att lugnas ned. Det kan t. ex. handla om att hindra ett barn från att springa ut i gatan, från att slå sönder fönsterrutor eller från att agera ut mot ett annat barn så att det riskerar att fara illa. Ett sådant barn kan man enligt föreståndaren som vuxen behöva sätta i sin famn och lugna ned genom att hålla om och tala lugnt till, eller hålla barnet i axlarna och berätta att agerandet kan vara farligt. Vidare beskrivs att verksamheten planerar barnens dagar noga. Personalen försöker vara förberedd på oförutsägbara händelser och hur de ska agera. Trots detta uppstår situationer då personalen behöver fatta snabba beslut och agera i stunden.

IVO har även intervjuat sex personer ur personalgruppen (varav en slutat och övriga arbetar kvar). De uppger att de har sett eller själva varit med om att barn hållits fast eller letts bort men att det enbart skett i yttersta nödfall för att skydda barn eller andra från skada. En person säger att den även sett nedläggning men att det skett ”endast vid nödsituation”. En annan person uppger att den sett en nedläggning 2017. Personalen beskriver hur de fått utbildning i lågaffektivt bemötande, Studio 3¹ och att de i huvudsak arbetar med att avleda och att lugna. De uppger att föreståndaren inte lär ut fasthållning, som uppgavs i en av anmälningarna, och att de inte heller fått utbildning om fasthållning eller nedläggning av någon annan. De uttrycker alla att de inte arbetar med fasthållning eller liknande som metod.

Ett inskrivet barn har berättat om erfarenheter av fasthållning

IVO samtalade med fem barn i juli 2020. Ett av dessa är en av dem vars journaler har granskats. IVO:s inspektörs bedömning var att inte ställa specifika frågor om begränsningsåtgärder men ingen av barnen berättade spontant något om fasthållning eller andra former av tvingande åtgärder. Barnen var i åldrarna 7-10 år och intervjuades med föreståndaren i rummet eftersom samtalen skedde digitalt och det var en ny situation för barnen.

IVO talade i ett senare skede av tillsynen med ytterligare ett barn. Även detta är ett av de barn vars journaler IVO har granskat. Barnet uppgav att hen tidigare blivit fasthållen men att det inte händer längre. Barnet beskrev att hen blev fasthållen då hen blev arg och slog sönder saker. ”Jag slog på saker och på personal och de höll fast mig för att jag inte skulle slå på fler saker”. Barnet beskrev sedan att hen blir arg och ledsen även idag men att hen då inte längre slår. Barnet har lärt sig att inte göra det utan att istället gå in på sitt rum och sedan prata med personal. ”Förut när det hände att jag var arg kunde jag inte prata om det, jag var bara arg. Nu kan jag berätta för personal vad som har gjort mig arg”.

Verksamhetens lämplighetsbedömningar brister i kvalitet

IVO bedömer att verksamheten har tagit emot barn i verksamheten vars problematik inte har kunnat bemötas inom ramen för de bestämmelser som hemmet har att följa. Därför bedömer IVO att de lämplighetsbedömningar som gjorts inte lever upp till den kvalitet som krävs för att barn ska kunna ges en trygg och säker vård. Bedömningen görs trots att de lämplighetsbedömningar som IVO tagit del av innehåller de beaktanden och ställningstaganden som tillämpliga bestämmelser anger.

¹ Studio 3-utbildningen varvar teori och praktik med utgångspunkt i det lågaffektiva bemötandet.

Alla barn som placeras utanför det egna hemmet har rätt att vara trygga och säkra samt att få en vård och omsorg av god kvalitet. Föreståndaren har därför att tillse att barn som inte kan bemötas inom ramen för det regelverk som styr verksamheten inte skrivs in. Detta ansvar följer av att föreståndaren, eller annan av huvudmannen utsedd person, ska göra en lämplighetsbedömning innan den beslutar om inskrivning. Enligt 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, ska det vid bedömningen särskilt beaktas om hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende framgår vidare att den som beslutar om inskrivning särskilt ska beakta hur personens behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Det ska även bedömas hur barnets behov kan tillgodoses under trygga och säkra former och om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade barnen. I 3 kap. 4 § samma föreskrift framgår att om hemmet anses lämpligt ska bedömningen dokumenteras.

Vid denna tillsyn har IVO granskat nio lämplighetsbedömningar som gjorts under 2020. I dessa bedömningar finns de beaktanden och bedömningar som ska finnas dokumenterade i enlighet med ovan nämnda bestämmelser. I lämplighetsbedömningarna beskrivs barnens behov och hur verksamheten beaktat att behoven kan tillgodoses med hänsyn tagen till det arbetssätt och de metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Det framgår även en bedömning av att vården kan ges under trygga och säkra former och att verksamheten beaktat om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade barnen. Det görs en särskild riskbedömning i relation till andra barn. [REDACTED]

[REDACTED] I andra bedömningar framgår att barn ska ha extra personal som särskilt uppmärksammar barnet och kan förutse situationer så att andra inte kommer till skada.

Trots detta anser IVO att de tre barn vars journaler granskats inte borde ha skrivits in i verksamheten. Detta eftersom det mot bakgrund av deras omfattande problematik torde ha gått att förutse att upprepade fysiska ingripanden skulle kunna komma att behövas för att skydda personal, andra barn eller barnen själva.

I de fall en verksamhet först efter inskrivning blir varse hur långtgående problematik ett inskrivet barn har gäller enligt 3 kap 15 § SoF följande. Föreståndarens ska snarast underrätta socialnämnden om han eller hon bedömer att den enskilde omöjliggör eller allvarligt försvårar

meningsfulla vård- eller hjälpinsatser för sig själv eller andra inskrivna. Detsamma gäller om den enskilde behöver annan vård än den hemmet eller boendet kan erbjuda.

Verksamheten beskriver att den regelbundet återkopplat till placerande nämnder och fört diskussioner kring om enskilda barn kan vara kvar i verksamhetens vård eller bör skrivas ut. Verksamheten har också ibland bedömt att barn inte har kunnat ges behövlig vård inom verksamheten och därför efter en tid skrivit ut dessa. Ett exempel rör ett av de barn vars journaler IVO tagit del av. Detta barn var dock inskrivet i verksamheten [REDACTED] innan det skrevs ut och omplacerades. IVO vill därför understryka att så snart det uppdagas att personal upprepat behöver begränsa ett barn fysiskt, så utgör detta en kraftig indikation på att vårdbehovet inte kan tillgodoses av verksamheten.

Slutligen vill IVO påtala att det i lämplighetsbedömningen vid behov kan behöva tas i beaktande hur boendet är lokaliserat. Påtalandet görs mot bakgrund av att verksamheten beskrivit att ett barn begränsats fysiskt eftersom hen upprepat lämnat boendet i affekt och då inte har något konsekvenstänkande i trafiken. Detta samtidigt som ”den väg som går nedanför enheten är den vägsträcka som är mest trafikerad i centrum”. Utifrån de fysiska risker som finns i boendets omgivningar ifrågasätter IVO lämpligheten i att ta emot barn med exempelvis bristande impulskontroll och förmåga att överblicka konsekvenser.

Det finns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete

IVO bedömer att det finns skäl för verksamheten att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet när det gäller hanteringen av incidenter och avvikelser i verksamheten. Denna bedömning görs eftersom det förekommer uppgifter i barnens journaler som IVO anser borde ha hanterats som avvikelser. IVO menar att verksamheten noga bör överväga om situationer som inneburit att personalen med hänvisning till omsorgsansvaret eller bestämmelserna om nöd/nödvärn har ansett sig tvungna att använda tvång och/eller begränsningar, ska utredas som avvikelser.

Skyldigheten för den som bedriver verksamhet enligt SoL att ha ett ledningssystem regleras i 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 Kap. 2 §). Som ett led i det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten bl.a. utreda avvikelser (5 kap. 3 och 4 §§). En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i

beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Avvikelserna ska sammanställas och analyseras för att se eventuella mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 6 §) och ligga till grund för förbättrande åtgärder och förbättringar av verksamhetens processer och rutiner (5 kap. 7 och 8 §§).

Enligt 5 kap 2 § ska den som bedriver socialtjänst även utöva egenkontroll. Egenkontroll definieras som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

IVO har i tillsynen begärt att få ta del av verksamhetens avvikelserapporter rörande de tre barn vars journaler granskats särskilt. Verksamheten valde att skicka in samtliga avvikelserapporter som skrivits från [REDACTED]. Två av dessa rapporter handlar om att personal låst en dörr [REDACTED]. Ingen av de händelser som IVO funnit i journalerna, där tvång och begränsningar förekommit, finns med i dessa rapporter. IVO har påtalat detta för verksamheten. I verksamhetens yttrande framgår att Humana (ägare) definierar begreppen incident och avvikelse på olika sätt. En avvikelse definieras som orsakad av brister och risker i verksamheten medan en incident definieras som orsakad av klientens sjukdomsbild och/eller eget beteende. Verksamheten har därför valt att i det centrala avvikelshanteringssystemet enbart redovisa det som enligt denna definition är en avvikelse. Incidenterna skrivs in i det enskilda barnets journal under rubriken incidenter.

Föreståndaren gör årligen en sammanställning av avvikelser och incidenter mm. I denna sammanställning ingår alla anteckningar i barnens journaler som markerats med rubriken incidenter. Sammanställningen syftar till att se över antalet incidenter och innehållet i dessa för att kunna identifiera eventuella förändringsbehov i verksamheten.

Föreståndaren reflekterar i yttrandet över om situationer där personalen använder sig av någon form av tvång eller begränsning ändå borde rapporteras som avvikelser eftersom detta inte är ett arbetssätt som verksamheten i egentlig mening vill använda sig av. Hon skriver sedan ”Man kan naturligtvis göra en avvikelserapportering för att utreda om verksamheten har brustit på något sätt så att denna nödsituation har kunnat uppkomma”.

I likhet med den reflektion föreståndaren själv gör menar IVO att det föreligger en avsevärd risk att verksamheten inte fångar upp brister i arbetssätt, organisation eller liknande som påverkar kvaliteten i insatserna till de enskilda, om händelser som innefattar tvångs- och begränsningsåtgärder gentemot barn inte utreds som avvikelser. Det är först om en sådan händelse utreds och analyseras som det kan stå klart för verksamheten om den går att hänföra till någon form av brist i verksamheten.

IVO konstaterar dock att den sammanställning av incidenter som föreståndaren gör årligen kan ses som en egenkontroll enligt föreskriftens definition och i viss mån tjäna samma syfte som om incidenterna hanterats som avvikelser. Med hänsyn till att sammanställningen enbart görs en gång om året kan den dock inte fånga upp brister i verksamhetens kvalitet på samma sätt som om incidenterna hanterats som avvikelser. Egenkontroll ska som ovan nämnts genomföras med den frekvens och den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Mot bakgrund av att det nu är fråga om incidenter kopplade till våld och tvång mot barn anser IVO att egenkontrollen bör göras mer frekvent.

Verksamheten har brustit vad gäller kontroll av utdrag ur Polismyndighetens register

IVO bedömer att huvudmannen brustit då den i flera fall inte kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Föreståndaren har uppgett att hon omgående efter att detta uppdagades, då IVO begärde in handlingar, har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med bristen. Verksamheten har även genomfört en utredning enligt lex Sarah och konstaterat så pass allvarliga brister att verksamheten upprättat en anmälan till IVO. Anmälan hanterades hos IVO i ärende med diarienummer 3.1.2-23848/2020.

Av 1 § lagen (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn framgår att HVB som tar emot barn inte får anställa någon om inte kontroll först gjorts av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister. Detsamma gäller för den som, utan att det innebär anställning, erbjuder uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande vid ett stödboende.

I den lista med uppgifter som IVO begärt in från verksamheten framgår att verksamheten inte alls eller först efter anställning har kontrollerat registerutdrag för 23 av 62 anställda. Vid begäran om uppgifterna uppmärksammades verksamheten på bristen och föreståndaren meddelade att hon omgående har vidtagit åtgärder för att förhindra att bristen sker igen samt inlett en utredning enligt lex Sarah.

Föreståndaren beskriver att den rutin som finns för anställning av personal tydligt beskriver att registerutdrag ska kontrolleras innan anställning, därför kommer hon inte att revidera den. Föreståndaren har inte alltid varit delaktig i anställningsförfarandet av personal, men för att förhindra att bristen upprepas så kommer alla framtida anställningar att gå via henne. Föreståndaren kommer att ha en checklista där det bl.a. framgår att hon ska kontrollera att kontroll av registerutdrag har skett innan anställning. Eftersom det enligt föreståndaren tidigare har varit ”rörigt” gällande registerutdrag har föreståndaren anställt en socionom på 50% som ska stötta upp med administrativt arbete. Föreståndaren har även tagit fram en tydligare rutin om hur personalhandlingar ska förvaras.

Verksamheten efterlever sitt tillstånd

IVO bedömer att verksamheten följer sitt tillstånd avseende målgrupp (antal, ålder och kön), föreståndare och lokaler.

I 13 kap. 2 § SoL framgår att tillsyn enligt SoL innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Därav följer att tillsynen omfattar att verksamheten följer det beslut om tillstånd som IVO meddelat.

Verksamheten Platea HVB består av två enheter, Södra Villan och Prästgården.

Södra Villan har 8 platser för familjer och barn. Det kan vara familjer med barn, gravida kvinnor och ensamma barn. Barnen får vara i åldrarna 0 t.o.m. 12 år. I samtal med föreståndaren 10 juli 2020 uppgav hon att Södra Villan hade 7 placeringar. Det var barn i åldrarna 8 t.o.m. 12 år.

Prästgården har tillstånd att ta emot 8 barn utan föräldrar i åldrarna 3 till 12 år. Den 10 juli hade Prästgården 5 placeringar. Det var barn i åldrarna 7 t.o.m. 10 år.

Föreståndaren och lokalerna var den 10 juli 2020 desamma som i tillståndsbeviset.

Underlag

- Tre klagomål som skickats till IVO under 2020.
- Verksamhetens yttranden gällande klagomålen samt ytterligare kompletterande yttranden under tillsynens gång.
- Kopior på nio lämplighetsbedömningar inför inskrivning.

- Journaler för tre av de placerade barnen.
- Lista över anställd personal samt när kontroll av registerutdrag genomförts.
- Nio av verksamhetens avvikelse-/incidentrapporter.
- Sammanfattning av samtal med fem placerade barn.
- Tjänsteanteckning om samtal med ett placerat barn.
- Tjänsteanteckningar om samtal med placerande nämnder, nuvarande och tidigare personal samt föreståndaren.
- Kommunikation via e-post med föreståndaren.
- Tillståndsbevis med diarienummer 6.3.2-11026/2017.

Ytterligare information

IVO ska enligt 3 kap. 19 § SoF inspektera HVB för barn och unga minst en gång per år. IVO ska i anslutning till inspektionen samtala med de barn och unga som samtycker till det. Sex barn valde i denna tillsyn att samtala med IVO:s representant via Skype.

I syfte att förebygga smittspridning av coronaviruset och med beaktande av Folkhälsomyndighetens rekommendationer har IVO beslutat att inte genomföra några inspektioner på plats hos de tillsynsobjekt som omfattas av myndighetens tillsynsansvar. Inspektionerna genomförs istället digitalt för att minimera smittspridning.

I slutskedet av tillsynen har det, via ett klagomål rörande en kommun, kommit in ytterligare uppgifter om att andra barn, utöver de vars journaler IVO granskat, blivit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder. IVO har valt att inte utreda frågan vidare i detta beslut då IVO redan konstaterats att tvång- och begränsningar förekommer. Uppgifterna har lämnats till verksamheten att hantera och analysera i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Från och med 1 maj 2020 undertecknas inte beslut i tillsynsärenden som fattas enligt ovanstående förordning.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Anneli Arnér. Inspektörerna Christine Nilsenius och Ankica Lucic har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Carolin Persson har varit föredragande.

**BESLUT**

2021-05-11

Dnr 3.2.2-12158/2020-45

1(2)

Platea AB
c/o Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 Uppsala

Ärendet

Platea AB (organisationsnummer 556697-9729) har till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommit in med en redovisning om hur de ska komma tillrätta med de brister som IVO påtalade i beslut daterat 26 mars 2021.

Bristerna som IVO begärde redovisning om var att verksamheten använt sig av tvångs- och begränsningsåtgärder samt att lämplighetsbedömningar brast i kvalitet. Detta beslut gäller IVO:s bedömning av huvudmannens redovisning.

Beslut

IVO avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO:s sammantagna bedömning är att huvudmannens redovisade åtgärder skulle kunna vara relevanta för att komma tillrätta med påtalade brister.

Verksamheten har angivit tider då åtgärderna ska vara genomförda. IVO förutsätter dock att verksamheten omedelbart upphör med otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder och att man med de redovisade åtgärderna säkerställer att bristerna inte uppstår igen.

IVO förutsätter även att huvudmannen inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete följer upp så att de redovisade åtgärderna ger avsedd effekt.

IVO kommer att följa upp att bristerna inte kvarstår genom tillsyn under hösten 2021.

I beslutet daterat 26 mars 2021 påtalade IVO att verksamheten brast då de använde tvångs- och begränsningsåtgärder mot barnen, att deras lämplighetsbedömningar brast i kvalitet samt att de inte hade kontrollerat utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning av personal. Vad gäller den sistnämnda bristen redovisade och vidtog verksamheten omgående relevanta åtgärder. IVO har därför inte begärt någon ytterligare redovisning i den delen.

Utöver bristerna påtalade IVO att det finns skäl för verksamheten att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete vad gäller hantering av incidenter och avvikelser samt egenkontroll.

Huvudmannens redovisade åtgärder återges i punktlista nedan.

- Digital genomgång, repetition för all personal av Socialstyrelsens kunskapsstöd - Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete, kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga. Detta ska vara genomfört senast 30 juni 2021.
- Fortsätta att utbilda personal i de metoder som används inom Platea. Alla ska senast 31 oktober 2021 ha genomfört en utbildning i Connect (anknytningsbaserat program för stöd till bl.a. behandlingspersonal), lågaffektivt bemötande (LAB) och Traumamedveten omsorg (TMO).
- Kollegial genomgång av matchningsinstrument med andra småbarnsenheter inom Humana. Detta ska ha skett senast 21 oktober 2021.
- Digital utbildning om avvikelshantering och rapportering till samtlig personal. Senast 30 juni 2021.
- Återkommande genomgång av avvikelser vid arbetsplatsträffar (APT). Detta ska påbörjas omgående.

Underlag

- Huvudmannens redogörelse daterad 21 april 2021.

Från och med 1 maj 2020 undertecknas inte beslut i tillsynsärenden som fattas enligt socialtjänstförordningen (2001:937), SoF.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Anneli Arnér. Inspektören Christine Nilsenius har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Carolin Persson har varit föredragande.

Kopia till:

Verksamheten på adress Platea HVB, Köpmangatan 9, 683 30 HAGFORS



Inspektionen för vård och omsorg

BESLUT

2021-12-08

Dnr 3.5.1-24751/2021-8

1(6)

Falu kommun
Socialnämnden
791 83 Falun

Huvudman

Falu kommun.

Ärendet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har granskat nämndens handläggning av ett ärende rörande ett barn som placerades i ett hem för vård eller boende (HVB) och som avled under placeringstiden.

Beslut

IVO har konstaterat följande brister:

- Nämnden har inte försäkrat sig om att barnets behov av en trygg och säker vård kunde tillgodoses på det HVB där barnet placerades.
- Nämnden har inte säkerställt att den hade ett faktiskt samtycke från båda vårdnadshavarna till placeringen.

IVO begär med stöd av 13 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) nämnden redovisar sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärden genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast den 12 januari 2022.

IVO förutsätter att nämnden vidtar adekvata åtgärder för att komma till rätta med bristerna. Om bristerna inte avhjälpas, kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga nämnden att vidta åtgärder.

Skälen för beslutet

Tillsynen har visat följande.

Nämnden har inte försäkrat sig om att barnets behov av en trygg och säker vård kunde tillgodoses på det HVB där barnet placerades

IVO bedömer att nämnden har brustit i sitt ansvar att försäkra sig om att barnets behov av en trygg och säker vård kunde tillgodoses på det HVB där barnet placerades. IVO anser att nämnden därmed brustit i sin kvalitet. Att insatser ska vara av god kvalitet regleras av 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. IVO grundar sin bedömning på att nämnden placerat barnet på ett boende med påtalade brister i säkerheten trots att nämnden hade god kännedom om barnets omfattande behov. Nämnden har även under placeringen fått kännedom om brister i säkerheten utan att agera. IVO anser utifrån detta att nämnden inte fullt ut gjort en bedömning av om förutsättningarna i det tilltänkta boendet kunde svara mot de behov som barnet hade, då nämnden både hade kännedom om säkerhetsbristerna i HVB-hemmet och om barnets stora behov av säkerhet. Trots detta placerade nämnden barnet på HVB-hemmet. Att en bedömning ska göras av om förutsättningarna i det tilltänkta hemmet svarar mot de behov som barnet eller den unge har och att den ska redovisas i ett beslutsunderlag regleras av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende. IVO ser mycket allvarligt på denna brist

Nämnden har det yttersta ansvaret för ett barn som placeras i vård utanför hemmet, i exempelvis ett HVB, och det är därav nämndens ansvar att se till att barnet får god vård, vilket regleras i 6 kap. 1 § SoL. Nämnden är därför ansvarig för att försäkra sig om att det hem där barnet placeras i är tryggt och säkert. Tillsynen har visat att nämnden vid tre tillfällen innan barnet avled i boendet har fått information från barnets ena vårdnadshavare om brister i säkerheten på det aktuella HVB-hemmet avseende bl. a. ett trasigt staket. IVO menar att det är uppenbart att dessa säkerhetsbrister på boendet kvarstod även efter att barnet placerades där, då det är konstaterat att dessa var en bidragande orsak till att barnet förolyckades. IVO vill erinra nämnden om att den hade ett ansvar att agera utifrån uppgifterna från vårdnadshavaren, särskilt med beaktande av den kännedom nämnden hade om barnets behov av säkerhet och att vara under uppsikt. IVO anser att det är anmärkningsvärt att nämnden i sin utredning enligt bestämmelserna om lex Sarah anser att det inte skett ett missförhållande eller risk för missförhållande i deras verksamhet, när nämnden samtidigt hänvisar till att HVB-hemmet i sin lex Sarah-utredning konstaterat att några av de delar som bidragit till att barnet avlidit var sådana faktorer som nämnden själv hade kännedom om innan dödsfallet inträffade. Även om nämnden inte själv anser att det inträffade är ett missförhållande i den egna verksamheten så förutsätter IVO att nämnden hanterar de brister som IVO sett i denna tillsyn som avvikelser i verksamheten och vidtar adekvata åtgärder därefter. Enligt 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bl. a. myndigheter.

