

Socialtjänst

En socialnämnd genomförde ett oanmält hembesök trots att det inte fanns skäl för det

(Dnr 1188-2020)

Beslutet i korthet: Socialtjänsten fick in en orosanmälan från två föräldrars arbetsgivare. Paret hade nyss fått barn och nämnden inledde en s.k. barnutredning mot bakgrund av uppgifterna i orosanmälan. Därefter genomförde två handläggare ett oanmält hembesök hos paret.

Var och en är enligt 2 kap. 6 § regeringsformen skyddad mot bl.a. husrannsakan eller liknande intrång från det allmännas sida. Skyddet mot intrång får endast begränsas i lag. Socialtjänsten utgör en del av det allmänna och omfattas alltså av bestämmelsen i regeringsformen. Det finns inte någon bestämmelse som ger socialtjänsten rätt att gå in i en enskilds bostad oavsett vad syftet med detta skulle vara.

För att socialtjänsten ska få genomföra ett hembesök inom ramen för en s.k. barnutredning krävs att den enskilde samtycker till hembesöket. Frivilligheten måste vara reell och det får inte vara fråga om att den enskilde samtycker till ett hembesök för att han eller hon känner sig tvingad till det. Utrymmet för att genomföra oanmälda hembesök är mycket begränsat och sådana besök bör endast kunna godtas i undantagsfall, t.ex. om socialtjänsten befara att det föreligger en nödsituation. Enligt JO fanns det i ärendet inte någon anledning att befara att det rörde sig om en nödsituation och handläggarna borde alltså i förväg ha hört av sig till paret innan hembesöket genomfördes för att få deras samtycke till det.

I sitt svar till JO framhöll nämnden att den inte ville ge paret en möjlighet att ge en tillrättalagd bild av förhållandena i hemmet. I beslutet understryker JO att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för enskildas integritet, och att principerna om självbestämmanderätt och integritet är grundläggande för socialtjänstens verksamhet. JO pekar även på att det finns en risk att allmänhetens förtroende för socialtjänsten skadas om myndigheten genomför oanmälda hembesök utan anledning och kritiserar nämnden för att hembesöket genomfördes oanmält.

Anmälan

I en anmälan till JO klagade AA på socialtjänsten inom stadsdelsförvaltningen Nordost (dåvarande stadsdelsförvaltningen Östra Göteborg) i Göteborgs kommun och uppgav i huvudsak följande: Socialtjänsten genomförde ett oanmält hembesök hos henne och hennes sambo. De hade nyss fått barn, dottern BB, och deras arbetsgivare hade gett in en orosanmälan till socialtjänsten. Socialtjänsten borde ha hört av sig innan hembesöket, men så skedde inte utan handläggarna klampade bara in i deras hem.

Utredning

JO hämtade in vissa handlingar från stadsdelsförvaltningen. Därefter begärde JO att nämnden skulle yttra sig över AA:s anmälan.

I ett remissvar uppgav nämnden i huvudsak följande:

BAKGRUND

Initialt inkommer orosanmälan från Aurorakliniken redan innan BB:s födelse. Oron rör mamma AA:s psykiska mående samt en misstanke om alkoholmissbruk. [...]

I samband med BB:s födelse kontaktar Specialförlossningen Socialjouren för att överlämna orosanmälan, sedan de noterat MVC:s journaler med uppmaning om detta. Då upptäcks även att AA folkbokfört sig i Kiruna, och kontakt tas med Kiruna. AA stannar på sjukhuset några dagar med BB [...]

Ytterligare orosanmälan inkommer från sjukhuset då BB och mamma AA skrivs ut från sjukhuset. Socialtjänsten gör ett planerat hembesök som genomförs tillsammans med personal från BVC och MVC.

Under förhandsbedömningen framkommer att personalen på sjukhuset inte haft någon oro för BB, anknytning och amning har enligt dem fungerat fint. Inte heller MVC uttrycker någon oro, bortsett från att mamma AA beskrivs som skör och kan tänkas behöva stöd i sin föräldraroll.

AA själv förnekar att hon skulle ha druckit alkohol under graviditeten. Hon har heller inte rökt eller tagit någon form av preparat sedan hon fick vetskap om att hon var gravid. Hon beskriver att hon inte är nöjd med det bemötande hon fått från Aurorakliniken [...] AA berättar att hon lider av generaliserat ångestsyndrom och förlossningsfobi. Hon tycker det var en tuff period på sjukhuset då hon kände sig övervakad. Hon beskriver också en omotiverat hög ångest över att Socialtjänsten är inkopplad.

Vidare framkommer att BB:s mormor är på besök från Kiruna och kommer att vara med den lilla familjen en tid. Pappa CC, som ej ännu är vårdnadshavare, är ett stöd för AA och de bor tillsammans i Göteborg och inte i Kiruna som man initialt fått uppgifter om. Beslut fattas att ej inleda utredning då ett stöd finns i nätverket samt att mamma AA kommer att kontakta Familjelinjén för att få stöd i föräldrarollen.

2020-02-04 inkommer orosanmälan via telefon från pappa CC:s och mamma AA:s arbetsgivare, DD. Han uttrycker en mycket stor oro för BB och hennes livssituation. DD berättar att CC arbetat för företaget i 10 år och har en "strulig" bakgrund med hemlöshet och det har funnits misstankar om droganvändning. DD berättar vidare att sedan BB:s födelse har CC berättat för honom om att mamma AA inte vill ha med bebisen att göra, att hon stänger in sig på sitt rum. AA ringer CC på arbetet flera gånger om dagen och vill att han skall komma hem. DD säger att de diskuterat oron på arbetsplatsen och beslutat att de måste göra en orosanmälan då BB är så liten. DD beskriver en stark oro för hur AA skall mäkta med att ta hand om BB då CC arbetar och mormor, som ännu är med familjen, snart skall återvända hem.

Bedömningen görs att akuta åtgärder ej är befogade under kvällen och natten. Anmälan inkommer strax före Socialkontorets stängning och för stunden är BB:s mormor enligt tidigare kännedom samt uppgift från anmälan fortfarande i familjen som ett stöd. 2020-02-05 fattas beslut att inleda utredning enligt 11 kap. 1 och 2 §§ Socialtjänstlagen på grund av oro för anknytningen mellan mor och barn samt oro för brister i den grundläggande omsorgen.

FRÅGA 1

2020-02-06 inhämtas ytterligare kompletterande uppgifter från anmälaren DD via telefon. DD berättar att AA arbetat sporadiskt på företaget, då CC

bett om arbete för hennes räkning. De perioder AA arbetat har hennes närvaro varit instabil och DD uppfattar att hon har ”kämpat med sig själv”.

Enligt Barnkonventionen; punkt 3, framgår att vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. 2020-02-06 fattas, efter en sammantagen bedömning utifrån orosanmälningarnas art och innehåll, vad som framkommit i kompletterande samtal med anmälaren samt den tidigare kännedom om oro för BB, beslut om att göra ett planerat oanmält hembesök. I övervägandet har även tagits med att AA skrivit sig i Kiruna och bedöms kunna lämna stadsdelen, att pappa CC inte är vårdnadshavare och därmed inte har några formella möjligheter att skydda BB, att stor oro uttryckts för båda föräldrarnas omsorgsförmåga samt att denna oro inkommer från föräldrarnas arbetsgivare vilket är synnerligen ovanligt, att det är oklart hur länge BB:s mormor avser stanna hos familjen samt att BB är ett spädbarn och i och med detta totalt beroende av andra för sin överlevnad. Det bedöms i och med ovanstående vara av yttersta vikt att få en överblick av BB:s livssituation utan att riskera att ögonblicksbilden blir tillrättalagd eller ytterligare fördröjd. Enligt Socialtjänstens bedömning skulle ett annat handläggningsförfarande än genom ett oanmält hembesök vid den aktuella tidpunkten kunna innebära risker för BB:s hälsa och utveckling.

FRÅGA 2

I 1 kap. 2 § SoL framgår att det vid åtgärder som rör barn skall barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård eller behandlingsinsatser för barn skall vad som är bäst för barnet vara avgörande. Vid det oanmälda, men planerade, hembesöket närvarade Socialsekreterare EE, vilken tidigare träffat AA i samband med anmält hembesök i samband med tidigare inkommen oro. Även Socialsekreterare FF närvarade utifrån SDF Östra Göteborgs rutiner för möten och hembesök. Då Socialsekreterarna knackade på ytterdörren och den öppnades presenterade sig Socialsekreterarna, blev igenkända och släpptes frivilligt in.

I 1 kap. 1 a § första stycket SoL beskriver att när en anmälan rör barn skall Socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av skydd. En sådan bedömning skall dokumenteras. Barnets eller den unges behov av skydd kan behöva övervägas vid flera tillfällen under en utredning om skydd eller stöd.

Det framgår med stor tydlighet att Socialtjänstens arbete skall ta sin utgångspunkt i vad som är barnets bästa. Vid tidpunkten för orosanmälningarna och bedömning om oanmält hembesök var BB några veckor gammal. Ett så litet barn är totalt skyddslöst och fullständigt utlämnat till sin omgivning. För sin överlevnad är ett spädbarn beroende av sina omsorgsgivare, deras förmåga att uppfatta och tolka barnets signaler samt prioritera barnets behov före sina egna.

Enligt Barnkonventionen; punkt 19 framgår att barn skall skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp.

Det står tydligt och klart för Socialtjänsten att mamma AA endast ser till sin egen problematik och vad det gör för skada för henne att Socialtjänsten gör bedömningen att göra en skyddsbedömning vid tiden för hembesöket. Det är vanligt att man under utredningstiden måste göra förnyade skyddsbedömningar utefter vad som kan framkomma under utredningstiden. Vid tiden för hembesöket var den sammantagna oron av flera orosanmälningar så hög att hänsyn inte kunde tas till mamma AA:s eventuella psykiska ohälsa. Snarare blev oron högre då det redan innan fanns misstankar såsom att AA var skör, psykiskt instabil [...]

Socialtjänsten bedömer att det fanns en laglig grund för att genomföra en skyddsbedömning. Detta bedömdes nödvändigt för att få en icke tillrättalagd bild av situationen i hemmet.

AA fick tillfälle att kommentera remissvaret.

I ett beslut den 18 oktober 2021 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Bedömning

Rättsliga utgångspunkter

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § socialtjänstlagen [2001:453], SoL).

När en anmälan rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd, en s.k. skyddsbedömning (11 kap. 1 a § SoL). Skyddsbedömningen ska göras samma dag som anmälan kommer in, eller senast dagen efter, om anmälan kommer in sent den dagen (se prop. 2012/13:10 s. 60).

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § tredje stycket SoL). Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne (3 kap. 5 § SoL).

Var och en är skyddad mot bl.a. husrannsakan och liknande intrång från det allmännas sida (2 kap. 6 § regeringsformen, RF).

Omständigheterna i ärendet

Av utredningen i ärendet framgår att AA:s arbetsgivare DD den 4 februari 2020 gjorde en orosanmälan till socialtjänsten. I anmälan uttryckte DD oro över AA:s föräldraförmåga och kände sig tvingad att göra en orosanmälan med tanke på barnet BB:s låga ålder. Vidare uppgav DD i anmälan att BB:s mormor var på besök hos AA och att hon hjälpte till att ta hand om BB, men snart skulle åka hem.

Samma dag som orosanmälan kom in gjordes en s.k. skyddsbedömning där en handläggare antecknade att BB:s mormor hjälpte AA med BB:s omvårdnad och att det vid tiden för skyddsbedömningen inte fanns något behov av omedelbart skydd för BB.

Den 5 februari 2020 inledde nämnden en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL på grund av oro för anknytningen mellan mor och barn, och oro för brister i den grundläggande omsorgen. Den 6 februari 2020 ringde en handläggare till DD för att ställa kompletterande frågor. I en tjänsteanteckning från samtalet antecknades att AA arbetat sporadiskt för företaget, att hon haft en instabil närvaro, och att hon uppfattades ha kämpat med sig själv. Senare samma dag genomförde två handläggare ett oanmält hembesök hos AA. Handläggarna kontaktade inte AA eller hennes sambo före besöket.

Bedömning av det oanmälda hembesöket

Socialtjänsten utgör en del av det allmänna och omfattas alltså av bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF som ger var och en skydd mot bl.a. husrannsakan eller liknande intrång. Med husrannsakan avses varje undersökning av hus, rum eller slutet förvaringsställe som görs av en myndighet, oavsett syftet med undersökningen. I begreppet liknande intrång ryms sådana intrång i någons bostad som inte sker i förundersökningssyfte (se prop. 1975/76:209 s. 147). Skyddet mot intrång i 2 kap. 6 § RF får endast begränsas genom lag (2 kap. 20 § RF).

Det finns inte någon bestämmelse som ger socialtjänsten rätt att gå in i en enskilds bostad oavsett vad syftet med detta skulle vara. Skyddet mot intrång i den enskildes bostad gäller dock bara påtvingade ingrepp. Den enskilde kan alltså samtycka till att nämndens personal besöker honom eller henne i bostaden. JO har i flera tidigare beslut poängterat att ett sådant samtycke måste vara reellt. Det får inte vara fråga om att den enskilde samtycker till ett hembesök för att han eller hon känner sig tvungen att göra det. Utrymmet för att genomföra oanmälda hembesök är mycket begränsat och sådana besök bör endast kunna godtas i undantagsfall, t.ex. om socialtjänsten befärar att det föreligger en nödsituation. (Se t.ex. JO 2011/12 s. 392, JO 2013/14 s. 392 och JO 2020/21 s. 470.)

I sitt svar till JO har socialnämnden uppgett att handläggarna åkte till AA:s bostad för att nämnden gjorde bedömningen att ett annat förfarande än ett oanmält hembesök vid den aktuella tidpunkten kunde innebära risker för BB:s hälsa och utveckling. Jag vill i detta sammanhang peka på att det inte framgår av dokumentationen i ärendet att nämndens handläggare, efter samtalet med DD, bedömde att det fanns ett akut behov av att säkerställa skyddet för BB. Detta är givetvis en brist, vilket försvårar min granskning.

Vad som däremot framgår av dokumentationen i ärendet är att en handläggare den 4 februari 2020 gjorde en s.k. skyddsbedömning efter det att orosanmälan från DD kommit in. Då bedömdes att det inte fanns anledning till någon omedelbar åtgärd. Därefter hade nämnden inte tillgång till någon ny information i ärendet, utöver samtalet med DD som skedde samma dag som hembesöket. Det samtalet bör enligt min mening inte ha ökat oron för BB eller AA i och med att det då inte kom fram någon ny information eller någon alarmerande uppgift om förhållandena i AA:s hem. Jag har därför svårt att se att det i detta fall fanns anledning för nämnden att befara att det rörde sig om en nödsituation som skulle ha kunnat motivera ett oanmält hembesök.

I och med att det inte rörde sig om någon nödsituation skulle alltså handläggarna i detta fall ha hört av sig till AA och hennes sambo innan hembesöket genomfördes för att få deras samtycke till det. Så skedde inte, utan hembesöket genomfördes oanmält. När ett hembesök sker oanmält får den enskilde mycket kort, eller i det närmaste obefintlig, tid på sig att överväga om han eller hon vill släppa in socialtjänsten. I en situation när socialtjänstens handläggare gör oannonserade besök finns det en uppenbar risk att den enskilde inte anser sig ha något annat val än att släppa in dem. Det kan mot den bakgrunden sättas i fråga hur reellt ett samtycke då egentligen är.

Av nämndens remissvar framgår att den inte ville ge AA eller hennes sambo en möjlighet att ge en ”tillrättalagd” bild av förhållandena i hemmet. Det går att tolka nämndens svar i denna del som att det egentliga syftet med hembesöket var att överrumpla AA och hennes sambo. Jag vill därför noga understryka för nämnden att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för enskildas integritet. Principerna om självbestämmanderätt och integritet är grundläggande för socialtjänstens verksamhet och det finns en risk att allmänhetens förtroende för socialtjänsten skadas om myndigheten genomför oanmälda hembesök utan anledning. Huvudregeln är att hembesök ska ske i samråd med den enskilde, och utrymmet för att göra oanmälda hembesök är begränsat och bör som angetts endast kunna godtas i undantagsfall, t.ex. om socialtjänsten befarar att det föreligger en nödsituation. I andra fall ska socialtjänsten, om den anser att det är nödvändigt med ett hembesök, diskutera saken med den enskilde så att denne får en möjlighet att ta ställning till om han eller hon vill acceptera det intrång som ett hembesök tveklöst utgör.

När det som i detta fall inte föreligger en nödsituation måste alltså nämndens handläggare i förväg höra av sig till den enskilde innan ett hembesök är tänkt att genomföras. Jag ser allvarligt på att så inte skedde i AA:s fall och Socialnämnden Nordost i Göteborgs kommun förtjänar kritik för att ha genomfört det oanmälda hembesöket.

