



Humana

Lex Sarah-utredning (ID: 22875)

Inträffade på:	Prästgården (Platea)
Utredningen påbörjades:	2021-06-16
Ansvarig för utredning:	Kvalitetsorganisationen, IoF
Lagrum:	SoL

Utredning

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

Barn med stort behov av tillsyn lämnas utan direkt uppsikt av personal. Barnet tar sig ut från rummet via en altandörr och avviker från boendet. Trots att personal snabbt upptäcker att barnet är borta och påbörjar sökinsatser hittas inte barnet. Barnet återfinns senare avlidet i ett närliggande vattendrag av räddningstjänsten.

När och hur uppmärksammades missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållande?

Bristerna i tillsyn och fysisk miljö upptäckts ca 5 minuter efter att barnet avviker den 15 juni. Andra missförhållanden har upptäckts under utredningen.

Typ av missförhållande/risk för missförhållande

Brister i organisation och ledning

- Lämplighetsbedömningar brister i kvalitet, matchning tar inte hänsyn till andra placeringar eller personalens kompetens
- Upprepade IVO-anmärkningar, senaste i maj 2021 föranledde krav på åtgärder som ska utföras fram till oktober 2021
- Åtgärder efter internkontroll av kvalitetsavdelningen 2019 har ej säkerställts
- Bristande samordning och uppföljning av huvudman

Brister i kompetens

- All personal har inte kompetens för att arbeta med olika barns problematik
- Brist i säkerställande att all personal har kompetens att arbeta med alla barn nattetid
- Brist i nätverkstillgänglighet medförde att dokumentation inte utfördes, varför informationen om barnen var bristfällig



Humana

Brist i det systematiska kvalitetsarbetet

- Saknas anmälan och utredning av allvarliga händelser
- Avsaknad av riskanalys och åtgärdsplaner
- Använder ej Humanas ledningssystem med rutiner, riktlinjer, egen- och internkontroller

Brist i den fysiska miljön

- Altandörr, staket och grind var inte tillräckligt för att hindra barnet att lämna tomten
- Närliggande vattendrag

Brister i tillsynen

- Trötthet, mänskliga faktorn, gjorde att tillsynen brast under några minuter
- Brist i kommunikation och information om att aktuellt barn hade hög risk för avvikning
- Rutin för bemanning saknar uppgift om att bemanning även nattetid bör matchas utifrån barnets behov

Händelseförlopp

Det aktuella barnet vaknade cirka 01:00 på natten och kunde därefter inte somna om. Barnet var vaket och under uppsikt tillsammans med personal fram till 06:45. Vid den tiden hade ytterligare fem barn vaknat och de lekte tillsammans i vardagsrummet. Efter ett blöjbyte på det aktuella barnet ca kl 06:15, ansluter det barnet till övriga barn och alla sex barn leker tillsammans i vardagsrummet. Två nattpersonal var i tjänst fram till kl 07:15. En personal som skall jobba dagtid kommer cirka 06.45 in via köksingången till arbetsplatsen och planerar att ta vägen genom vardagsrummet för att komma till personalrummet. Då hen låser upp dörren från köket till vardagsrummet kommer det aktuella barnet in i köket. Personal släpper då återigen in barnet i vardagsrummet, låser köksdörren och tar en annan väg till personalrummet. I hallen där personal sitter har ytterligare en personal som skall arbeta dagtid anslutit. I leken stänger barnen dörren till hallen där nattpersonalen befinner sig. Personalen som sitter i hallen utanför dörren öppnar dörren som barnen stänger igen, vilket händer upprepade gånger. Kl. 06.53 öppnar ett av barnen dörren och säger att det aktuella barnet har gått ut genom altandörren. Natt- och nyligen anländ dagpersonal börjar genast att söka efter barnet.

Utred vilka konsekvenser händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för den enskilde?

Det aktuella barnet avlider. Händelsen är traumatisk för övriga placerade barn samt för personalen.

Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare? Om ja, varför har det inträffat igen?

Det har tidigare hänt att barn (inte aktuellt barn) har avvikit från personalens uppsikt, men personal har då funnit barnet inom kort.