Av 2 kap. 2 § SOSFS 2012:11 framgår att socialnämnden ska, inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, fastställa rutiner för hur vården av barn och unga i

familjehem eller hem för vård eller boende ska planeras och följas så att missförhållanden i hemmet som kan påverka barnet eller den unge ska kunna uppmärksammas och åtgärdas i ett tidigt skede. Nämnden ska vidare fastställa rutiner som säkerställer att en utredning inleds i enlighet med 11 kap. 1 § SoL när ett barn eller en ung person som vårdas i familjehem eller hem för vård eller boende kan behöva ges ytterligare insatser eller omplaceras. Trots detta har nämnden inte hanterat den information som vårdnadshavaren lämnade om oro för att missförhållanden i hemmet skulle kunna inträffa.

Av tillsynen framgår att nämnden hade information om barnets särskilda behov. Bl.a. hade barnets föräldrar vid ett flertal tillfällen informerat om och påtalat för nämnden att barnet hade behov av ständig uppsikt, [REDACTED]. Nämnden hade också tagit del av en utredning [REDACTED] där det framgick att barnet var väldigt rörligt, hade en hög aktivitetsnivå och hade svårt att reglera sina impulser. Därav hade barnet behov av två vuxna omkring sig för säkerheten [REDACTED]. Det framgår också i [REDACTED] att barnet hade behov av att vistas i ett inhägnat område vid utevistelse. Tillsynen visar också att barnet hade varit känt hos nämnden i flera år innan placeringen i HVB-hemmet ägde rum. [REDACTED]

Av nämndens journalanteckningar framgår att en av vårdnadshavarna vid tre tillfällen har uttryckt oro till nämnden om säkerheten på det HVB-hem där barnet placerades. Två av dessa tillfällen var innan placeringen ägde rum, och det sista tillfället var efter att barnet placerats där och vårdnadshavaren hade varit och besökt barnet. Av dokumentationen framgår inte hur nämnden har beaktat eller agerat utifrån dessa synpunkter från vårdnadshavaren, vare sig innan placeringen ägde rum eller under placeringens tid. Dock framgår det av nämndens lex Sarah-utredning att säkerheten på HVB-hemmet diskuterades under det studiebesök som gjordes på boendet tillsammans med vårdnadshavaren, samt att nämnden fått uppgift från HVB-hemmet att ett nytt staket var beställt. Det framgår inte att nämnden förvärvat sig om att staketet var på plats innan barnet placerades på boendet. I utredningen enligt lex Sarah skriver nämnden vidare att *"Vilka bedömningar som gjorts i matchningsförfarandet är svåra att få fram eftersom de inte dokumenterats, vilket i sig är en brist."*

Av nämndens journalföring framgår att den ena vårdnadshavaren deltog i ett studiebesök på det aktuella HVB-hemmet innan placeringen av barnet. Följande framgår av dokumentationen *"(Vårdnadshavaren) beskriver (barnet) och vikten av säkerhetsåtgärder för att hen inte ska göra sig illa eller rymma."* Av en journalanteckning daterad några dagar efter studiebesöket framgår att den ena vårdnadshavaren via telefonsamtal med nämnden uttrycker att hen känner sig orolig över säkerheten på HVB-hemmet trots att personalen där tryggt vårdnadshavaren i att de löser sådana frågor. Nämnden skriver att den ena vårdnadshavaren är rädd för att de inte förstår hur barnet är. Nämnden svarar vårdnadshavaren att de *"aldrig kan svara säkert på (det) innan hen provat att flytta dit"*. I ytterligare en journalanteckning daterad några dagar efter att barnet placerats på boendet

framgår att vårdnadshavaren varit och besökt barnet på HVB-hemmet. I samtalet med nämnden uppger vårdnadshavaren att hen fortfarande är orolig gällande säkerhetsfrågorna på HVB-hemmet, avseende staket och branddörr. Det framgår inte av dokumentationen att nämnden agerar utifrån vårdnadshavarens uppgifter.

Nämnden hänvisar även till den lex Sarah-utredning som det aktuella HVB-hemmet har gjort av samma händelse. Nämnden skriver att i HVB-hemmets utredning har det konstaterats att det fanns brister i verksamheten som sannolikt bidragit till att barnet avlidit, som exempelvis att barnsäkert lås saknades på altandörren som barnet tog sig ut genom, samt att staket och grind inte var tillräckliga för att hindra barnet från att lämna tomten. Nämnden bedömer att det finns en risk för att fler barn kommer att rymma från det HVB-hem de är placerade på med dödsfall som utgång. Nämnden skriver också att det socialtjänsten kan göra för att förebygga rymningar är att göra en bra matchning av barnets behov och HVB-hem samt att överföra nödvändig information om barnets omsorgsbehov till det aktuella HVB-hemmet. Utredningen enligt lex Sarah-utredning utmynnar i bedömningen att det inte råder något missförhållande eller risk för missförhållande inom socialnämndens verksamhetsområde.

Nämnden har inte säkerställt att de hade ett faktiskt samtycke från båda vårdnadshavarna till placeringen

IVO bedömer att det är en brist att nämnden inte har säkerställt att de hade ett faktiskt samtycke från båda vårdnadshavarna till placeringen av barnet. Det framgår i av nämndens journalanteckningar att båda vårdnadshavarna till en början motsatte sig placeringen i det aktuella HVB-hemmet, och därefter framgår att den ena vårdnadshavaren har ändrat inställning. Det är dock otydligt i nämndens dokumentation att den andra vårdnadshavaren faktiskt har samtyckt till placeringen. IVO anser att det är av särskilt stor vikt att nämnden noga utreder och dokumenterar samtycken vid frivilliga insatser om det funnits tveksamheter under ärendets gång, då samtycket utgör den rättsliga grunden för en frivillig placering av ett barn. Nämnden har heller inte upprättat någon vårdplan i ärendet vilket enligt IVO är en brist. Att en vårdplan ska upprättas när ett barn behöver vårdas i bl. a. HVB framgår av 11 kap. 3 § SoL. Enligt 5 kap. 1 a § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, ska vårdnadshavarnas inställning till den planerade vården dokumenteras i en vårdplan och vårdnadshavarna ska skriva under att de samtycker till den, vilket framgår av Regeringens proposition 1979/80:1 om socialtjänsten (s. 581). Nämnden har i sitt yttrande uppgett att en vårdplan saknades [REDACTED]

[REDACTED]. Vidare menar IVO att det var av särskilt stor betydelse i detta fall att det fanns en vårdplan upprättad inför placeringen av barnet, då vårdnadshavarnas samtycke till placeringen hade sviktat under ärendets gång. Av regeringens proposition (2000/01:80, s. 105-106) *Ny socialtjänstlag m.m.* framgår det bl. a. att en förutsättning för att vårdnadshavare och barn ska kunna ta ställning till om de samtycker till vårdens innehåll

är att det tydligt framgår vilken vård socialnämnden har för avsikt att anordna. Därför behöver vårdplanen upprättas innan nämnden fattar beslut om vård.

I Justitieombudsmännens (JO) ämbetsberättelse (1995/96, s. 268) betonar JO vikten av att vårdnadshavarens inställning omsorgsfullt klarläggs i de situationer då samtycket ändrats under ärendets gång, så att missförstånd undviks. Vid minsta tveksamhet bör skriftligt samtycke inhämtas från vårdnadshavaren, även om placeringen avser en kortare tid.

Av nämndens yttrande och dokumentation framgår att barnet placerades på det aktuella HVB-hemmet med stöd av SoL, vilket innebär att det är en frivillig placering som båda vårdnadshavarna ska samtycka till. Av nämndens dokumentation framgår att nämnden i slutet av april år 2021 föreslår för vårdnadshavarna att barnet ska placeras på det aktuella HVB-hemmet. En av vårdnadshavarna uppgav inledningsvis att hen vill se över förslaget noga innan hen lämnar sitt samtycke samt att hen känner sig tveksam till förslaget. Den 29 april 2021 förmedlade denna vårdnadshavare via ett mail att hen blankt säger nej till förslaget om placering på det aktuella HVB-hemmet, och hänvisade till kritik som riktats mot HVB-hemmet gällande brister, [REDACTED]

[REDACTED] Den andra vårdnadshavaren uppgav till nämnden i ett möte den 10 maj 2021 att hen läst i media att detta HVB inte är bra, samt att hen inte känner sig trygg med att det skulle bli bra för barnet. Vårdnadshavaren uppgav *"aldrig i livet"*. Nämnden berättade då mer om HVB-hemmet, och de kom överens om att boka in ett videomöte med personal från hemmet. Det framgår därefter av journalanteckningarna att den andra vårdnadshavaren deltog i både ett videomöte med boendet och gjorde ett studiebesök där, och några dagar efter detta gav hen sitt samtycke till att barnet skulle prova att flytta till HVB-hemmet. I ett telefonsamtal mellan den första vårdnadshavaren och nämnden den 24 maj 2021 beskrev nämnden hur HVB-hemmet jobbar, och vårdnadshavaren uppgav *"det låter bra"*. I ett samtal med samma vårdnadshavare den 26 maj 2021 framgår att hen samtycker till att HVB-hemmet tar del av dokumentation gällande barnet. IVO menar att det inte framgår tydligt av dokumentationen att vårdnadshavaren har ändrat inställning och samtyckt till att barnet placeras i HVB-hemmet, då hen inledningsvis har motsatt sig detta.

Nämnden har i sitt yttrande uppgett att det fanns en planering för upprättande av en vårdplan som de skulle gå igenom med den ena vårdnadshavaren och HVB-hemmet vid ett uppföljningsmöte på boendet. Barnet avled innan vårdplanen upprättades.

Underlag

- Klagomål från barnets ena vårdnadshavare som inkom till IVO den 3 maj 2021 (dnr. 3.4.2-19816/2021).
- Yttrande från nämnden.
- Social dokumentation från nämnden (journalanteckningar och uppdragsbeskrivning).
- Nämndens lex Sarah-utredning.

Ytterligare information

Den 3 maj 2021 inkom ett klagomål till IVO från en vårdnadshavare gällande socialtjänsten i Falun. Vårdnadshavaren klagade bl.a. på att socialtjänsten avsåg att placera hens barn på ett HVB som fått mycket kritik vilket hen inte samtyckte till. IVO skickade vidare uppgifterna till nämnden för att hantera inom ramen för sitt ledningssystem. I slutet av juni skickade vårdnadshavaren in ytterligare uppgifter till IVO om att hens barn avlidit under placeringen på det aktuella HVB hemmet.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson. Inspektörerna Madelene Spinord Semenets och Christine Nilsenius har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Isabella Elvgrip har varit föredragande.

**BESLUT**

2022-02-11

Dnr 3.5.1-24751/2021-15

1(2)

Falu kommun
Socialnämnden
791 83 Falun

Ärendet

Återrapportering av vidtagna åtgärder utifrån tillsyn av socialnämnden i Falun.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att de åtgärder som nämnden har redovisat kan vara relevanta för att komma tillrätta med bristerna.

Socialnämnden i Falun har till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inkommit med en redogörelse för vidtagna åtgärder med anledning av IVO:s tidigare beslut med krav på återredovisning utifrån de brister som rörde handläggningen av ett ärende angående ett barn som avled på ett HVB-hem i juni 2021. I beslutet bedömde IVO att nämnden inte hade försäkrat sig om att barnets behov av en trygg och säker vård kunde tillgodoses på det HVB där barnet placerades, samt att nämnden inte hade säkerställt att den hade ett faktiskt samtycke från båda vårdnadshavarna till placeringen.

Vad gäller bristen om att nämnden inte har försäkrat sig om att barnets behov av en trygg och säker vård kunde tillgodoses på det HVB där barnet placerades har nämnden redogjort för flera åtgärder för att komma till rätta med bristen. De åtgärder som nämnden har vidtagit eller har påbörjat är följande. Inför en placering på ett HVB ska nämnden begära in tillsynsrapporter från IVO för att kontrollera eventuella brister som IVO har uppmärksammat, detta är redan åtgärdat. Efter ett barn placerats på ett HVB ska nämnden begära in HVB-hemmets dokumentation av matchningen och deras förutsättningar att ta emot ett barn för att säkerställa att det motsvarar den bedömning som nämnden har gjort. Nämnden ska revidera den befintliga placeringsrutinen för att säkerställa att det tydligt framgår hur information som framkommer inför och under en placering som kan vara av betydelse för barnets rätt till trygg och säker vård ska bedömas och dokumenteras. Nämnden redogör för att i denna revidering ska det även vikten av vårdplanen tydliggöras ännu mer och att den tydligt innefattar behovet av uppföljande kontakter utifrån barnets behov. Slutligen ska nämnden utarbeta en rutin som tydliggör hur olika delar av matchningsarbetet inför en placering dokumenteras. I rutinen ska det framgå vad som ska

dokumenteras i barnets journal och vad som ska dokumenteras på annat ställe. Dessa åtgärder är påbörjade och ska vara klart senast den 1 mars 2022.

Vad gäller bristen som handlar om att nämnden inte säkerställt att den hade ett faktiskt samtycke från båda vårdnadshavarna till placeringen har nämnden redogjort för följande åtgärder. Nämnden ska införa en rutin om att samtycke alltid ska dokumenteras i barnets ärende i en separat journalanteckning samt revidera en befintlig placeringsrutin för att tydliggöra att en vårdplan ska finnas upprättad innan en placering påbörjas, med undantag vid de tillfällen det rör en akut placering. Dessa åtgärder ska vara klara senast den 1 mars 2022. Vidare har nämnden redogjort för att de ska utreda möjligheterna att införa en digital lösning för vårdnadshavare att lämna samtycke samt signera vårdplaner, då nämnden uppgett att det kan vara en svårighet att få skriftliga samtycken i de fall vårdnadshavare bor på annan ort. Denna utredning ska vara klar senast den 30 september 2022.

Underlag

- IVO:s beslut daterat den 8 december 2021.
- Nämndens redovisning och sociala dokumentation, inkom till IVO den 13 januari 2022.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson. Inspektören Madelene Spinord Semenets har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Isabella Elvgrip har varit föredragande.

**BESLUT**

2021-07-28

Dnr 3.2.2-23643/2021-19

1(1)

Platea AB
c/o Humana Individ och Familj
Götgatan 3
753 15 Uppsala

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Platea HVB (organisationsnummer 556697-9729) i Hagfors.

Tillsynen inleddes i samband med att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat beslut om att tillfälligt förbjuda verksamheten efter att ett barn som var placerat vid Platea HVB avlidit. Syftet med den inledda tillsynen var dels uppföljning av tidigare tillsyn, dels en fortsatt utredning av den inträffade händelsen.

Beslut

IVO avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO finner att skäl att fortsätta tillsynen av Platea HVB i nu aktuellt ärende inte längre föreligger. Detta då Platea AB (härefter bolaget) anmält till IVO att verksamheten vid boendet har avvecklats och att tillståndet ska upphöra att gälla. Beslut om att tillståndet har upphört att gälla fattades av IVO den 23 juli 2021 (se dnr. 4.1.3-27364/2021). Med anledning av detta finns ingen anledning att följa upp tidigare tillsyn. Vidare har bolaget inkommit med en lex Sarah-anmälan (dnr. 3.1.2-25923/2021) rörande omständigheterna då barnet avled. IVO:s tillsyn avseende händelsen fortsätter i detta ärende.

Beslut i detta ärende har fattats av tf. enhetschefen Ida Nordqvist. Inspektören Linnéa Larsson har varit föredragande.

Beslutet har den 28 juli 2021 godkänts elektroniskt av tf. enhetschefen Ida Nordqvist och förts in i IVO:s ärendehanteringssystem.



Avdelning mitt
Pia Backlund Cangal
Pia.Backlund-Cangal@ivo.se

BESLUT

2015-04-27 Dnr 8.4.2-6009/2015 - 4/ 1(6)

Platea AB
Box 43
683 21 Hagfors

Ärendet

Tillsyn av HVB barn och unga vid Platea; enheterna Södra Villan och Prästgården, Hagfors - oanmäld

Beslut

Ärendet avslutas.

Bakgrund

Enligt 3 kap. 19 § socialtjänstförordningen (SoF) ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inspektera hem för vård eller boende (HVB) för barn och ungdom minst två gånger per år. Inspektionerna kan vara för-
anmälda eller oanmälda men minst en inspektion ska vara oanmäld.
Den som inspekterar verksamheten ska samtala med de barn och ungdomar som samtycker till det.

Tillsynen vid detta tillfälle är huvudsakligen inriktad på att granska om verksamheten bedrivs i enlighet med tillståndet avseende föreståndare, målgrupp (ålder, antal och kön) och lokaler.

Inspektionen omfattas denna gång även av två enskilda klagomål mot verksamheten som inkommit till IVO. Klagomålen omfattar bl.a. att

[Redacted text block]

Underlag

IVO genomförde onsdagen den 4 mars 2014 en oanmäld inspektion på Södra Villan och Prästgården. Vid inspektionen inhämtades uppgifter från föreståndaren samt enhetschefen på Prästgården. Inspektörerna samtalade med två barn på Prästgården. Ingen av de inskrivna på Södra Villan önskade samtala med inspektörerna vid tillsynen. Ett yttrande har inhämtats från föreståndaren efter inspektionen gällande de två klagomål som inkommit till IVO.

Redovisning av tillsyn

Verksamheten

Enheten Södra Villan, Såger Olles väg 4 har 8 platser och tar emot familjer och barn med relations- och psykosociala problem, anknytningsproblematik, behov av gränssättningsstöd, barn med psykosociala problem, gravida kvinnor med eller utan partner för senare utredning tillsammans med barnet, ensamma barn 0-5 år för akutplacering, ensamma barn 6-12 år för akut- och utredningsplacering och/eller behandling samt familjer med barn 0-12 år för akut- och utredningsplacering och/eller behandling.

Enheten Prästgården, Dalagatan 29, har 8 platser och tar emot ensamma barn 3-12 år utifrån allvarliga brister i hemmet gällande föräldraförmåga, missbruk eller akut psykisk ohälsa hos föräldrarna, frihetsberövade föräldrar, psykisk/fysisk misshandel och/eller behov av skydd. Akutplacering max 14 dagar, skyddsplacering eller utredningsplacering.

Verksamheten bedrivs i de lokaler som finns angivna i tillståndet och föreståndaren är den som finns angiven i tillståndet. Enheten Södra Villan hade vid inspektionstillfället sju barn inskrivna i åldern 4-10 år. Enheten Prästgården hade vid inspektionstillfället sju barn i åldern 7-12 år inskrivna.

Samtal med barn samt återkoppling av dessa till föreståndaren och enhetschefen på Prästgården

Båda barnen berättar att en viss personal tagit dem hårt i armen eller handen när de skulle gå upp för trappen och lägga sig. Ett av barnen uppger att det finns ytterligare en personal som gjort likadant. Båda barnen blev ledsna vid händelserna då det gjorde ont.

Föreståndaren säger att ingen personal får vara våldsam mot barn, barnen är redan i en utsatt livssituation av att vara på HVB. Personal kan gå in i gränssättning ibland och behöva föra undan barnen och om barnen gör motstånd så kan det kännas. Föreståndaren kommer att ha samtal med de båda anställda om det barnen sagt. Barnen har rätt till sin berättelse och verksamheten kommer även att prata med barnen efter att de pratat med aktuell personal.

Ett barn [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Föreståndaren uppger att personalen har pratat med [REDACTED]
[REDACTED] Kivas och retas gör ju barnen men föreståndaren

säger att de måste säkerställa att alla barn är trygga och det gör de genom att de har personal med kompetens.

Båda barnen uppger att de ibland får gå till sina rum då de inte gör som personalen säger. De får sitta där tills de lyssnar på reglerna.

Föreståndaren säger att de inte jobbar med bestraffningspedagogik vilket de pratar om i personalgruppen ofta. Att vara på sitt rum kan handla om att man just då inte kan hantera sig själv eller inte mår bra. Föreståndaren kommer att lyfta detta med personalen. All personal går en introduktionsutbildning en heldag när de börjar och där pratar man om värdegrund, etiska frågor, bemötande m.m. Även enhetschefen uppger att de inte jobbar med bestraffning. Straff på rummet ska de inte använda, rummet ska vara en fristad.

Föreståndarens tillägg vid kommunikering gällande barnsamtalen

Föreståndaren har tagit upp det som barnen berättat på verksamhetens personalmöte, bl.a. det som barnen beskriver som bestraffning. Det lyftes att det inte är acceptabelt i verksamheten samt att barnets upplevelse är viktig att ta på allvar. Föreståndaren har även genomfört individuella samtal med två medarbetare utifrån vad som framkom i barnsamtalen.

Inkomna klagomål samt yttrande från föreståndaren angående dessa

Det ena klagomålet är en anonym anmälan från en f.d. anställd inom Platea. Klaganden framför att det varit stor personalomsättning senaste året samt att vikarier inte har någon erfarenhet av HVB-verksamhet. Matchningen fungerar inte då många olika ungdomar med skiftande problematik är inskrivna. Ungdomarna är inlåsta på sina rum då det finns utåtagerande personer som slår sönder saker och personalens tid går åt till att arbeta med att avleda och stoppa våldssituationer vilket innebär att klienter med annan problematik inte får den vård som krävs.

Föreståndaren uppger att verksamheten inte anställer personal utan kompetens. Alla nyanställda och vikarier genomgår en introduktionsutbildning samt går bredvid i verksamheten och utvärderas innan de får vidare uppdrag i verksamheten.

Föreståndaren uppger att det stämmer att verksamheten har ungdomar inskrivna med skiftande problematik då dessa är deras målgrupp. Det görs alltid en individuell bedömning och matchning utifrån den problematik som ansvarig socialsekreterare beskriver. Hänsyn tas till klientens problematik samt andra klienters problematik och behov. Klienternas problematik kan i vissa fall visa sig mer komplex efter inskrivning och efter att klienten varit placerad en tid. Klienters beteendepro-

blematik kan även förändras utifrån vilka beslut socialtjänsten fattar. Verksamheten får göra en bedömning utifrån aktuell situation om man behöver tillsätta mer resurser eller alternativt avbryta placeringen. Personaltätheten anpassas utifrån klienternas unika behov.

*Det andra klagomålet är från [redacted]
Södra Villan. [redacted] framför att [redacted] barn far illa på
Södra Villan, [redacted]*

[redacted] Personalen låtsades som ingenting [redacted]

[redacted] barn har vid flertalet tillfällen blivit inlåsta på rummet när utbrotten äger rum. Fönsterrutor slås dagligen sönder inför barnen [redacted]

[redacted] Efteråt skrev personal i journal att denne var närvarande vid händelsen samt att [redacted]

Föreståndaren uppger att hon [redacted]
[redacted] beslutade att dörrarna [redacted]
[redacted] skulle vara låsta för att säkerställa en god vård och omsorg för klienterna. Södra Villans klientrum och korridor är uppbyggda så att man kan låsa dörrarna utifrån men också att det finns lås som man kan låsa upp inifrån av klienterna. I syfte att säkerställa [redacted] säkerhet rekommenderade personal [redacted] att hålla sig inne i sin klientkorridor [redacted]

kunde när som helst gå ut i korridoren om [redacted] ville, verksamheten låser inte in klienter och skulle någon teoretiskt bli inlåst så kan denne låsa upp inifrån. I varje vinge finns det alltid personal som kan låsa upp dörrarna vid behov av att komma in i matsalen. I klagandens vinge finns det gemensamhetsutrymme, tillgång till pysselrum och utrymme för lek samt ett kök. [redacted]

Ibland blir barn inskrivna med stora behov [redacted]
[redacted] För att tillgodose god vård och omsorg samt förebygga eventuella incidenter ser verksamheten bl.a. till att ha en hög personaltäthet. Personal finns alltid närvarande och har alltid gått emellan när det uppstått en konflikt [redacted] Om något hänt är det personalens uppgift att gå in och gränssätta. [redacted]

Fönsterrutor har vid ett par tillfällen gått sönder, [REDACTED]

En gång gick ett fönster sönder vid den gemensamma utgången. Glas städades bort direkt och fönstret byttes ut samma dag.