Det som i övrigt har kommit fram ger inte anledning till någon åtgärd från min sida.

Ärendet avslutas.

Fråga bl.a. om socialnämndens ansvar när en barnutredning har inletts och barnet flyttar hem till en närstående

(Dnr 1514-2020)

Beslutet i korthet: I augusti 2019 inledde Socialnämnden i Gällivare kommun en utredning som gällde AA, född 2004. Kort därefter flyttade AA till sin halvsystem och hennes sambo i Norrköping. Med undantag för att en handläggare vid några tillfällen under hösten 2019 försökte att komma i kontakt med AA och hennes pappa BB, blev ärendet liggande utan åtgärd i flera månader. När handläggningen väl återupptogs i januari 2020 tog det bara några dagar innan utredningen på begäran av BB avslutades. Därefter inleddes en ny utredning med syfte att försöka förmå AA att komma tillbaka till Gällivare. I februari 2020 återvände AA till Gällivare. Hon placerades därefter i ett familjehem i Uppsala.

JO är i flera avseenden kritisk mot nämndens handläggning av ärendet. JO uttalar bl.a. att nämnden, inom ramen för den utredning som inleddes i augusti 2019, hade ett långtgående utredningsansvar för att klarlägga AA:s situation och behov samt för att också föreslå insatser. Enligt JO är det därför mycket förvånande att nämnden, sedan den fått information om att AA flyttat till Norrköping, inte vidtog några egentliga utredningsåtgärder i ärendet. Det blev i stället liggande utan åtgärd i flera månader.

JO har också synpunkter på att nämnden synes ha varit av uppfattningen att det var BB som avgjorde vilka kontakter som skulle tas inom ramen för utredningen samt på att utredningen i januari 2020 avslutades på begäran av BB. Det här är naturligtvis inte frågor som en vårdnadshavare styr över. JO är också kritisk mot att nämnden inte synes ha reflekterat över att AA var över 15 år när utredningen inleddes och att hon därmed hade ställning som part i ärendet.

Avslutningsvis är JO kritisk till hur nämnden hanterade frågan om medgivande enligt 6 kap. 6 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL. JO uttalar att när en socialnämnd får kännedom om att ett barn har flyttat till ett annat hem har nämnden ett ansvar för att klargöra i vilket syfte som barnet har flyttat och om det behövs ett medgivande. Det är definitivt inte meningen att en socialnämnd, på det sätt som skett i det här fallet, ska avvakta med att utreda frågan till dess att vistelsen, enligt nämndens uppfattning, blivit mer stadigvarande. I det här fallet kom det under hösten 2019 fram flera uppgifter som borde ha fått nämnden att agera.

Anmälan

I en anmälan till JO klagade CC på socialtjänsten i Gällivare kommun. Hon uppgav bl.a. följande:

Hennes sambo DD har en syster AA, född 2004, som bor i Gällivare. I augusti 2019 blev AA utslängd hemifrån och flyttade i stället hem till CC och DD i Norrköping. CC hade ett inledande samtal med socialtjänsten där bl.a. frågan om möjligheten till en s.k. privatplacering diskuterades. Därefter dröjde det flera månader innan CC och DD över huvud taget fick kontakt med socialtjänsten. I februari 2020 flyttade AA tillbaka till Gällivare.

Utredning

JO begärde att Socialnämnden i Gällivare kommun skulle yttra sig över anmälan.

Nämnden kom in med ett remissvar, genom dess sociala utskott, och uppgav bl.a. följande:

AA aktualiserades hos socialnämnden genom ett stort antal orosanmälningar i slutet av augusti 2019 och en utredning enligt 11 kap 1 § Sol inleddes 190830 med motiveringen att det råder stor konflikt mellan AA och hennes pappa. I anmälningarna framkom att AA var i konflikt med sin pappa och att hon hade blivit utslängd. Socialtjänsten samtalade 190830 med både AA och hennes pappa. Pappan hävdade att han inte slängt ut AA och att hon var välkommen hem. AA ville inte ha socialnämndens inblandning och sa att hon själv ville lösa konflikten med sin pappa. Samma dag sa hennes pappa BB att socialtjänsten inte får tala med vare sig AA eller med hennes syster DD utan hans medgivande, - "allt som socialtjänsten tänkt göra skall gå via honom", står det i journalen. AA åkte i början av september till Norrköping för att bo hos sin halvsystem DD och dennes sambo CC. Detta sanktionerades av pappan som enligt en journalanteckning i ärendet tyckte att det var bra för AA att komma bort från Gällivare.

Hur frågan om medgivande för DD och CC att ta emot AA för vård och fostran blev aktuell framgår inte i journalen. Däremot finns en anteckning från den 15 oktober 2019 i vilken det står:

”jag har kollat med familjerätten och vi är överens om att vi inte gör någonting i dagsläget då det inte behövs ett godkännande från oss de första sex månaderna då det inte kan bedömas som stadigvarande”.

Efter den 15 oktober, då handläggaren i ärendet avslutade sin tjänst i kommunen finns inga journalanteckningar i ärendet förrän den 18 november 2019 då en socionomkonsult tillfälligt tog över handläggningen. Av journalanteckningarna framgår att denne försökt få kontakt med AA:s pappa per telefon utan resultat. Det framkommer också att hon sökt AA per telefon, inte fått svar. Denna handläggare avslutar sitt uppdrag i kommunen i december och ärendet lades till fördelning i avvaktan på ny handläggare.

Under januari månad ringde DD och hennes sambo CC olika handläggare på förvaltningen vid ett flertal tillfällen, men pga. sekretess i ärendet var socialsekreterarna förhindrade att lämna information till dem.

9 januari 2020 kontaktar l :e socialsekreteraren DD. I en journalanteckning från samma dag står: ”AA:s syster är missnöjd med handläggningen av ärendet och har frågor om AA:s skolgång i Norrköping. Ansökan till gymnasieskolan ska ske i snart. Hon får information om att jag inom kort ska höra av mig till dem gällande medgivande om placering hos henne”.

23 januari 2020 får socialtjänsten kontakt med AA:s pappa vilket journalförs den 29 januari; ”BB känner inte igen det DD framfört till under tecknad. Han uppger att det inte varit frågan om någon familjehemsplacering. Överenskommelsen var att AA skulle bo hos DD för att komma ifrån Gällivare.

Vid hembesöket [den 31 januari 2020, JO:s anm.] presenteras en ny handläggare, som tar över ansvaret för handläggningen from 2020-01-31.

”Vid hembesöket framkommer det att BB aldrig fått veta att det inletts en utredning för AA”.

Överenskommelsen med AA:s halvsystem i Norrköping var att AA skulle bo där för att komma bort och få en chans att klara gymnasiet, men det var aldrig tal om att AA skulle bli placerad där.

30 januari 2020, fyra månader efter att den inleddes 30 augusti 2019 avslutades utredningen på begäran av vårdnadshavaren, BB, och en ny utredning inleddes efter ansökan från honom. Denna gång i syfte att försöka få AA att komma tillbaka till sin familj i Gällivare. Syftet var också att sätta in öppenvårdsinsatser för att förbättra relationen mellan AA och hennes pappa.

AA kom till Gällivare under vecka nio 2020 men bodde inte hemma hos sin pappa. Socialnämnden fick då möjlighet att träffa AA och prata med henne. AA ville flytta hem till sin pappa men socialnämndens bedömning var och är att det behövs mer tid för att arbeta med relationen.

Efter många samtal med AA gick hon med på att frivilligt placeras i ett konsultstött familjehem i Uppsala 2020-02-26.

Socialnämndens bedömning

Socialnämndens bedömning är att det funnits brister i handläggningen men dessa har rättats till inom utredningstiden. Detta gäller främst det faktum att vårdnadshavaren inte kontaktades under pågående utredning. Något beslut om placering hos halvsystem DD och dennes sambo CC har inte fattats. Det har framkommit att AA:s vårdnadshavare BB haft regelbunden kontakt med AA och inte känt till DD:s och CC:s planer på att bli familjehem för AA. Han har skickat pengar till AA, betalat hennes telefonabonnemang för att kontakten ska bibehållas och följt hennes skolgång via skolans datasystem.

Att vårdnadshavaren inte känt till att en utredning enligt 11 kap 1 § SoL pågått är beklagligt och en stor brist i handläggningen av ärendet, men bedömningen är att det inte påverkat AA då hennes pappa haft det fulla ansvaret för hennes vistelse i Norrköping. CC:s uppgifter om att socialtjänsten ”tappat bort papper” och inlett en ny utredning för att ”få mer tid på sig” är inte korrekt. Alla handlingar finns i AA:s akt. Vårdnadshavaren återkallade den utredning som inleddes 30 augusti 2019 och en ny utredning inleddes efter ansökan om stöd från vårdnadshavaren, -inte för att vinna tid.

Handläggarna kunde ha valt att ansöka om förlängd utredningstid men då vårdnadshavaren ansökte om stöd för att få hem AA till Gällivare ändrades inriktningen på utredningen.

CC kommenterade remissvaret.

I ett beslut den 19 november 2021 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Rättslig reglering

Enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen, SoL, ska socialnämnden utan dröjsmål inleda en utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.

Socialnämnden har ett långtgående utredningsansvar när det gäller ett barn som kan vara i behov av skydd och stöd, och en sådan utredning bör ha högsta prioritet inom socialtjänsten. Syftet med utredningen är att nämnden ska klarlägga barnets situation och behov samt föreslå insatser för att tillgodose barnets behov (se JO:s beslut den 23 juni 2021, dnr 2965-2019, med hänvisningar).

Vid en utredning av om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd får nämnden enligt 11 kap. 2 § SoL, för bedömningen av behovet av insatser, konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs. Vid en sådan utredning får nämnden också enligt 11 kap. 10 § tredje stycket SoL höra barnet utan vårdnadshavarnas samtycke och utan att vårdnadshavarna är närvarande. En allmän utgångspunkt är dock att vårdnadshavarnas inställning till att ett samtal hålls med barnet ska efterfrågas och i största möjliga mån också beaktas (se JO 2020/21 s. 445).

I mål och ärenden som handläggs enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen har ett barn som fyllt 15 år enligt 11 kap. 10 § andra stycket SoL rätt att föra sin egen talan. Både vårdnadshavaren och barnet får då ställning som part i målet eller ärendet.

Ett barn kan under vissa förutsättningar placeras utanför det egna hemmet efter ett beslut av socialnämnden. En sådan placering kräver inte bara samtycke

från vårdnadshavarna utan även från barnet om det har fyllt 15 år (se JO:s beslut den 28 september 2021, dnr 4931-2020).

Utöver sådana placeringar som en socialnämnd beslutar om, förekommer det att vårdnadshavarna placerar ett barn i ett annat hem. En sådan placering brukar kallas för privatplacering och är inte en placering i egentlig mening utan en överenskommelse mellan vårdnadshavarna och det aktuella hemmet.

För att ett enskilt hem ska få ta emot ett barn för stadigvarande vård och fostran, krävs det enligt 6 kap. 6 § första stycket SoL att socialnämnden har lämnat ett medgivande. I de fall ett barn vistas i ett annat hem utan att barnet får stadigvarande vård och fostran i nya hemmet, krävs det som regel inte ett medgivande från nämnden. I förarbetena anges som exempel att det inte är nödvändigt med ett medgivande när det gäller ungdomar i det övre åldersskiktet som lämnar föräldrahemmet för att bo hos andra, t.ex. studera på annan ort, eftersom det i de fallen ofta inte är fråga om att barnen får stadigvarande vård och fostran i det nya hemmet (se prop. 1979/80:1 s. 538).

Bakgrund

I augusti 2019 kom det in flera orosanmälningar till Socialnämnden i Gällivare kommun som gällde AA, född 2004. Av anmälningarna framgick det bl.a. att AA hade en konfliktfylld relation till sin pappa samt att hon hade blivit utslängd hemifrån. Med anledning av anmälningarna inledde socialnämnden den 30 augusti 2019 en utredning med stöd av 11 kap. 1 § SoL.

I mitten av september 2019 tog en handläggare kontakt med AA:s pappa BB. Vid samtalet uppgav BB att AA hade flyttat till sin halvsystem DD och hennes sambo, CC, i Norrköping samt att de kommit överens om att AA skulle bo där.

Några dagar senare, den 24 september 2019, tog CC kontakt med socialtjänsten och bekräftade att AA bodde hos henne och DD i Norrköping. CC undrade om det fanns några planer på att flytta tillbaka AA till Gällivare. CC uttryckte en oro för att BB skulle ångra sig och vilja att AA skulle flytta hem igen när AA väl stadgat sig i Norrköping.

Samma dag återkopplade en handläggare till CC och förklarade att det enligt 6 kap. 6 § första stycket SoL krävdes ett medgivande från socialnämnden för att AA skulle kunna bo hos CC och DD i Norrköping.

I oktober 2019 ändrade socialtjänsten uppfattning i frågan om behovet av ett medgivande. Frågan diskuterades internt, och den 15 oktober 2019 fick den ansvariga handläggaren följande svar från en kollega:

Jag har kollat med familjerätten och vi är överens om att vi inte gör någonting i dagsläget då det inte behövs ett godkännande från oss de första sex månaderna då det inte kan bedömas som stadigvarande.

Ärendet blev därefter, med undantag för att en handläggare vid några tillfällen försökte att komma i kontakt med AA och BB, liggande utan åtgärd i flera månader.

Den 31 januari 2020 gjordes ett hembesök hos BB. Vid mötet kom det fram att BB och DD hade skilda uppfattningar om i vilket syfte som AA hade flyttat till Norrköping. BB uppgav bl.a. att det endast var fråga om att AA behövde

komma bort från Gällivare och att det aldrig varit meningen att AA skulle bli placerad hos CC och DD. I slutet på januari 2020 avslutades utredningen på begäran av BB.

Den 31 januari 2020 inleddes en ny utredning efter ansökan från BB. Syftet med utredningen var bl.a. att försöka få AA att komma tillbaka till sin familj i Gällivare.

I slutet på februari 2020 återvände AA till Gällivare, och den 26 februari 2020 placerades hon i ett familjehem i Uppsala.

Bedömning

När det gäller den utredning som inleddes i augusti 2019, hade nämnden ett långtgående utredningsansvar för att klarlägga AA:s situation och behov samt för att också föreslå insatser för att tillgodose behoven. Det är därför mycket förvånande att nämnden, sedan den i september 2019 fått information om att AA hade flyttat till Norrköping, inte vidtog några egentliga utredningsåtgärder i ärendet.

Med anledning av de uppgifter som kommit fram, kan det ifrågasättas om inte nämnden t.ex. borde ha tagit en kontakt med socialtjänsten i Norrköping eller, i vart fall, ha etablerat en kontakt med det hem där AA vistades. Något sådant gjorde dock inte nämnden. Ärendet blev i stället, med undantag för att en handläggare vid några tillfällen försökte att komma i kontakt med AA och BB, liggande i nästan fyra månader innan handläggningen återupptogs i januari 2020.

En socialnämnd har ett långtgående ansvar för att driva en utredning framåt och för att det löpande vidtas aktiva utredningsåtgärder i ärendet. Om det under utredningens gång kommer fram att det inte finns något behov av insatser eller något annat ingripande från nämndens sida, ska utredningen avslutas. Det är definitivt inte meningen och inte heller godtagbart att ett ärende, på det sätt som skett i det här fallet, blir liggande utan åtgärd i flera månader.

Något godtagbart skäl till att AA:s ärende blev liggande utan åtgärd under hösten 2019 har inte kommit fram. I en journalanteckning från den 20 februari 2020 har det angetts att utredningen "... fallit bort" ur systemet ..." och det framstår därför närmast som att ärendet helt enkelt glömdes bort. Det är naturligtvis inte acceptabelt.

När handläggningen väl återupptogs i januari 2020, tog det bara några dagar innan ärendet avslutades. Med anledning av vad nämnden uppgett om att det skedde på begäran av BB, vill jag poängtera att det är socialnämnden som avgör när ett ärende som gäller en utredning av det här slaget ska inledas eller avslutas och att det givetvis inte är en fråga som en enskild vårdnadshavare styr över.

Nämnden synes också ha varit av uppfattningen att det var BB som avgjorde vilka kontakter som kunde tas under handläggningen. I journalanteckningarna hänvisas det t.ex. på flera ställen till att BB förbjudit socialtjänsten att utan hans medgivande prata med AA och DD. Även om nämnden naturligtvis bör vara lyhörd för en vårdnadshavares önskemål om t.ex. referenspersoner, är det till sist nämnden som avgör vilka kontakter som ska tas under handläggningen.