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

Nej, ingen verksamhet bedrivs vid enheterna Prästgården och Södra Villan pga tillfälligt indraget tillstånd.



Humana

Vilka bakomliggande orsaker har identifierats till händelsen?

Kommunikation och information

Barnets placering var en akutplacering och överlämning från aktuell socialtjänst var muntlig. Av lämplighetsbedömningen framkommer att föreståndare hade fått information om barnets behov och hade kännedom om att barnet försöker avvika frekvent.

Personal informerades om den höga risken för avvikning via:

- muntlig information
- veckobrev
- dokument som återfanns i barnets fysiska akt
- på en Whiteboardtavla i personalrummet.

Av utredningen framgår att den interna kommunikationen varit bristfällig kring risk för avvikning då endast viss personal hade kännedom om den höga risken.

All personal arbetar normalt inte med alla barn i verksamheten på dagtid då viss personal kan vara "riktad" mot enbart ett barn som är fokuserad på just detta barn och det barnets behov. Under natten arbetade två personal, en av dem hade arbetat med aktuellt barn vid ett tidigare arbetspass och hade viss kännedom om barnets behov. Den andra personalen hade inte tidigare arbetat med aktuellt barn och hade inte fått information om barnets behov.

Ett tillfälle att få uppdaterad information om alla barn är vid rapporteringen som sker mellan arbetspassen morgon och kväll. Under pågående pandemi har personal försökt begränsa tiden de sitter tillsammans på verksamhetens kontor och den ordinarie rutinen för informationsöverlämning har inte följts. Alla kan inte heller delta vid den muntliga informationsöverlämningen, då någon måste vara med barnen. Rutinen är att den som har sovande jour ska vara med barnen och genom detta missar juren muntlig information vid överlämningen. Vidare fanns innan pandemin förutsättningar för ett större deltagande i behandlingskonferenser, APT och handledning, vilket också kan ha påverkat att information om den höga risken för avvikning inte har nått ut till all personal.

Verksamheten har periodvis haft bristfällig internetuppkoppling vilket har försvårat för personal att dokumentera i aktuellt journalsystem. Detta har inneburit att personal har haft begränsade möjligheter att dokumentera enligt Humanas rutin och aktuell föreskrift vilket har påverkat verksamhetens informationsöverlämning. Avsaknaden av journalanteckningar vissa dagar har försvårat för personal att läsa vad som tidigare har hänt samt vilka risker som finns kring varje barn.

Bedömning: en bakomliggande orsak till händelsen är att det fanns brister både i fysisk och digital kommunikation och information om barnets höga risk för avvikning.



Humana

Utbildning och kompetens

Personalens formella utbildning varierar. Det finns socionomer och behandlingspedagoger, och personal utan eftergymnasial utbildning. Den personal som arbetsledningen bedömer bäst matchar barnets behov tillsätts under dagtid som resurs för det barnet.

Mellan 21:00-07:30 har verksamheten en nattbemanning som styrs av ett rullande schema. Aktuell nattpersonal har arbetat på Platea sedan 2014 respektive 2018. Rutinen för bemanning nattetid tar ej hänsyn till matchning med barnens speciella behov.

Aktuell natt är barnet vaket och en personal som tjänstgör har träffat barnet vid ett tjänstgöringstillfälle en vecka tidigare. Den andra personalen som tjänstgör har ingen erfarenhet av barnet och dennes speciella behov.

Bedömning: Nattpersonalen har inte matchats eller informerats om det aktuella barnets behov vilket bedöms som en bakomliggande orsak.

Processer, rutiner och riktlinjer

Matchningsprocess:

Verksamheten har ett brett tillstånd och kan ta emot en komplex och heterogen målgrupp i åldrarna 3 - 12 år. Vid tiden för det inträffade fanns åtta inskrivna barn med en stor variation av diagnoser och riskbeteenden i åldersspannet 5 år till 12 år.

Verksamhetens lämplighetsbedömningar innehåller de beaktanden och ställningstaganden som tillämpliga bestämmelser anger men brister i kvalitet enligt IVOs beslut i mars 2021.