Verksamheten har haft flera uppföljningsmöten med [REDACTED] samt dennes socialtjänst och har då hanterat olika klagomål, frågor och funderingar från klaganden.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

3 kap. 5 §, 7 kap. 1 § och 11 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL

3 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF

Bedömning

Av 3 kap. 5 § SoL framgår att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med denne. Av 11 kap. 10 § SoL framgår att när en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information. Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter ska dennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till dennes mognad och ålder. Av 3 kap. 3 § SoF framgår att verksamheten vid hem för vård eller boende ska bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet upplevs som meningsfull. Den enskildes integritet ska respekteras. De insatser som görs ska anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar.

Barnen har berättat att ett par ur personalen tar dem hårt i armen eller handen när de ska gå upp för trappan och lägga sig. Vidare berättade barnen att de ibland får gå upp på sina rum och sitta där en lång stund tills de lyssnar på reglerna. [REDACTED]

Föreståndaren uppger att det inte är okej för personalen att vara våldsam mot barnen men ibland kan de behöva gränssätta och föra undan barnen. Föreståndaren uppger att de inte jobbar med bestraffningspedagogik. Att vara på sitt rum kan handla om att man just då inte mår bra eller inte kan hantera sig själv. All personal går en introduktionsutbildning där man pratar om bemötande m.m. Föreståndaren säger att barnen kivas och retas men att verksamheten måste säkerställa att alla barn är trygga. Föreståndaren har tagit upp det som barnen berättat på verksamhetens personalmöte där det lyftes att det inte är acceptabelt med bestraffning i verksamheten samt att barnets upplevelse är viktig att ta

på allvar. Föreståndaren har även genomfört individuella samtal med två medarbetare utifrån vad som framkom i barnsamtalen.

IVO vill påtala vikten av att verksamheten lyssnar på barnens åsikter och gör dem delaktiga i vården så att vistelsen känns meningsfull. IVO bedömer att verksamheten har vidtagit relevanta åtgärder och lämnar frågan därhän. IVO kommer dock att följa upp detta i kommande tillsyn.

Det har även inkommit två klagomål gentemot verksamheten. Dessa handlar bl.a. om [REDACTED]

[REDACTED] samt att de boende ibland blir inlåsta [REDACTED]

Verksamheten har i sitt yttrande påvisat att man hanterat frågan inom ramen för sin klagomålshantering. Med hänvisning till det lämnar IVO frågan därhän.

IVO har, mot bakgrund av inhämtad information, i övrigt inte funnit några brister i de delar som tillsynen avser.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Birgitta Johannesson. I den slutliga handläggningen har inspektören Katja Engström deltagit. Inspektören Pia Backlund Cangal har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Birgitta Johannesson

Pia Backlund Cangal

**BESLUT**

2018-07-19 Dnr 8.4.2-9355/2018-13

1(12)

Platea AB
Köpmangatan 9
683 30 HAGFORS

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Platea med enheten Södra Villan och enheten Prästgården i Hagfors.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO har i tillsynen funnit att verksamheten vid inspektionstillfället inte följde sitt tillstånd avseende målgrupp samt att lämplighetsbedömningarna vid beslut om inskrivning hade vissa brister i dokumentationen. Då verksamheten har vidtagit och kommer att vidta åtgärder avstår IVO från att ställa krav.

IVO har även i tillsynen uppmärksammat att verksamheten vid flera tillfällen lagt ned och hållit fast ett barn. IVO kan inte bedöma om personalens agerande varit försvarligt men vill erinra om att bestämmelserna om nöd och nödvärn, som avhandlas i beslutet, inte kan användas för rutinmässiga ingripanden utan bestämmelserna är avsedda för enstaka händelser.

I övriga delar som IVO granskat har inga brister påträffats.

Bedömningen grundar sig på följande:

- verksamheten sammanställer och analyserar inkomna synpunkter, klagomål och rapporter,
- personalen har relevant utbildning utifrån kraven i gällande föreskrift,
- vid uppföljning av en lex Sarah-anmälan som inkommit till IVO framkom att verksamheten vidtagit planerade åtgärder samt följt upp att åtgärderna fått avsedd effekt,
- verksamheten har ett genomtänkt arbetssätt som ger förutsättningar att möta varje ungdom utifrån mående och behov,
- verksamheten genomför individuellt anpassade insatser som utgår från nämndens uppdrag,

- verksamheten utformar vården så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående,
- verksamheten följer upp de insatser som ges och har ett system för att vidta åtgärder utifrån synpunkter och klagomål på vårdens innehåll,
- verksamheten samverkar med placerande nämnd och har rutiner för detta som är kända av personalen,
- synpunkter från inskrivna lämnades till verksamheten för vidare hantering.

Verksamheten följde inte sitt tillstånd vid inspektionstillfället

IVO bedömer att verksamheten vid inspektionstillfället inte följde sitt tillstånd avseende målgrupp. Detta då ett barn under sex år var inskriven för behandling vilket verksamheten saknar tillstånd för. IVO har fått uppgifter från placerande nämnd om att de aktivt letar familjehem till barnet och att hen ska omplaceras. Verksamheten har uppgivit att de feltolkat tillståndet och att de fortsättningsvis inte kommer att skriva in barn utanför sitt tillstånd. Utifrån detta avstår IVO från att ställa krav gällande denna del.

IVO har även uppmärksammat att verksamheten haft ett barn placerat för utredning i över sex månader. Då verksamheten uppgett att en utredningsplacering brukar fortgå i 12 veckor ställer IVO sig frågande till varför placeringen pågått så lång tid samt om verksamheten följt sitt tillstånd avseende denna placering. Detta då det även är otydligt både i placerande nämnds dokumentation och i verksamhetens dokumentation vad utredningsuppdraget handlar om. Då barnet inte längre är placerat i verksamheten går IVO inte vidare i denna fråga. IVO kommer att vid nästkommande inspektion att följa upp att verksamheten följer sitt tillstånd.

Av 7 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att enskilda verksamheter som bedriver HVB ska ha tillstånd. Att ha ett barn inskriven som inte ingår i en verksamhets målgrupp kan enligt IVO påverka verksamhetens kvalitet. Det kan medföra att barnet inte får rätt stöd och det kan påverka övriga inskrivna negativt. I 7 kap. 2 § SoL framgår att tillstånd enbart beviljas om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet och i 3 kap. 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänst ska vara av god kvalitet.

I verksamhetens tillstånd (dnr 6.3.2–11026/2017) framgår att verksamheten består av två enheter, Södra villan och Prästgården.

På Södra villan har verksamheten åtta platser med tillstånd att ta emot familjer och barn. Gravida kvinnor eventuellt med partner. Ensamma barn 0-5 år för akutplacering, ensamma barn 6-12 år för akut- och utredningsplacering (syskon upp till 16 år), familjer med barn 0-12 år

för akut- och utredningsplacering och/eller behandling (syskon upp till 16 år.).

Vid inspektionen var tre ensamma barn i åldrarna 9 till 11 år samt en förälder med två barn 2,5 och 5 år inskrivna på Södra Villan. IVO uppmärksammade även vid inspektionen att ett ensamt barn som endast var 5 år var placerad på Södra Villan. Barnet hade varit placerat i verksamheten i nästan ett år. Vid inspektionen uppgav föreståndaren att de tolkat sitt tillstånd som att det är beskrivet i olika intervaller och att även barn 0-5 år kan ha behandlingsplacering. IVO förtydligade att barnet inte ingår i verksamhetens tillstånd. Verksamheten uppger i yttrande vid kommunikering till IVO att man anser att tillståndet för Södra villan är otydligt i sin skrivning. Verksamheten har informerat placerande nämnd om att de inte har tillstånd för att ha barnet placerat och ansvarig nämnd söker andra placeringsalternativ [REDACTED]. Verksamheten avser att fortsättningsvis följa sitt tillstånd. Verksamheten har efter inspektionen den 19 juni 2018 ansökt hos IVO:s tillståndsenhet (dnr 6.3.2-20869/2018) om förändring av målgrupp på bl.a. Södra villan. De har ansökt om att barn 0-6 år även ska kunna skrivas in för utredning och behandling. Beslut är ännu inte fattat i frågan.

På Prästgården har verksamheten tillstånd för åtta platser och kan ta emot ensamma barn 3-12 år för utredningsplaceringar samt skyddsplaceringar eller akutplaceringar om maximalt 14 dagar. På Prästgården bedrivs inte behandling. Vid inspektionen var fyra ensamplacerade barn inskrivna, 9-11 år.

Vid inspektionen framkom att ett barn hade varit placerad på Prästgården i över sex månader. IVO reagerade på att detta var lång tid då enheten inte bedriver behandling. I samtal med föreståndaren uppger hon att barn i första hand utreds under 12 veckor men ibland har nämnden lämnat ett fördjupat utredningsuppdrag. [REDACTED]

IVO har erhållit den vårdplan som verksamheten först fått från nämnden gällande barnet. [REDACTED]

Föreståndaren uppger att de efter 12 veckor enbart fått ett muntligt uppdrag från nämnden om att fortsätta utreda. I journal framgår följande "handläggare förklarade att ny handläggare inte börjat än men att uppdraget skulle vara en fördjupning av det första uppdraget". Det

framgår inte några frågeställningar om vad verksamheten ska utreda gällande barnet.

Vid samtal i juni med socialsekreterare i den placerande nämnden framgår att barnet inte längre är placerat i verksamheten. Barnet placerades om [REDACTED] då verksamheten informerat om att de inte har tillstånd att ha kvar hen på en utredningsplacering. Verksamheten har uppgivit för nämnden att det var en "specialplacering" att barnet varit inskriven så länge. Socialsekreteraren uppger att det råder tveksamheter kring om det varit en utredningsplacering eller behandlingsplacering och att det varit otydligt vilket kan ha berott på en miss i kommunikationen. I barnets vårdplan [REDACTED]
[REDACTED]

Lokalerna och föreståndaren var vid inspektionen desamma som anges i tillståndet.

Verksamheten hade vissa brister i dokumentationen av lämplighetsbedömning vid beslut om inskrivning

IVO bedömer att verksamheten fortfarande hade vissa brister i dokumentationen av lämplighetsbedömning vid beslut om inskrivning då det saknas delar av vad som enligt 3 kap 2-3 § § HSLF-FS 2016:55 ska finnas dokumenterade. IVO följde vid inspektionen upp tidigare beslut (dnr 8.4.2-855/2017) där IVO ställt krav på åtgärder då verksamheten hade brister gällande lämplighetsbedömningar. Då verksamheten uppger att de framöver kommer att dokumentera de delar som saknas avstår IVO från att ställa krav.

IVO har granskat verksamhetens senaste inskrivningsbeslut med tillhörande lämplighetsbedömning. Inskrivningsbeslutet rörde en akutplacering och verksamheten har i sitt yttrande till IVO uppgett att de vid tillfället för inskrivningen hade fått begränsad information från socialtjänsten. Verksamheten inhämtade mer information gällande barnet efter inskrivningen och inget framkom som påvisade att verksamheten inte skulle ha kompetens för att ta emot barnet. IVO vill dock påtala att även om det endast finns knapphändig information om ett barn så måste verksamheten ändå göra de bedömningar och ställningstaganden som enligt förordning och föreskrift ska ske.

Den granskade lämplighetsbedömningen saknade dokumentation gällande om hur barnets behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder verksamheten har. Vad avser bedömningen av om vården kan ges under trygga och säkra former så är endast en kryssruta ifylld och det saknas en motivering. Detsamma vad avser om placeringen kan innebära en negativ påverkan mellan de placerade, där finns endast angivet att det inte finns några risker med placeringen och i övrigt saknas en motivering.

Verksamheten uppger i sitt yttrande till IVO att de nyligen börjat använda en bedömningsmall som är framtagen inom Humana. I takt med att mallen blir mer inarbetad i verksamheten så är det sannolikt att verksamheten kommer att få med avgörande uppgifter för att göra en bra matchning.

Personal har vid upprepade tillfällen hållit fast och lagt ned ett barn på golvet

IVO kan inte bedöma, utifrån de uppgifter som framkommit, om personalens agerande varit försvarligt, utifrån nöd och nödvärn, vid fasthållning och nedläggning av ett barn upprepade gånger. IVO vill dock erinra om att bestämmelserna om nöd och nödvärn, som avhandlas nedan, inte kan användas för rutinmässiga ingripanden utan bestämmelserna är avsedda för enstaka händelser.

I 24 kapitlet brottsbalken (BrB) finns bestämmelser om nödvärn och att genom nöd avvärja angrepp på person eller egendom. Om ett inskrivet barn hotar eller utövar våld mot andra inskrivna kan personalen enligt bestämmelserna i 24 kap. BrB ha rätt att ingripa för att skydda de andra inskrivna. Det som görs ska vara försvarligt med hänsyn till omständigheterna. Ytterst blir det åklagare och domstol som avgör vad som är försvarligt och alltså utgör lagligt handlande i nödvärn eller i nöd.

Av 1 kap 1 § SoL framgår bl.a. att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Vidare framgår av 3 kap 3 § SoF att verksamheten vid ett HVB ska bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet upplevs som meningsfull, och den enskildes integritet ska respekteras. De insatser som görs ska anpassas till den enskildes behov och förutsättningar.

Enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381), FB, har barn rätt till omvårdnad, trygghet och god fostran. Barn ska behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. Av 6 kap. 2 § FB framgår vidare bl.a. att den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren svarar för att barnet står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas för att förhindra att barnet orsakar skada för någon annan. Personalen på ett HVB ska enligt IVO svara för omständigheterna nämnda ovan, på samma sätt som en vårdnadshavare skulle ha gjort.

Vid samtal med ett inskrivet barn [REDACTED] framkommer att [REDACTED] flera gånger blivit nedlagd på golvet av personal då [REDACTED] enligt egen uppgift gjort dumma saker. Detta ska enligt barnet ha skett vid ungefär 10-20

tillfällen. Verksamheten uppger i sitt yttrande till IVO i samband med kommunikering av beslutsunderlaget att det finns sju incidenter inrapporterade där det framgår att personal hållit fast och lagt ned barnet som [REDACTED]. Vidare uppger verksamheten att barnet [REDACTED]. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Det har förekommit att personal [REDACTED] tvingats agera i nödvärn. Nedläggningarna har aldrig använts som en metod utan endast i nödsituationer enligt verksamheten. Efter incidenterna har personal pratat med [REDACTED]. Personalen har arbetat lågaffektivt och målsättningen har varit att skapa så bra dagar som möjligt för barnet [REDACTED].

Verksamheten har enligt IVO en skyldighet att försäkra sig om att alla barn och unga som placeras känner sig trygga. Fasthållning i olika former kan upplevas som mycket integritetskränkande och innebära ett allvarligt ingrepp i barnets personliga integritet. Verksamheten har ett ansvar för att inskrivna barn kan hanteras och ges vård och omsorg inom ramen för vad lagen tillåter samt att efter en händelse då fysiskt ingripande bedömts nödvändigt, följa upp och analysera hur verksamheten ska arbeta för att undvika att en sådan situation inträffar igen. Ytterst är det föreståndarens ansvar att se till att inga barn placeras vid hemmet som inte är möjliga att hantera inom ramen för de bestämmelser som hemmet ska följa (se 3 kap. 11 § SoF samt 3 kap. 2-3 §§ HSLF-FS 2016:55).

Verksamheten sammanställer och analyserar inkomna synpunkter, klagomål och rapporter

IVO bedömer att verksamheten sammanställer och analyserar inkomna synpunkter, klagomål och rapporter i enlighet med 5 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO följde vid inspektionen upp tidigare beslut (dnr 8.4.2–855/2017) där IVO konstaterat brister då verksamheten inte sammanställde och analyserade inkomna synpunkter, klagomål och rapporter som inkom. Vid inspektionen uppger föreståndaren att detta nu görs. Föreståndaren uppger att det finns en rutin gällande att sammanställningar och analyser ska göras årsvis. Föreståndaren har gjort en sammanställning och analys och uppger att hon bl.a. kan se att det varit rörigt i personalgruppen.

Personalen har relevant utbildning utifrån kraven i gällande föreskrift

IVO bedömer att personalen har relevant utbildning i enlighet med 5 kap 2 § HSLF-FS 2016:55. Där framgår bl.a. att personal på HVB ska ha den utbildning och erfarenhet som behövs för att kunna utföra sina

arbetsuppgifter. Personal som ger behandling enligt en viss metod ska även ha en relevant utbildning för metoden. I de tillhörande allmänna råden framgår att personalen bör ha minst en två-årig eftergymnasial utbildning och att flertalet bör ha en utbildning med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap.

IVO följde vid inspektionen upp tidigare beslut (dnr 8.4.2–855/2017) där IVO ifrågasatte om verksamhetens personal fullt ut hade den utbildning som krävdes för att den sammantagna kompetensen skulle ge förutsättningar för att möta målgruppens behov av vård och säkerställa en trygg och säker vård. Detta mot bakgrund av att en så liten andel av behandlingsassistenterna nådde upp till rekommendationen, gällande eftergymnasial utbildning, i det allmänna rådet. Vid inspektionen framkom att verksamheten idag har fler personal med relevant utbildning. Det har anställts personal som har minst två-årig vidareutbildning som behandlingsassistent. Verksamheten har även anställt två personer som har utbildningar i utlandet motsvarande en socionomutbildning i Sverige. Vid nyanställning kräver verksamheten att personal ska ha minst två-årig eftergymnasial utbildning.

Verksamheten har vidtagit planerade åtgärder avseende en utredning enligt lex Sarah

IVO bedömer utifrån uppgifter från föreståndaren att verksamheten vidtagit planerade åtgärder utifrån den lex-Sarah utredning som inkommit till IVO och följt upp att åtgärderna fått avsedd effekt. Av 14 kap. 7 § SoL framgår att ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande snarast ska anmälas till IVO. Den utredning som gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan. Att verksamheten ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet framgår av 5 kap. 7 § SOSFS 2011:9 och av 5 kap. 2 § samma föreskrift framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll.

Vid inspektionen gjordes en uppföljning av en lex Sarah-anmälan som inkom från verksamheten till IVO 20 november 2017. Anmälan handlade om att ett barn uttryckt rädsla för en personal samt att arbetsmiljön kan utgöra påtagliga risker för placerade barn.

Vid inspektionen uppger föreståndaren att ett stort arbete lagts på åtgärder i detta fall. All personal har gått en kurs i utvecklingspsykologi och lågaffektivt bemötande och all personal har haft utvärdering gällande sin värdegrund. Ledningen har förstärkts genom att ledningen är mer nära och en del i verksamheten. Enligt föreståndaren har åtgärderna fått avsedd effekt och fortsatt uppföljning kommer att ske.

Verksamheten har ett genomtänkt arbetssätt som ger förutsättningar att möta varje ungdom utifrån mående och behov
IVO bedömer att verksamheten har ett genomtänkt och relevant arbetssätt för den målgrupp som hemmet är avsett för i enlighet med 4 kap. 1 § HSLF-FS 2016:55. IVO bedömer också att verksamheten har förutsättningar att bemöta varje individ utifrån hens individuella mående och behov. I 3 kap 3 § SoF, anges att insatser på HVB ska anpassas till den enskilda individens behov och förutsättningar.

Vid inspektionen uppger föreståndaren att verksamheten har en grundstruktur i vardagen kring bl.a. mattider, skola, förskola, aktiviteter som anpassas efter den enskildes behov. Sedan föreståndaren började i verksamheten så har förändringar gjorts kring arbetssättet. Numera är det mindre fokus på fasta regler och mer fokus på individuella anpassningar. Verksamheten har tidigare styrts med mycket regler och rutiner.

Personalen uppger att arbetssättet anpassas efter de barn som är inskrivna och utifrån nämndens uppdrag. Det finns en grundstruktur i verksamheten som anpassas efter det individuella barnet. Personalen försöker ordna aktiviteter som flera barn kan delta i och en individuell veckoplanering görs för varje barn där barnet själv får önska individuella aktiviteter.

Det är barnets kontaktperson som ansvarar för veckoplaneringen med barnet. I möjligaste mån försöker man motivera barnet till aktiviteter som hjälper barnet att träna på sådant som behöver utvecklas, utifrån behovsområdena i genomförandeplanen.

Personalen arbetar lågaffektivt. För vissa barn arbetar personalen i mindre team t.ex. om barnen är utagerande. Verksamheten har i övrigt en miljöterapeutisk inriktning. Personalen försöker få in barn i skolan så fort som möjligt eller att barnen får komma till öppna förskolan då det är viktigt att de får träffa andra barn.

Verksamheten genomför individuellt anpassade insatser som utgår från nämndens uppdrag

IVO bedömer att verksamheten genomför insatserna utifrån nämndens uppdrag i samarbete med de inskrivna och att de anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar och önskemål. Att så ska göras följer av 3 kap. 3 § SoF.

IVO bedömer även att verksamheten utformar vården så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön i enlighet med 6 kap. 1 § SoL.

I tillsynen uppger föreståndaren och personal att en genomförandeplan upprättas som utgår från nämndens uppdrag tillsammans med den

berörda. Genomförandeplanen ska vara ett levande dokument som uppdateras regelbundet. Personal uppger att insatserna alltid anpassas utifrån barnens behov och svårigheter och det görs alltid en individuell planering kring varje barn. Personalen diskuterar alla barn på behandlingskonferenser och överlämningar mellan personal sker mellan varje arbetspass. Personalen har också ansvar för att gå in i verksamhetssystemet och läsa i journaler.

Enligt föreståndaren har hon inte varit med om att ett barn inte vill delta i den planering som finns däremot har det någon gång hänt avseende föräldrar. Föreståndaren uppger att de ändå brukar nå fram genom att arbeta motiverande och informera föräldern flera gånger vid behov.

Vad rör att främja barnets samhörighet med föräldrar så är personalen flexibla och försöker hitta lösningar oavsett. För de barn som får ha kontakt med föräldrar används mycket telefon och Skype. Personalen åker med på umgängen med barnen och kan vara med och övernatta på hotell för att hjälpa till. Personalen anpassar sig mycket för att barnen ska kunna ha kontakt. Där det finns umgängesbegränsningar som placerande nämnd beslutat om och då barnen inte får ha så mycket kontakt med anhöriga gör personalen andra saker som t.ex. hjälper barnen att skriva brev och ritar teckningar.