Nämnden har också enligt 11 kap. 10 § tredje stycket SoL möjlighet att höra ett barn utan vårdnadshavarnas samtycke, och jag ställer mig därför frågande till varför nämnden i januari 2020 ansåg det nödvändigt att inhämta ett medgivande från BB innan ett samtal kunde hållas med AA. En annan sak är att nämnden som utgångspunkt ska fråga vårdnadshavarna om deras inställning till samtalet och att den i största möjligaste mån ska beaktas. Det är dock nämnden som avgör om samtalet ska hållas.

I det här fallet var AA dessutom över 15 år när utredningen inleddes. Det innebär att hon enligt 11 kap. 10 § andra stycket SoL, vid sidan av BB, hade ställning som part i ärendet. Det är dock något som nämnden över huvud taget inte synes ha reflekterat över, och det framgår t.ex. inte att det togs någon kontakt med AA innan utredningen avslutades i januari 2020. Varken AA eller BB verkar heller ha underrättats om att det i augusti 2019 inleddes en utredning, och även det är naturligtvis en brist.

Avslutningsvis är jag också kritisk till hur nämnden hanterade frågan om medgivande enligt 6 kap. 6 § första stycket SoL. När en socialnämnd får kännedom om att ett barn har flyttat till ett annat hem har nämnden ett ansvar för att klargöra i vilket syfte som barnet har flyttat och om det behövs ett medgivande. Det är viktigt inte minst för den familj som tar emot barnet. Det är definitivt inte meningen att en socialnämnd, på det sätt som skett i det här fallet, ska avvakta med att utreda frågan till dess att vistelsen, enligt nämndens uppfattning, blivit mer stadigvarande.

I det här fallet måste det dessutom redan i september 2019 ha stått klart för nämnden att det fanns flera frågetecken kring den överenskommelse som träffats mellan BB och DD om att AA skulle flytta till Norrköping. Detta gäller särskilt eftersom CC i september 2019 kontaktade socialtjänsten och efterfrågade besked om det fanns planer på att AA skulle återvända till Gällivare samt uttryckte en oro för att BB skulle ångra sig och vilja att AA skulle flytta hem när AA väl stadgat sig i Norrköping. Det är givetvis uppgifter som borde ha fått nämnden att agera.

Nämnden har i sitt remissvar hänvisat till att BB hade det fulla ansvaret för AA under hennes vistelse i Norrköping och har bl.a. uppgett att BB skickade pengar samt hade regelbunden kontakt med AA. Av utredningen framgår det inte annat än att det här är uppgifter som nämnden fick kännedom om först efter det att handläggningen hade återupptagits i januari 2020. Att BB fortsatte att ansvara för AA på det sättet är dock något som nämnden borde ha försäkrat sig om redan under hösten 2019, och ursäktar inte på något sätt nämndens passiva agerande.

Sammanfattningsvis har handläggningen av ärendet brustit i flera avseenden, och för det ska nämnden kritiseras. Nämnden har i sitt remissvar identifierat några mindre brister i handläggningen men har i stort sett förbisett flera av de brister som jag nu redogjort för. Det är både oroväckande och allvarligt att det inom nämnden inte verkar finnas tillräckliga kunskaper om hur den här typen av ärenden ska handläggas. För att undvika att något liknande ska inträffa igen, förutsätter jag att nämnden omgående, om den inte redan har gjort det, vidtar åtgärder i form av bl.a. utbildningsinsatser och en översyn av de rutiner som tillämpas.

Vad CC har uppgett i övrigt ger inte anledning till någon åtgärd eller något uttalande från min sida.

Ärendet avslutas.

Fråga om hur en socialnämnd hanterade ett ärende där ett placerat barn kunde antas ha blivit utsatt för ett sexualbrott

(Dnr 2856-2020)

Beslutet i korthet: Barnet BB vårdades med stöd av socialtjänstlagen och var placerad i ett familjehem. När BB var 13 år gammal fick socialnämndens förvaltning vid ett telefonsamtal med en s.k. familjehemskonsulent reda på att BB träffat en kille via nätet och att de haft sex. Socialtjänsten inledde inte någon utredning om BB och polisanmälde inte heller det inträffade. BB:s mor anmälde i stället saken till polisen.

I beslutet framhåller JO att det på grund av uppgifterna från familjehemskonsulenten borde ha stått klart för nämnden att det kunde misstänkas att BB varit utsatt för ett sexualbrott. JO konstaterar vidare att eftersom BB vårdades i ett familjehem hade nämnden ett långtgående ansvar för vården av henne. Mot den bakgrunden borde nämnden omgående ha inlett en utredning för att allsidigt kunna belysa hennes situation. JO kritiserar nämnden för att den inte inledde en utredning.

Nämnden vidtog dock vissa åtgärder med anledning av det inträffade; t.ex. kontaktades en kurator som träffade BB. Det framgår dock att nämnden varken utredde eller funderade på vad som var bäst för BB i den uppkomna situationen. Enligt nämndens svar till JO verkar den främsta anledningen till att BB fick träffa en kurator ha varit att lugna hennes mor.

JO påpekar att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut och andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn. Det är anmärkningsvärt att nämnden inte synes ha funderat över detta vid handläggningen och vid valet av åtgärder och att nämnden inte analyserat eller redovisat en bedömning av vad som var bäst för BB. Nämndens avsaknad av ett barnperspektiv vid handläggningen av ärendet är allvarlig och JO kritiserar nämnden för detta.

Anmälan

I en anmälan till JO klagade AA på bl.a. socialtjänsten i Södertälje kommun och uppgav i huvudsak följande: Hennes dotter BB vårdades i ett familjehem med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Under våren 2019 utreddes BB av en psykolog och det kom då fram att BB bl.a. hade ett riskfyllt beteende när det gällde killar och vuxna män som hon haft kontakt med via internet. I mars 2020 berättade BB, som då var 13 år gammal, att hon fått kontakt med en kille via internet och att de även haft sex. Varken socialtjänsten eller familjehemmet kontaktade AA med anledning av det inträffade, och socialtjänsten polisanmälde inte heller händelsen. En av socialtjänstens handläggare gav i stället BB

rådet att gå till en ungdomsmottagning för att få hjälp med lämpligt preventivmedel.

Utredning

JO hämtade in vissa handlingar från socialförvaltningen i Södertälje kommun. Därefter begärde JO att socialnämnden i kommunen skulle yttra sig över AA:s anmälan.

Socialnämnden lämnade in ett remissvar och uppgav i huvudsak följande:

— — —

Anmälan gäller flickan BB som vid tidpunkten för den anmälda händelsen var 13 år (skulle fylla 14 år om drygt en månad) och var placerad i familjehem enligt socialtjänstlagen. Den 4 mars 2020 kontaktades BB:s handläggare på socialtjänsten per telefon av familjehemskonsulenten CC. CC informerades att BB samma dag besökt skolsköterskan för att få ett dagen efter-piller eftersom hon dagen innan hade haft oskyddat sex. Skolsköterskan kontaktade därefter familjehemsmamman och informerades henne om det inträffade. Under telefonsamtalet mellan familjehemskonsulenten och handläggaren framkom att både familjehemskonsulenten och familjehemmet kände en viss tveksamhet till om BB:s berättelse verkligen stämde. Vidare resonerades man kring hur man skulle gå vidare i ärendet, såväl vad gällde information till vårdnadshavaren som eventuell polisanmälan. Handläggaren diskuterade därefter saken med sin gruppleddare och tillsammans rådfrågade de även kommunens jurist, varvid särskilt frågan om flickans integritet kontra vårdnadshavarens rätt till information dryftades.

Handläggaren och gruppleddaren gjorde bedömningen att händelsen behövde utredas ytterligare och då särskilt frågan om flickans egen inställning till att information om det inträffade skulle lämnas till vårdnadshavaren liksom frågan med *vem* flickan haft sex. BB ska själv ha uppgett att det rörde sig om ”jämnårig” kille vilket, om det visat sig stämma, skulle ha inneburit att inget brott begåtts eftersom ingen av ungdomarna var över femton år och därmed straffmyndig. BB ska också ha uppgett att det rört sig om frivilligt sex.

Under tiden dessa frågor utreddes vidare kontaktade BB själv sin mamma och berättade för henne vad som hänt. Exakt när vårdnadshavaren informerades av BB är inte klarlagt men torde ha skett under helgen efter själva händelsen, dvs. 4-5 dagar efter det inträffade. Mamman gjorde en orosanmälan till socialnämnden den 9 mars 2020 där hon uppgav att BB själv berättat för mamman att hon hade haft ett sexuellt umgänge veckan innan. Mamman informerades alltså allra senast en vecka efter händelsen. Mamman berättade vidare att BB tidigare haft sexuellt självskadebeteende och att hon (mamman) var jätteorolig eftersom BB har autism och har svårt att förstå sociala koder.

Vårdnadshavaren valde att göra en polisanmälan vilket handläggaren samtalade med familjehemskonsulenten om under ett telefonsamtal den 26 mars. Journalanteckningen från samtalet kan tolkas som att en polisanmälan då redan hade gjorts, eller i vart fall att handläggaren uppfattat det så. I själva verket gjorde vårdnadshavaren och hennes sambo en polisanmälan först den 30 mars 2020. I polisanmälan sägs att det skulle röra sig om en ”äldre man”. Vad som framkommit i utredningen är att det rört sig om en pojke i klassen ”över” BB:s som fyllt femton år i januari 2020. Pojken är alltså drygt ett år äldre än BB. I polisanmälan sägs även att händelsen skulle ha inträffat tre månader tidigare, vilket kan tolkas som att den gäller en annan händelse än den nu ifrågavarande. Troligtvis rör det sig dock om en felskrivning/feltolkning och att det rätteligen borde ha stått att händelsen inträffat tre *veckor* tidigare.

Vilka överväganden gjordes och vilka åtgärder vidtog nämnden med anledning av det inträffade?

Som framgår av redogörelsen ovan fördes en diskussion mellan handläggare, gruppleadare och kommunjurist om hur man skulle gå vidare i ärendet med hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga art. Man kom fram till att vissa frågor (se ovan) borde utredas ytterligare innan man kunde ta ställning dels till frågan om huruvida information skulle lämnas till vårdnadshavare, dels till eventuell polisanmälan. Efter att mamman informerats om det inträffade av BB hörde hon av sig till socialnämnden och uttryckte oro över vad hon uppfattade som ett självskadebeteende hos dottern. Under ett telefonsamtal med familjehemskonsulenten den 24 mars föreslog denne ett nätverksmöte med samtliga parter för att klargöra förväntningarna mellan dem. Handläggaren upplyste familjehemskonsulenten om att han bokat in ett möte med mamman två dagar senare i syfte att prata med mamman om hennes oro. Mötet avbokades av mamman.

Handläggaren kontaktade istället en kurator på BUP angående vårdnadshavarens oro. Kuratorn uppgav att BUP skulle kalla BB med familjehemmet och göra en kartläggning om sexuellt självskadebeteende. Vidare hölls ett online-möte den 22 april 2020 varvid bland annat diskuterades BB:s kontakter med okända personer på nätet och risken att hon for illa av detta. Under mötet beskrev familjehemmet hur de försökt balansera BB:s frihet och tillgång till kompisar och livet via mobilen och hur de försökt begränsa hennes rörelsefrihet med regler kring vilka hon träffar och när.

När och hur informerade nämnden barnets vårdnadshavare om det inträffade? För det fall vårdnadshavaren inte informerades av nämnden om det inträffade ska redogöras för varför så inte skedde.

En vårdnadshavare har inte någon absolut rätt att ta del av uppgifter rörande en underårigs personliga förhållanden. Sekretess gäller enligt 26 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. När det gäller sekretessen i förhållande till vårdnadshavare ska särskilt den unges ålder och mognad vägas in. Vid prövningen av om en uppgift rörande en underårigs personliga förhållanden ska lämnas ut till vårdnadshavare måste därför först klargöras vem av dem som disponerar över sekretessen. Även om barnet inte nått en sådan mognad att det fått ett integritetsskydd mot föräldrarna kan uppgifter hemlighållas för föräldrarna om det kan antas att den underårige skulle lida *betydande men ...* om uppgifterna röjs för vårdnadshavaren (12 kap. 3 § OSL).

Att vårdnadshavaren skulle informeras om det inträffade var alltså inte en självklarhet och bland annat frågan om flickans egen inställning till att mamman skulle informeras behövde först redas ut. BB föregrep dock nämndens ställningstagande i frågan genom att själv informera sin mamma om händelsen, vilket skedde inom en vecka från det att handläggaren fick vetskap om det inträffade.

JO begärde därefter att socialnämnden på nytt skulle yttra sig i ärendet. Nämnden skulle särskilt yttra sig över vissa frågor (JO:s frågor framgår av nämndens svar nedan).

I sitt nya remissvar uppgav nämnden i huvudsak följande:

Fråga 1

Av nämndens remissvar framgår inte hur nämnden hanterade den orosanmälan som AA ska ha gett in till socialtjänsten den 9 mars 2020. JO noterar att det av inhämtade journalanteckningar inte framgår att AA gett in någon orosanmälan till socialtjänsten. Nämnden ska redogöra för vilka åtgärder som den vidtog med anledning av orosanmälan. Inledde nämnden t.ex. en utredning med anledning av orosanmälan? Om inte, hur hanterades orosanmälan? Hur dokumenterades orosanmälan?

Svar

Den orosanmälan som gjordes av mamman den 9 mars 2020 finns dokumenterad i BB:s journal, närmare bestämt i den verkställighet av insatsen öppenvård/rehabilitering som påbörjades 180219 och avslutades 210428. Under verkställigheten beslutades även om insatsen familjehemsplacering enligt SoL. Sammanlagt 16 orosanmälningar inkom till socialnämnden under denna verkställighet varav fyra inkom från mamman. Varje orosanmälan kan av naturliga skäl inte leda till att en ny utredning inleds, däremot leder varje orosanmälan till någon form av åtgärd. I detta fall ledde mammans orosanmälan inte till att en ny utredning inleddes. Däremot föranledde mammans orosanmälan att samtal fördes med familjehem, familjebehandlare och flickan själv samt till att en kontakt togs med BUP. Kontakten med BUP togs den 1 april och en kurator uppgav att flickan och familjehemmet skulle få en kallelse till BUP för kartläggning av flickans sexuella självskadebeteende.

I samtalet med familjehemmet betonades vikten av att familjehemmet skulle vara extra observant på flickans mående och hennes kontakter utanför familjen. Familjehemmet uppmanades även att mentalt förbereda henne inför polisutredningen med tillhörande polisförhör.

Handläggaren planerade också in ett möte den 26 mars 2020 med mamman och familjebehandlare, som varit aktuella i ärendet sedan 2018, för att prata om mammans oro kring familjehemmet och hur kommunikationen framdeles skulle se ut. Under mötet skulle bl.a. följande frågor diskuteras.

- BB:s mående och situation,
- BB:s umgänge och nätkontakt,
- Mammans oro och bakgrund till denna,
- Familjens åtgärder och mammas syn på dessa.

Mamman avstod från att delta vid mötet. Vid telefonsamtal med mamman den 9 april 2020 uppgav mamman att hon inte vill prata mer om kommunikation utan hon vill att det ska hända saker. Hon uppgav att hon är trött på allt prat om kommunikation. Mamma uppgav under samtalet att hon önskade att familjehemmet skulle börja med dagsschema för dottern. Man kom överens om att handläggaren skulle ta kontakt med familjehemmet och fråga om de kunde börja med ett schema för påsken som de sedan återkopplade till mamma.

Under ett online-möte mellan socialsekreterare och familjehemmet den 22 april diskuterades bland annat BB:s kontakter med okända på nätet och risken att hon far illa i detta. Under mötet beskrev familjehemmet hur de försöker balansera BB:s frihet och tillgång till kompisar och livet via mobilen, och hur de försökt begränsa hennes rörelsefrihet med regler kring vilka hon träffar och när (hon får träffa kompisar i hemmet och ska åka hem efter skolan direkt). Familjehemsmamman förklarade att detta är en svår balansgång ibland.

Dokumentation av orosanmälningar

Orosanmälningar dokumenteras antingen i en utredning eller i den eventuella verkställighet/insats som för tillfället pågår. Orosanmälningar dokumenteras däremot inte i de löpande journalanteckningarna.

Fråga 2

I remissvaret nämns att nämnden bedömde att händelsen behövde utredas ytterligare innan man kunde ta ställning till om information kunde lämnas till vårdnadshavare och om man skulle göra en polisanmälan. Vad hände med den utredningen? Genomförde nämnden en närmare utredning av händelsen, eller ska remissvaret tolkas som att nämnden inte vidtog några utredningsåtgärder i och med att barnet självt berättade för AA om det inträffade?