Tillsyn:

Det fanns inte någon personal i samma rum som barnen som hade direkt uppsikt över det berörda barnet vid stunden för när barnet avvek. Det finns ingen lokal skriftlig rutin för tillsyn av barnen men det framgår i veckobrev som föreståndare skickar ut till all personal att barnen aldrig får lämnas utan uppsikt. Vid aktuell händelse framgår att personalen upplevde att de hade uppsikt då de hela tiden hörde barnen och öppnade dörren då och då.



Humana

Systematiskt kvalitetsarbete:

I utredningen framkommer att personal har avsaknad av kunskap kring inrapportering av avvikelser samt rapporteringskyldighet enligt lex Sarah. Detta har inneburit att personalen inte har rapporterat avvikelser enligt gällande rutin och föreskrift. Det saknas t.ex. riskanalyser för bedömning av personalbehov nattetid, för risk att barn avviker, för att internetuppkopplingen inte är adekvat. Det visar att det systematiska kvalitetsarbetet inte har implementerats i verksamheten. Detta har framkommit i tidigare internkontroll utförd av kvalitetsorganisationen 2019 samt i tillsyn från IVO. Ledningen har tagit fram en handlingsplan för att säkerställa åtgärder efter IVOs tillsyn. IVO avslutade ärendet 2021-05-11 med krav på åtgärder som skulle slutföras senast oktober 2021.

Rutin:

Det finns en rutin som instruerar nattpersonal hur de ska agera vid behov av mer personal på natten. Dels finns en instruktion om att man först ska begära förstärkning från den andra enheten dels finns information om att man kan kontakta chef i beredskap vid behov av hjälp.

Bedömning: verksamheten har inte implementerat Humanas processer, rutiner och riktlinjer som ska säkerställa att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Detta bedöms vara en bakomliggande orsak till händelsen.

Omgivning och organisation

Bemannning:

Enligt lämplighetsbedömningen bedömer föreståndare att aktuellt barn skall ha mer än en resurs riktad till sig under 14,5 timmar. Dessa timmar förlades mellan kl 07:00-21:30.

Enligt information till föreståndaren inför inskrivning framkommer inte att barnet behöver särskild tillsyn om natten och verksamheten har därmed ordinarie nattbemanning. Detta innebär att två personal är i tjänst varav en är vaken hela natten (21:00-7:30) och den andra har s.k. sovande jour mellan 23:00-06:00. Den sovande juren ska väckas av vaken personal om behov finns. Vid behov av ytterligare personal finns rutin att tillkalla en personal från Plateas andra avdelning, Södra Villan. Det finns också en rutin att kontakta bakjour (chefer) om denna personal inte är tillräcklig.

Risker har tidigare under året framförts från personal till ansvariga chefer om att grundbemanningen inte upplevts som tillräcklig under natten/tidig morgon. Arbetsledningen har bedömt att bemanningen är tillräcklig, genom ovan beskrivna rutiner.



Humana

Aktuell natt är barnet vaket från kl 01:00. Även ett annat barn vaknar och den sovande jousen väcks. Personalen är trött på morgonen men bedömer natten som hanterbar och tillkallar därför inte mer personal.

Bedömning: trötthet bedöms sannolikt haft inverkan på händelseförloppet. Rutinen för bemanning tar inte hänsyn till matchning med barnens behov nattetid. Trots att aktuellt barn varit vaken ett antal nätter tidigare görs ingen riskbedömning gällande bemanning på natten. Detta bedöms vara bakomliggande orsaker.

Teknik, utrustning och apparatur

I utredningen har uppdagats brister i verksamhetens fysiska miljö utifrån aktuell målgrupp där säkerheten inte har anpassats utifrån risker och behov.

Vid aktuell händelse har barnet tagit sig ut via altandörr som kunde öppnas, trots barnskyddande hantagsspärr, och grinden in till fastigheten samt staketet har inte varit tillräckligt för att hindra barnet att lämna tomten. Verksamheten ligger i närheten av ett större vattendrag och en trafikerad väg.

Bedömning: bristerna i den fysiska miljön bedöms sannolikt bidra till att händelsen kunde inträffa.