Verksamheten följer upp insatserna

IVO bedömer att verksamheten följer upp de insatser som ges i syfte att säkerställa att dessa är av god kvalitet. Att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet framgår av 3 kap. 3 § SoL. Däremot konstaterar IVO att det av dokumentationen inte tydligt framgår hur formerna för uppföljning i det enskilda fallet ska ske och vilka åtgärder som vidtagits för att följa upp insatsen mot fastställda mål. I ett ärende framgick heller inte av dokumentationen vilken planering som görs med barnet. IVO vill uppmärksamma verksamheten om att det av ett allmänt råd till bestämmelsen i 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 framgår att detta bör dokumenteras i en genomförandeplan.

IVO bedömer även att verksamheten efter klagomål och synpunkter på vården utreder och vidtar de åtgärder som krävs för att de enskilda ska få de insatser de är berättigade till. Att verksamheten ska ta emot och utreda inkomna klagomål och synpunkter framgår av 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9. Vidare framgår av 5 kap. 7 § samma föreskrift att på grundval av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska de åtgärder vitas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Föreståndaren uppger att bristerna i granskningen av dokumentationen rör sig om dokumentationsbrister och inte om faktiska brister och att detta ska ses över. Föreståndaren och personal uppger att verksamheten följer upp insatsen och genomförandeplanen vid behandlingskonferenser var tredje vecka. På behandlingskonferensen

går personalen igenom varje klient och bestämmer hur de ska arbeta framåt. Behandlingskonferensen dokumenteras i ett protokoll som personalen kan ta del av.

Enligt föreståndare och personal har det inte inkommit några klagomål på insatsen men om det skulle komma in något lyfter personalen detta med föreståndaren. Eventuella klagomål dokumenteras och föreståndaren är ansvarig för att utreda dessa och vidta åtgärder vid behov.

Verksamheten samverkar med placerande nämnd och det finns kända rutiner för samverkan

IVO bedömer att verksamheten i enlighet med 3 kap. 4 § SoF fortlopande samarbetar med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver samt att det enligt 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9 finns rutiner för samverkan. Av 6 kap. 1 § samma föreskrift följer bl.a. att den som bedriver socialtjänst ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med rutinerna.

IVO bedömer också att verksamheten i enlighet med 4 kap. 2 § HSLF-FS 2016:55 samverkar med nämnden avseende den placerade ungdomens behov och andra faktiska omständigheter som har betydelse för vården.

Enligt föreståndaren fungerar samverkan bra med socialtjänsten. Ibland byts det socialsekreterare under placeringstiden vilket gör det svårt. Verksamheten har rutiner för samverkan med nämnden. Om det framkommer nya behov hos barnet under placeringen tas detta upp det med socialtjänsten. Ibland kan verksamheten behöva förändra saker som t.ex. att ha mer personal utifrån problematiken.

Synpunkter från inskrivna lämnades till verksamheten för vidare hantering

IVO överlämnar i samband med tillsynen synpunkter från inskrivna till verksamheten för vidare hantering i enlighet med 5 kap 3 § SOSFS 2011:9.

Vid inspektionen uppger de flesta barn och den inskrivna föräldern att de känner sig trygga och säkra med personalen och att det fungerar bra med övriga inskrivna barn. De flesta anger att de tycker att de får hjälp med det de behöver. Ett barn uppger dock att hen är ledsen. Hen sover inte på nätterna och vill inte väcka personalen. Barnet berättar att hen upplevt sig orättvist behandlad då hen inte fått åka med till badhuset och förstod inte varför. [REDACTED]

[REDACTED] Enligt barnet har personalen sagt att man kan hamna på SiS om man rymmer. Barnet

uppges också att hen upplever att personalen är mer bestämda mot hen än de andra barnen och hen tror att det kan bero på [REDACTED]

Av verksamhetens yttrande vid kommunikering framgår bl.a. att barnet endast varit placerad i verksamheten i [REDACTED] IVO samtalar med hen. Barnet ger uttryck för att hen befinner sig i en ny och obekväm situation där hen har en stark önskan om att få flytta hem till sin förälder. Barnet har en personal riktad mot sig som uppmärksammar hens behov. Den grundläggande känslan av att inte vara lyssnad till och rädslan för att inte våga prata med personalen på nattetid är bekymmersam och verksamheten har att fortsatt möta och stödja genom att fortsatt finnas nära barnet och lyssna på barnets behov.

Gällande att [REDACTED]

[REDACTED] I verksamheten pågår ett ständigt arbete med att hantera och korrigera beteendeyttringar. [REDACTED]

Kommunicering

Verksamheten har kommunicerats och haft möjlighet att yttra sig över IVO:s beslutsunderlag i ärendet.

Underlag

- Inspektionsprotokoll daterat 11 april 2018
- Verksamheten har själv granskat fem akter inför inspektionen vad gäller dokumentation av uppdraget samt genomförande och uppföljning av insatser. Mallar för detta har upprättats.
- IVO: s två mallar för kontroll av verksamhetens egengranskning.
- Verksamhetens senaste inskrivningsbeslut med tillhörande lämplighetsbedömningar
- IVO: s tidigare beslut med dnr 8.4.2-855/2017
- Beslut lex Sarah-utredning med dnr 8.1.2-41955/2017
- Vårdplan och svar gällande inskriven [REDACTED] från verksamheten inkommit till IVO 25 april 2018
- Journalanteckning gällande inskriven [REDACTED] från verksamheten inkommit till IVO 7 maj 2018
- Inkommande yttrande från verksamheten 7 maj 2018
- Tjänsteanteckning; telefonsamtal med socialtjänsten i [REDACTED] från 12 juni 2018

- Tjänsteanteckning; telefonsamtal med socialtjänsten i [REDACTED] från 21 juni 2018

Ytterligare information

Enligt 3 kap. 19 § SoF, ska IVO: s tillsyn över stödboenden och HVB som tar emot barn eller unga omfatta regelbundna inspektioner. Inspektioner ska göras minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och unga som samtycker till det.

Fokus för IVO: s tillsyn vid detta tillfälle är vårdens innehåll, utifrån personalens arbetssätt, genomförande och uppföljning av insatser samt samverkan med socialnämnden. Tillsynen har i detta ärende även omfattat uppföljning av tidigare beslut samt följt upp en lex Sarah som verksamheten skickat till IVO.

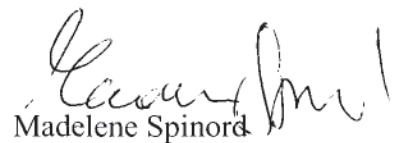
IVO genomförde en anmäld inspektion på Platea 11 april 2018. Vid inspektionen intervjuades föreståndaren och två representanter från personalen. Vid inspektionen samtalade IVO med fem barn och en förälder.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Annika Lundell. I den slutliga handläggningen har inspektören Jessica Myhre deltagit. Inspektören Madelene Spinord har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Annika Lundell



Madelene Spinord



BESLUT

Exp. 2019-11-11/MK

2019-11-11 Dnr 8.4.2-10889/2019-15

1(2)

Platea AB

Köpmangatan 9

683 30 HAGFORS

Ärendet

Återrapportering av vidtagna åtgärder gällande att verksamheten brustit i lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning samt brustit i sitt systematiska kvalitetsarbete.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att huvudmannen vidtagit relevanta åtgärder för att säkerställa kvaliteten avseende uppmärksammade brister. IVO kommer att följa upp arbetet med lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning samt verksamhetens systematiska kvalitetsarbete med utredningsarbete gällande avvikelser under kommande tillsyn för att se om åtgärderna gett avsedd effekt.

Huvudmannen har den 24 september och med kompletteringar den 30 oktober 2019 redovisat att de kommer ha en rutin om att alla lämplighetsbedömningar ska gå igenom föreståndare oavsett vem som skriver in barnet för att förbättra lämplighetsbedömningarna. Verksamheten har även ett kollegialt utbyte med annan Humana enhet, gällande att avidentifierat göra jämförelser mellan inskrivningsdokumenten. Åtgärderna har vidtagits omedelbart. Vidare framkommer av redogörelsen att verksamheten har utrett orsakerna till avvikelserna samt genom egenkontroll analyserat ytterligare lämplighetsbedömningar och därefter vidtagit åtgärder.

Underlag

- Huvudmannens yttrande från den 24 september och den 30 oktober 2019.

Ytterligare information

IVO beslutade den 21 augusti 2019 att ställa krav på huvudmannen utifrån följande brist såsom att:

- Lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning brister, verksamheten vidtar därmed inte de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson.
Inspektören Magnus Lagerqvist har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Thomas Persson



Magnus Lagerqvist

**BESLUT**

2019-08-21 Dnr 8.4.2-10889/2019-6

1(8)

Platea AB
Köpmangatan 9
683 30 HAGFORS

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Platea HVB i Hagfors. Tillsynen har vid detta tillfälle främst varit inriktad på att granska lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning, arbetssätt och metoder, hantering av klagomål samt tillståndsefterlevnad.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet men påtalar följande brister:

- Lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning brister, verksamheten vidtar därmed inte de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

IVO begär med stöd av 13 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL att huvudmannen redovisar sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som huvudmannen har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärden genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast den 27 september 2019.

Om bristerna inte avhjälpas, kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga huvudmannen att vidta åtgärder.

Skälen för beslutet

IVO har vid tillsynen konstaterat ovanstående brister. Utöver ovanstående bedömer IVO att:

- Verksamheten har arbetssätt och metoder som är relevanta i förhållande till den målgrupp som hemmet är avsett för. Det har dock framkommit motstridiga uppgifter om hur verksamhetens personal agerar i konfliktsituationer. IVO kommer därför att följa upp detta i nästa tillsyn.
- Verksamheten tar emot och utreder klagomål
- Verksamheten bedrivs i enlighet med tillståndet

Lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning brister och verksamheten vidtar inte de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

IVO konstaterar att verksamhetens lämplighetsbedömningar vid beslut om inskrivning brister då det saknas flertalet uppgifter som enligt förordning och föreskrift ska framgå. IVO bedömer att det är allvarligt och anmärkningsvärt att verksamheten inte haft förmåga att rätta till bristerna mot bakgrund av att dessa påtalats i IVO:s två föregående frekvenstillsyner.

De uppgifter som ska bedömas, beaktas och dokumenteras återfinns bl.a. i 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF där det framgår att det vid inskrivningsbeslutet särskilt ska kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. Vidare framgår av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLFS 2016:55) om hem för vård eller boende att om socialnämnden ansöker om inskrivning för en person, ska den som beslutar om inskrivningen vid lämplighetsbedömningen utgå från nämndens bedömning av vilket behov av vård som personen har och redogörelse för omständigheterna i övrigt kring personen. Av 3 kap. 3 § samma föreskrift framgår att vid lämplighetsbedömningen ska den som beslutar om inskrivningen särskilt beakta hur personens behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Det ska även göras en bedömning av om vården kan ges under trygga och säkra former. Vidare ska det beaktas om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade personerna.

Av bestämmelsens allmänna råd framgår att det bör beaktas om skillnader i problembild, ålder och mognad samt kön mellan de placerade personerna kan komma att påverka placeringen negativt.

I 3 kap. 4 § HSLF-FS 2016:55 anges att bedömningen av att ett HVB är lämpligt för ett barn eller en ung person ska dokumenteras.

IVO har påtalat brister avseende lämplighetsbedömning vid beslut om inskrivning i de två senaste tillsynerna 2017 och 2018 samt ställt krav på att verksamheten ska säkerställa att verksamheten följer gällande lagstiftning. Verksamheten har i samband med IVO:s senaste beslut också redovisat för IVO vilka åtgärder de ska vidta för att bristerna ska upphöra. Mot bakgrund av att bristerna ändå återkommer bedömer IVO även att det finns brister i verksamhetens kvalitetsarbete. Av 5 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att verksamheten på grundval av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. En av dessa aktiviteter är att verksamheten enligt 5 kap. 3 § samma föreskrift

ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat myndigheter.

IVO har under tillsynen inhämtat två inskrivningsbeslut, ett vardera från verksamhetens två enheter. Beslutet avseende inskrivning vid Södra Villan visar att det i den tillhörande lämplighetsbedömningen saknas flertalet uppgifter som ska finnas med. Exempelvis saknas uppgifter om den enskildes behov, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. Vidare saknas uppgifter om hur hemmet beaktat hur den enskildes behov kan tillgodoses med hänsyn taget till de arbetssätt och metoder som hemmet använder och personalens kompetens. Utöver det saknas uppgifter om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade personerna. Beslutet avseende inskrivning vid Prästgården visar att det i den tillhörande lämplighetsbedömningen saknas uppgifter om exempelvis den enskildes utveckling och utbildning.

Verksamheten har arbetssätt och metoder som är relevanta i förhållande till den målgrupp som hemmet är avsett för

IVO bedömer att verksamheten har arbetssätt och metoder som är relevanta i förhållande till den målgrupp hemmet är avsett för vilket är i enlighet med vad som anges i 4 kap. 1 § HSLF-FS 2016:55.

IVO har dock svårigheter att bedöma om vissa specifika händelser som framkommit i tillsynen varit i förenlighet med lagstiftningen. Detta då det framkommit olika beskrivningar av händelser och hur de har hanterats.

IVO vill mot bakgrund av den starka negativa känslomässiga påverkan som situationer när personal lägger ned barn kan medföra betona verksamhetens ansvar för att inskrivna barn kan hanteras och ges vård och omsorg inom ramen för vad lagen tillåter samt verka för att barnen ska uppleva hemmet som tryggt.

Ytterst är det föreståndarens ansvar att se till att inga barn placeras vid hemmet som inte är möjliga att hantera inom ramen för de bestämmelser som hemmet ska följa (se 3 kap. 11 § SoF samt 3 kap. 2-3 §§ HSLF-FS 2016:55). Mot bakgrund av verksamhetens målgrupp, med enligt verksamheten bland annat kraftfullt utagerande barn, är det enligt IVO av särskild betydelse att verksamheten mycket noga bedömer och dokumenterar om en placering kan innebära negativ påverkan mellan de placerade personerna samt om vården kan ges under trygga och säkra former.

Barn har i tillsynen beskrivit att de bevittnat att andra inskrivna barn lagts ned av personal, bland annat på mage med händerna bakom ryggen och med personals knä placerat över händerna. Vidare att det väckt rädsla hos barnen för situationerna som sådana. Verksamheten å sin sida bestrider att nedläggningar skett på det sätt som angetts av

barnen men tillstår att nedläggningar kan ske i vissa sällsynta lägen utifrån nödvärn.

I 24 kapitlet brottsbalken (BrB) finns bestämmelser om nödvärn och att genom nöd avvärja angrepp på person eller egendom. Om ett inskrivet barn hotar eller utövar våld mot andra inskrivna kan personalen enligt bestämmelserna i 24 kap. BrB ha rätt att ingripa för att skydda de andra inskrivna. Det som görs ska vara försvarligt med hänsyn till omständigheterna. Ytterst blir det åklagare och domstol som avgör vad som är försvarligt och alltså utgör lagligt handlande i nödvärn eller i nöd.

Av 1 kap 1 § SoL framgår bl.a. att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Vidare framgår av 3 kap 3 § SoF att verksamheten vid ett HVB ska bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet upplevs som meningsfull, och den enskildes integritet ska respekteras. De insatser som görs ska anpassas till den enskildes behov och förutsättningar.

Enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381), FB, har barn rätt till omvårdnad, trygghet och god fostran. Barn ska behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. Av 6 kap. 2 § FB framgår vidare bl.a. att den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren svarar för att barnet står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas för att förhindra att barnet orsakar skada för någon annan. Personalen på ett HVB ska enligt IVO svara för omständigheterna nämnda ovan, på samma sätt som en vårdnadshavare skulle ha gjort.

Vid föregående tillsyn och inspektion som genomfördes i april 2018 framkom uppgifter om att personal vid Platea lade ned och höll fast ett barn vid upprepade tillfällen vilket då även bekräftades av verksamhetens egna incidentrapporter. IVO:s ställningstagande i föregående tillsyn och beslut var att IVO då inte kunde bedöma, utifrån de uppgifter som framkommit, om personalens agerande varit försvarligt, utifrån nöd och nödvärn, vid fasthållning och nedläggning av ett barn upprepade gånger. IVO ville dock erinra om att bestämmelserna om nöd och nödvärn, som avhandlades i beslutet, inte kan användas för rutinmässiga ingripanden utan bestämmelserna är avsedda för enstaka händelser.

I samtal med barn vid Prästgården framkom åter uppgifter om nedläggning. Inskrivna barn uppger bland annat att om det blir bråk kan personalen ta tag i barnen och lägga ned dem på golvet. Det har aldrig hänt någon av dem som bor på Prästgården men det hände andra barn när två av flickorna bodde där. Flickorna uppger att det hände en pojke

i samband med att [REDACTED]

[REDACTED] Barnen fick efter händelsen heller inte någon kvällsfika. Barnen uppger att om barn blir aggressiva kan personal ta ned barnen på golvet. De lägger ned barnet på magen, med händerna på ryggen, med ett knä över händerna. De skriker ”lugna ned dig, lugna ned dig”, sedan får de inget kvällsfika. De barn som såg detta har varit rädda för personalen när de lägger ned barn på golvet, de blir rädda när personalen höjer rösten och de är rädda för att de själva ska bli nedlagda på golvet.

Föreståndaren uppger att det inte förekommer nedläggningar på det sättet som barnen beskriver. Det finns en beskrivning om att armar korsats bakom ryggen samt att personal satt ett knä i ryggen. Detta är något som föreståndaren inte tror har skett då personal inte skulle göra på ett sådant sätt. Om de är tvungna att göra en sådan sak så ska armarna på barnen vara rakt ut för att andningsvägarna ska vara fria. Föreståndaren uppger att de inte gör sådant regelmässigt utan endast i de situationer där de behöver skydda barnet, andra barn eller personal. I de lägen där det är skadeläge så måste de ta till nödvärn på så sätt att personalen ibland måste ta tag i dem.

Det händer att personal lyft in barn på rummet eller hållit om dem i syfte att lugna ner situationen och få slut på att de angriper varandra eller personal.

Enhetschef vid Prästgården uppger att han inte har varit med om någon situation där personalen ”gått över gränsen”. Det har förekommit nedläggning i extrema situationer när personal inte lyckats lugna ner barnet och när de bedömt att det funnits risker för barnet i situationen.

Personalen arbetar enligt föreståndaren lågaffektivt. De flesta situationer klarar verksamheten av att avvärja med de arbetssätt de har. Föreståndaren bedömer att i 80 % av alla situationer kan de förebygga, avleda och förhindra att aggressionsutbrott sker men när utbrottet har nått sin kulmen så kan de ibland behöva häva det med nödvärnrätten.

Föreståndaren har inte varit med vid de beskrivna situationerna men utebliven mat är inget verksamheten bestraffar med. Personal kan ha sagt till barnen att de ska lugna ner sig. Föreståndaren vet inte varför barnen beskriver det på det sätt de gör, om det är ”stories”. Barn som bor och har bott på Platea hittar varandra på sociala medier och skapar där ”stories” om Platea enligt föreståndaren. Detta är känt för dem. Föreståndaren uppger att hon har svårt att tro att personal lagt armarna bakom ryggen på någon och lagt ett knä på ryggen eller att barnen blivit bestraffade med att inte få mat.

Av tillsynen framkommer att verksamheten arbetar med personal som bland annat utbildats i studio 3 (lågaffektivt bemötande), Connect (anknytningsbaserat program), TMO (Trauma medveten omsorg) samt att personalen ges handledning. Dessa metoder används för deras målgrupp som bland annat är barn med grava psykosociala problem

eller som växt upp i hem med allvarliga brister. Det är barn som kan agera ut och då så kraftfullt att de kan skada både sig själva och andra barn. Utöver det så hålls enligt föreståndaren diskussioner levande på behandlingskonferenser om vad personal får och inte får göra.

IVO har efter att barnens uppgifter uppmärksammades vid inspektionstillfället tagit del av det yttrande och den utredning verksamheten därefter genomfört och bedömer att verksamheten tagit barnens uppgifter på allvar. Utredningen där berörda barn och personal fått komma till tals kring barnens uppgifter belyser aktuella situationer men berör även exempel på andra situationer där barn agerat ut och personal ingripit fysiskt. Det framkommer uppgifter om vad som hänt, vem som gjort vad och när samt vilka tankar, känslor och beteenden som det väckt. Utöver det har verksamhetens analyser, reflektioner och bedömningar samt redogörelser för bland annat utbildningsinsatser för personal redovisats. IVO bedömer att verksamheten därigenom verkat för att klargöra omständigheterna och förhindra att nya situationer med nedläggning ska uppstå. IVO kommer att följa upp verksamhetens arbetssätt och metoder vid konfliktsituationer i kommande tillsyn.

Verksamheten tar emot och utreder klagomål

IVO bedömer att verksamheten tagit emot och utrett de två aktuella klagomål som granskas i tillsynen och konstaterar att verksamheten inte funnit några brister i verksamhetens kvalitet avseende dessa även om de ser att det kan finnas behov av att göra en förbättring och förtydliga viss information. Av 5 kap 3 § SOSFS 2011:9 framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Vidare att, enligt 5 kap. 7 § i samma föreskrift, på grundval av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

IVO har tagit emot två enskilda klagomål gällande Platea HVB. Det ena rör en flicka som anmälarna anser inte fått rätt vård och den andra rör en pojke där anmälarna anser att personal inte skapat tillräckliga goda förutsättningar inför samtal samt inte agerat professionellt. Verksamheten har även de tagit emot klagomålen. De har utrett dem och gjort bedömningen att de inte brustit i kvalitet i de delar som rör klagomålen men att de mot bakgrund av kritiken i det andra klagomålet kan vara tydligare med förutsättningarna för samtal på enheten.

Tillståndsefterlevnad

IVO bedömer att verksamheten följer sitt tillstånd. Av 13 kap. 2 §, SoL framgår att tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att den verksamhet som avses i 7 kap. 1 § första stycket SoL uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Av detta följer att tillsynen omfattar tillståndsefterlevnad.

Platea HVB drivs av Platea AB. Verksamheten har vid Södra Villan tillstånd att ta emot familjer och barn med relationsproblem och psykosociala problem, anknytningsproblem samt behov av gränssättningsstöd. Barn (ev. syskonkombinationer) med grava psykosociala problem. Gravida kvinnor med eller utan partner för senare utredning tillsammans med barnet. Ensamma barn 0 t.o.m. 5 år för akutplacering, ensamma barn 6 år t.o.m. 12 år för akut- och utredningsplacering och/eller behandling (syskon upp till 16 år) samt familjer med barn 0-12 år för akut- och utredningsplacering och/eller behandling (syskon upp till 16 år).

Vidare har Platea tillstånd att vid Prästgården ta emot ensamma barn 3-12 år utan föräldrar. Placeringsorsaken är allvarliga brister i hemmet t.ex. vad gäller föräldraförmåga, missbruk eller akut psykisk ohälsa hos föräldrar, frihetsberövade föräldrar, psykisk/fysisk misshandel och/eller behov av skydd. Placering kan ske i form av akutplacering i maximalt 14 dagar, skyddsplacering eller utredningsplacering. Verksamheten arbetar inte med behandling. Verksamheten har 8 platser på respektive enhet.