Svar

De åtgärder som planerades var att ta reda på mer om

- den person som BB haft sex med (om det var en jämnårig pojke – som hon själv uppgett – eller en vuxen man),
- hur hon kommit i kontakt med pojken/mannen (om det var en skolkamrat som hon kanske hade ett förhållande med eller någon okänd man hon träffat via internet),
- BB:s egen inställning till att mamman informerades om händelsen,
- På vilket sätt mamman skulle informeras – t.ex. om hon själv skulle vara med när informationen lämnades,
- Vad som gäller i frågan om den avvägning av den unges integritet och vårdnadshavares rätt till information som måste göras när det gäller sekretess gentemot barnets vårdnadshavare.

Utredningsåtgärderna enligt ovan syftade enbart till att få ett bättre underlag vid bedömningen av *om* och *hur* mamman skulle informeras. Utredningsåtgärderna i dessa delar bedömes inte längre behövliga efter att BB själv informerat sin mamma om vad som inträffat. Då inriktades insatserna istället på hur flickan skulle få bästa stöd i samband med förhör och polisutredning.

Fråga 3

Av journalanteckningarna framgår att socialtjänsten hade kontakt med barnet den 21 april 2020 och att man då bl.a. diskuterade den pågående polisutredningen och ev. förhör. Socialtjänsten hade därefter kontakt med polismyndigheten den 27 april och den 4 maj 2020. Ingen av dessa kontakter nämns i nämndens svar till JO. Av remissvaret framgår att AA själv gjorde en polisanmälan mot bakgrund av uppgifterna om övergrepp. Vilka åtgärder vidtog nämnden när man fick veta detta, inleddes t.ex. en utredning? (Se bestämmelserna i 5 kap. 11 § och 6 kap. 7 och 7b §§ SoL).

Svar

Nej, någon utredning inleddes inte. De bestämmelser i socialtjänstlagen som hänvisas till i frågan pekar framförallt på nämndens ansvar för att barn som placerats utanför det egna hemmet och deras vårdnadshavare får det stöd och den hjälp de behöver. Nämnden anser att sådant stöd kan ges under löpande verkställighet och att någon särskild utredning inte behöver inledas för att kunna ta det ansvar som föreskrivs i socialtjänstlagen. Beträffande frågan om vilka åtgärder som vidtogs hänvisas till svaret på fråga nr 1.

Fråga 4

Av en journalanteckning den 4 mars 2020 framgår att en socialsekreterare gav rådet till familjehemskonsulenten att be familjehemsföräldrarna att ta med barnet till en mottagning. Detta kommenteras inte av nämnden i svaret

till JO. Hur ser nämnden på det rådet som socialsekreteraren gav till familjehemskonsulenten? (Jfr JO 2020/21 s. 505).

Svar

Nämnden bestrider påståendet att socialsekreteraren skulle ha rått familjehemskonsulenten att be familjehemsföräldrarna ta med flickan till ungdomsmottagningen. Det handlade snarare om en överenskommelse mellan socialsekreteraren och familjehemskonsulenten. Det bör i sammanhanget nämnas att detta var första gången socialsekreteraren hörde talas om händelsen och att de uppgifter som då lämnades var att det skulle röra sig om en jämnårig pojke - i vilket fall det inte hade varit fråga om ett brott. Syftet var inte bara att se över möjligheten till preventivmedel utan också att utreda hur flickan mådde och undersöka om hon hade några könssjukdomar.

Flickans bakgrund, den aktuella händelsen, vad mamman berättat om hennes tidigare riskfyllda sexuella beteende ledde fram till ställningstagandet att preventivmedel borde provas ut i syfte att skydda flickan mot oönskad graviditet. Även om det givetvis inte är önskvärt att ungdomar i BB:s ålder har sex överhuvudtaget är det praktiskt omöjligt att hindra ungdomar från att ha sex. Med beaktande av vad som förevarit och vad mamman berättat om flickans tidigare sexuella riskbeteende har nämnden inga synpunkter på att flickan gavs möjlighet prova ut lämpligt preventivmedel.

AA yttrade sig över nämndens remissvar.

I ett beslut den 14 januari 2022 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Bedömning

Inriktningen på min granskning

AA har klagat på flera olika delar av socialnämndens hantering av BB:s ärende. Jag har valt att rikta in min granskning på nämndens handläggning efter det att den fått in uppgifter om att BB haft sex med en kille trots att hon bara var 13 år. Jag kommer alltså inte att uttala mig om alla de klagomål som AA tagit upp.

Rättsliga utgångspunkter

Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut och andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande (1 kap. 2 § SoL).

En socialnämnd ansvarar enligt 5 kap. 11 § tredje stycket SoL för att ett barn som har utsatts för brott, och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver.

I fråga om barn som placerats av socialnämnden i t.ex. ett familjehem, ska nämnden enligt 6 kap. 7 § SoL bl.a. medverka till att de får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden. Socialnämnden ska också enligt 6 kap. 7 b § SoL noga följa värden av de barn och unga som vårdas i ett familjehem. En socialnämnd har alltså ett särskilt ansvar för barn och unga som har placerats i familjehem.

Socialnämnden ska enligt 11 kap. 1 § första stycket SoL utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Enligt 11 kap. 1 § andra stycket SoL ska vad som har kommit fram vid

utredning och som har betydelse för ett ärendes avgörande tillvaratas på ett betryggande sätt.

Av 11 kap. 5 § första stycket SoL framgår vidare att handläggningen av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Av bestämmelsen i 6 kap. 4 § första stycket brottsbalken följer att alla sexuella handlingar mot någon som inte fyllt 15 år är otillåtna (jfr dock bestämmelsen om sexuellt utnyttjande av barn i 6 kap. 5 § och ansvarsfrihetsregeln i 6 kap. 14 § brottsbalken). Det har inte någon betydelse om barnet har deltagit frivilligt i de sexuella handlingarna (se prop. 2004/05:45 s. 21 f.).

Utredningen i ärendet

Den 4 mars 2020 fick nämndens förvaltning vid ett telefonsamtal med en familjehemskonsulent information om att BB, som då var 13 år, hade träffat en kille via nätet och att de även haft sex. Vid samtalet kom en handläggare överens med familjehemskonsulenten om att familjehemmet skulle ta med sig BB till en ungdomsmottagning för att se över möjligheten till preventivmedel.

Vid ett telefonsamtal den 9 mars 2020 fick förvaltningen reda på att BB varit på ungdomsmottagningen och att familjehemmet gjort upp vissa regler med BB för att möjliggöra för familjehemmet att ha kontroll över vilka hon umgicks med. Vid samtalet diskuterades vidare om BB:s vårdnadshavare AA skulle informeras om det inträffade, men det framgår att förvaltningen i det läget ville utreda händelsen mer för att kunna väga BB:s intresse av att skydda sin integritet mot AA:s rätt att som vårdnadshavare få information om dottern.

Det framgår av utredningen i ärendet att BB därefter själv berättade om händelsen för AA och att AA sedan anmälde saken till polisen någon gång i slutet av mars 2020.

Den 1 april 2020 kontaktade en handläggare vid förvaltningen en kurator vid barn- och ungdomspsykiatrien med anledning av att AA var orolig över att BB hade ett sexuellt självskadebeteende samt att BB haft sex trots sin unga ålder. Kuratorn uppgav vid samtalet att BB tillsammans med familjehemmet skulle kallas till mottagningen för att göra en kartläggning om sexuellt självskadebeteende och att AA under kartläggningen också skulle kontaktas.

Vid ett möte den 21 april 2020 berättade förvaltningen för BB om polisanmälan och att hon skulle bli kontaktad av polis för förhör. Vid mötet informerades BB vidare om den 15-årsgräns som gäller i Sverige för att ha sex och varför polisen behövde göra en utredning av händelsen.

Den 29 april 2020 informerades förvaltningen vid ett möte med bl.a. familjehemsmamman och en familjehemskonsulent om att BB besökt barn- och ungdomspsykiatrien och en kurator för samtal.

Därefter hade förvaltningen viss kontakt med polisen och BB:s målsägandebiträde om kommande polisförhör. Vid ett möte den 14 maj 2020 fick sedan förvaltningen reda på att polisens förundersökning av händelsen hade lagts ned.

Bedömning av nämndens agerande

Nämnden fick den 4 mars 2020 in uppgifter om att BB, som då var 13 år, träffat en kille via nätet och att de även haft sex. Som jag redan framhållit har barn under 15 år behov av ett absolut skydd mot sexuella handlingar. Mot den bakgrunden borde det redan den 4 mars 2020 ha stått klart för nämnden att det kunde misstänkas att BB varit utsatt för ett sexualbrott.

I sitt svar till JO har nämnden uppgett att den inledningsvis hade uppgifter om att den kille som BB haft sex med var under 15 år och att BB av den anledningen inte kunde ha varit utsatt för något brott. Jag vill med anledning av detta påpeka för nämnden att det av bestämmelsen i 1 kap. 6 § brottsbalken framgår att barn under 15 år kan begå brott men att de inte får dömas till någon påföljd för gärningen. Nämndens uppfattning om att BB inte kunde ha varit utsatt för brott för att killen eventuellt var under 15 år är alltså felaktig. Det är oroväckande att det vid nämndens förvaltning verkar saknas grundläggande straffrättsliga kunskaper. När en ansvarig myndighet på detta vis missbedömer rättsläget kan det få allvarliga konsekvenser för den som behöver skyddas och därför är beroende av myndigheten.

Jag vill i detta sammanhang också framhålla att Polis- och Åklagarmyndigheten å ena sidan och socialnämnden å andra sidan ska utreda misstankar om sexuella övergrepp mot barn, men att myndigheterna har olika roller. De brottsutredande myndigheterna ska genom en förundersökning utreda om brott har begåtts och finna en gärningsman. Socialnämnden har till uppgift att utreda barnets och familjens situation samt barnets behov av hjälp och stöd. Socialnämnden ska alltså, oberoende av en eventuell polisutredning och åklagarens bedömning, bilda sig en egen uppfattning om barnets behov av insatser för skydd eller stöd. Jag vill även betona att socialnämndens ansvar är helt oberoende av om det gjorts någon polisanmälan.

Ett barn som misstänks vara utsatt för brott ska skyddas, stödjas och vid behov få insatser. För att kunna bedöma barnets behov av skydd måste nämnden genomföra en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL. En socialnämnd har ett långtgående utredningsansvar när det gäller barn som kan vara i behov av skydd och stöd, och sådana utredningar bör ha högsta prioritet inom socialtjänsten (se prop. 1996/97:124 s. 110). Syftet med utredningen är att nämnden ska klarlägga barnets situation och behov samt föreslå insatser för att tillgodose behoven (se prop. 2012/13:10 s. 64). Det är viktigt att nämnden fullgör sin utredningsskyldighet och tar sitt ansvar även i ärenden där det inte inlett någon förundersökning eller en förundersökning lagts ned.

BB vårdades i ett familjehem och nämnden hade därmed ett långtgående ansvar för vården av henne. Av utredningen i ärendet framgår dock att nämnden inte inledde någon utredning av BB:s behov av stöd och hjälp. Mot bakgrund av de uppgifter som nämnden fick i mars 2020 om att BB kunde ha blivit utsatt för sexualbrott borde nämnden omgående ha inlett en utredning för att allsidigt kunna belysa BB:s situation. Det är viktigt att en socialnämnd tar sitt ansvar i dessa delar på allvar och vidtar relevanta åtgärder. Om så inte sker riskerar det enskilda barnet att fara illa och en utebliven utredning kan innebära

stora konsekvenser för barnet och dess anhöriga. Nämnden ska kritiseras för att den inte inledde en utredning.

Det framgår av utredningen och av nämndens svar till JO att nämnden vidtagit vissa åtgärder; t.ex. kontaktades en kurator som sedan träffade BB, och hon fick också stöd i samband med förhör och polisens utredning. Det framgår dock varken av remissvaret eller utredningen i övrigt hur nämnden bedömt BB:s behov av hjälp. Det framgår inte heller att nämnden utrett eller funderat på vad som var bäst för BB i den uppkomna situationen. Enligt nämndens remissvar verkar vidare den främsta anledningen till att BB fick träffa en kurator ha varit att lugna AA. Som jag redan påpekat ska barnets bästa vara avgörande vid beslut och andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn (1 kap. 2 § SoL). Det är anmärkningsvärt att nämnden inte synes ha funderat över detta vid handläggningen och vid valet av åtgärder och att nämnden inte analyserat eller redovisat en bedömning av vad som var bäst för BB. Nämndens avsaknad av ett barnperspektiv vid handläggningen av BB:s ärende är allvarlig och nämnden ska kritiseras för detta.

Till sist vill jag ta upp den överenskommelse som en handläggare vid nämndens förvaltning uppges ha träffat med familjehemskonsulenten om att familjehemmet skulle ta med BB till en ungdomsmottagning och se över möjligheten till preventivmedel. Som jag redan påtalat har barn under 15 år behov av ett absolut skydd mot sexuella handlingar. Av uppgifterna som nämnden fick in den 4 mars 2020 framgick att det kunde misstänkas att BB varit utsatt för ett allvarligt brott. Mot den bakgrunden är det anmärkningsvärt att den första åtgärd som nämndens förvaltning vidtog var att träffa den ovannämnda överenskommelsen. I en situation där det kan misstänkas att ett barn varit utsatt för sexualbrott måste nämnden, som jag pekat på ovan, inleda en utredning för att klargöra barnets behov av skydd och stöd. Enligt min mening bör nämnden vidare i ett sådant läge bedöma risken för att barnet utsätts för ytterligare brott och vidta åtgärder för att skydda barnet i syfte att eliminera en sådan risk. Möjligen tyder det inträffade på att nämnden inte har insett det allvarliga i de uppgifter som kom in i mars 2020. Oavsett hur det förhåller sig ska nämnden kritiseras också i detta avseende.

Det som i övrigt har kommit fram ger inte anledning till något uttalande eller någon annan åtgärd från min sida.

Ärendet avslutas.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har vid tillsynen av ett LSS-boende brustit i såväl genomförandet av en inspektion som dokumentation och utformningen av myndighetens beslut

(Dnr 2797-2020)

<p>Beslutet i korthet: I mars 2019 beslutade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att avsluta ett tillsynsärende avseende LSS-boendet Skogsbo i Gnosjö</p>

kommun. Drygt ett år senare inledde JO ett initiativ för att granska IVO:s tillsyn av bl.a. LSS-boendet.

I beslutet uttalar JO att IVO har brustit i sin tillsyn av boendet. Brister har funnits i såväl genomförandet av inspektionen som dokumentationen och utformningen av beslutet. JO ser mycket allvarligt på det och IVO får därför kritik.

Enligt JO är IVO vid sin tillsyn skyldig att undersöka om en LSS-verksamhet uppfyller kraven på god kvalitet oavsett den verksamhetsansvariges eller brukarens uppfattning i frågan. Eftersom den aktuella tillsynen inleddes efter klagomål från brukarens syster hade en rimlig utgångspunkt för inspektionen varit att försöka reda ut om det fanns någon grund för det som då hade framförts. Utifrån dokumentationen i tillsynsärendet framstår det som att inspektionen saknade ett tillräckligt fokus på de klagomål som riktats mot boendet.

Vid inspektionen upprättade IVO två protokoll. Enligt JO måste ett protokoll som innehåller så allvarliga uppgifter som i det aktuella ärendet utformas på ett sådant sätt att det enkelt går att förstå vad som har inträffat och vilka problem som har funnits eller som fortfarande finns i verksamheten. Det måste också gå att förstå vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att hantera problemen.

IVO beslutade att avsluta ärendet eftersom myndigheten inte uppmärksammade några brister ”inom de områden som tillsynen omfattat”. Dessutom gjorde IVO bedömningen att brukaren uppnådde goda levnadsvillkor ”i de delar som tillsynen omfattade”. Med dessa avgränsningar har det enligt JO varit svårt för en utomstående att avgöra om myndighetens bedömning angående den granskade verksamheten varit rimlig.

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), avdelning sydöst, genomförde i februari 2019 en inspektion av ett boende enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, i Gnosjö kommun (LSS-boendet Skogsbo). På boendet bodde en ensam brukare (vidare benämnd AA). Tillsynen inleddes efter att hans syster riktat klagomål mot boendet. Den 28 mars 2019 beslutade IVO att avsluta ärendet. I beslutet anfördes bl.a. att IVO inte hade uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.

