

Information om lex Sarah-anmälan verksamheter i kommunal regi, boendeenhet 6

Äldre- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut till äldre- och omsorgsnämnden

- Informationen noteras.

John Henriksson
Förvaltningschef

Sammanfattning

En personal på ett gruppboende har uttryckt hot och allvarligt kränkt boenden Personalen är inte längre anställd. Det inträffade är ett fysiskt och psykiskt övergrepp som medfört allvarliga konsekvenser för den enskildas psykiska hälsa och trygghet. Eftersom utredningen inte tydligt kan peka på om det inträffade är orsakat av en enskild medarbetares omdömeslösa handlande eller om även systematiska fel och brister i verksamheten ligger till grund för det inträffade, bedömer förvaltningen att händelsen är ett allvarligt missförhållande som ska anmälas till IVO. Anmälan gjordes den 25 mars. Åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen pågår.

Beskrivning av ärendet

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen, SoL, och lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska:

- anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten (14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS)
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål (14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS)
- den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS).

Lex Sarah syftar till att säkerställa att personer som behöver socialtjänstens insatser får dessa med god kvalitet. Fel, brister och missförhållanden ska förebyggas och om de inträffar åtgärdas omedelbart. Enligt nämndens riktlinjer ska allvarliga missförhållanden som anmäls till IVO informeras nämnden.

En förälder till en boende på en gruppboende inom boendeenhet 6 informerar verksamheten om att boende har ett sår på läppen, är mycket upprörd och ledsen samt upprepade gånger säger att hen blivit slagen av en personal. Det inträffade skulle skett under helgen den 7 till 8 november.

Utredningen inleddes med samtal med alla medarbetare som varit i tjänst under den aktuella tidpunkten och även med personalen som skulle begått övergreppet. Ingen medarbetare säger sig ha sett eller misstänkt att den boende skulle ha blivit slagen, ingen säger heller att de sett något sår på den boendes läpp. Personalen som skulle begått övergreppet förnekar att det har hänt, och är på grund av sjukdom och ledighet inte i tjänst under följande tre veckor. Då inga uppgifter gått att styrka med bevis är utredningen på väg att avslutas.

Strax innan jul blir enhetschefen kontaktad av sjuksköterska i HSV-teamet som samtalat med en medarbetare som sedan den första intervjun har slutat på boendet. Den tidigare medarbetaren hade uppgifter om en specifik händelse gällande den aktuella personalen och boende. Nya samtal hålls med den tidigare medarbetaren. Medarbetaren berättar om en händelse där denne haft problem med att ge stöd till den aktuella boende som var orolig och utåtagerande. Medarbetaren sökte hjälp från den aktuella personalen som också var i tjänst. Personalen tog hårt i den boendes hand och drog den bryskt nedåt och bakåt. Personalen motsätter sig denna beskrivning och uppger att hen inte tog hårt i den boende. Då flera uppgifter som är motstridiga inkommit under utredningen tar utredande verksamhetschef kontakt med kvalitetscontroller i kommunen för att få stöd och vägledning i bedömning av de inkomna uppgifterna. Bedömningen blir att ett missförhållande har ägt rum men då uppgifter går isär går det inte att fastställa vad som skett, när det skett eller hur.

Utredningen är återigen på väg att avslutas när enhetschefen blir uppring av den aktuella personalen den 17 januari. Personalen meddelar att hen har vid stöd i den boendes lägenhet uttryckt hot och allvarligt kränkt boenden genom att hota med att en annan brukare ska komma in till boende och slå boende eller dra boende i håret om hen inte är snäll och gör som personalen säger. Personalen ombeds att omedelbart lämna arbetsplatsen och blir sedan avstängd i väntan på arbetsrättslig process. Personalen är inte längre anställd.

Det som framkommer i utredningen är att det är en stor personalgrupp och även många vikarier på gruppboenden, vilket innebär att det har varit många personer för den aktuella boende att agera med. Personalomsättningen på gruppboenden har också varit hög men har inte berott på frånvarande ledarskap eller för tung arbetsbelastning utan på andra olyckliga omständigheter. Samtliga medarbetarna på gruppboenden har utbildning och kompetens för målgruppen. Den aktuella personalen likaså, samt fina vitsord från tidigare arbetsgivare.

I utredningen framkommer att verksamheten skulle kunnat ha planera bemanningen bättre så att ett begränsat antal personer jobbade med den aktuella boende, och även så att den boende inte hade behövt varit ensam med den aktuella personalen efter att den första rapporten om övergrepp inkommit. Boende har ett problemskapande och utåtagerande beteende och verksamheten kan ha brustit i att tolka boendes utåtagerande beteende som tecken på att hen utsatts för hot och tvång.

Det går inte helt att utröna om missförhållandet har orsakats av brister i verksamheten eller endast på grund av personalens omdömeslösa handlande.

De åtgärder som har vidtagits för att likande inte ska inträffa igen är:

- Uppsägning av aktuell personal.
- Enhetschef för boendenhet 6 har blivit bortkopplad från övriga uppdrag och arbetar med nära ledarskap på plats på aktuell gruppboende.
- Kontinuerlig uppdatering av den boendes handlings- och genomförandeplan för att kunna ge bättre stöd.
- Dubbelbemanning inne i lägenheten hos den boende.
- Handledning från utomstående person för att få stöd i metod och lågaffektivt bemötande i arbetet med den boende.
- Anställa en stödpedagog.
- Utöka introduktionen för ny personal hos den boende.
- Arbetsplatsdiskussioner under hela tiden för utredningen och fortsätta diskutera vikten av att aktivt rapportera brister och avvikelser.

- En intern kvalitetsgranskning av boendet är beställd. Kvalitetsgranskningen kommer genomföras av kommunens kvalitetscontrollers inom kommunstyrelseförvaltningen och har vid tidpunkten för avslutad utredning och anmälan till IVO precis påbörjats. Kvalitetsgranskningen kommer i sin tur leda till underlag för vidare åtgärder för att ytterligare säkerställa och förbättra kvalitén i verksamheten.

Det inträffade är ett fysiskt och psykiskt övergrepp som medfört allvarliga konsekvenser för den enskildas psykiska hälsa och trygghet. Eftersom utredningen inte tydligt kan peka på om det inträffade är orsakat av en enskild medarbetares omdömeslösa handlande eller om även systematiska fel och brister i verksamheten ligger till grund för det inträffade, bedömer förvaltningen att händelsen är ett allvarligt missförhållande som ska anmälas till IVO. Anmälan gjordes den 25 mars.

Förvaltningen föreslår att äldre- och omsorgsnämnden noterar informationen. Förslaget till beslut har inga ekonomiska konsekvenser. En prövning av barnets bästa har inte genomförts då det inte är relevant för ärendet.