Södra villan har vid inspektionstillfället 1 flicka och 4 pojkar inskrivna i åldrarna 8-12 år. Prästgården har 3 flickor inskrivna i åldrarna 8-11 år. Lokaler och föreståndare är desamma som vid föregående inspektion och överensstämmer med tillståndet. Enligt föreståndaren ingår den problematik barnen har för det som gäller för målgruppen. [REDACTED]

[REDACTED]

Underlag

- Enkät svar från inskrivna ungdomar som inkom till IVO innan inspektionen
- Verksamhetens självskattningsenkät som inkom till IVO innan inspektionen
- Inspektionsprotokoll daterat den 22 maj 2019
- Inskrivningsbeslut från den 22 februari och den 5 april 2019
- Enskilda klagomål med dnr. 7.3-31253/2018 och 7.3-12569/2019
- Verksamhetens två utredningar avseende ovanstående klagomål
- Verksamhetens yttrande om beslutsunderlaget som inkom den 3 juli 2019
- Tidigare beslut från IVO, dnr. 8.4.2-855/2017 och 8.4.2- 9355/2018
- Tillståndsbevis, dnr. 6.3.2-11026/2017

Ytterligare information

IVO ska enligt 3 kap. 19 §, SoF inspektera HVB för barn och unga minst en gång per år. Inspektionerna kan vara föranmälda eller oanmälda. Den som inspekterar verksamheten ska samtala med de barn och unga som samtycker till det.

IVO genomförde en föranmäld inspektion på Platea HVB den 21 maj 2019. Inspektörerna samtalade med föreståndaren för Platea och enhetschefen vid Prästgården samt sex inskrivna ungdomar, tre flickor och tre pojkar vid inspektionstillfället.

Före inspektionen fick de inskrivna barnen möjlighet att besvara en enkät från IVO med frågor om trygghet, säkerhet, integritet, behandling, bemötande, delaktighet, självbestämmande, boendemiljö och fritid. Föreståndaren fick besvara en självskattning med frågor om samma områden men även övrigt om personal m.m. Svaren har beaktats vid utformningen av tillsynens inriktning och utgjort underlag för beslut.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson. I den slutliga handläggningen har inspektören Christine Nilsenius deltagit. Inspektören Magnus Lagerqvist har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Thomas Persson

Magnus Lagerqvist



BESLUT

Exp 2019-03-05/ML

2019-03-05 Dnr 8.5-2221/2019-7

1(5)

Platea AB
Köpmangatan 9
683 30 HAGFORS

Ärendet

Tillsyn av Platea HVB (hem för vård eller boende) utifrån anonymt klagomål rörande [REDACTED] samt bristande kompetens inom personalgruppen.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer sammantaget utifrån de delar som granskats att verksamheten upprätthåller en trygg och säker vård för de inskrivna barnen. Utifrån de delar som IVO granskat i denna tillsyn har inga brister påträffats.

Inga uppgifter framkommer vid granskningen om [REDACTED]

IVO bedömer att verksamheten följer gällande regler om arbete [REDACTED] Av 2 kap. 3 § 2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF:FS 2016:55) om hem för vård eller boende framgår att den som bedriver verksamhet i form av HVB ska fastställa rutiner för hur personalen ska förebygga och uppmärksamma samt även agera vid kränkningar, övergrepp, hot, våld och självskadebeteende. Under granskningen framkommer inte några uppgifter, varken från de inskrivna barn IVO samtalat med eller från personal, som visar att det förekommer eller förekommit [REDACTED] Verksamheten har rutiner, arbetssätt och metoder för att [REDACTED] om sådana händelser skulle förekomma.

IVO har samtalat med inskrivna barn med anledning av de uppgifter som framkommer i anmälan. Samtal har också genomförts med föreståndare och personal om de uppgifter som framkommer i anmälan och inte någon av dem har uppmärksammat att det skulle förekomma eller ha förekommit [REDACTED] Barnen uppgav sammanfattningsvis att de känner sig trygga på boendet, att det inte inträffat saker som gjort dem ledsna och att ingen personal beter sig dumt mot dem. De uppgav att personal lyssnar samt att de får det stöd och den hjälp som de behöver från personalen. De uppgav även att det var nöjda med fritidsaktiviteterna. En av pojkarna önskade dock byta rum [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]. Föreståndaren är medveten om pojkens önskemål men uppger att det inte finns någon annan lösning som är möjlig. [REDACTED]
[REDACTED]

Föreståndaren har utifrån anmälan tagit upp uppgifterna på APT (arbetsplatsträff) med personalen på de båda enheterna, Södra villan och Prästgården. Vid dessa möten kom det inte fram något om att personal uppmärksammat något som skulle kunna [REDACTED]
[REDACTED]. Föreståndaren har själv erfarenhet av att ha [REDACTED]. Personalen känner enligt föreståndaren inte igen sig i beskrivningen i anmälan att de inte skulle våga anmäla missförhållanden. Föreståndarens bedömning är att de känner sig trygga i det rättspatos som råder vad gäller att anmäla. Personalen känner till skyldigheten att rapportera enligt lex Sarah. Föreståndaren har informerat dem om att hon har upprättat en lex Sarahrapport och utreder den utifrån uppgifterna i anmälan.

Personal uppger att ingen av dem har fått några signaler från kollegorna om att de [REDACTED]. Personalen har inte sett något förändrat beteende hos barnen heller eller att de sökt kontakt och velat prata.

Föreståndaren uppger att personalen tagit upp, eftersom verksamheten bedriver heldygnsvård med förhållandevis små barn, [REDACTED]
[REDACTED]. Personal tänker alltid på [REDACTED]
[REDACTED]. Verksamheten arbetar med barnen [REDACTED]
[REDACTED]. Barnen vet att de kan vända sig till all personal. Barnen har alltid en personal med sig under dagen, de lämnas inte ensamma. De flesta barn har 3 personal som arbetar i team runt dem.

Personal uppger att barnen även har informerats om vilka rättigheter de har, om IVO, BRIS (Barnens rätt i samhället), sin socialtjänst m.m. Det finns rutiner och personalen vet vad de ska göra om de får kännedom om att ett barn far illa. Personalen uppdateras enligt föreståndaren om rutinerna minst en gång per år. Ny personal får information i samband med introduktionen.

Personalen har sammantaget den kompetens som behövs för att möta de behov av vård som målgruppen har

IVO bedömer att personalen har den sammantagna kompetens som behövs för att kunna möta de behov av vård som målgruppen har och säkerställa en trygg och säker vård vilket är i enlighet med 5 kap 2 § HSLF:FS 2016:55. Där framgår att den övriga personalen i ett hem för vård eller boende ska ha den utbildning, erfarenhet och den personliga

lämplighet som behövs för att kunna utföra sin arbetsuppgifter. Personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov av vård som målgruppen har och säker ställa en trygg och säker vård.

Föreståndaren uppger att det vid inspektionstillfället arbetade 22 personer heltid. 11 personer har minst 2 årig eftergymnasial utbildning såsom socionom, beteendevetare, behandlingsassistent m.m. och 4 personer studerar för tillfället för att få det. 7 personal saknar relevant 2 årig eftergymnasial utbildning. Utöver det arbetar, 1 sjuksköterska, 1 barnpsykiatriker och 1 barnmorska deltid. 10 av vikarierna har 2 årig eftergymnasial utbildning såsom lärare, pedagoger, behandlingsassistenter m.fl. och 13 av vikarierna saknar relevant 2 årig eftergymnasial utbildning.

Socionomer och beteendevetare arbetar med utredningar enligt BBIC (barnens behov i centrum). All personal ska arbeta och dokumentera utifrån genomförandeplanen och de utredningsfrågeställningar som finns. Socionomerna och beteendevetarna leder utredningsarbetet men övrig personal deltar i utredningsarbetet. En utbildad får sällan göra observationer, det får de som har kunskap och erfarenhet göra och som bedöms mest lämpade. All personal bidrar med annan information t.ex. kring mat och sömnrutiner, hygien osv. till utredningen.

Utredningssamordnare sammanställer utredningen, värderar och bedömer allt i en kontext och har inte upplevt att det blivit kvalitetsbrister. Verksamheten har behandlingskonferenser där de pratar om barnen. Utredningssamordnare träffar även barnen och skapar sig en egen bild.

Verksamheten har rutiner för lex Sarah

IVO bedömer att verksamheten har rutiner för bestämmelserna enligt lex Sarah och att personalen känner till det vilket följer av 2 kap. 2 § och 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Verksamheten har enligt föreståndaren rutiner för lex Sarah som personalen känner till. Att det inte kommit in någon lex Sarah rapport under 2018 tror föreståndaren handlar om att det varit en bra balans i verksamheten. Verksamheten har ett nära ledarskap vilket medför att de hinner sätta stopp innan saker inträffar.

Verksamheten följer sammantaget tillståndet även om en avvikelse förekommer

IVO bedömer att verksamheten sammantaget följer sitt tillstånd även om en avvikelse från det förekommer. Enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att tillsyn enligt SoL innebär granskning av att den verksamhet som avses i 7 kap. 1 § SoL

uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, t.ex. tillståndsbeslut.

IVO bedömer vidare att verksamheten aktivt verkat för att [REDACTED] ska skrivas ut. IVO bedömer också att verksamheten angett relevanta och godtagbara orsaker till att utskrivning ändå inte genomförts men vill påtala vikten av att det oavsett orsak inte får bli ett systematiskt mönster att det sker avvikelser från tillståndet.

Av tillståndsbeviset framgår att verksamheten har plats för att ta emot 8 barn och ungdomar på enheten Södra villan där målgruppen är ensamma barn 0-5 år för akutplacering, ensamma barn 6 t.o.m. 12 år för akut och utredningsplacering och/eller behandling samt familjer med barn 0-12 år för akut- och utredningsplacering och/eller behandling. Vid Prästgården kan de ta emot ensamma barn 3-12 år utan föräldrar där placeringsorsaken är allvarliga bister i hemmet och avser då akutplacering i max 14 dagar alternativt skydds- eller utredningsplacering dock inte behandling.

Vid inspektionstillfället var 6 barn inskrivna vid Södra villan. 3 pojkar 8-12 år varav 2 för utredning och 1 för behandling samt 2 flickor 10-12 år varav 1 för utredning och 1 för behandling. [REDACTED] skulle redan ha flyttat ut enligt föreståndaren. Kommunen presenterade för en dryg månad sedan ett omplaceringsalternativ som av olika anledningar inte genomfördes och har därefter uppgett att de inte har någonstans att placera [REDACTED]. Verksamheten har sagt att de inte [REDACTED] utan de har sagt till kommunen att de får jobba på för en lösning. Verksamheten har sedan sommaren påtalat för socialtjänsten att de behöver hitta en annan placering [REDACTED].

Vid Prästgården är 2 pojkar 10-12 år inskrivna för utredning. Den ena pojken är färdigutredd och där har socialtjänsten ingen lösning just nu för honom de behöver hitta en lösning och för den andra pojken pågår en utredning.

För att undvika att verksamheten hamnar i ett läge där socialtjänsten inte möjliggör en utskrivning för barn som är färdigutredda eller färdigbehandlade så har verksamheten nyligen skapat ett dokument. Det tas direkt upp med socialtjänsten vid placering och där framgår att verksamheten och socialtjänsten ska arbeta för barnets bästa men också om barns rätt till delaktighet och information.

Föreståndaren och lokalerna är de samma som anges i tillståndsbeviset.

Underlag

- Klagomålet
- Inspektionsprotokoll från den 23 januari 2019.
- Tillståndsbevis, dnr. 6.3.1-11026/2017

Ytterligare information

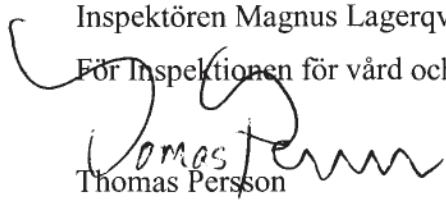
Det kom in ett anonymt klagomål från enskild till IVO den 9 januari 2019. Klagomålet handlade huvudsakligen om att före detta personal [REDACTED] personal inte vågar anmäla det samt att personal som arbetar vid boendet är utbildad och olämplig att utreda barnens behov.

IVO har med utgångspunkt från anmälan valt att granska verksamhetens arbete utifrån [REDACTED] personalens kompetens, verksamhetens arbete med lex Sarah samt efterlevnad av tillståndet.

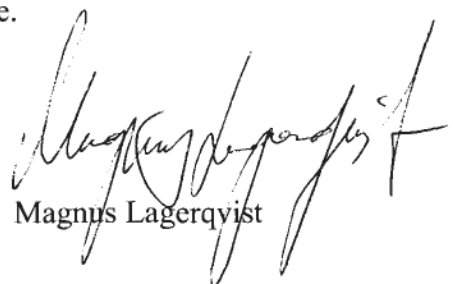
IVO genomförde en förannmäld inspektion den 23 januari 2019. Vid inspektionen samtalade inspektörerna med föreståndaren, en utredningssamordnare samt två behandlingsassistenter. Inspektörerna samtalade även med fyra inskrivna pojkar, två vid enheten Södra villan och två vid Prästgården.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson. I den slutliga handläggningen har inspektören Katja Engström deltagit. Inspektören Magnus Lagerqvist har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Thomas Persson



Magnus Lagerqvist

Kopia till: Platea HVB



BESLUT

2016-07-27 Dnr 8.5-11665/2016-31

1(4)

Platea AB
Box 43
683 21 Hagfors

Ärendet

Tillsyn av Platea HVB i Hagfors kommun avseende [REDACTED]
[REDACTED] samt hur verksamheten hanterat ett utlämnande av begärda handlingar.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

Verksamhetens hantering [REDACTED]

IVO har inte funnit brister i verksamhetens hantering av en händelse där ett barn berättat för personalen [REDACTED]
[REDACTED]

Av tillsynen har följande framkommit. Verksamheten har en bemanning som består av en vaken natt och en sovande. Därutöver finns alltid en chef i beredskap. Grundbemanningen dagtid är en personal på två barn, men det inte är ovanligt att ett barn har egen personal. Vid händelsen var sammanlagt fyra personal i tjänst, barnen sov på övervåningen och personalen hade sin dörr öppen under överlämningsmötet. Verksamheten har uppgett att det är lyhört och de hör om något barn rör sig på övervåningen.

Av den bedömning som ligger till grund för den matchning som ska ske vid inskrivning på HVB, framgår inget som tyder på att något av barnen [REDACTED] I verksamhetens tillstånd anges att den får ta emot barn i åldern 3-12 år, utan föräldrar. Målgruppen är barn som utsatts för allvarliga brister i hemmet vad gäller exempelvis föräldraförmåga, missbruk, akut psykisk ohälsa hos föräldrarna, psykisk/fysisk misshandel, frihetsberövade föräldrar eller barn i behov av akut skydd. Placering kan ske i form av akut placering max 14 dagar, skyddsplacering eller utredningsplacering. Föreståndaren har uppgett att hon även gått igenom barnens journaler för att se om några händelser sticker ut, men inte funnit [REDACTED]
[REDACTED].

[redacted] placerande nämnder informeras omgående om händelsen. Verksamheten säkerställer [redacted] barnens trygghet och säkerhet i den rådande situationen genom en förstärkning av personal samt därefter [redacted]

Föreståndaren har uppgett att verksamheten har satt in extra stöd och handledning till personalen och att det inte skrivits in fler barn i verksamheten.

Verksamheten har utrett händelsen enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, d.v.s. genomfört en utredning enligt lex Sarah. Av utredningen framgår att något liknande inte inträffat tidigare.

Personalen har inte sett [redacted]

[redacted] Verksamheten bedömer dock att det, trots hög personaltäthet, skulle kunna inträffa igen eftersom målgruppen har stora behov. Verksamheten har vidare uppgett att det inte är klarlagt att det faktiskt [redacted]

Verksamheten bedömer inte att några försummelser eller brister har framkommit.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, vilket framgår av 3 kap. 3 socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Enligt 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende ansvarar föreståndaren för att arbetet organiseras så att den enskilde tillförsäkras boende, vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet. Det ska enligt 2 kap. 3 § i nämnda föreskrift finnas personal dygnet runt i verksamhetens lokaler. Av de allmänna råden till 2 kap. 3 § framgår att det vid bedömningen av personalbehovet vid ett HVB bl.a. bör beaktas antal inskrivna barn, deras ålder samt behovet av vårdinsatser.

Av 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen, SoF följer att det 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, s.k. matchning.

Enligt 14 kap. 3 § SoL ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett

missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten (lex Sarah).

Av 14 kap. 5 § SoL framgår att den som, i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, enligt 3 § ska ta emot rapporter ska informera berörd socialnämnd om de rapporter han eller hon har tagit emot.

Enligt 14 kap. 6 § SoL ska ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

Utlämnande av handlingar från HVB

IVO bedömer att verksamheten brustit genom att inte göra en egen prövning utifrån en vårdnadshavares begäran om att få ta del av handlingar rörande barnet. Då verksamheten uppgett sig känna till regelverket, avstår IVO från att ställa krav men erinrar verksamheten om dess skyldighet.

Vårdnadshavaren har i klagomål till IVO uppgett att hon begärt att få ta del av verksamhetens journaler rörande hennes barn. Hon säger sig ha blivit tillsagd att begära ut handlingarna hos socialtjänsten.

Föreståndaren har uppgett att särskilda omständigheter förelåg [REDACTED]

[REDACTED] Föreståndaren uppgav vidare att hon i samråd med placerande nämnd översände handlingarna dit och att dessa därifrån lämnades ut till vårdnadshavaren. Föreståndaren har beskrivit regelverket och att hon är medveten om skyldigheten att göra en prövning vad som kan lämnas ut.

Av 7 kap. 4 § SoL följer att en handling i en personakt i enskild verksamhet som står under IVO:s tillsyn ska, om det begärs av den som akten rör, så snart som möjligt tillhandahållas denne för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 15 kap. 1 § samma lag. En fråga om utlämnande enligt första stycket prövas av den som ansvarar för personakten. Anser denne att personakten eller någon del av den inte bör lämnas ut ska han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till IVO för prövning.

Underlag

- Tjänsteanteckning av samtal med barn den 5 april 2016
- Klagomål från enskild
- Inspektionsprotokoll den 13 april 2016 ärende med dnr. 8.4.2-1279/2016 och kompettering den 24 maj 2016
- Verksamhetens utredning enligt 14 kap. 6 § SoL (lex Sarah)

- Verksamhetens yttrande
- Tjänsteanteckningar i ärendet av samtal med verksamhetsansvarig den 6 juli 2016 och föreståndare den 27 maj 2016 och 4 juli 2016.

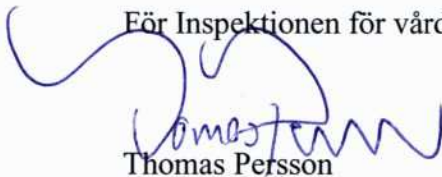
Ytterligare information

IVO har initierat tillsyn efter att samtal till IVO inkom från ett barn placerat i verksamheten [REDACTED] Barnets vårdnadshavare inkom därefter med ett klagomål gällande verksamhetens sätt att hantera händelsen. Vårdnadshavaren har därefter kompletterat klagomålet och uppgett att verksamheten inte översänt handlingar som hon har begärt.

Vårdnadshavaren har i sina klagomål även framfört kritik som på olika sätt handlar om verksamhetens sätt att bemöta henne och barnet. Verksamheten har fått ta del av kritiken och utifrån verksamhetens yttrande har inget framförts som föranleder vidare utredning. IVO avgör självständigt om tillsyn ska genomföras och granskar det som är av särskilt vikt för den enskildes trygghet och rättssäkerhet.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Thomas Persson. I den slutliga handläggningen har inspektören Annika Lundell deltagit. Inspektören Karolina Haeggström har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Thomas Persson



Karolina Haeggström

Kopia till: Platea HVB

**BESLUT** Exp 2018-02-23

2018-02-23 Dnr 8.4.2-855/2017-20

1(2)

Platea AB
Dalavägen 8
68330 Hagfors

Ärendet

Återrapportering av vidtagna åtgärder efter tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) på Platea med enheten Södra Villan och enheten Prästgården i Hagfors kommun.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att huvudmannen vidtagit/planerar att vidta adekvata åtgärder för att åtgärda bristerna.

IVO har i beslut den 18 december 2017 ställt krav på att huvudmannen ska säkerställa:

- att inskrivningsbeslut innehåller alla delar som ska framgå av 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF och 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende
- att klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet

Representant för huvudmannen uppger att huvudmannen blivit uppköpt av ett annat bolag; Humana, och att verksamheten befinner sig i en övergång till Humanas ledningssystem. Vidare har Humanas rutin för inskrivningsbeslut och lämplighetsbedömning bifogats. IVO bedömer att det av rutinen inte framgår att en bedömning ska göras av hur personens behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder som verksamheten använder sig av. IVO lämnar detta som en synpunkt till huvudmannen och utgår från att rutinen kommer att uppdateras så att även denna del kommer med i rutinen framöver.

Vidare framgår att verksamheten kommer att göra en analys av inkomna klagomål, synpunkter och rapporter i samband med

verksamhetsberättelsen som ska vara färdig i februari 2018. Analysen kommer att göras för perioden oktober 2016 till oktober 2017.

Underlag

- IVO: s beslut den 18 december 2017
- Huvudmannens skriftliga återrapportering inkommen till IVO den 17 januari 2018 med kompletterande uppgift via e-post den 17 februari 2018.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Thomas Persson. Inspektören Ida Nordqvist har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Thomas Persson



Ida Nordqvist



Humana

Års/Kvalitetsredovisning 2019

Prästgården (Platea)
2019

Innehållsförteckning

1 Övergripande kommentar för året	3
2 Kvalitativ verksamhet	4
2.1 Marknads- & Försäljningsprocess	5
2.2 Förbättring	6
2.3 Hållbarhet	6
2.4 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Kvalitativ verksamhet	6
3 Vård-, stöd och insats	7
3.1 Vård stöd och insatsprocess	7
3.2 Vård- Stöd och insats	7
3.3 Vård- Stöd och insats	7
3.4 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Vård stöd och insats	7
4 Attraktiv arbetsgivare	8
4.1 Medarbetarprocess	8
4.1.1 Värdegrundsarbete	9
4.1.2 Frisktal	9
4.1.3 Arbetsmiljötillsyn/Skydds rond	9
4.1.4 Tillbud/arbetsskada	9
4.2 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Attraktiv arbetsgivare	9
5 Långsiktig och uthållig tillväxt	10
5.1 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Långsiktig och uthållig tillväxt	10
6 Ansvarstagande samhällsaktör	11
6.1 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Ansvarstagande samhällsaktör	11

1 Övergripande kommentar för året

Platea har med båda sina Hvb enheter samt konsulentstödda verksamhet och öppenvård haft ett framgångsrikt år. För tredje året i rad har Platea sammantaget gjort ett över förväntan positivt resultat med 22 000 000 kr. Förklaringen till detta är att alla enheter periodvis har haft full beläggning. Platea har alltså stora utmaningar med att rekrytera personal. I takt med att Platea har stabiliserats och blivit mera framgångsrikt har dock personal alltmer börjat söka sig till Platea. Platea rekommenderas allt oftare kunder emellan. Vår personal lämnar rekommendationer om Platea som arbetsplats vilket innebär att vi kan lättare finna nya medarbetare. Platea arbetar kunskapsorienterat och har under året satsat på att all personal utbildas i Connect. Platea certifierades i programmet under december månad 2019. Utbildningar har även hållits i TMO traumaorienterad omsorg. Likaså har interna utbildningar hållits om socialstyrelsens kunskapsstöd för trygg och säker omsorg vid hvb. Personalen har även erhållit utbildning i dokumentation.