I ett beslut den 2 maj 2022 anförde *JO Thomas Norling* följande:

JO:s initiativ

Den 5 februari 2020 sände SVT ett avsnitt av Uppdrag granskning som tog upp AA:s förhållanden på boendet. Efter det att tv-programmet sänts kom det in ett antal klagomål till JO. Jag beslutade därefter att genomföra en inspektion av boendet den 4 mars 2020. I anledning av inspektionen uttalade jag allvarlig kritik mot Gnosjö kommun för att AA hade varit frihetsberövad utan lagstöd.⁵⁷

⁵⁷ JO:s protokoll den 17 juni 2020, dnr O 10-2020.

Efter inspektionen beslutade jag att också inleda ett initiativärende för att utreda IVO:s tillsyn av bl.a. LSS-boendet Skogsbo.

Utredning

Inledningsvis tog jag del av IVO:s akt i tillsynsärendet gällande LSS-boendet (dnr 8.5-42004/2018). Därefter begärde jag bl.a. att IVO skulle yttra sig över ett antal frågor.

IVO kom in med ett remissvar. I det följande redovisas det endast i de delar som är aktuella för mina uttalanden. Remissvaret i sin helhet finns tillgängligt hos JO.

3. I samband med JO:s inspektion av det i ärendet aktuella LSS-boendet kom det fram att brukaren inte kunde röra sig fritt på boendet utan att personalen låste upp utrymmen, t.ex. badrummet. Även ytterdörren hölls låst.

a. Ansåg IVO vid tidpunkten för sin tillsyn år 2019 att detta var förenligt med bestämmelserna i 2 kap. 8 § och 20 § första stycket 3 regeringsformen?

IVO har aldrig ansett att personer med en funktionsnedsättning och som får stöd och service enligt LSS ska begränsas i sin rörelsefrihet, oaktat det gäller låsta dörrar eller begränsning i övrigt, utan att det finns stöd i lag för det. Vissa åtgärder kan dock godtas som en skyddsåtgärd om det föreligger samtycke från den enskilde. IVO granskar att det finns förutsättningar för den enskilde att få sina behov tillgodosedda genom exempelvis tillräcklig bemanning med rätt kompetens. Stöd och service ska ske på ett sådant sätt att den enskildes självbestämmande och integritet hela tiden beaktas.

I detta ärende hänvisades till den enskildes svåra utmanande beteende och ett nära samarbete med läkare gällande de arbetsmetoder som användes. Det rörde sig om olika anpassningar för att skydda den enskilde och undvika att den enskilde hamnade i svår affekt med självskadebeteende och våld. I ärendet finns dokumentation gällande den enskildes problematik och dagliga liv som sammantaget visar på en mycket komplex situation. För IVO vid det aktuella tillfället framstod det som relevant att verksamheten använde sig av vissa skyddsåtgärder utifrån detta. Av beslutet i aktuellt ärende framgår att IVO i samband med inspektionen på boendet inte uppmärksammade några brister och därför avslutade ärendet. Det framgår dock inte tydligt hur IVO bedömt vilka skyddsåtgärder som ansågs relevanta.

b. Hur ser IVO numera på denna fråga?

IVO anser att det är oacceptabelt att verksamheter vidtar tvångs- och begränsningsåtgärder utan stöd i lag och ser ytterst allvarligt på om det förekommer.

Mot bakgrund av vad som framkommit bl.a. avseende detta ärende har IVO vidtagit åtgärder för att kvalitetssäkra tillsynen inom LSS-området. En ny rutin⁵⁸ har tagits fram för att säkerställa en enhetlig handläggning när IVO tar emot uppgifter om att det förekommer tvångs- eller begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag vid LSS-boenden. I de fall IVO uppmärksammas på att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer öppnar IVO alltid ärende för utredning. Om IVO av någon anledning skulle avstå från utredning ska ställningstagandet motiveras och dokumenteras i ärendet. I

⁵⁸ Rutinbeskrivning, dnr 1.4.1-56240/2020.

dessa ärenden ingår alltid jurist som handläggare eller medhandläggare. Därtill har en intern arbetsgrupp tillsatts för att diskutera vilka uppgifter IVO behöver inhämta i varje tillsyn för att göra bedömningar om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i relation till vad som kan anses vara tillåtna åtgärder till skydd för den enskilde. Vidare anser IVO att det är av stor vikt att det sker en systematisk uppföljning av de beslut där det konstaterats tvångs- och begränsningsåtgärder. En sådan uppföljning påbörjades under hösten 2020 och det är IVO:s avsikt att fortsätta det arbetet.

IVO har även med anledning av denna remiss ånyo fått anledning att uppmärksamma om vikten av att beslut bl.a. är tydliga, väl motiverade och bemöter det som föranlett tillsyn. I aktuellt ärende bemöter inte IVO vad som framfördes i klagomålet. Därmed framgår det inte tydligt vilken bedömning IVO gjorde i frågan om tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är inte heller tydligt i beslutet hur man bedömt de motstående uppgifterna avseende om den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor. IVO ser att i aktuellt ärende hade det varit av betydelse med en tydlig dokumentation av de iakttagelser, om t.ex. boendets utformning och låsta utrymmen, som gjordes i samband med inspektionen för att ha med som en del av beslutsunderlaget.

4. JO har tagit del av IVO:s akt avseende den vid boendet genomförda tillsynen. I akten framgår att brukarens syster vid två tillfällen (den 8 januari och den 15 mars 2019) uppgav att brukaren blev inlåst på boendet.

a. På vilket sätt beaktade IVO informationen som brukarens syster lämnade?

IVO initierade tillsynen med anledning av vad som framkom i klagomålet. Vid tillsynen förhöorde sig IVO om den enskildes situation utifrån flera aspekter, bland annat utifrån de synpunkter som systemen framförde. För att skapa sig en bild av ärendet inhämtade och läste IVO kommunens dokumentation inför inspektionen. IVO bedömde ärendet som väldokumenterat och fann inte skäl att tro att kommunens dokumentation inte gav en sanningsenlig bild. Vid inspektionen intervjuade IVO såväl representanter för personalen som ansvarig enhetschef och kommunens övergripande ledning. IVO gjorde även ett kort besök hos den enskilde i bostaden. I samband med framtagandet av detta yttrande anger IVO:s medarbetare, som var på plats vid inspektionen, att den enskilde trivdes i boendet, men upplevdes orolig över IVO:s besök och uttryckte en oro över att inte få bo kvar. Personalen på boendet bekräftade den enskildes oro och berättade att oron hade funnits en tid och förstärktes ytterligare av IVO:s besök. Såvitt framgår av den kommunala dokumentationen var den enskilde och dennes legala företrädare nöjda med boendet och assistansen. Det framkommer också att den enskildes far var nöjd med boendet och det stöd som gavs. IVO beklagar att det inte av dokumentationen i IVO:s ärende framkommer att ett samtal med den enskilde genomfördes. Likaså framgår det inte av protokollen från intervjuerna att frågor om de uppgifter som systemen lämnade ställdes vid inspektionen. IVO ser också brister i att beslutet inte tydligt redogör för de uppgifter som lämnades av systemen liksom att frågan om begränsning av rörelsefriheten för den enskilde inte konkret framgår i beslutet. Så som redovisats ovan, se svar till fråga 3.b., är IVO:s inställning att beslut i ärenden ska bemöta det som föranlett ett ärende. Det behöver inte betyda att IVO delar anmälares inställning men en prövning av det som föranlett tillsyn ska göras och sakligt bedömas utifrån en i ärendet adekvat utredning.

b. Ställde IVO några frågor om inlåsnings vid sin tillsyn?

Vid IVO:s inspektion berättade personalen att den enskilde ibland valde att vara ensam, i framförallt, sitt sovrum. Det innebar inte att den enskilde var inlåst utan kunde komma ut eller få sällskap vid sådant önskemål. Personalen angav att det fanns oroande incidenter som innebar kvävningensrisk på grund av att den enskilde stoppade saker i munnen när den enskilde var ensam. Personalen fanns dygnets alla timmar till hands för att stötta, vägleda och aktivera den enskilde. IVO fann inte skäl att fördjupa sig i frågan om inlåsnings då det vid inspektionen inte framkom något som tydde på att den enskilde skulle vara inlåst och alltid hade personal vid sin sida.

IVO noterar att det av inhämtat material och klagomål framgår att den enskilde var begränsad i sin rörelsefrihet och IVO anser att det då alltid bör föranleda att frågor ställs om dessa uppgifter. Oaktat om det rör inlåsnings eller annan begränsningsåtgärd. Av protokollet över intervjun med personalen framgår att den enskilde vid det tillfället inte hade tillgång till köket men att inga frågor ställdes om den begränsningen. Det framgår inte heller i övrigt att fördjupningsfrågor om inlåsnings eller andra begränsningsåtgärder ställdes. IVO noterar att de uppgifter som nu lämnas i samband med detta yttrande, om att den enskilde ibland valde att vara ensam samt om oroande incidenter om kvävningensrisk, inte återges i protokollet över intervjun med personalen. Det är beklagligt då dessa uppgifter är typiskt sådana som borde ha protokollförts då de framkom vid inspektionen.

c. Finns det anledning att ställa sådana frågor i samband med tillsyn av LSS-boenden?

Det finns alltid anledning att vara uppmärksam på eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder. Framkommer sådana uppgifter ska de alltid utredas. Se även svaret under 3.b. om ny rutin.

d. Uppmärksammade IVO på något annat sätt att dörrarna i brukarens boende hölls låsta?

Med anledning av JO:s remiss har IVO:s medarbetare från inspektionstillfället svarat att de vid besöket i boendet blev insläppta av personal och visades runt. IVO uppmärksammade då inte att några dörrar var låsta förutom dörren till personalrummet.

IVO kan konstatera att det av den sociala dokumentationen framkommer uppgifter om fler låsta utrymmen och att det av protokollet fört vid intervju med personalen framkommer att den enskilde inte har tillgång till köket.

5. I samband med JO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo fick JO en uppgift om att det har gjorts en lex Sarah-anmälan avseende verksamheten på boendet.

a. På vilket sätt beaktar IVO förekomsten av, eller avsaknaden av, lex Sarah-anmälningar i sin tillsyn av LSS-boenden?

Inledningsvis vill IVO tydliggöra att inte alla missförhållanden anmäls till IVO som en del i anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah.

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Bl.a. anställda har en rapporteringsskyldighet om att genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker på missförhållanden som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten. En sådan rapport kan benämnas lex Sarah-rapport. Den som bedriver en verksamhet är skyldig att dels utreda en lex Sarah-rapport, dels att avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande. Den som bedriver en verksamhet ska snarast anmäla

ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO. Med anmälan ska utredningen bifogas. Med allvarliga missförhållanden som ska anmälas avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. En påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska också anmälas. Det innebär att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett allvarligt missförhållande. Exempel på faktorer som har betydelse för bedömningen om allvarlighetsgrad är bl.a. inlåsning eller tvångsåtgärder som sker utan lagstöd.⁵⁹

IVO bör oavsett anledning till att tillsynen initierats beakta information som IVO har tillgång till om de verksamheter som ska ingå i tillsynen. Informationen ska samlas in och sammanställas vid inledningen av tillsynen. Sådan information kan som exempel vara pågående och avslutade ärenden enligt lex Sarah. Överlag är både förekomsten av och avsaknaden av lex Sarah något som ska beaktas i tillsyn av LSS-boenden. Vid förekomst kan det ge indikationer på vad som kan behöva följas upp ytterligare och vid avsaknad kan frågetecken ställas kring kunskap om förfarandet. Därutöver uppmärksammar IVO i tillsynen vikten av personalens rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och ledningens utrednings- och anmälningskyldighet.

b. På vilket sätt beaktar IVO, i sin tillsyn av LSS-boenden, avvikelser som har rapporterats inom verksamheten?

Om det finns avvikelser som är kända vid tillsynen ska dessa beaktas. Är de relevanta för den aktuella tillsynen bör de t.ex. diskuteras vid intervjuer och tas med i bedömningen.

I det nu aktuella ärendet noterar IVO att det framkom uppgifter om ett "allvarligt missförhållande" i protokollet över intervjun med ledningen. Dock saknas det dokumentation om eventuella följdfrågor avseende vad missförhållandet bestod i och om detta hade anmälts eller skulle anmälas till IVO enligt lex Sarah.

Mina uttalanden

Ramen för min granskning

JO:s huvuduppgift är att granska att myndigheter och andra som står under JO:s tillsyn följer lagar och andra författningar i sin verksamhet. Syftet är i första hand att undersöka om myndigheterna har handlat enligt de regler för förfarandet som gäller för dem, dvs. om de har agerat korrekt i formellt hänseende. JO brukar som regel inte ha synpunkter på de bedömningar som en myndighet har gjort i ett visst ärende. Det som har kommit fram i det aktuella ärendet ger mig inte anledning att fråga denna princip.

I beslutet kommer jag att uttala mig om IVO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo. I samband med det kommer jag att beröra bl.a. IVO:s uppgift som tillsynsmyndighet och de bedömningsstöd som används inom myndigheten. Därefter kommer jag att uttala mig om IVO:s dokumentation och hur myndigheten utformat sitt beslut i ärendet.

⁵⁹ Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, andra uppl. s. 16 och 86.

Syftet med IVO:s tillsyn m.m.

IVO:s huvudsakliga uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprovning av hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.

IVO:s verksamhet ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter. Tillsynen ska genomföras av ett patient- och brukarperspektiv. Den ska även omfatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till berörda verksamheter.⁶⁰

I IVO:s tillsynspolicy⁶¹ är patient- och brukarperspektivet tydligt. Tillsynen ska bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet och den ska utföras så att den gagnar vård- och omsorgstagarna. Verksamheten ska inriktas på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor, och kännetecknas av följande:

- Rättssäkerhet, dvs. att tillsynen utgår från lagar och föreskrifter samt att likvärdiga bedömningar görs i likvärdiga fall för att åstadkomma vård på lika villkor.
- Förutsägbarhet och öppenhet, dvs. att de granskade har insyn i hur och varför tillsynen genomförs. Myndighetens beslut ska vara tydliga och begripliga.
- Oberoende, dvs. att tillsynen inte låter sig påverkas av olika intressenter.
- Professionalitet, dvs. att tillsynen är kunskapsbaserad.

IVO:s tillsynsverksamhet är till stor del författningsreglerad. Inom denna avses i huvudsak enskildas klagomål inom hälso- och sjukvård, frekvenstillsyn av boenden för barn och unga, anmälnings- och underrättelseskyldighet enligt lex Maria (hälso- och sjukvård) och lex Sarah (socialtjänst och LSS-verksamhet) samt tillsyn av legitimerad vårdpersonal.

Utöver den författningsreglerade tillsynen bedrivs s.k. egeninitierad tillsyn. Sådan tillsyn inleds av IVO själv, antingen på förekommen anledning av information som kommit in från en privatperson eller verksamhet till myndigheten eller på basis av riskanalyser.

I november 2019 redovisade Riksrevisionen granskningsrapporten Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33). I sammanfattningen av rapporten underströks det författningsenliga kravet på att IVO:s tillsyn bedrivs strategiskt, effektivt och på ett enhetligt sätt i landet. Riksrevisionens slutsats var bl.a. att IVO inte helt hade levt upp till sin roll som tillsynsmyndighet i dessa tre delar. Riksrevisionen rekommenderade IVO att bl.a. utveckla styrningen och ledningen för att tillsynsverksamheten ska få nödvändiga förutsättningar för att utföra uppdraget och att utforma och tillgängliggöra bedömningsstöd för inspektörer så att besluten blir mer enhetliga. I rapporten angav Riksrevisionen att IVO vid sin egen uppföljning av den

⁶⁰ 1 och 2 §§ förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, "IVO:s instruktion".

⁶¹ Inspektionen för vård och omsorg, IVO:s policy för tillsyn, 2018-01-01, dnr 1.3-6505/2015.

egeninitierade tillsynen iakttagit bl.a. att det saknades dokumentation om varför myndigheten valt att öppna ärenden på eget initiativ, att 30 procent av de granskade besluten inte bedömdes vara begripliga och att det fanns brister i bedömningar i tillsynsbesluten.⁶²

Något om IVO:s bedömningsstöd m.m.