Humana

Redogör för de omedelbara åtgärder som genomfördes i samband med det inträffade. Datum för åtgärd ska anges.

Följande klockslag är rapporterade av föreståndare

- Kl. 06:53 - barnet upptäcks försvunnen. Tre personal springer ut för att leta efter barnet
- Kl. 07:12 - personal kontaktar bakjour och berättar att barnet saknas.
- Kl. 07:16 - Bakjouren ringer till Södra Villan och beordrar ut mer personal att leta efter barnet. Nio personal letar efter barnet. (Inom en timme fanns femton personal ute och letade efter barnet.)
- Kl. 07:19 - ringer bakjour till föreståndaren och beslut tas att ringa larmcentralen och socialjour.
- Kl. 07:28 -bakjour ringer 112
- Kl. 07:38 -bakjouren kom fram i kö till socialjour
- Kl. 07:50- polis kontaktar verksamheten i syfte att inhämta uppgifter
- Kl. 07:51 -ringer enhetschef till pappan som befinner sig på orten

Planerade åtgärder för att det inte ska hända igen

- 15-17/6 Bemanning anpassas för att säkra omsorg om övriga barn. Kontakt tas med ansvariga socialtjänster. Utredning enligt Lex Sarah påbörjas.
- 18/6 IVO fattar beslut om att Plateas verksamheter Prästgården och Södra Villan ska stängas tillfälligt och att barnen ska vara utskrivna senast 24/6 kl 15:00.
- 18/6 påbörjas planering för utflyttning av barn
- 18-24/6 Övriga barn skrivs ut
- 24/6 flyttar det sista barnet ut från verksamheten
- 5/7 beslutar Humanas ledning om att stänga HVB-verksamheten permanent

Vem/vilka har lämnat uppgifter till utredningen?

- 11 personal
- Enhetschef
- Föreståndare

Är den enskilde och/eller dess anhöriga informerade om utredningen?

Ja. Föräldrar och placerande socialtjänst

Behov av ytterligare uppföljning, utvärdering och kontroll

Verksamheten är stängd och huvudman avser inte att längre bedriva verksamhet på Prästgården och Södra Villan enligt tillståndet. Huvudman förhåller sig till IVOs beslut.

Övrigt som har framkommit i utredningen?

Brister i journalföringen under en längre tid.



Humana

Ställningstagande

Utredarens förslag till ställningstagande

Det rapporterade utgjorde ett allvarligt missförhållande (anmäls till IVO)

Motivera ställningstagande

I den analys som gjorts har framkommit att det finns flera samverkande faktorer som bidragit till att missförhållandet kunde ske.

Brister i organisation och ledning

- Lämplighetsbedömningar brister i kvalitet, matchning tar inte hänsyn till andra placeringar eller personalens kompetens
- Upprepade IVO-anmärkningar, senaste i maj 2021 föranledde krav på åtgärder som ska utföras fram till oktober 2021
- Åtgärder efter internkontroll av kvalitetsavdelningen 2019 har ej säkerställts
- Bristande samordning och uppföljning av huvudman

Brister i kompetens

- All personal har inte kompetens för att arbeta med olika barns problematik
- Brist i säkerställande att all personal har kompetens att arbeta med alla barn nattetid
- Brist i nätverkstillgänglighet medförde att dokumentation inte utfördes, varför informationen om barnen var bristfällig

Brist i det systematiska kvalitetsarbetet

- Saknas anmälan och utredning av allvarliga händelser
- Avsaknad av riskanalys och åtgärdsplaner
- Använder ej Humanas ledningssystem med rutiner, riktlinjer, egen- och internkontroller

Brist i den fysiska miljön

- Altandörr, staket och grind var inte tillräckligt för att hindra barnet att lämna tomten
- Närliggande vattendrag

Brister i tillsynen

- Trötthet, mänskliga faktorn, gjorde att tillsynen brast under några minuter
- Brist i kommunikation och information om att aktuellt barn hade hög risk för avvikning
- Rutin för bemanning saknar uppgift om att bemanning även nattetid bör matchas utifrån barnets behov

Ställningstagande

Allvarligt missförhållande