2 Kvalitativ verksamhet

Huvudmål	Delmål	Målvärde	Ackumulerat utfall	Genomsnitt	Aktiviteter
IoF ska bidra till att uppnå de kvalitativa och kvantitativa mål i Humana Quality Index.	Lex Sarah		0		
	Lex Maria		0		
	IoF ska kvalitetssäkra och främja kompetensutveckling genom att följa upp antal medarbetare som har genomgått Humana Academy utbildning.				Följ upp på halvårsbasis antal genomförda utbildningar via Humana Academy och rapportera utfallet i delmålet.
	Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhets under pågående uppdrag				Följ upp utfallet av NKI under pågående placering och vidta åtgärder om behovet finns.
	Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhets efter avslutad uppdrag i verksamheten				
	Nöjda klienter (NBI) Humanas gemensamma NKI				
	Samtliga verksamheter skall ha extern metod- eller ärendehantering ledning minst 9 tillfällen per år		6		Föreståndare skall formulera ett skriftligt uppdrag till handledaren. Föreståndare och samtlig personal skall delta på metod- eller ärendehantering ledning.

Huvudmål	Delmål	Målvärde	Ackumulerat utfall	Genomsnitt	Aktiviteter
					Fokus på handledning skall vara hur man som verksamhet ska arbeta för att hjälpa klient att uppnå målen i genomförandeplanen. Planer för bemötande och behandling dokumenteras i journalsystem, kommuniceras med aktuell klient, vårdnadshavare och socialtjänst. Behandlingsarbetet och effekterna av det följs upp av ansvarig chef samt personalgrupp.
	Samtliga föreståndare skall ha handledning motsvarande 1-2 h per månad i att leda arbetet med behandlingsmetoder eller att leda implementering av metoder.	—			En gång per månad deltar föreståndare i handledning i att leda behandlingsarbetet utifrån grundprinciper samt verksamhetens aktuella metoder. 

2.1 Marknads- & Försäljningsprocess

Platea har arbetat in verksamheten på ett sådant sätt att det numer finns stor efterfrågan på våra tjänster. Under året har vi flera gånger haft kö till plats vid våra HVB. Platea möter framgångsrikt socialtjänstens behov med en sammanhållen vårdkedja med både konsulentstött familjehemsverksamhet och öppenvård. Platea möter på detta sätt inga organisatoriska hinder i arbetet med att kunna vårdfläta då vi

själva äger hela processen. Samtidigt utesluter detta givetvis inte att det förekommer samarbete med andra Humana enheter men även med externa aktörer om så krävs om det är till barnens bästa. Platea har deltagit i kunddagar som har anordnats inom region Mitt.

Frågor	Ackumulerade svar
↘ ■ Antal nya placeringar	13 st
→ ■ Antal vårdflätor	1
→ ■ Pausplaceringar	0

2.2 Förbättring

Frågor	Ackumulerade svar
→ ■ Riskanalyser	5
— ■ Lex Sarah	0
→ ■ Lex Maria	0
→ ■ Tillsyn/revision	2
→ ■ Yttranden IVO	1

2.3 Hållbarhet

Frågor	Ackumulerade svar
→ ■ Hållbarhetsaktiviteter	12

2.4 Avvikelse eller förbättringsförslag som rör målområdet Kvalitativ verksamhet

Platea har under året haft tillsyn av IVO, arbetsmiljöverket samt en internrevision. Både IVO och arbetsmiljöverket har förklarat sig nöjda efter att Platea redovisat åtgärder samt besvarat yttranden. Internrevisionen har haft några synpunkter bl.a. samma som IVO gällande lämplighetsbedömningar vilka Platea har förändrat rutin för. I samband med att Platea fått tillgång till intranätet har Plateas tidigare styr och ledningssystem alltmer kunnat fasas ut. Platea har fortsatt driftstörningar vad gäller nätåtkomst vilket försvårar att arbete kan utföras.

Platea har lämnat in en Lex Sarah som är övergripande för hela Humana och avser att Humana har ett gemensamt lösenord för gästnätet. Undertecknad bedömde att detta kunde innebära en allvarlig risk framförallt för de barn som är skyddsplacerade.

3 Vård-, stöd och insats

3.1 Vård stöd och insatsprocess

3.2 Vård- Stöd och insats

Platea har under 2019 fortsatt arbeta med att forma och strukturera behandlingsarbetet inom verksamheten. Personal utbildas i TMO, Connect samt lågaffektivt bemötande. Platea certifierades i Connect under dec månad 2019. Platea har deltagit i utbildning om miljöterapeutiskt arbete. Platea har skickat fyra medarbetare på handledarutbildning för yrkesverksamma inom Yrkeshögskolan. Utbildningen löper över två terminer. Platea har haft både ärendehandledning och grupprocesshandledning av externa handledare under året.

Avslutade klienter och resultat av behandling/insats

Frågor	Akkumulerat antal avslut TOTALT	Akkumulerat antal positiva	Akkumulerat andel positiva avslut	Akkumulerad andel sammanbrott
Avslutade klienter och resultat av behandling/insats/sammanbrott	→  10 st	6 st	60 %	0 %

3.3 Vård- Stöd och insats

Frågor	Akkumulerat andel med gfp	Akkumulerat andel uppföljda gfp
Genomförandeplaner	→  68,12 %	100 %

3.4 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Vård stöd och insats

4 Attraktiv arbetsgivare

Platea har genomfört egen medarbetarundersökning gällande arbetsmiljö vi har använt COPSOQ. Resultaten från undersökningen visade på nöjdhet i samtliga områden. Likaså har Humanas medarbetarenkät redovisats under 2019 med goda resultat. Platea har under året arbetat med en arbetsmiljögrupp som sammanträder en gång per kvartal. Skyddsronder har genomförts 2 ggr per år. Plateas ledning har arbetat mycket med att kommunicera rätt i verksamheten samt stödja med ett nära ledarskap. Vi upplever att Platea idag har en stabil personalgrupp som har ett uppgiftsfokus och vill arbeta framåt. Plateas personal erhåller utbildninginsatser vilka riktas till hela personalgruppen.

Huvudmål	Målvärde	Måluppfyllelse	Aktiviteter
Nöjda medarbetare			Ansvarig chef skall följa upp att årshjulet för systematiskt arbetsmiljöarbete följs.
			Positiv skydds rond på varje enhet minst 1 ggr per år
Ledarskapsindex			

4.1 Medarbetarprocess

Platea har en hög frisknärvaro. Lönesamtal har genomförts enligt rutin. Ett fåtal personal har avslutat anställning för annat arbete. Två personal har varit tjänstlediga under året. Personalen upplevs i huvudsak nöjd och engagerad vilket kommer till uttryck i olika mötessammanhang men också i de medarbetarundersökningar som har gjorts. Trots nöjdhet finns det dock fortfarande utmaningar att arbeta med för att få en bättre arbetsmiljö. En del av dessa är tex att lokaliteterna behöver förbättras. Under slutet av 2019 blev det klart att alla Plateas bilar är med fyrhjulsdrift vilket ökar säkerheten när man som personal reser mycket i vinterväglag.

Frågor	Ackumulerade svar
→ ■ Värdegrundsorden	3
Kommentar 2019 I samband med studiedagar.	
— ■ Frisknärvaro	92 %
↘ ■ Utbildningsinsatser	20
Kommentar 2019 Utbildning i samband med studier dagar, bla handläggning och dokumentation.	
→ ■ Har någon medarbetare i din personalgrupp sagt upp sig?	1
→ ■ Stress	3,5
↗ ■ Engagemang	3,96
↗ ■ Trivsel	3,96

4.1.1 Värdegrundsarbete

4.1.2 Frisktal

4.1.3 Arbetsmiljötillsyn/Skydds rond

4.1.4 Tillbud/arbetsskada

**4.2 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör
måområdet Attraktiv arbetsgivare**

5 Långsiktig och uthållig tillväxt

Platea har etablerat sig som en aktör som numer efterfrågas av många kommuner. Platea har ofta kö till de båda boendena. Likaså efterfrågas Plateas familjehemslösningar. Med anledning av detta kan Platea expandera både inom Hvb samt den konsulentstödda familjehemsvården. Platea ingår även i ett samarbete med övriga Hvb i region Mitt med att ta fram ett avhopparprogram för unga som befinner sig i kriminella nätverk. Platea kommer att tillhandahålla konsulentstödda familjehem samt har utbildad personal för att genomföra Savery riskbedömning.

Huvudmål	Akkumulerat utfall	Aktiviteter
EBIT % (resultatrapport kommer in 7:e arbetsdagen i månaden)	43%	

5.1 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Långsiktig och uthållig tillväxt

Platea behöver expandera för att kunna möta an förfrågningar. Plateas personalgrupp är varierad med utbildad personal men även med personal som saknar formell kompetens. För Plateas del är det angeläget att kunna utbilda personal som lägst till behandlingsassistent inom yrkeshögskolan. Platea är branchrepresentant i yrkeshögskolan i Forshagas ledningsgrupp. Plateas verksamheter tar regelbundet emot LIA studerande. Detta som ett led att locka till oss nya medarbetare. För Plateas del skulle det vara intressant med uppdragsutbildning på distans inom yrkeshögskolan för att få mer medarbetare att uppnå krav om formell kompetens.

Under året som varit har Platea sökt nytt tillstånd för Villa Vänervik en verksamhet i Grums. Ansökan avslogs av IVO. Har därefter legat för prövning hos förvaltningsrätten men avslagits i sin helhet även i denna instans. Platea har även ansökt om utökat tillstånd gällande målgrupp och verksamhet på båda enheterna även detta har avslagits av IVO samt överprövande myndighet.

Platea avser att arbeta fram ett förslag om att få överflytta ett tillstånd för annan enhet inom Humana. Ett sådant tillstånd skulle kunna innebära att barn kan kvarstanna längre inom Platea och då slippa planerad instabila vårdförhållanden. Ett sådant boende kan förbättra barnens situation med en större kontinuitet samt långsiktighet. Likaså skulle detta innebära att Platea inte tappar placeringar till andra vårdaktörer.

6 Ansvarstagande samhällsaktör

Platea arbetar med miljöfrågor genom att sopsortera samt att det i verksamheten finns elhybridbilar. Platea är en ansvarstagande samhällsaktör genom att arbeta för barnens behov. Av denna anledning har Platea försökt få tillstånd ändringar i tillstånd som ska möjliggöra att barnen inte utsätts för onödig instabil vård. En ansökan om tillstånd för att bedriva ytterligare ett Hvb i samma anda som Södra Villan har gjorts hos IVO för att möta an den stora förfrågan som finns hos kommunerna. I samtliga fall har IVO avslagit våra ansökningar med att vi saknar förutsättningar att bedriva trygg och säker vård.

Huvudmål	Genomsnitt	Aktiviteter
— Utforma hållbara mål och aktivt arbeta med minskad miljöpåverkan	✓	Samtliga enheter ska källsortera avfall i enlighet med resp kommuns anvisningar

6.1 Avvikelser eller förbättringsförslag som rör målområdet Ansvarstagande samhällsaktör

Års/Kvalitetsredovisning loF 2020

Prästgården (Platea)

Innehållsförteckning

1 Övergripande kommentar för året	3
2 Kvalitativ verksamhet	5
2.1 Kvalitativ verksamhet (verksamhet, kvalitet, kunder, klienter).....	5
2.2 Kund- och brukarundersökningar	6
2.3 Kvalitativ verksamhet (Förbättring)	6
2.3.1 <i>Avvikelse</i>	6
2.3.2 <i>Synpunkter/Klagomål/Förbättringsförslag</i>	7
2.4 Tillsyner/Revisioner (externa)	7
2.4.1 <i>Egenkontroll och internkontroll</i>	7
2.5 Kvalitativ verksamhet (Vård stöd & Insats)	7
2.6 Avslutade klienter och resultat av insats.....	8
2.7 Initiativ till förbättringar inför 2021	8
3 Attraktiv arbetsgivare.....	9
3.1 Attraktiv arbetsgivare	9
3.2 Medarbetarprocess	9
3.2.1 <i>Utbildning och handledning</i>	10
3.2.2 <i>Värdegrundarbete</i>	10
3.2.3 <i>Systematiskt arbetsmiljöarbete</i>	11
3.3 Initiativ till förbättringar inför 2021	11
4 Långsiktig och uthållig tillväxt.....	12
4.1 Långsiktig och uthållig tillväxt (Marknad & Försäljning).....	12
4.2 Långsiktigt och uthållig tillväxt (Ekonomi).....	12
4.3 Antal nya och avslutade familjehem.....	12
4.4 Initiativ till förbättringar inför 2021	12
5 Ansvarstagande samhällsaktör	13
5.1 Ansvarstagande samhällsaktör.....	13
5.2 Initiativ till förbättringar inför 2021	13

1 Övergripande kommentar för året

Plateas samtliga verksamheter har gått bra under 2020. Prästgården har mestadels varit fullbelagd under året. I flera fall har barn varit samplacerade med sina syskon. Den höga belägningsgraden har gjort att Prästgården har fått hitta andra organisatoriska lösningar för att avlasta i verksamheten. Två mindre lägenheter har hyrts i ett intilliggande bostadsområde. Dessa har framförallt kunnat användas för aktiviteter och för att skapa en situation där det inte är så många barn samtidigt i huset. Prästgården har under året haft flera skyddsplaceringar vilket har lugnat ner flödet av barn och skapat stabilitet i verksamheten.

Platea har sedan april månad varit föremål för en omfattande tillsyn av IVO efter att anonyma anmälningar på verksamheten har inlämnats till IVO:s upplysningstjänst.

Platea har pga rådande pandemi under året ställt om verksamheten. Verksamheten har genomfört olika sammankomster och möten digitalt och har på detta sätt kunnat upprätthålla de strukturer som gäller för att bedriva verksamheten.

Platea har även ställt om verksamheten och anpassat den efter rådande pandemi för de barn som varit placerade. Vi har minskat besök i offentliga miljöer och anpassat umgången m.m så att barnen tryggt och säkert har kunnat möta sina anhöriga. Platea har varit aktiva i att tidigt under pandemin arbeta med skärpta råd. Under 2020 har har Platea endast haft två anställda smittade med känd Covid19 bland personalen samt inget barn som känt smittat. Platea har under 2020 byggt upp ett eget krisförråd som ska möjliggöra att bedriva verksamhet under en till två veckor om något allvarligt händer som slår ut samhället och livsmedelsförsörjning.

Platea har under 2020 återupprättat handledning i full skala. Två olika handledare vilka är externa aktörer handleder i metod och process. Personal har deltagit i en större utbildningssatsning inför att kunna använda ett krimprogram. Personal som tidigare inte har gått LAB har erbjudits en utbildning under året. Platea har även genomfört en större Connectutbildning för 20 av personalen.

Under året har en mediagranskning ägt rum däri bl.a. Platea har hängts ut. Påståendena i media blev oemotsagda till följd av att media inte möjliggjorde att verksamheten fick möjlighet att bemöta påståendena vilket var en skillnad i hur andra enheter hanterades av media. Platea informerade både socialtjänster samt föräldrar om mediabevakningen. Varken socialtjänster eller föräldrar var synbart oroade för barnens situation utifrån vad som framkom i de samtal som var med vår personal. Granskningen i media ledde inte heller till att närsamhället har ifrågasatt barnens situation på Platea.

Året har även innehållit arbete med att planera och ansöka om att starta upp en ny verksamhet Lilla Villa Vik. I samband med detta har även en översyn gjorts gällande Plateas ledningsorganisation.

Nya tankar har även väckts gällande ett mera attraktivt behandlingsinnehåll. Platea behöver för att stå säkert som givet utredning och behandlingsval och lägga till mer verktyg till den verksamhet som idag bedrivs. De nya tankarna innefattar ett behandlingssupplägg med bl.a. hästhållning med stöd av HUT (hästunderstödd terapi)

I det stora hela har vi upplevt att vi har kunnat bedriva en bra vård. Vi har ett gott samarbete med flera aktörer både externt och internt. Vi har ett gott samarbete med regionens BUP samt barnmottagning, vi har ett gott samarbete med andra delar inom Humana bla våra placerare. Likaså har vi påbörjat ett samarbete med en skola i en av våra grannkommuner. Platea har även ett gott samarbete uppbyggt med flera av kommunernas egna placeringssamordnare vilket bla leder till att vi många gånger är ett förstahands val vid placeringförfrågningar.

Platea har en lätthet i att arbeta med alla sina delar för att skapa bra lösningar för de komplexa problem som många av våra barn har. Sannolikt är vår "litenhet" en del av framgången för att göra optimala lösningar i vår egna vårdkedja. Detta utesluter aldrig att vi inte samarbetar med andra.

2 Kvalitativ verksamhet

På Humana är kvalitetsarbetet införlivat i varje process, möte och beslut. Arbetet utgår från aktuella lagar och föreskrifter samt Humanas kvalitetspolicy. Humanas dagliga arbete utgår ifrån fyra huvudsakliga områden som tillsammans lägger grunden för en omsorg av hög kvalitet: individuella lösningar, hög kompetens, vår värdegrund och evidensbaserade metoder.

Humana har ett koncernövergripande kvalitetsledningssystem, PARUS (Processer, Aktiviteter, Rutiner, Uppföljning och Samverkan). I PARUS finns alla våra styrande dokument, så som policys, riktlinjer, rutiner och checklistor. Vi dokumenterar och följer även upp våra riskanalyser, egenkontroller och kundundersökningar i PARUS.

Verktöget används även för att planera och månadsvis följa upp vårt kvalitetsarbete.

Att ständigt utvecklas för att upprätthålla högsta kvalitet är grundläggande för oss. Vi vill sätta en ny och högre standard för omsorg och har därför tagit fram en modell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom verksamheterna. Modellen bygger på två parallella angreppssätt: kvantitativa nyckeltal som bildar ett index, Humana Quality Index, HQI, samt klientens individuella plan där fokus ligger på personliga mål som styr insatsen. Båda perspektiven är lika viktiga för att skapa en helhetsbedömning av kvaliteten. HQI sammanställs på affärsområdesnivå och koncernnivå och ligger idag för koncernen på 95 av 100 vilket är det bästa resultatet sen mätningen började. HQI mäter följande 8 områden:



2.1 Kvalitativ verksamhet (verksamhet, kvalitet, kunder, klienter)

Vi är angelägna om att få veta vad våra kunder/klienter anser om vår verksamhet och de insatser vi erbjuder. Att ta tillvara synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att

utveckla och förbättra verksamheterna. Med kunder avses uppdragsgivare, den enskilde klienten, familjehem samt i vissa fall vårdnadshavare eller andra närstående beroende på verksamhet.

NKI - Nöjd kund index inhämtar och följer upp information direkt från uppdragsgivare. Vi använder en enkät under pågående placering (skickas löpande under pågående placering) och en enkät som skickas ut efter avslut.

NBI - Nöjd brukar index inhämtar och följer upp information direkt från klienter/brukare som omfattas av insatser från Humana, kring deras upplevelse av trygghet, delaktighet och bemötande. Sker 2 gånger/år samt löpande inom våra HVB i form av en Barnenkät.

NFI – Nöjd familjehemsindex inhämtar och följer upp familjehemmens upplevelse av det stöd, råd och handledning som de får via Humana. Sker 2 gånger/år.

Platea har fått goda resultat. Om det framkommer uppgifter om att någon kommun är missnöjd med något följer vi alltid upp detta för att klargöra vad det rör sig om. Platea arbetar med att vara tydliga om förväntningar i inledningen av en placering. Detta är ett arbete som hela tiden behöver uppmärksammas.

Barnen på Platea svarar på barnenkäten i den mån de har förmåga till det. Överlag svarar barnen att de känner sig trygga och får den hjälp de behöver. Det är svårt att mäta små barns uppfattningar via formulär och svaren på dessa får man nog anse inte helt är tillförlitliga i sin validitet.

Mått	Målvärde	Utfall Q1	Utfall Q2	Utfall Q3	Utfall Q4
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet efter avslutad uppdrag i verksamheten				100 %	

2.2 Kund- och brukarundersökningar

Mått	Målvärde	Utfall H1	Utfall H2
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag		100 %	100 %
Nöjda klienter (NBI) Humanas gemensamma NKI			

2.3 Kvalitativ verksamhet (Förbättring)

Platea är under tillsyn sedan april 2020. Under pågående tillsyn har fel och brister upptäckt vilka har rättats till. I avgivet yttrande har Platea pekat på förbättringsområden som behöver ses över bl.a. ett analysredskap som kan värdera allvarliga incidenter. I nuläget avvaktar vi IVO:s beslut för att därefter finna plan för framtida förbättringsarbete.

2.3.1 Avvikelser

Som ett led i att kvalitetssäkra vår verksamhet ser vi avvikelser som en möjlighet och förutsättning till att lära och utvecklas. En förutsättning för framgångsrika verksamheter, är att bedriva en transparent vård där avvikelser tas på största allvar och lärande sker av händelser som inträffar. Vi bedriver också förebyggande arbete genom

rapportering av risker.

Totalt har 14 avvikelser/risker rapporterats under året. Typ av risk/avvikelser är fördelade enligt nedan:

Dokumentationshantering: 1

Utförande och omsorg: 2

Information, kommunikation, samverkan: 0

Läkemedelshantering: 7

Fall: 1

Medicinteknik och hjälpmedel: 0

Hot och våld: 6

Livsmedelshantering: 0

Brott mot tystnadsplikt: 0

Miljö: 0

Annat: 0

Antal anmälda Lex Sarah till IVO: 1

Antal anmälda Lex Maria till IVO: 0

Uppgifterna är hämtade både från DF respons samt IDOK och avser båda enheterna

2.3.2 Synpunkter/Klagomål/Förbättringsförslag

Totalt har 2 synpunkter rapporterats under året. Typ av synpunkter är fördelade enligt nedan:

Klagomål: 2 i båda fallen har synpunkterna blivit utredda inom verksamheten.

2.4 Tillsyner/Revisioner (externa)

Akkumulerat antal tillsyner IVO	Akkumulerat antal tillsyner Arbetsmiljöverket	Akkumulerat antal tillsyner livsmedel/vatten	Akkumulerat antal tillsyner Räddningstjänsten	Akkumulerat antal uppföljningar/tillsyner ramavtal
8	0	0	0	0

2.4.1 Egenkontroll och internkontroll

Syftet med våra egenkontroller och interna kontroller är att höja kvalitén på våra enheter samt upptäcka och åtgärda eventuella brister och risker i verksamheten. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av extern part från verksamheten inom Humanas kvalitets- och metodorganisation.

Egenkontroller sker med anledning av att vi handhar medicin, hygienkontroller sker av samma anledning samt av att vi har ett tillagningskök samt ett beredningskök. Därutöver sker brandkontroller.