I sin tillsyn använder IVO bl.a. processbeskrivningar, bedömningsstöd och andra stöddokument. I ett stöddokument anges att vid inledningen av en tillsyn bör information om de verksamheter som ska ingå i tillsynen samlas in och sammanställas. Vid informationsinsamlingen används både interna och externa källor. Som exempel på information som finns i interna källor anges bl.a. vilka pågående och avslutade ärenden som finns avseende verksamheten, beslut baserade på lex Maria och beslut baserade på lex Sarah.⁶³ I sitt remissvar har IVO dessutom uppgett att myndigheten, oavsett anledning till att tillsynen initierats, bör beakta information som IVO har tillgång till om de verksamheter som ska ingå i tillsynen. Sådan information kan t.ex. vara pågående och avslutade ärenden enligt lex Sarah. Jag kan konstatera att dessa rutiner stämmer väl överens med JO:s tidigare uttalande om att det är viktigt att IVO har de rutiner som krävs för att myndigheten ska kunna arbeta systematiskt med de uppgifter som kommer in.⁶⁴ Med detta sagt är det inte uteslutet att det ändå kan finnas anledning för IVO att se över sitt bedömningsstöd i vissa delar.⁶⁵

Genomförandet av IVO:s inspektion av LSS-boendet Skogsbo

IVO:s tillsyn av LSS-boendet Skogsbo var egeninitierad och inleddes efter klagomål från AA:s syster. Hon hade gjort gällande bl.a. att alla utrymmen på boendet var låsta, att personalen inte klarade av att hantera AA och att han var kameraövervakad. I februari 2019 genomförde IVO en inspektion av LSS-boendet. Som jag redan konstaterat resulterade tillsynen i slutsatsen att det inte fanns några brister i boendet och att AA uppnådde goda levnadsvillkor ”i de delar som tillsynen omfattade”. Utifrån denna skrivning går det att sluta sig till att IVO på något sätt hade avgränsat sin tillsyn. Jag har förståelse för att en tillsynsmyndighet kan behöva göra det av olika skäl. Det måste emellertid vara tydligt vad som motiverat avgränsningen och hur den gjorts. Det måste dessutom finnas en beredskap för att vid behov anpassa tillsynen till att omfatta ytterligare frågor. Så kan t.ex. vara fallet om det vid en inspektion kommer fram nya omständigheter som behöver granskas. Av IVO:s beslut framgår inte hur tillsynen av Skogsbo avgränsades och det har, som jag kommer att återkomma till nedan, gjort det svårare för en utomstående att avgöra om myndighetens bedömning angående den granskade verksamheten är rimlig.

⁶² Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33), s. 5, 6 och 43.

⁶³ Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetsätt och metoder vid process 3.5.1 egeninitierad tillsyn, oktober 2020, s. 26.

⁶⁴ Se JO 2021/22 s. 146.

⁶⁵ Se Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RIR 2019:33), s. 41 f.

Ett drygt år efter IVO:s inspektion – dvs. i mars 2020 – beslutade jag att inspektera LSS-boendet. Vid inspektionen kom det fram att AA var inlåst på boendet under större delen av dygnet och att det fanns en övervakningskamera utanför hans sovrumsfönster. Iakttagelserna bekräftade således vissa av de klagomål som AA:s syster framfört redan 2019. Efter inspektionen uttalade jag att eftersom AA inte kunnat lämna boendet när han velat var hans rörelsefrihet begränsad. Det stod därmed enligt min mening klart att han rent faktiskt varit frihetsberövad och jag konstaterade att LSS inte ger något utrymme för en sådan åtgärd.

I remissvaret har IVO uppgett att det av dokumentationen framgick att AA och hans legala företrädare var nöjda med boendet och assistansen. Jag kan inte dra några säkra slutsatser om, och i så fall på vilket sätt, detta påverkade IVO:s bedömning eller hur inspektionen genomfördes. Oaktat detta finns det anledning att understryka att den typen av uppgifter inte får medföra att en mer summarisk eller mindre noggrann inspektion genomförs än vad som annars skulle vara fallet. Vid tillsynen är det IVO:s skyldighet att undersöka om en LSS-verksamhet uppfyller kraven på god kvalitet oavsett brukarens eller den verksamhetsansvariges uppfattning i frågan. Risken är annars att en verksamhet anses uppfylla kraven av den enkla anledningen att ingen är uttryckligen missnöjd med den. En sådan ordning är naturligtvis inte godtagbar och riskerar att leda till godtyckliga bedömningar. Eftersom tillsynen av LSS-boendet Skogsbo föranletts av klagomål från AA:s syster, hade en rimlig utgångspunkt för inspektionen varit att försöka reda ut om det fanns någon grund för det som då hade framförts. Utifrån den dokumentation som finns i IVO:s tillsynsärende framstår det som om inspektionen saknade ett tillräckligt fokus på de klagomål som hade riktats mot boendet. Det är t.ex. mycket anmärkningsvärt att IVO först i remissvaret resonerat i frågan om AA var inlåst eller inte.

I sitt remissvar har IVO vidare uppgett att myndigheten inte anser att personer som får insatser enligt LSS ska begränsas i sin rörelsefrihet eller i övrigt om det inte finns stöd för det i lag. Samtidigt har myndigheten uppgett att det i ärendet hänvisades till bl.a. AA:s utmanande beteende och att det rörde sig om olika anpassningar för att skydda honom och undvika självskadebeteende och våld. IVO har uppgett att det därför framstod som relevant att verksamheten använde sig av ”vissa skyddsåtgärder”. Det framgår inte av remissvaret vilka dessa åtgärder var, men enligt min mening talar detta för att IVO godtog att AA, i vart fall till viss del, var underkastad begränsningar när han vistades i boendet och att IVO närmast ansåg det som en förutsättning för att han skulle kunna bo där. Myndigheten har dessutom uppgett att vissa åtgärder kan godtas som en skyddsåtgärd om det finns ett samtycke från den enskilde. Det är för mig oklart om IVO menar att det fanns ett sådant samtycke från AA och vad myndigheten i så fall anser att det omfattade. Jag vill framhålla att AA var placerad i boendet med stöd av LSS. Den lagstiftningen bygger på frivillighet och delaktighet från brukarens sida. Det finns alltså inga möjligheter att vidta tvångsåtgärder med stöd av LSS. Tvångsåtgärder som vidtas utan lagstöd utgör en kränkning av den enskildes grundläggande fri- och rättigheter.

Jag kan inte dra någon annan slutsats än att IVO har brustit i sin inspektion av LSS-boendet. Det framgår inte annat än att myndigheten delar min uppfatt-

ning. IVO har också uppgett att myndigheten vidtagit åtgärder för att kvalitets-säkra tillsynen inom LSS-området. Myndigheten har t.ex. tagit fram en ny rutin för att säkerställa en enhetlig handläggning när den tar emot uppgifter om att det förekommer tvångs- eller begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag vid LSS-boenden.

Jag vill i sammanhanget nämna att jag har ett pågående initiativärende som gäller intagna på Statens institutionsstyrelses missbrukshem och frågan om en intagen på egen begäran kan vårdas i enskildhet enligt 34 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Även i det ärendet aktualiseras alltså frågan om möjligheten att samtycka till tvångsåtgärder.⁶⁶

IVO:s dokumentation i tillsynsärendet beträffande LSS-boendet Skogsbo

En myndighet som får uppgifter på något annat sätt än genom en handling ska snarast dokumentera dem, om de kan ha betydelse för ett beslut i ärendet. Det ska framgå av dokumentationen när den har gjorts och av vem (27 § förvaltningslagen [2017:900], FL).

Bestämmelsen är tillämplig i alla slags ärenden och avser alla beslut som kan aktualiseras inom ramen för handläggningen av ett ärende (prop. 2016/17:180 s. 314). För att skyldigheten att dokumentera ska kunna fylla sin huvuduppgift krävs att dokumentationen innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information.

Helt allmänt kan sägas att dokumentationsskyldigheten har stor betydelse också i en tillsynsverksamhet, inte minst för att den ska uppfylla kraven på att vara rättssäker. Att IVO uppfyller dokumentationsskyldigheten i sin tillsynsverksamhet är därför helt centralt.

Den tidigare gällande bestämmelsen om myndigheters skyldighet att anteckna uppgifter (15 § i 1986 års förvaltningslag) gällde enligt sin ordalydelse enbart i ärenden som avsåg myndighetsutövning mot någon enskild. JO har dock tidigare uttalat att dokumentationsskyldigheten sträcker sig längre än till att gälla ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild. Vidare har JO uttalat att det inte är tillräckligt att endast anteckna uppgifter som kan ha betydelse för utgången i ett ärende. Alla beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse bör redovisas. Även uppgifter som enbart rör ärendets gång och som inte direkt tillför några sakuppgifter bör i stor utsträckning dokumenteras. Det kan t.ex. gälla att det har förekommit kontakter med parter, andra personer eller myndigheter.⁶⁷

En myndighets dokumentationsskyldighet utgör grunden för en rad andra förvaltningsrättsliga regler som tillsammans syftar till att garantera den enskildes rättssäkerhet. Att denna skyldighet uppfylls är en förutsättning för att det ska finnas ett fullgott beslutsunderlag. Det är vidare en av förutsättningarna för insyn i och kontroll av verksamheten, både från internt och från externt håll. För att den enskilde ska kunna utöva den rätt till partsinsyn som regleras i 10 §

⁶⁶ JO:s dnr 2802-2020.

⁶⁷ Se t.ex. JO 2014/15 s. 330 och JO:s beslut den 19 april 2018, dnr 458-2017.

FL krävs också god dokumentation. Dessutom krävs det för att kunna tillgodose den grundlagsskyddade rätten att ta del av allmänna handlingar.

Innehållet i dokumentationen ska vara sådant att JO ska kunna granska handläggningen av ärendet. Saknas dokumentation blir det svårt, och i vissa fall till och med omöjligt, att följa vad som har hänt i ett enskilt ärende.

Vid inspektionen av LSS-boendet upprättade IVO två protokoll: dels efter den intervju som gjordes med personal på boendet, dels efter intervjun med ledningen. I protokollet efter intervjun med ledningen redovisades bl.a. följande:

Enligt BB [*verksamhetschefen, JO:s anm.*] har verksamheten utvecklats över tid, arbetsskadorna har minskat och personalen hittar strategier för hur de på bästa sätt ska bemöta brukaren och förebygga incidenter av olika slag.

Förutom problemet med relationen till systemen har verksamheten också haft en lex Sarah-rapport om ett allvarligt missförhållande som resulterat i att en personal slutat.

Systemen har också hittat två domar som rör två anställda i personalgruppen.

Sammantaget beskriver både BB och CC [*socialchefen, JO:s anm.*] att detta skapar oro både för ledning och personal och att fokus och energi ofta måste läggas på annat än brukarens välmående.

Brukarens självskadebeteende har minskat över tid. Nu har dock brukaren uppvisat en oro som man inte sett tidigare och har fått svårt att sova. BB berättade att brukaren är känslig för stämningar och känner av om det till exempel finns en oro i personalgruppen.

Brukarens funktionsnivå går både framåt och bakåt, vilket personalen måste anpassa sitt förhållningssätt till. Målsättningen är att kunna vistas mer ute i samhället. Idag är det begränsat, vilket beror på de farliga situationer som kan uppstå både för brukaren själv, men också för andra i omgivningen.

Det utåtagerande beteendet har minskat och det är sällan personalen utsätts för våld numera. Detta har också resulterat i att brukarens ångest kunnat minska eftersom han oftast mådde väldigt dåligt efter att personal blivit skadad.

BB berättade att personalen skriver avvikelser när oönskade händelser sker. Sedan oktober – november 2018 har det kommit flera synpunkter och klagomål från brukarens syster. Tidigare kom det aldrig några klagomål. Systemens klagomål hanteras på olika sätt av utifrån vad saken gäller. Både BB och CC är mycket involverade och försöker hitta lösningar för att framförallt ge stöd till personalen så att de kan skapa ett lugn runt brukaren.

Den inträffade lex Sarah-händelsen resulterade i att en personal slutade och det har påverkat brukaren negativt. Likaså påverkar schismerna som finns med systemen brukaren på ett negativt sätt. Inte minst för att personalen tvingas lägga energi på annat än stödet och omvårdnaden till brukaren.

I de ovan redovisade delarna framkommer det uppgifter som enligt min mening inte kan uppfattas på annat sätt än att det hade funnits och vid tidpunkten för

inspektionen fortfarande fanns problem på LSS-boendet. Uppgifterna är emellertid formulerade på ett sätt som gör det svårt att förstå vad de beskrivna problemen egentligen gällde. IVO har i remissvaret medgett att det t.ex. inte framgår vad det redovisade ”allvarliga missförhållandet” handlade om. Jag vill även lyfta fram att det är oklart vilka ”arbetskadorna” har varit, vilken ”oro” som brukaren har uppvisat och vilka ”farliga situationer” som kan uppstå för brukaren. I protokollet anges även att ”det är sällan personalen utsätts för våld numera”. Det framstår således som att personalen tidigare hade utsatts för våld i större omfattning. Utifrån dokumentationen går det dock inte att dra någon säker slutsats om detta.

Ett protokoll som innehåller sådana allvarliga uppgifter som i det aktuella fallet måste naturligtvis utformas på ett sådant sätt att det enkelt går att förstå vad som har inträffat och vilka problem som har funnits eller som fortfarande finns i verksamheten. Det måste också vara möjligt att utläsa vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att hantera problemen.

Såvitt framgår av protokollen höll IVO inget samtal med AA vid inspektionen. I sitt remissvar har dock myndigheten uppgett att inspektörerna talade med honom, och myndigheten beklagar att det inte framgår av dokumentationen.

Det framgår av IVO:s stöddokument att brukarens synpunkter och erfarenheter är viktiga kunskapskällor och att de därför ska beaktas.⁶⁸ Detta är ett uttryck för att brukarens perspektiv ska genomsyra alla delar av tillsynen, alltså även genomförandet av en inspektion (2 § IVO:s instruktion).

Enligt min mening bör huvudregeln vid en inspektion vara att det ska hållas ett samtal med brukaren, när det är möjligt. Finns det ett stort antal brukare får det självklart göras ett urval så att samtal hålls med ett lämpligt antal. Vid en inspektion av en verksamhet där det endast finns en brukare bör det finnas godtagbara skäl till varför samtal inte hållits med honom eller henne. Dessa skäl bör då redovisas i ett protokoll eller i ett beslut. Har det genomförts ett samtal ska det naturligtvis dokumenteras, företrädesvis på samma sätt som samtalen med t.ex. ledningen eller personalen. Jag har inte funnit anledning att ifrågasätta IVO:s uppgift om att ett samtal hölls med AA vid inspektionen. Att det skett vinner stöd av att det i myndighetens beslut står att AA uppgav att han hade det bra men att han var orolig över att behöva byta personal eller behöva flytta från boendet. Mot bakgrund av det som IVO redovisat i beslutet finns det utrymme för slutsatsen att AA inte sade något ytterligare vid samtalet. Jag kan dock inte förstå IVO:s remissvar på något annat sätt än att AA berättade mer än vad som framgår av beslutet, trots att det inte dokumenterats.

I remissvaret har IVO svarat bl.a. på frågan om hur myndigheten beaktade den information som AA:s syster hade lämnat t.ex. om att brodern blev inlåst på boendet. IVO har därvid uppgett att myndigheten vid tillsynen förhörde sig om AA:s situation bl.a. utifrån de synpunkter som hans syster hade lämnat. Detta framgår dock inte av dokumentationen. Varken i protokollen eller i

⁶⁸ Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetssätt och metoder vid process 3.5.1 egeniniterad tillsyn, oktober 2020, s. 8.

beslutet står det att frågor ställdes om inlåsningar eller andra begränsningar i AA:s rörelsefrihet. De iakttagelser som IVO gör vid en inspektion bör naturligtvis dokumenteras. IVO verkar dela min uppfattning på den punkten. Myndigheten har i remissvaret uppgett att det hade varit av betydelse med en tydlig dokumentation av de iakttagelser som gjordes i samband med inspektionen för att ha med som en del av beslutsunderlaget. Vidare noterar IVO att uppgifter om att AA ibland valde att vara ensam och om oroande incidenter med kvävningensrisk inte återges i protokollet över intervjun med personalen. Enligt myndigheten är det beklagligt eftersom dessa uppgifter typiskt sett är sådana som borde ha protokollförts eftersom de kom fram vid inspektionen. Jag kan inte annat än instämma i den bedömningen.

IVO:s utformning av beslutet i tillsynsärendet

I ett av IVO:s stöddokument anges att det inte finns någon generell detaljreglering av frågan hur ett myndighetsbeslut ska se ut, mer än i vissa övergripande delar.⁶⁹ Jag vill därför peka på att det framgår såväl av bestämmelser i förvaltningslagen som av lagförarbeten hur ett beslut ska utformas.

För varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar bl.a. vad beslutet innehåller (31 § FL). Detta innebär att beslutets innebörd ska framgå av dokumentationen (prop. 2016/17:180 s. 319).

Ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska enligt huvudregeln innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt. En sådan motivering ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande (32 § första stycket FL).

Kravet att motiveringen ska vara klargörande innebär att en part ska ges möjlighet att förstå hur myndigheten har resonerat i det enskilda fallet. I motiveringen ska myndigheten också redogöra för vilka omständigheter, alltså vilka fakta, som den har tillmätt betydelse och hur den har värderat dessa. I kravet på redovisning av omständigheterna i ärendet ligger också att myndigheten normalt ska förklara hur den har bedömt eventuella invändningar som den enskilde har gjort i ärendet (prop. 2016/17:180 s. 320 och 321).