2.5 Kvalitativ verksamhet (Vård stöd & Insats)

Plateas organisation är uppbyggd för att hålla en hög kvalitet. Vi har en god dokumentation. Våra utredare genomför psykosociala utredningar med stöd av BBIC. Personalens dokumentation är god. I pågående tillsyn får Platea beröm av IVO för bra

kopplingar till Connect.

Platea har en extern handledning i form av både metod/ärende samt process. Med detta upplägg svarar vi upp mot krav i bla. upphandlingar.

Plateas handledare är matchade mot verksamhetens behov. Personalen uppskattar ärende/metodhandledningen som har ett större kunskapsförmedlande uppdrag.

Processhandledningen är nyuppstartad och kommer att utvärderas 202101. Handledaren har gjort en egen utvärdering under december mån med gott utfall från personalen om att handledningen följer det uppdrag som har getts.

Ackumulerat andel med gfp	
Andel av våra kunder/klienter som har individuella planer och andel som inte är uppföljda enligt tidsplan.	171,6 %

2.6 Avslutade klienter och resultat av insats

	Ackumulerat antal avslut TOTALT	Ackumulerad andel förtida avslut	Ackumulerat andel slutförda uppdrag	Ackumulerad andel sammanbrott
Avslutade klienter och resultat av insats enligt de tre avslutningskoderna.	11 st	0 %	100 %	0 %

2.7 Initiativ till förbättringar inför 2021

Platea har pga av pandemin inte kunnat genomföra en personaldag med utbildning om avvikelshantering. Detta kommer istället att ske i annan form under 2021.

I samband med IVO tillsyn upptäcktes fel och brister gällande registerutdrag i verksamheten. Bristerna är åtgärdade och nya rutiner har upprättats.

Platea kommer att ta fram ett processverktyg för att arbeta med analys av incidenter.

3 Attraktiv arbetsgivare

Grunden för att kunna leverera kvalitativ vård och behandling är att vi har nöjda medarbetare med rätt kompetens. Utifrån ett systematiskt arbetsmiljöarbete med mätning av viktiga nyckeltal inom vår medarbetarprocess, ett pågående värdegrundsarbete och kompetensutveckling vill Humana vara en attraktiv arbetsgivare för att attrahera och bibehålla personal.

Platea arbetar alltså med att erbjuda kompetenshöjande insatser till all personal. Platea har en stor andel personal med lägsta utbildningsnivå enligt rekommendation i förordning. Därtill flera med universitetsexamen som socionomer samt beteendevetare.

Platea sitter med som branchrepresentant i YH behandlingsassistent Forshaga. All utbildad personal uppmuntras att läsa vidare.

Platea har under flera år skickat flera medarbetare på en handledarutbildning som löper över två terminer. Utbildningen anordnas av YH i Forshaga. För många av våra medarbetare har denna utbildning öppnat upp för att söka sig till YH behandlingsassistent.

Platea har genom åren satsat på att ge unga medarbetare chansen att arbeta som bostödjare i verksamheten. Dessa satsningar har varit positiva ur flera aspekter. Platea har på ett ansvarsfullt och säkert sätt kunnat introducera vikarier till verksamheten men också fått medarbetare att bli intresserade av det sociala arbetsfältet. Idag studerar flera av dessa unga vid socionomprogrammet medan andra sökt sig till YH behandlingsassistent.

Platea behöver alltså arbeta med att finna personal med utbildning men samtidigt finna personal med lämplighet för uppdraget. En utbildad personal är självfallet bra samtidigt är inte detta hela lösningen då det finns personal som besitter både färdigheter samt kunskaper och erfarenheter som gör dem mycket lämpliga för arbetet.

Plateas handledare är handplockade till sina uppdrag och stämmer väl in i vad som behövs för att styra i verksamheten. Att båda handledarna är externa aktörer innebär att Platea uppfyller krav om oberoende handledare enligt upphandlingar.

3.1 Attraktiv arbetsgivare

Platea har en hög personaltäthet. Dagarna planeras och leds av ett nära ledarskap. Detta är förutsättningen för att driva en så stor verksamhet som Platea. Komplexiteten av de ärenden som Platea har kräver ett nära ledarskap och en tät dialog. Som anställd behöver man kunna fungera i en ständigt kommunicerande verksamhet och förstå detta som arbetssätt. Medarbetare på Platea uppfattas överlag ha kunnat tona in i detta förhållningssätt. Om man klarar av Plateas arbetssätt så upplever sannolikt de flesta att de har ett gott stöd av ledare och kollegor i verksamheten. Efter några tuffa rekryteringsår ser vi sedan ett år tillbaka ett söktryck mot Platea. Vi omtalas som en god arbetsplats, arbetet är stimulerande och vi är generösa med utbildning. Våra egna anställda är våra ambassadörer. Vi finns även representerade i ledningsgruppen för YH Forshaga vilket är viktigt för oss.

3.2 Medarbetarprocess

Frågor	Ackumulerat utfall	Målvärde
Har någon medarbetare i din personalgrupp/verksamhet	0	

Frågor	Ackumulerat utfall	Målvärde
avslutat sin tjänst?		
Stress	3,44	
Engagemang	3,88	
Trivsel	3,88	

Platea ligger förhållandevis bra till gällande stress, engagemang och trivsel. Det finns dessvärre en trötthet hos personalen att lämna svar på dessa mätningar. Vad gäller stress kan det periodvis ha varit stressande i verksamheten. I samband med nya inskrivningar kan arbetsmiljön bli mera ansträngd. Detta är mera påtagligt vid Prästgården som oftare byter klienter pga av att tillståndet i huvudsak avser utredningsverksamhet.

3.2.1 Utbildning och handledning

Antal personal som genomgått en utbildningsinsats under året	Utfall
Utbildningsinsatser	72

Platea har utbildat och handlett 72 personer. Detta avser samtlig personal inom hela Platea.

Connect, LAB, Krimprogram, handledarutbildning är de utbildningar som har kunnat genomföras under året.

Platea arbetar utifrån ett psykosocialt synsätt och använder kunskap från såväl det psykodynamiska som det systemteoretiska kunskapsfältet. Connect är ett manualbaserat förhållningssätt som all personal utbildas inom. Manualen stärker upp framförallt den personal som saknar grundläggande teoretiska kunskaper inom beteendevetenskap. Platea arbetar kunskapsorienterat och söker aktuell kunskap inför varje angelägenhet som uppstår i verksamheten. Metodhandledningens främsta syfte är att hjälpa till att hålla förhållningssättet utifrån Connect levande i verksamheten. Samtidigt har metodhandledaren till uppgift att generellt öka kunskapsläget på det psykosociala arbetet. Processhandledningen startades under hösten. I denna deltar inte chefer då handledningen är processinriktad utifrån arbetsgruppen. Metodhandledningen är uppskattad av de flesta av medarbetarna. Det finns en möjlighet även för processhandledaren att göra sammanhangsmarkeringar för att föra in mera kunskap i arbetsgruppen. Processhandledningen har utvärderat i början av året 2021 och arbetsgrupperna har förklarat sig nöjda med handledningen.

Det finns inget i nuläget som talar för att inte handledningen fungerar bra för verksamheten.

Handledning sker varje månad av både metod samt process.

Utbildningsinsatser har i stort fallit väl ut. Utbildning i Connect har varit mest uppskattad hos våra medarbetare.

3.2.2 Värdegrundsarbete

Humanas värdeord Glädje, Engagemang och Ansvar är en direkt återspeglning av det arbetsklimat vi aktivt arbetar för. Våra värderingar slår vakt om alla människors lika värde. Aktivt värdegrundsarbete är ett återkommande affärsområde som följs upp månadsvis. Alla medarbetare får vid anställning genomgå värdegrundsutbildning via vår digitala utbildningsplattform. Som verktyg har Humana bland annat tagit fram en värdegrundskortlek och en applikation med olika frågeställningar och etiska dilemman

där medarbetarna tillsammans får prata om svåra professionella situationer och gemensamt hitta lösningar. På detta vis säkerställer vi att organisationen ständigt tar tillvara nya erfarenheter, synpunkter och lärdomar, vilka kan användas när vi utvecklar arbetssätt och rutiner.

Platea återkopplar ofta till både värdegrunden samt principlöften i verksamheten. Det är ett naturligt inslag och finns med vid olika diskussioner och reflektioner. I handledningsuppgifterna finns det med att värdegrunden ska beaktas.

3.2.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete

För att säkerställa en god arbetsmiljö för våra medarbetare arbetar vi förebyggande genom att göra årliga skyddsronder, fylla i hot- och våldschecklistor samt genom att hantera de tillbud och arbetsskador som uppstår i vår verksamhet. Vi arbetar med vår medarbetarundersökning kallad för WeYouMe för att öka nöjdheten med Humana som arbetsgivare. Undersökningen fångar upp medarbetarnöjdhet, men även andra viktiga områden som; arbetssituation, arbetsförutsättningar, delaktighet och arbetsklimat. Utifrån våra målområden inom medarbetarprocessen övervakas viktiga personalnyckeltal för att löpande kunna vidta åtgärder under året. Utöver detta görs proaktivt arbete inom värdegrundsarbetet och en positiv skydds rond för att se till verksamhetens positiva aspekter.

Frisktal/sjukfrånvaro Platea har trots rådande pandemi fortsatt höga frisktal med undantag i september då ett förskylningsvirus härjade i verksamheten där barn och personal blev sjuka.

Rapporterade tillbud/arbetsskador. Platea har inte haft så många rapporterade tillbud. Däremot har ett flertal arbetsskador rapporterats till arbetsmiljöverket.

Brandskydd Plateas brandskydd har under året förstärkts med ett ångsprinklersystem.

Skydds rond Platea genomför årligen 2 skyddsronder tillsammans med deltagare ur arbetsmiljögrupp vilket har skett under året.

Personalomsättning har stabiliserats under året. Det finns dock fortsatt behov av flera timvikarier. Några av personalen har blivit inlasade till tjänst.

3.3 Initiativ till förbättringar inför 2021

Platea har fortsatt samma framgång och har uppnått uppsatta mål. Vi har fortsatt utbilda vår personal. Vi ser att utbildning fortsatt är viktigt. Vi har ökat intensiteten på handledning. Vi kommer att utvärdera under våren 2021 om vi ligger på rätt nivå i detta avseende. Det synes fortsatt vara att arbeta som vi gör på Platea då det i såväl beläggningsgrad, ekonomiskt och personellt verkar vara ett bra koncept vi arbetar efter,

4 Långsiktig och uthållig tillväxt

Individ och familj är ledande i Sverige när det gäller insatser för barn, unga och vuxna. Vi ska bidra till att våra kunder och beställare ser Humana Individ och familj som sitt förstahandsval. Genom marknadskommunikation och marknadsaktiviteter skapar vi kännedom om Humana Individ och familj som företag och våra tjänster samt ger marknaden rätt bild av oss som leverantör. Vårt arbete skall öka kännedomen om vårt varumärke och i sin tur leda till ökat antal förfrågningar från befintliga och presumtiva kunder samt locka fler att vilja bli familjehem

4.1 Långsiktig och uthållig tillväxt (Marknad & Försäljning)

Platea och Prästgården har fortsatt en efterfrågan. Det synes viktigt för kommunerna att få Plateas tjänster som bygger på uthållig vård och omsorg. Det finns en stor nöjdhet hos kommunerna med de utredningar som vi verkställer och vi uppskattas för vår kunskap, engagemang och vårt lösningsfokus i varje enskilt ärende.

4.2 Långsiktigt och uthållig tillväxt (Ekonomi)

Platea går fortsatt mycket bra ekonomiskt. Under dec 47% vinst. Platea har förmåga att ha många barn placerade med den komplexproblematik. Platea är inte dyrare än andra HVB enheter men skiljer ut sig i att vi klarar av att hålla många svåra placeringar samtidigt. Anledningen till detta är ett väl genomtänkt behandlingsupplägg, hög personaltäthet, en flexibel organisation och ett lösningsfokuserat synsätt. Platea har även oftast en planering som sträcker sig bortanför HVB vård vilket är attraktivt för våra kunder. Plateas ledarskap arbetar aktivt med en matchad personalgrupp för att hålla hög motivation hos våra medarbetare,

I nuläget ser vi ingen förändring av behovet av våra tjänster i egentlig mening. Men vad pågående coronapandemi kommer att få för samhällsekonomiska konsekvenser vet vi inget om.

Platea kommer att behöva utveckla sig ytterligare för att i alla sina delar vara mera konkurrenskraftigt inför framtiden.

4.3 Antal nya och avslutade familjehem

4.4 Initiativ till förbättringar inför 2021

Platea har kunnat genomföra det mesta som legat i plan för året. Dock inte en utbildning om avvikelser. Annars har det som vi har genomförts fallit väl ut, personalen har fått utbildning och den tillsvidare och personal som går på rad har kunnat erbjudas handledning. Sammantaget håller vi fortsatt ett helhetsgrepp om verksamheten som innebär att kommunernas socialtjänster får den vård de efterfrågar. Personalen utbildas och leds i ett nära ledarskap för att lyckas i sitt arbete. Det är viktigt att Platea fortsatt utvecklas och matchar sin personal mot uppdragen. Att vi fortsatt kan arbeta kunskapsorienterat utifrån de klienter vi har och den specifika problematik de bär med sig. Det är viktigt att Platea fortsatt får arbeta med sina unika lösningar som synes vara det som kommunerna efterfrågar.

Förbättringar under året som behöver ske är att vi lyckas rekrytera fler personal till den ledande verksamheten så att vi bättre kan styra upp våra administrativa uppgifter. Detta blir ännu mer viktigt vid en utökning med hvb Lilla Villa Vik.

5 Ansvarstagande samhällsaktör

Vår övergripande ambition med hållbarhetsarbetet, relaterat till vår människocentrerade kärnverksamhet, är att bidra till att skapa ett bra liv för våra kunder.

Humana vill ta en aktiv roll i samhället och bidra till en hållbar välfärd. Våra fokusområden är kvalitet, miljö, uppförandekod och värdegrund, arbetsmiljö, mångfald och inklusion och datasäkerhet. Som ett led i hållbarhetsarbetet har vi kopplat vårt hållbarhetsarbete till de globala hållbarhetsmålen

5.1 Ansvarstagande samhällsaktör

Platea har alltmer kommit att arbeta med digitala lösningar för att klara av uppdraget under pandemin. Detta är lösningar som kommer att användas även utan rådande pandemi. Tex så kommer många av våra egna olika möten att hanteras inom nuvarande lösningar vilket innebär att personal slipper att göra långa resor till och från arbetet.

Platea källsorterar. Lagar egen mat från råvaror samt har elhybrider i verksamheten.

Mål
Aktivt arbeta mot en minskad miljöpåverkan

Mått
Klimatsmartare resor i arbetet
God kunskapsnivå kring miljöfrågor hos medarbetare
Avfall källsorteras korrekt

5.2 Initiativ till förbättringar inför 2021

Under 2021 kommer vi att fortsätta utveckla oss inom det familjeterapeutiska arbetet. Två familjebehandlare kommer att anställas och vi kommer bli att utveckla oss inom metoden MultiFunk.

Platea ingår i ett samarbete med övriga hvb i fd.region Mitt om att utbilda sig inom krimprogram och utveckla metoder i detta.

Platea ser även över möjligheten att utveckla behandlingsinnehållet som kan erbjudas med hästunderstödd behandling

Års/Kvalitetsredovisning loF 2021

Prästgården (Platea)

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete.....	3
2 Kvalitativ verksamhet.....	7
2.1 Kvalitativ verksamhet.....	7
2.2 Mått för kvalitativ verksamhet.....	7
2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet)	9
3 Attraktiv arbetsgivare.....	10
3.1 Attraktiv arbetsgivare	10
3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare	10
3.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare).....	11
4 Långsiktig och uthållig tillväxt.....	12
4.1 Långsiktig och uthållig tillväxt.....	12
4.2 Mått för långsiktig och uthållig tillväxt	12
4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Långsiktig och uthållig tillväxt)	12
5 Ansvarstagande samhällsaktör	13
5.1 Ansvarstagande samhällsaktör.....	13
5.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör.....	13
5.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör)	13

1 Beskrivning av Humanas kvalitetsarbete

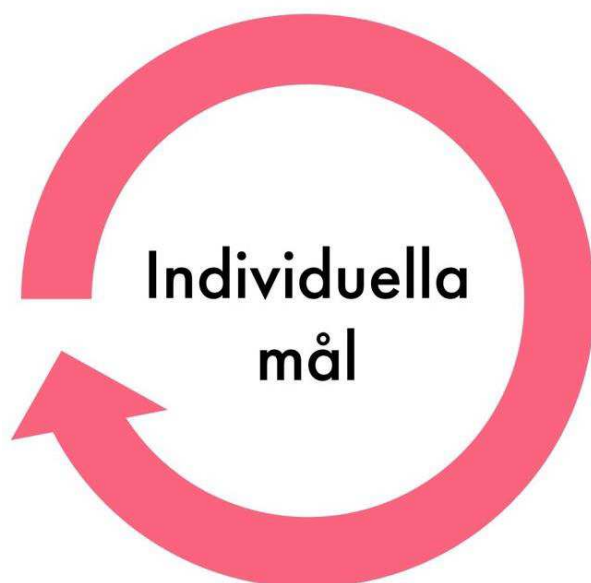
På Humana är kvalitetsarbetet införlivat i varje process, möte och beslut. Arbetet utgår från aktuella lagar och föreskrifter samt Humanas kvalitetspolicy. Humanas dagliga arbete utgår ifrån fyra huvudsakliga områden som tillsammans lägger grunden för en omsorg av hög kvalitet: individuella lösningar, hög kompetens, vår värdegrund och evidensbaserade metoder.

PARUS - Kvalitetsledningssystem

Humana har ett koncernövergripande kvalitetsledningssystem, PARUS (Processer, Aktiviteter, Rutiner, Uppföljning och Samverkan). I PARUS finns alla våra styrande dokument så som policys, riktlinjer och rutiner. Systemet används även för att planera och månadsvis följa upp kvalitetsarbetet där verksamheterna analyser utfall och arbetar med riskanalyser, egenkontroller mm.

HQI - Kvalitetsmodell för uppföljning av viktiga indikatorer

Humana har en kvalitetsmodell för att kunna mäta och följa utvecklingen inom verksamheterna. Modellen bygger på två parallella angreppssätt: kvantitativa nyckeltal som bildar ett index, Humana Quality Index, HQI, samt klientens individuella plan där fokus ligger på personliga mål som styr insatsen. Båda perspektiven är lika viktiga för att skapa en helhetsbedömning av kvaliteten. HQI sammanställs på affärsområdesnivå och koncernnivå. HQI mäter följande 8 områden:



- Nöjd medarbetare
- Ledarskap
- Frisknärvaro
- Allvarliga avvikelser
- Utbildning medarbetare
- Humanas värderingar
- Kundnöjdhet

Kundnöjdhetsundersökningar

Vi är angelägna om att få veta vad våra kunder/klienter anser om vår verksamhet och de insatser vi erbjuder. Att ta tillvara synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra verksamheterna. Med kunder avses uppdragsgivare, den enskilde klienten, familjehem samt i vissa fall vårdnadshavare eller andra närstående beroende på verksamhet.

NKI - Nöjd kund index inhämtar och följer upp information direkt från uppdragsgivare. Vi använder en enkät under pågående placering (skickas ut löpande under pågående placering) och en enkät som skickas ut efter avslut.

NBI - Nöjd brukar index inhämtar och följer upp information direkt från klienter/brukare som omfattas av insatser från Humana, kring deras upplevelse av

trygghet, delaktighet och bemötande. Sker 2 gånger/år samt löpande inom våra HVB i form av en Barn/ungdomsenkät. Hösten 2021 deltog många av Humanas verksamheter inom Individ och Familj istället i SKR:s nationella brukarundersökningar för placerade barn och unga samt inom funktionshinderområdet.

NFI – Nöjd familjehemsindex inhämtar och följer upp familjehemmens upplevelse av det stöd, råd och handledning som de får via Humana. Sker 2 gånger/år

Resultat av insats

Via ledningsrapporter synliggörs verksamheternas antal genomförandeplaner, samt hur många som är uppföljda enligt plan med uppdragsgivaren. Uppföljningsmöten där måloppfyllelse utifrån de enskildes genomförandeplaner sker kontinuerligt utifrån överenskommelse med aktuell uppdragsgivare. Våra verksamheter genomför kartläggning i samband med placering/uppdrag och har idag verktyg som syftar till att följa resultatet av insatserna.

Systematiskt förbättringsarbete

Rapporteringsskyldighet - avvikelser, klagomål/synpunkter - Som ett led i att kvalitetssäkra vår verksamhet ser vi avvikelser, klagomål/synpunkter som en möjlighet och förutsättning till att lära och utvecklas. En förutsättning för framgångsrika verksamheter, är att bedriva en transparent vård där avvikelser tas på största allvar och lärande sker av händelser som inträffar. Vi bedriver också förebyggande arbete genom rapportering av risker.

Egenkontroll - Syftet med våra egenkontroller och interna kontroller är att höja kvalitén på våra enheter samt upptäcka och åtgärda eventuella brister och risker i verksamheten. Egenkontroll utförs av ansvariga chefer för verksamheten och internkontroll utförs av Humanas kvalitets- och metodorganisation.

Riskanalys - Syftet med Humanas arbete med riskhantering är att skapa medvetenhet, prioritera resurser och åtgärder, skapa en effektiv styrning och kontroll.

Attraktiv arbetsgivare

Grunden för att kunna leverera kvalitativ vård och behandling är att vi har nöjda medarbetare med rätt kompetens. Utifrån ett systematiskt arbetsmiljöarbete med mätning av viktiga nyckeltal inom vår medarbetarprocess, ett pågående värdegrundsarbete och kompetensutveckling vill Humana vara en attraktiv arbetsgivare för att attrahera och bibehålla personal.

Handledning/utbildning - Humana erbjuder handledning kopplat mot en specifik metod eller ärendehandledning där chef är med för att möjliggöra fortsatt stöd till personal mellan handledningstillfällena. Aktuell chef erbjuds också handledning via telefon/Teams vid ett kortare tillfälle mellan de ordinarie handledningstillfällena, vilket möjliggör stöd i att fullfölja eller justera planerade interventioner avseende ett ärende eller implementering av en specifik metod eller utbildning. Utbildning ges efter behov som varje division inventerat årligen. Merparten av utbildningsbehoven tillgodoses genom utbildad personal inom Humana, via KMU (kvalitets- och metodorganisationen) eller upphandlas externt då vi inte kan tillgodose utbildningsbehov med egna resurser

eNPS/Ledarskapsindex - eNPS används för att mäta medarbetarlojaliteten på ett effektivt sätt. eNPS hämtas från medarbetarundersökningen och bygger på frågan ”Hur troligt är det att du skulle rekommendera någon att arbeta på Humana?” Våra medarbetare uppger sannolikheten på en skala från 0 (Inte alls sannolikt) till 10 (Extremt sannolikt). Sedan delas svarande in som Ambassadörer, Neutrala och ”Kritiker”. Skalan går från -100 till +100 och på Individ och familj har vi haft +6 som är ett positivt och godkänt svar.