Motiveringsskyldigheten syftar bl.a. till att garantera att myndigheterna prövar sina ärenden på ett sakligt och enhetligt sätt. För att allmänhetens tilltro till myndigheternas kompetens och objektivitet ska upprätthållas krävs att myndigheterna kan visa att besluten som fattas inte är godtyckliga utan har en relevant rättslig grund och är väl underbyggda. Vetskapen om att en motivering måste ges främjar också en omsorgsfull, saklig och enhetlig prövning av ärendena. För en enskild part är betydelsen av att myndigheten på ett öppet, tydligt och enkelt sätt klargör hur den kommit fram till sitt beslut ofta avgörande för att parten ska kunna förstå beslutet. Ett beslut ska inte bara innehålla de skäl

⁶⁹ Inspektionen för vård och omsorg, Allt du behöver veta om att planera och genomföra tillsyn ur patientens och brukarens perspektiv, Arbetssätt och metoder vid process 3.5.1 egeninitierad tillsyn, 2020, s. 35.

som bestämt utgången i ärendet, utan skälen bör också presenteras på ett sådant sätt att de blir begripliga för den enskilde.⁷⁰

IVO använder ett bedömningsstöd när myndigheten utformar sina beslut, t.ex. vid egeninitierad tillsyn. I stödet anges att besluten utformas på olika sätt beroende på om myndigheten i sin tillsyn har sett brister eller inte och hur allvarliga bristerna i så fall är. De tre beslutstyper som IVO ska använda är

- a) beslut när IVO inte har konstaterat några brister
- b) beslut när IVO har konstaterat brister
- c) beslut när IVO har konstaterat allvarliga brister och begär redovisning av vidtagna åtgärder.

Var och en av de olika beslutstyperna har en egen beslutsmall med stödtexter. IVO:s beslut ska i grunden följa klarspråksprinciperna och redovisa myndighetens bedömning, de omständigheter som har framkommit i tillsynen och som ligger till grund för bedömningen samt det rättsliga stödet för IVO:s bedömning.⁷¹

Den 28 mars 2019 meddelade IVO beslut i ärendet om LSS-boendet Skogsbo. Jag vill först kommentera de avsnitt i beslutet som har rubrikerna Beslut respektive Skälen för beslutet. Under rubriken Beslut står följande:

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet.

Under rubriken Skälen för beslutet står bl.a. följande:

Sammantaget gör IVO bedömningen att brukaren erbjuds insatser med god kvalitet och att brukaren uppnår goda levnadsvillkor i enlighet med 6 och 7 §§ LSS i de delar som tillsynen omfattade.

När ett beslut är motiverat på ett sådant sätt måste det naturligtvis också tydligt framgå vilka områden som tillsynen omfattade. I beslutet lämnas det inte några sådana besked. Dessutom har IVO inte mer än i mycket allmänna ordalag redogjort för de uppgifter som AA:s syster hade lämnat i klagomålet. Inte heller har myndigheten redogjort för de allvarliga uppgifter som kom fram vid samtalet med ledningen för boendet. Enligt min mening är det därför inte möjligt att utifrån beslutet avgöra om huruvida myndighetens bedömningar var korrekta eller ens relevanta utifrån syftet med inspektionen.

Av utredningen i ärendet framgår att AA:s syster den 8 januari 2019 hade ett telefonsamtal med IVO. Vid samtalet lämnade hon allvarliga uppgifter om AA:s förhållanden på boendet. Dessutom framkom oroväckande uppgifter vid det samtal som IVO:s inspektörer hade med boendets ledning. Trots de relativt omfattande och allvarliga uppgifter som lämnats om missförhållanden på boendet gjorde IVO bedömningen att AA erbjöds insatser med god kvalitet och att han uppnådde goda levnadsvillkor. Enligt min mening är det svårt att förstå hur IVO resonerade när myndigheten, trots de uppgifter som fanns i besluts-

⁷⁰ Se JO 2021/22 s. 42.

⁷¹ Inspektionen för vård och omsorg, Bedömningsstöd för beslut i ärendeslagen frekvenstillsyn (3.2.1 och 3.2.2) egeninitierad tillsyn (3.5.1) och lämplighetsprövning (3.5.2), 2019-10-28.

underlaget, kom fram till denna slutsats. I vart fall är de resonemangen inte redovisade.

Det kan rimligen krävas att myndigheten i beslutet redovisat hur den förhöll sig till de oroväckande uppgifter som hade lämnats av AA:s syster men också av boendets ledning. Dessutom borde IVO ha förklarat hur myndigheten resonerade när den kom fram till slutsatsen att verksamheten inte uppvisade några brister som på allvar påverkade AA:s förhållanden på hemmet. Avsaknaden av sådana resonemang gör beslutet svårförståeligt. I det här sammanhanget vill jag särskilt peka på att beslutet helt saknade en bedömning av uppgifterna om tvångs- och begränsningsåtgärder. Jag vill även understryka att det inte är tillräckligt att IVO i beslutet skrev att ”det råder olika uppfattningar om förhållandena i det enskilda ärendet”. IVO har medgett att beslutet innehöll brister i de avseenden som jag nu uppehåller mig vid.

IVO får kritik för sin tillsyn av LSS-boendet Skogsbo

IVO:s tillsyn fyller en viktig funktion när det gäller att säkerställa att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor enligt LSS. Det måste därför ställas höga krav på myndighetens tillsynsverksamhet. Brister i tillsynen riskerar att försämra den enskildes möjligheter till goda levnadsvillkor. Dessutom påverkar brister i tillsynen såväl offentliga verksamheter som allmänhetens förtroende för IVO negativt. Tillsynen måste också vara rättssäker. Detta ställer naturligtvis höga krav på hur myndigheten genomför en inspektion men också på dess dokumentation och utformning av beslut.

När IVO genomför en inspektion är det viktigt att den görs noggrant och att den inte blir alltför summarisk. Vid en inspektion bör IVO som huvudregel utgå från de uppgifter som föranlett tillsynen. Om tillsynen inleds efter det att uppgifter kommit fram om tvångs- eller begränsningsåtgärder är det alltså viktigt att dessa utreds ordentligt vid inspektionen. Detta är viktigt inte minst när inspektionen avser ett LSS-boende med endast en brukare. En sådan brukare befinner sig i en särskilt utsatt situation och måste kunna förlita sig på att tillsynsinsatserna uppfyller högt ställda krav. Det är vidare viktigt att myndighetens dokumentation i ett tillsynsärende är korrekt och rättvisande, och att myndighetens beslut är tydligt och väl genomarbetat. Språket ska vara vårdat, enkelt och begripligt. Det får inte råda någon osäkerhet om vilka omständigheter som myndighetens bedömning grundar sig på. Det måste därför tydligt framgå hur myndigheten har resonerat, oavsett om den funnit brister eller inte i den verksamhet som granskats.

Av den granskningsrapport som Riksrevisionen redovisade i november 2019 framgår att IVO redan 2015 påbörjade ett arbete med att följa upp kvaliteten i sina tillsynsbeslut. Vid sin granskning konstaterade Riksrevisionen att IVO i en uppföljning iakttagit bl.a. att dokumentationen och beslutsmotiveringar var bristfälliga. Det är för mig oklart om IVO fortfarande arbetar med denna uppföljning. Jag kan dock slå fast att jag i det nu aktuella ärendet funnit samma slags brister som alltså konstaterats tidigare. Det är inte tillfredsställande.

I IVO:s tillsyn av LSS-boendet Skogsbo har det funnits brister såväl i genomförandet av inspektionen som i dokumentationen och utformningen av beslutet. Jag ser mycket allvarligt på detta och IVO ska därför kritiseras.

Jag utgår från att de uttalanden som jag har gjort i detta ärende leder till att IVO vidtar nödvändiga åtgärder.

Ärendet avslutas.

En socialnämnd har i flera avseenden brutit i handläggningen av ett ärende om omplacering av en pojke

(Dnr 2230-2019)

Beslutet i korthet: En tolvårig pojke vårdades med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Han var sedan 2013 placerad i ett familjehem. Nämnden beslutade den 8 maj 2019 att vården av pojken med stöd av LVU skulle upphöra och att han skulle vara placerad i samma familjehem med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Förvaltningen hade dock redan flyttat pojken från familjehemmet. Den 9 maj 2019 fattade nämndens ordförande ett beslut om att pojken skulle placeras tillfälligt i ett akuthem.

När en fråga om att omplacera ett barn aktualiseras ska nämnden utreda den saken enligt 11 kap. 1 § SoL. En sådan utredning ska bedrivas förutsättningslöst och belysa för- och nackdelar med en eventuell omplacering. Barnets bästa är avgörande för om en omplacering ska ske eller inte. Ett barn har rätt att få relevant information från socialtjänsten. Barnet ska också ges möjlighet att föra fram sina åsikter i frågor som rör barnet och åsikterna ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

I det aktuella fallet låg en kortfattad framställning från förvaltningen till grund för beslutet att omplacera pojken. Enligt JO har det inte kommit fram något i ärendet som talar för att pojkens förhållanden i familjehemmet medförde att det fanns behov av en så skyndsamt omplacering att nämnden kunde nöja sig med ett mer summariskt beslutsunderlag. Nämnden borde ha gjort en noggrann omplaceringsutredning.

JO konstaterar vidare att nämndens beslut den 8 maj 2019, i den del som avsåg att pojken skulle vara placerad i samma familjehem, grundades på ett underlag som inte längre var aktuellt eftersom pojken redan hade flyttats från familjehemmet. Det inträffade är enligt JO anmärkningsvärt.

Slutligen konstaterar JO att nämnden inte hade ett barnperspektiv vid handläggningen av ärendet om omplacering av pojken. Nämnden gjorde inte någon fullständig prövning av hans bästa innan den beslutade om omplacering. JO framhåller i beslutet att barnets åsikter utgör en viktig del vid bedömningen av vad som är bäst för barnet. Pojken fick inte komma till tals gällande omplaceringen. Nämnden har också brutit i att lämna information till honom om vad som hände i ärendet.

JO riktar allvarlig kritik mot nämnden för bristerna i handläggningen av ärendet om omplacering.

Bakgrund

AA, som är född 2007, vårdades med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Han var sedan 2013 placerad i familjehem hos BB och CC med stöd av 11 § LVU. AA hade regelbundet umgänge med sin mor DD.

Anmälan

I en anmälan till JO den 24 mars 2019, som kompletterades genom en skrivelse den 14 maj 2019, klagade BB på Social- och omsorgsförvaltningen i Linköpings kommun.

BB uppgav bl.a. följande: Förvaltningen lyssnade inte på hennes och CC:s åsikter när det gällde omfattningen av AA:s umgänge med DD. Det fanns inte något fungerande samarbete mellan familjehemmet och förvaltningen, utan det rådde en konflikt mellan dem. Den 7 maj 2019 sade förvaltningen upp deras uppdrag som familjehem. De fick besked om att AA skulle omhändertas samma dag för att placeras i ett annat familjehem. AA hade fyllt 12 år och kunde uttrycka sin vilja. Förvaltningen beaktade inte att AA ville bo kvar hos dem och agerade således inte utifrån vad som var bäst för honom. Det snabba omhändertagandet står inte alls i proportion till den situation som rådde.

Till anmälan och till den kompletterande skrivelsen fogade BB vissa handlingar, bl.a. mejlkonversationer mellan familjehemmet och gruppchefen EE.

Utredning

JO tog del av vissa handlingar i AA:s ärende, bl.a. journalanteckningar för perioden den 15 november 2018–24 maj 2019. Därefter begärde JO att Social- och omsorgsnämnden i Linköpings kommun skulle yttra sig över det BB uppgett i sin anmälan.

Nämnden godkände ett yttrande från förvaltningen som sitt remissvar. Av yttrandet framgick bl.a. följande:

AA omhändertogs med stöd av 6 § lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) i september 2012 och placerades då i ett familjehem i Sturefors. Förvaltningsrätten biföll ansökan om vård enligt LVU i november samma år med hänvisning i brister till hemförhållanden (2 § LVU). I mars 2013 placerades AA för vård i familjehemmet BB/CC.

Av anteckningar från besök med familjehemmet och telefonsamtal med familjehemmet under våren 2019 framgår att ett kolliderande synsätt vad gäller umgänge och vårdnadsfrågan inte är förenligt med en fortsatt placering av AA hos BB/CC.

Familjehemsuppdraget avslutas per 2019-05-07. Arvode och omkostnad betalas ut till och med 2019-06-06.

I ett 2019-05-08 daterat beslut anges att vård för AA enligt 2 § LVU upphör. Av journalanteckning framgår att AA flyttats från familjehemmet BB/CC 2019-05-07 och vistas hos sin mor. I ett 2019-05-09 daterat beslut anges att AA, med stöd av socialtjänstlagen, ska var placerad i akuthem (anm. nytt familjehem).

Social- och omsorgsförvaltningens bedömning

Klagomålets innehåll [...] tolkas så att familjehemmet upplever att de inte fått något gehör för sina ståndpunkter vad gäller, i första hand, umgänget mellan det placerade barnet och den biologiska familjen. Av dokumentationen i ärendet och av uppgifter från ansvariga handläggare framgår att det saknats samsyn i den frågan. Det framstår också klart att det är just det förhållandet som lett fram till att familjehemmets uppdrag avslutats och att initiativ till avslutet tagits av nämndens handläggare. Innan uppdraget upphört har ett flertal möten genomförts mellan parterna och tidigare även försök gjorts med personligt stöd till familjehemmet.

De åtgärder (på ett generellt plan) som nämnden vidtar vad gäller barn så ska barnets bästa särskilt beaktas. Samma sak gäller vid beslut eller andra åtgärder som rör vård eller behandlingsinsatser för barn att det som är bäst för barnet som ska vara ledstjärnan. Bedömningen är slutligt gjord att vården i familjehemmet BB/CC inte gynnade AA som det borde göra. Ansvariga handläggare kom fram till detta i ljuset av familjehemmets bristande medverkan, särskilt vad gäller umgänget mellan AA och hans biologiska familj.

Innan det sker så har lång tid förflutit och, som sagts, olika typer av stöd till familjehemmet prövats, vilka antingen avvisats av familjehemmet eller befunnits otillräckliga.

Samverkan mellan nämnden och uppdragstagare är A och O för att insatsen/åtgärden ska fungera på ett bra sätt. Som det framgår av ärendets dokumentation och som bekräftas om ansvariga tjänstemän så blev det under hand allt mer gnissel i kontakten mellan förvaltningen och familjehemmet med anledning av, så som det i alla fall uppfattas av tjänstemännen, frågorna om barnets umgänge med modern och frågan om vårdnadsöverflyttning.

Alla åtgärder som vidtagits uppfyller kraven på saklighet, opartiskhet och har syftat till att gynna AA i möjligaste mån. Detta är tjänstemännens uppfattning och det finns inget i ärendets handläggning, som klart motsäger detta. Nämnden är väl medveten om de svårigheter som finns i familjehemsvård. Även om hemmen utreds, stöd lämnas och rimliga bedömningar görs så sker det ”sammanbrott”. När det händer så ska förvaltningens handläggare göra sitt yttersta för att behandla nämndens uppdragstagare så korrekt som möjligt. Även om familjehemmet nu upplever det motsatta så bör det, efter genomgång av dokumentationen i vad gäller både AA och familjehemmet och de muntliga uppgifterna från berörda tjänstemän, inte riktas kritik mot ärendets handläggning i det hänseendet.

Trots den i stort korrekta handläggningen så väcks ändå, vid genomgång av dokumentationen, frågor kring hur ansvariga handläggare agerat i vissa delar. Familjehemmet har i princip redan från början av sitt uppdrag ”ifrågasatt” utformningen av uppdraget och även ifrågasatt förvaltningens/nämndens företrädare. Familjehemmet agerar så som de vore vårdnadshavare i kontakter ex; med skolan. Detta ger ett intryck av en oklar rollfördelning mellan nämndens företrädare och familjehemmet. Handläggningen saknar därmed i vissa delar den stringens som borde vara fallet vid myndighetsutövning inom socialtjänsten och då särskilt var gäller placering av barn i samhällsvård. Upplevelsen är att handläggningen i vissa delar saknar tydlighet i det som brukar utgöra definitionen av ”myndighetsutövning”, dvs. att ensidigt reglera enskildas rättigheter och skyldighet under verkan av det regelverk som gäller i sådana sammanhang och som ska bidra till ett gott förtroende för nämndens verksamhet.