Genom att regelbundet fråga vår personal om deras upplevelse av ledarskapet men också genom samlade bedömningar av medarbetarnas arbetsmiljö och utvecklingsmöjligheter får vi bekräftat hur duktiga våra chefer är. Cheferna arbetar nära sina verksamheter och leder genom exempel. De står bakom sina anställda och är en garant för god kvalitet i allt vi gör, stort som smått. Vi följer och mäter nöjdheten med våra chefer i medarbetarundersökningen genom ett sk Ledarskapsindex. Skalan går från 0 till 100 och på Individ och familj har vi haft 79 under 2021 vilket är ett mycket bra resultat, dvs hög nöjdhet med våra chefer.

Frisktal - Frisktal mäts som andel av samtliga anställda som ej är korttidssjukskrivna. Varje månad följer vi vår frisknärvaro på våra verksamheter och på en övergripande nivå. Uppföljningen är ett verktyg för oss att snabbare kunna stötta och sätta in åtgärder för den medarbetare som är i behov av det. Under året har de verksamheter som haft hög sjukfrånvaro haft det särskilt påfrestande och trots goda förberedelser (stora rekryteringsinsatser och goda rutiner/ riskbedömningar) har de medarbetare som varit friska behövt ta ett stort ansvar. HR och företagshälsovården har funnits som stöd till de verksamheter som behövt göra extra satsningar för att förbättra sin frisknärvaro.

Rapportering av tillbud och arbetsskador - För att säkerställa en god arbetsmiljö för våra medarbetare arbetar vi förebyggande genom att göra årliga skyddsronder, fylla i hot- och våldschecklistor samt genom att hantera de tillbud och arbetsskador som uppstår i vår verksamhet.

Värdegrundsarbete - Humanas värdeord Glädje, Engagemang och Ansvar är en direkt återspeglning av det arbetsklimat vi aktivt arbetar för. Våra värderingar slår vakt om alla människors lika värde. Aktivt värdegrundsarbete är ett återkommande affärsområde som följs upp månadsvis. Alla medarbetare får vid anställning genomgå värdegrundsutbildning via vår digitala utbildningsplattform. Som verktyg har Humana bland annat tagit fram en värdegrundskortlek och en applikation med olika frågeställningar och etiska dilemman där medarbetarna tillsammans får prata om svåra professionella situationer och gemensamt hitta lösningar. På detta vis säkerställer vi att organisationen ständigt tar tillvara nya erfarenheter, synpunkter och lärdomar, vilka kan användas när vi utvecklar arbetssätt och rutiner.

Medarbetarundersökning - Vi arbetar med vår medarbetarundersökning kallad för WeYouMe för att öka nöjdheten med Humana som arbetsgivare. Undersökningen fångar upp medarbetarnöjdhet, men även andra viktiga områden som; arbetssituation, arbetsförutsättningar, delaktighet och arbetsklimat. Utifrån våra målområden inom medarbetarprocessen övervakas viktiga personalnyckeltal för att löpande kunna vidta åtgärder under året. Utöver detta görs proaktivt arbete inom värdegrundsarbetet och en positiv skydds rond för ett salutogent förhållningssätt.

Hållbarhetsarbete

Humanas fyra strategiska målområden (kvalitativ verksamhet, attraktiv arbetsgivare, lönsam tillväxt och ansvarstagande samhällsaktör) tillsammans med vår värdegrund, styr våra verksamheter mot visionen om allas rätt till ett bra liv. Humanas vision och övergripande målsättning handlar mycket om att skapa hållbarhet på individ- och samhällsnivå. Hållbarhet socialt-, ekonomiskt-, och miljömässigt är en integrerad del av allt vi gör i våra verksamheter och genom vårt hållbarhetsarbete bidrar Humana aktivt till FN:s globala mål för en hållbar utveckling.

Humana strävar även efter att vara en ansvarstagande samhällsaktör genom att minska negativ påverkan på miljön bl.a. genom att minska CO2-utsläpp och sänka elförbrukning. På grund av pandemin under året så har Humana, liksom samhället i stort, behövt ställa om och öka digitaliseringen. Vi har i mycket större utsträckning

digitala möten, dels internt men även med uppdragsgivare och myndigheter. Våra verksamheter ska även göra en inventering av vad inom den egna verksamheten, som har störst negativ miljöpåverkan. Alla anställda ska dessutom ha genomfört utbildningen ”Hållbart Humana”. Till hjälp i miljöarbetet har verksamheterna en miljöchecklista som ska göras en gång per år.

2 Kvalitativ verksamhet

2.1 Kvalitativ verksamhet

Prästgården genomför i huvudsak psykosociala utredningar vilka våra utredare och socionomer ansvarar för. Det finns en god ordning vad gäller vårdplan, genomförandeplan samt rutiner för uppföljningar samt kommunikering av utredning. För skyddsplaceringar avges behandlingsrapport var sjätte vecka om inte annat önskas av kommunen. Det finns kommunerna en stor nöjdhet med de utredningar och rapporter som Platea gör.

Resultatet av de kundenkäter (NKI) som inkommit under pågående placeringar visar att att vi presterar bra.

Resultat av NBI/Barnenkät visar att vi presterar bra.

Under april har 6 inskrivna klienter haft en genomförandeplan,

Vi arbetar kontinuerligt med att följa upp klienternas genomförandeplaner, dock revideras inte alla genomförandeplaner efter uppföljning. Detta då gfp ligger till grund för utredningsuppdraget.

Andelen förtida avslut har uppgått till 1.

Under april har andelen sammanbrott uppgått till 0%.

Under april har andelen avvikelser i DF-respons som ej påbörjats uppgått till 0%.

Under april har andelen inkomna klagomål uppgått till 1 st. och andel förbättringsförslag till 0 st.

Under april har ingen Lex Sarah och/eller Lex Maria upprättats.

Under april har vi inte haft någon tillsyn från IVO eller någon revision.

Under april har 1 yttrande avgetts till IVO från enheten.

Under april har 0 egenkontroller genomförts

2.2 Mått för kvalitativ verksamhet

Mål
IoF ska ha nöjda uppdragsgivare
IoF ska ha nöjda Klienter
Klienter ska ha uppföljda genomförandeplaner och medarbetarna ska aktivt arbeta för att förbättra dokumentationen
Klienternas insatser är slutförda enligt uppdrag i genomförandeplan
Arbeta aktivt med förbättringsarbete och förebygga allvarliga händelser

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet under pågående uppdrag		0 %	100 %
Nöjda kunder NKI - Kundnöjdhet efter	75 %	33 %	50 %

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
avslutat uppdrag i verksamheten			

Mått	Målvärde	Utfall 2021	Utfall 2020
Nöjda klienter (NBI) Humanas gemensamma NKI	minst 75 %		

Mått	Målvärde	Andel som har genomförandeplan	Andel som ej har gfp
Antal av våra kunder/klienter som har individuella planer och antal som inte är uppföljda enligt tidsplan.	100 %	100 %	0 %

Aktiviteter	Status
BoU har möjlighet att följa upp exakt antal gfp och uppföljning av dessa via Egenkontrollen i IDOK. Ta stöd av kvalitetsavd. för att kontrollera detta och få fram exakt utfall till nästkommande månad.	✓ Avslutat önskad effekt

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal avslut totalt	Ackumulerad andel förtida avslut	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal slutförda uppdrag och förtida utskrivningar	55 %	17 st	76 %	18 %	42 %

Mått	Målvärde	Ackumulerat antal sammanbrott	Ackumulerat antal avslutade totalt	Ackumulerat utfall 2021	Ackumulerat utfall 2020
Antal sammanbrott och sammanbrottsanalyser	20%	0	17	0 %	0 %

Mått	Målvärde	Andel med positiv utveckling mål helt/delvis uppfyllda	Ackumulerat antal avslutade uppdrag
Andel ärenden vid avslutat placering med positiv utveckling	minst 67 %		18

Mått	Totalt antal Avvikelser
Totalt antal avvikelser	19 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal inkomna klagomål	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal förbättringsförslag	

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda lex Sarah till IVO	1 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal anmälda Lex Maria till IVO	

Mått	Ackumulerat utfall
Antalet tillsyner /revisioner	2 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal egenkontroller (checklistor) som genomförts	3 st

Mått	Ackumulerat antal beslut utan brist	Ackumulerat antal beslut med brist
Antal tillsynsbeslut från IVO (med eller utan brist)	1	1

Mått	Ackumulerat utfall
Antal yttranden från IVO	

2.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Kvalitativ verksamhet)

3 Attraktiv arbetsgivare

3.1 Attraktiv arbetsgivare

Platea har alltmer blivit en arbetsplats som personer numer söker sig till. Sannolikt har vårt verksamhetsinnehåll och goda arbetsmiljö blivit omtalad och fler har fått upp ögonen för Platea. Fortfarande brottas Platea med att avståndet till centralorten Karlstad är långt borta. Platea behöver hela tiden ligga i framkant för att få utbildad personal. Platea finns med som branchrepresentant i Yrkeshögskolan för behandlingsassistents ledningsgrupp i Forshaga.

Nya planer på hästunderstödd behandling har väckt ett stort intresse från både utbildade behandlingsassistenter samt socionomer som förklarar sig intresserade av tjänster hos Platea.

Värdet för stress, trivsel och engagemang ligger kvar på samma nivå, jämfört med föregående månad

Det totala frisktalet för oss under april uppgick till **98,8 % vilket är högt med tanke på rådande pandemi.**

Personalomsättningen har varit låg under april och uppgått till 0 medarbetare som slutat sina anställning.

Under april har 2 medarbetare genomfört utbildning.

När det gäller handledning uppskattar vi att handledningen möter verksamhetens behov och uppdrag. Allt enligt uppföljningar med både personal och handledare.

Under april har vi haft värdegrundsarbete i mindre grupper då personal kommer att gå igenom principlöften samt arbeta med värdegrundsfrågor.

Under april har andelen rapporterade tillbud/arbetsskador uppgått till 0 st. och andelen anmälda till Arbetsmiljöverket uppgått till 0 st.

3.2 Mått för attraktiv arbetsgivare

Mål
Höja grundkompetensen hos anställda
Värdegrundsarbetet ska vara styrande i våra verksamheter
Vi eftersträvar nöjda medarbetare och att uppnå ett branschledande eNPS.
Förbättra arbetsmiljön genom systematiskt arbetsmiljöarbete

Mått	Målvärde	Utfall
Antal tillsvidareanställda med relevant eftergymnasial utbildning (2år) LSS/SÄBO gäller relevant gymnasial utbildning	minst 50 %	

Mått	Ackumulerat utfall	Ackumulerat antal deltagare heldagar/flerdagar	Ackumulerat antal deltagare halvdagar	Ackumulerat antal deltagare 1-2 tim
Antal deltagare som genomfört utbildning	56 st	22 st	34 st	0 st

Mått	Ackumulerat utfall
Antal handledningstillfällen	12 st

Mått	Målvärde	Utfall
Nöjda medarbetare > 73% inhämtas från WeYouMe enkäten årligen.		

Mått	Ackumulerat utfall Tillbud	Ackumulerat utfall Arbetsskador	Ackumulerat antal anmälda till arbetsmiljöverket
Antal rapporterade tillbud/arbetsskador/antal anmälda till Arbetsmiljöverket i DF- respons		1 st	1 st

Mått	Målvärde	Ackumulerat utfall
Frisktal	minst 96 %	96,1 %

3.3 *Initiativ till förbättringar inför 2022 (Attraktiv arbetsgivare)*

4 Långsiktig och uthållig tillväxt

4.1 Långsiktig och uthållig tillväxt

Det har sedan 2017 och övertagandet till Humana gått ekonomiskt bra för Platea. Vinsten i företaget har gått stadigt uppåt med stora vinstöverskott. Det är främst våra båda HVB som varit efterfrågade och Platea har mestadels haft full beläggning. Trycket ökar även på Plateas andra delar dvs familjehemsvården samt öppenvården. En översyn av Plateas ledning och administration har nyligen genomförts för att kunna möta an det ökade trycket. Platea behöver fortsätta att utveckla sin verksamhet. Speciellt då vi under juni mån 2021 ska starta ytterligare ett boende Lilla Villa Vik. Platea planerar för att göra verksamheten ännu mera attraktiv med hästunderstödd behandling. Detta ger ytterligare en dimensionsom är hjälpsam för barn som är omsorgsviktade och traumatiserade. En verksamhet med hästunderstödd behandling ger också Platea chansen att kunna attrahera välutbildad personal att välja Platea framför andra aktörer på marknaden, vilket är en förutsättning för att Platea ska kunna leva upp till åtaganden i upphandlingar.

4.2 Mått för långsiktig och uthållig tillväxt

Mål
Uppnå en rörelsemarginal på medellång sikt uppgående till cirka 6%
Uppnå en årlig intäkstillväxt på 8-10%

Mått
Uppnått EBIT % (resultatrapport kommer in 7:e arbetsdagen i månaden)

Mått
Upprätthåller den budgeterade belägningsgraden

Mått	Akkumulerat utfall
Antal vårdflätor	2 st

4.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Långsiktig och uthållig tillväxt)

5 Ansvarstagande samhällsaktör

5.1 Ansvarstagande samhällsaktör

Platea har visat sedan övertagandet dec 2016 att det är en verksamhet som behövs i samhället. Det råder stor efterfrågan på våra tjänster. Platea är intressant för många kommuner då vi kan lösa de problem som de har och där andra aktörer inte klarar uppdragen. Platea har ett unikt tillstånd som innebär att vi med lätthet kan arbeta i en egen vårdkedja samtidigt som detta inte utesluter samarbete med andra. Ett stort omställningsarbete har gjorts genom åren där vården har gått från att vara NP inriktad med generella strukturer till att bli individinriktad med en bred kunskapssyn syn på barn och familjers problematiska situation. Platea behöver nu utvecklas vidare för att ge barn och föräldrar mer förutsättningar till läkande psykosocial behandling. Ekonomiskt har Platea med ökande och betydande vinstöverskott goda förutsättningar att förbättra vårdens innehåll och erbjuda kunderna ytterligare kvalitet och variation.

5.2 Mått för ansvarstagande samhällsaktör

Mål
Arbeta mot en minskad miljöpåverkan

Mått	Målvärde	Utfall
Inventering har gjorts av vad som har störst negativ miljöpåverkan i verksamheten. Ja/Nej		
Genomfört hållbarhetsutbildning ja/nej		

5.3 Initiativ till förbättringar inför 2022 (Ansvarstagande samhällsaktör)



Förklaring från Humana på arbetssätt mm

Signerat av

Signerat datum

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Diariernr

5000-K697453-21

Originalhandlingens förvaringsplats

Datum

2022-06-08

Tid

09:21

Involverad personal

Ann-Louise Sundqvist

Funktion

Uppgiftslämnare

Berättelse

Mail från Mikael Asker till Humana.

Hej Ulrik!

Begäran rör utredningen om vållande till annans död och leds av kammaråklagare Stefan Wessberg.

Försvaret önskar ytterligare kompletteringar enligt nedan.

Genom beslut och tillsyn framgår att Platea definierar begreppen avvikelser och incidenter på olika sätt, att en avvikelse definieras som orsakad av brister och risker i verksamheten medan en incident definieras som orsakad av klientens sjukdomsbild och/eller eget agerande och att incidenterna skrivs bara in i det enskilda barnets journal. Detta förklarar varför vi, när vi tidigare begärde ut samtliga avvikelserapporter avs. brister i den fysiska miljön enbart fick en avvikelserapport, övriga ev. inträffade händelser som kan ha sin grund i den fysiska miljön ska således ha noterat som incidenter i respektive barns journal. Föreståndaren, Birgitta, har dock anfört till IVO att hon gör en årlig sammanställning av avvikelser och incidenter och härmed bör utredningen kompletteras:

Med Plateas föreståndare **Birgittas årliga sammanställningar av avvikelser och incidenter för åren 2019, 2020 och om det finns för 2021 fram till dess verksamheten stängdes av IVO.**

Svar från Ulrik på ovan fråga.

Hej Mikael,

Kortfattat om arbetssättet

Alla medarbetare har ett ansvar att skyndsamt rapportera avvikelser och risker i samband med att de upptäcks. Rapportering och dokumentation görs i avvikelssystemet DF-respons. Gäller avvikelser ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande ska även en Lex Sarah-rapport upprättas och skickas till aktuell myndighet. Det ska inte finnas uppgifter om klienten i avvikelserna som rapporteras i DF-respons enligt ovan och därför upprättas i förekommande fall även en incidentrapportering i klientens journal.

Angående er begäran om komplettering

De årliga sammanställningar för 2019, 2020 och 2021 som Birgitta Bergh har författat har vi tidigare lämnat ut. Några andra sammanställningar har vi inte hittat. Sammanställning av incidenter görs inte, eftersom dessa ingår i klienternas journal och i deras vårdplanering.

Vi har tidigare även lämnat ut de avvikelserapporter avseende brister i den fysiska miljön på Prästgården i Hagfors under tiden 2020-06-15 – 2021-06-15.

Med vänlig hälsning

Ulrik Bonnevier



Bilaga - Skäligen misstänkt

Enhet
Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Diariennr
5000-K697453-21

Skäligen misstänkt person
Andersson, Kristina Ulrika

Personnr
19710828-6225

Identifierad Kontrollsätt
Ja Dataslagning

Kommentar
.

Misstankeuppgift

Rubricering

Händelse inträffad
2021-06-15 06:50 - 2021-06-15 09:30

Brottskod(Misstanke)

Brottsplatsadress
Dalavägen 29

Områdeskod
0319010083830004

Brottsmisstankenr
POD50-BM2021-1286005525-6G

Diariennr
5000-K697453-21

Status
FU/Utredning pågår

Brottskod
0392

Brottsbeskrivning
Vållande till annans död

Delgiven information om förenklad delgivning vid ett personligt möte genom att skriftlig information överlämnats
2021-10-13 Ann-Louise Sundqvist

Underrättelse om misstanke
2021-10-13

Beslutsdatum misstankebeslut
2021-09-28

Beslutsfattare misstankebeslut
Wessberg, Stefan

Personalia och dagsbottsuppgift

Utskriftsdatum
2022-06-15

Namn Andersson, Kristina Ulrika		Personnummer 19710828-6225	
Tilltalsnamn Ulrika	Kallas för	Öknamn	Kön Kvinna
Födelseförsamling Hagfors	Födelselän Värmlands län	Födelseort utland	
Medborgarskap Sverige	Hemvistland	Telefonnr 0730518499: Mobiltelefon	
Adress Stålnackes Väg 23 683 91 Hagfors			
Folkbokföringsort Hagfors		Senast kontrollerad mot folkbokföring 2022-06-15	
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 245000	Bidrag	Hemmavarande barn under 18 år	
Försörjningsplikt		Skulder 500000	
Förmögenhet			
Kontroll utförd			
Taxerad inkomst 245700		Taxeringsår 2021	
Taxeringskontroll utförd av Ann-Louise Sundqvist		Datum 2021-10-13	



Bilaga - Skäligen misstänkt

Enhet
Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Diariennr
5000-K697453-21

Skäligen misstänkt person	Personnr
Reidner, Hanna Sofia Maria	19701118-6264
Identifierad	Kontroll sätt
Ja	Annat
	Kommentar
	.

Misstankeuppgift

Rubricering	Händelse inträffad	Brottskod(Misstanke)
Vållande till annans död	2021-06-15 06:50 - 2021-06-15 09:30	
Brottsplatsadress		Områdeskod
Dalavägen 29		0319010083830004
Brottsmisstankenr		Diariennr
POD50-BM2021-1286003868-6U		5000-K697453-21
Status	Brottskod	Brottsbeskrivning
FU/Utredning pågår	0392	Vållande till annans död
Delgiven information om förenklad delgivning vid ett personligt möte genom att skriftlig information överlämnats		
2021-10-22 Ann-Louise Sundqvist		
Underrättelse om misstanke		
2021-10-22		
Beslutsdatum misstankebeslut	Beslutsfattare misstankebeslut	
2021-09-28	Wessberg, Stefan	



Personalia och dagsbottsuppgift

Utskriftsdatum
2022-06-15

Namn Reidner, Hanna Sofia Maria		Personnummer 19701118-6264	
Tilltalsnamn Sofia	Kallas för	Öknamn	Kön Kvinna
Födelseförsamling Hagfors	Födelselän Värmlands län	Födelseort utland	
Medborgarskap Sverige	Hemvistland	Telefonnr 0731008855: Mobiltelefon	
Adress Skålviksvägen 14 D 683 32 Hagfors			
Folkbokföringsort Hagfors		Senast kontrollerad mot folkbokföring 2022-06-15	
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 T.o.m. 22/10-21 på 28.000 kr/mån	Hemmavarande barn under 18 år	
Försörjningsplikt	före skatt. Från 15/9 helt arb.lös och får inte stämpla.	Skulder 400000	
Förmögenhet 0			
Kontroll utförd			
Taxerad inkomst 441900	Taxeringsår 2020		
Taxeringskontroll utförd av Ann-Louise Sundqvist	Datum 2021-10-22		



Underrättelse/Delgivning jml RB 23:18a

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Ärende

Diariennr

5000-K697453-21

Handläggare

Sundqvist, Ann-Louise

Gärning

Vållande till annans död

Berörd person

Personnr

19701118-6264

Efternamn

Reidner

Förnamn

Hanna Sofia Maria

Underrättelse utsänd

2022-04-19

Yttrande senast

2022-04-25

Underrättelse slutförd

2022-06-14

Delgiven info. om ev. förenklad delgivning

2021-10-22

Underrättelsesätt

Skriftligen

Notering

Handling skickad enligt önskemål till försvararen för genomgång med sin klient.

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran

Försvarare

Namn

Möller, Sofia

Underrättelse utsänd

2022-04-19

Yttrande senast

2022-04-25

Underrättelse slutförd

2022-06-14

Underrättelsesätt

Skriftligen

Notering

Handling skickad enligt önskemål till försvararen Sofia för genomgång med sin klient.

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran



Underrättelse/Delgivning jml RB 23:18a

Enhet

Region Bergslagen, Utredning 1 LPO Torsby

Ärende

Diariennr

5000-K697453-21

Handläggare

Sundqvist, Ann-Louise

Gärning

Vållande till annans död

Berörd person

Personnr

19710828-6225

Efternamn

Andersson

Förnamn

Kristina Ulrika

Underrättelse utsänd

2022-04-19

Yttrande senast

2022-04-25

Underrättelse slutförd

2022-06-14

Delgiven info. om ev. förenklad delgivning

2021-10-13

Underrättelsesätt

Skriftligen

Notering

Handling skickad enligt önskemål till försvararen för genomgång med sin klient.

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran

Försvarare

Namn

Halén Lindberg, David

Underrättelse utsänd

2022-04-19

Yttrande senast

2022-04-25

Underrättelse slutförd

2022-06-14

Underrättelsesätt

Skriftligen

Notering

Handling skickad enligt önskemål till försvararen David för genomgång med sin klient.

Resultat av underrättelsen/delgivningen

Ej erinran