Några beslut under ärendets handläggning förstärker intrycket av bristen på samsyn med familjehemmet kring situationen för AA. Detta visar sig i samband med avslutningen av placeringen av AA hos familjen BB/CC. Exempelvis så är de faktiska åtgärderna kring AA inte i alla delar synkroniserade med formella beslut.

Efter det att JO mottagit nämndens remissvar konstaterades att BB:s kompletterande skrivelse av förbiseende inte hade skickats till nämnden tillsammans med remissen. JO begärde att nämnden skulle yttra sig på nytt och även svara på ett antal frågor (se nämndens remissvar).

Nämnden lämnade som remissvar ett yttrande från förvaltningen. I yttrandet anfördes bl.a. följande:

Varför beslutade ordföranden i social- och omsorgsnämnden den 9 maj 2019 att AA skulle omplaceras från sitt familjehem till ett akuthem omedelbart när nämnden dagen innan, den 8 maj 2019, hade beslutat att AA skulle vara fortsatt placerad i familjehemmet?

Redovisningen från berörd befattningshavare är huvudsak följande.

- Den 16 april 2019 färdigställdes beslutsunderlaget som resultat av en utredning som inleddes den 18 januari 2019 med frågeställningarna – kan vården med stöd av LVU upphöra? – kan AA flytta hem till sin vårdnadshavare? Förslaget efter utredning var att vården enligt LVU kan upphöra. Vården bör dock fortsätta såsom tidigare genom vård i familjehem, men nu med stöd av socialtjänstlagen. Ärendet var under den här tiden mycket turbulent och det stod klart att AA behövde placeras i ett annat familjehem så snart ett matchat hem fanns tillgängligt. Ansvarig chef och handläggare tänkte inte på att ”dra tillbaka” det föreslagna beslutet trots att vid tidpunkten för utskottets beslut var planerat för en omplacering av AA till dagen därpå.

Varför var beslutet om omplacering så brådskande att nämndens prövning inte kunde avvaktas?

Redovisningen från berörd befattningshavare är huvudsak följande.

- Bedömningen gjordes att omplaceringen av AA behövde ske mycket skyndsamt. Bland annat då det tidigare familjehemmet under en längre tid och på olika sätt visat att de inte förmådde att härbärgera sina egna känslor och inta vuxens roll gentemot AA. Bedömning var att detta drabbade och påverkade AA på ett negativt sätt.

Gjorde nämnden en utredning om omplacering av AA från familjehemmet till ett nytt familjehem inför beslutet om omplacering? Om svaret är nekande, varför gjorde nämnden inte det?

Redovisningen från berörd befattningshavare är huvudsak följande.

- Beslutet att placera AA i akutfamiljen byggde på uppgifter från den nyss avslutade utredningsprocessen. Ett kortfattat underlag sammanställdes på den grunden. Detta hade då också föregåtts av ett flertal möten med vårdnadshavare, AA och det tilltänkta hemmet.

Vilka bedömningar gjorde nämnden när det gäller om omplaceringen stod i överensstämmelse med AA:s bästa (1 kap. 2 § SoL)?

Redovisningen från berörd befattningshavare är huvudsak följande.

- Bedömningar beträffande situationen för AA gjordes fortlöpande och dokumenterades. Långvarig samarbetsproblematik med det tidigare familjehemmet ledde fram till ett ultimatum från familjehemmets sida som innebar att umgänget mellan AA och hans biologiska familj skulle minskas kraftigt. Detta bedömdes motverka vad som var bäst för AA på ett icke acceptabelt sätt.

Övrig redovisning och bedömning

1. Som redovisats tidigare så avslutades familjehemsuppdraget familjehemmet BB/CC den 7 maj 2019. Arvode och omkostnad betalades ut till och med den 6 juni.
2. I ett den 8 maj daterat beslut social- och omsorgsnämndens utskott anges att vård för AA enligt 2 § LVU upphör och att han då med stöd av socialtjänstlagen ska vara placerad i familjehemmet BB/CC.
3. Beslutsunderlaget för utskottets beslut den 8 maj är daterat den 16 april och innehåller en vårdplan med motsvarande datum, till vilken vårdnadshavaren lämnat sitt samtycke.
4. Av journalanteckningar framgår att AA i praktiken flyttats från det familjehemmet i samband med ett tidigare planerat umgänge hos mormor, som påbörjades den 4 maj. Han kom sedan att vistas hos sin mor fram till att han placerades i det nya familjehemmet (akuthemmet).
5. I ett den 9 maj daterat beslut (ett beslut av en förordnad ledamot i social- och omsorgsnämnden) anges att AA, med stöd av socialtjänstlagen, ska var placerad i akuthem (det nya hemmet). Av beslutsunderlaget med samma datum framgår att det nya familjehemmet bedöms som lämpligt för AA och att det finns en god kännedom om det nya hemmet med hänvisning till andra uppdrag som familjehem åt Linköpings kommun.
6. Beslutet av utskottet den 8 maj, i den del som avser placering i familjehem med stöd av socialtjänstlagen, kom till genom ett förbiseende från förvaltningens sida. Ett i sig allvarligt misstag, men som lyckligtvis inte kommit att, såvitt går att bedöma, ha någon negativ inverkan på förhållanden för barnets del.
7. Som det förstås av journalanteckningar så har det i praktiken redan den 23 april påbörjats åtgärder för flytten av AA. Det datum finns antecknat att familjehemmet BB/CC informerat AA om en eventuell flytt från dem.
8. Åtgärderna fortskrider genom handläggares och vårdnadshavares besök i det nya hemmet och genom handläggarens samtal med AA. Det pågår alltså en planering för byte av familjehem.
9. Med hänvisning till de praktiska åtgärder som handläggaren företagit så borde det den 8 maj till utskottet föreslagna beslutet ändrats till att gälla det nya hemmet (akuthemmet). Att så inte skedde "tvingade" fram beslutet den 9 maj då planering och åtgärder var långt framskridna.
10. Det som skedde bör betraktas som ett "sammanbrott i vården". Vilket i sig skapar en mer forcerad handläggning. Kritiken som kan riktas mot handläggningen är även redovisad i det tidigare yttrandet.
11. Frågan kan ställas om sammanbrottet kunnat undvikas, men troligtvis var ett byte av familjehem oundvikligt. Bytet har också med säkerhet visast sig i överensstämmelse med det bästa för AA. Så som också redovisats i det tidigare yttrandet är utvecklingen för AA mycket positiv.

BB kommenterade nämndens remissvar och bifogade vissa ytterligare handlingar. Hon lämnade sedan i en skrivelse ytterligare synpunkter på nämndens handläggning av AA:s ärende.

I ett beslut den 21 september 2021 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Rättsliga utgångspunkter

Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdomar ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet.

Ett barn kan under vissa förutsättningar ges vård utan vårdnadshavarnas samtycke med stöd av LVU. När ett barn vårdas med stöd av LVU är det socialnämnden som bestämmer hur vården av barnet ska ordnas och var han eller hon ska vistas under vårdtiden (11 § LVU).

Socialnämnden ska sörja för att ett barn som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i t.ex. ett familjehem (6 kap. 1 § SoL). Ett barn får inte utan socialnämndens medgivande eller beslut om vård tas emot för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om honom eller henne (6 kap. 6 § SoL). Socialnämnden får inte lämna medgivande eller fatta beslut om vård utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda av socialnämnden.

Socialnämnden ska noga följa vården av ett barn som vårdas med stöd av LVU (13 a § LVU). Det kan under vårdtiden uppstå en situation som innebär att ett barn behöver omplaceras från ett familjehem till ett annat. Socialnämnden ska ha rutiner som säkerställer att en utredning inleds i enlighet med 11 kap. 1 § SoL när ett barn som vårdas i familjehem kan behöva omplaceras (2 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende [SOSFS 2012:11]). JO har i tidigare beslut uttalat att en utredning som rör en fråga om omplacering ska bedrivas förutsättningslöst och att den ska belysa för- och nackdelar med en eventuell omplacering (JO 2020/21 s. 499).

Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut och andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande (1 kap. 2 § SoL). Vid beslut enligt LVU ska vad som är bäst för den unge vara avgörande (1 § LVU). En utgångspunkt är att socialnämnden inför ett beslut ska analysera och väga olika alternativ till lösningar mot varandra. Vad som är bäst för barnet ska alltid utredas och redovisas (jfr prop. 1996/97:124 s. 99 f.).

Både SoL och LVU innehåller bestämmelser om att ett barn ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet samt att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (11 kap. 10 § SoL respektive 36 § LVU).

Bedömning

JO:s granskning

BB har klagat på förvaltningens hantering av AA:s ärende i flera avseenden. I anmälan har hon bl.a. tagit upp att nämnden agerat i strid med avtalet med familjehemmet och inte låtit familjehemmet komma till tals i fråga om utformningen av umgänget mellan AA och DD. Jag har dock valt att avgränsa min

granskning i ärendet till att avse nämndens handläggning av omplaceringen av AA.

Jag vill inledningsvis klargöra att JO som regel inte uttalar sig om s.k. bedömningsfrågor. Det finns inte anledning för mig att frånga den principen i det här fallet. Jag tar alltså inte ställning till om det fanns skäl för nämnden att omplacera AA. Min granskning avser endast den formella handläggningen av omplaceringen. Det innebär att jag granskar att nämnden har följt de lagar och författningar som är tillämpliga i det här fallet.

Omständigheterna i AA:s ärende

AA vårdades med stöd av LVU och var sedan år 2013 placerad i familjehem hos BB och CC. Den 18 januari 2019 inledde nämnden en utredning för att klargöra om vården av AA med stöd av LVU kunde upphöra. Utredningen omfattade även frågan om AA skulle beviljas bistånd till placering i familjehem med stöd av 4 kap. 1 § SoL.

I mars 2019 utökade nämnden umgänget mellan AA och hans vårdnadshavare DD. Vid ett möte med förvaltningen den 3 april 2019 uppgav CC bl.a. att han och BB inte tänkte medverka till mer umgänge och att de inte visste om de skulle orka ha kvar uppdraget som familjehem för AA under rådande premisser. Gruppchefen EE frågade familjehemmet vad de ställde för krav gällande umgänget för att vara kvar som familjehem. I ett mejl den 7 april 2019 redovisade familjehemmet sin syn på hur umgänget skulle utformas och uppgav bl.a. att de inte ville att AA skulle ha regelbundna övernattningar hos DD.

Vid ett nätverksmöte den 9 april 2019 med bl.a. DD anförde förvaltningen att en omplacering till familjehem/jourhem kunde komma att bli aktuell för AA utifrån rådande situation. Vid ett telefonsamtal med DD den 15 april 2019 tog förvaltningen upp att den kunde stå inför en uppsägning av familjehemmet.

I utredningen som färdigställdes den 16 april 2019 föreslog förvaltningen att vården av AA med stöd av LVU skulle upphöra och att han skulle beviljas bistånd enligt SoL i form av en placering i samma familjehem som tidigare.

Av en journalanteckning den 23 april 2019 framgår att familjehemmet hade berättat för AA att han kanske måste flytta. En anställd vid samtalsmottagningen Eleonoragruppen talade med AA samma dag och informerade därefter förvaltningen om att han hade varit tydlig med att han inte ville flytta från familjehemmet. Den 24 april 2019 talade handläggaren med AA och uppgav bl.a. att förvaltningen skulle lösa situationen och att han skulle få veta mer när hon hade något att berätta för honom.

Den 29 april 2019 informerade förvaltningen DD om att den bedömt att AA inte kunde bo kvar i familjehemmet och att det fanns ett förslag på ett akuthem till honom. Nästa dag besökte handläggaren och DD akuthemmet. Efter besöket uppgav DD att hon ville att AA skulle flytta dit. Den 2 maj 2019 gjorde förvaltningen upp en planering med innebörden att familjehemmet skulle informeras om omplaceringen vid ett möte den 7 maj 2019, att AA skulle få den informationen senare samma dag samt att han och DD skulle besöka akuthemmet den 8 maj 2019.

Ett telefonmöte ägde rum den 7 maj 2019 mellan CC och förvaltningen. Han informerades om att AA skulle omplaceras till ett nytt familjehem nästa dag. Nämnden sade också upp avtalet med familjehemmet. Samma dag hämtade handläggaren AA och DD och de åkte tillsammans till AA:s mormor. Där berättade handläggaren för AA att han skulle flytta från familjehemmet till en annan familj. Det kom då fram att BB redan hade berättat för AA att han skulle flytta. Förvaltningen bestämde att AA skulle stanna kvar hos DD och sin mormor tills han placerades i akuthemmet den 9 maj 2019.

Handläggaren, AA och DD besökte akuthemmet den 8 maj 2019. Samma dag beslutade nämndens utskott i enlighet med förslaget i utredningen daterad den 16 april 2019, dvs. att vården av AA med stöd av LVU skulle upphöra och att han skulle vara placerad hos BB och CC, nu med stöd av SoL.

Den 9 maj 2019 gjorde förvaltningen en framställning till nämndens ordförande om att AA tillfälligt skulle placeras i akuthem. Ordföranden beslutade samma dag att bevilja AA bistånd i form av en tillfällig placering i akuthemmet från dagen för beslutet. AA flyttade till akuthemmet samma dag.

Handläggningen av omplaceringen av AA

Jag kommer först att göra vissa uttalanden angående det underlag som låg till grund för nämndens beslut att omplacera AA. Därefter behandlar jag placeringsbesluten som fattades den 8 och 9 maj 2019. Slutligen berör jag frågan om nämnden hade ett s.k. barnperspektiv vid handläggningen av AA:s ärende.

Vid tidpunkten för omplaceringen var AA 12 år. Han hade bott hos BB och CC i sex år. Att omplacera ett barn som har bott så länge i en och samma familj är en ytterst ingripande åtgärd.

När frågan om att omplacera ett barn aktualiseras ska nämnden som jag nämnt göra en grundlig och omsorgsfull utredning. Vid en omplacering av ett barn ställs samma krav på utredning som vid en förstagångsplacering. Utredningen ska klarlägga de omständigheter som är av betydelse för att nämnden ska kunna ta ställning till frågan om omplacering. Det kan givetvis uppstå situationer under en familjehemspacering som gör att ett barn behöver omplaceras med sådan skyndsamhet att nämnden inte har möjlighet att göra en grundlig utredning i fråga om omplaceringen. Det kan ibland vara fråga om att ett barn behöver flytta från ett familjehem samma dag. Barnet kan i en sådan situation placeras tillfälligt i t.ex. ett s.k. jourhem.

Beslutet att omplacera AA från familjehemmet till ett akuthem fattades av nämndens ordförande den 9 maj 2019. Nämnden har i fråga om hur den utredde omplaceringen av AA uppgett att beslutet byggde på uppgifter från den nyss avslutade utredningsprocessen. För egen del kan jag konstatera att frågan om omplacering över huvudet taget inte berördes i utredningen daterad den 16 april 2019. Det förtjänar också att nämnas att den utredningen ledde fram till bedömningen att AA skulle vara fortsatt placerad hos BB och CC.

Underlaget till beslutet utgjordes av en kortfattad framställning från förvaltningen. Nämnden har i sitt remissvar anförts att omplaceringen av AA behövde ske mycket skyndsamt. Av AA:s journal framgår emellertid att frågan om omplacering aktualiserades redan i början av april 2019. I det skedet borde

nämnden alltså ha inlett en utredning i syfte att klarlägga om han behövde omplaceras. Det har enligt min mening inte kommit fram något i ärendet som talar för att AA:s förhållanden i familjehemmet medförde att det fanns behov av en så skyndsamt omplacering att nämnden kunde nöja sig med ett mer summariskt beslutsunderlag. Underlaget som förvaltningen tog fram var enligt min mening inte tillräckligt. Nämnden borde ha gjort en noggrann utredning av om AA skulle omplaceras. Inom ramen för en sådan utredning skulle nämnden ha låtit AA, DD och familjehemmet komma till tals. Först när nämnden hade ett fullständigt beslutsunderlag skulle den ha tagit ställning till frågan om omplacering. Jag ser med allvar på hanteringen i denna del.

Jag övergår nu till att behandla nämndens handläggning när det gäller besluten som fattades den 8 och 9 maj 2019.

Den 8 maj 2019 beslutade nämndens utskott att vården av AA med stöd av LVU skulle upphöra och att han skulle vara fortsatt placerad hos BB och CC. Av utredningen i ärendet framgår att omplaceringen av AA till akuthemmet i praktiken redan hade påbörjats när nämnden fattade sitt beslut. AA hade lämnat familjehemmet. Nämndens utskott tog alltså ställning till och grundade sitt beslut på ett underlag som inte längre var aktuellt i fråga om AA:s placering.

Nämnden har i sitt remissvar uppgett att förvaltningen inte tänkte på att ”dra tillbaka” förslaget till beslut om fortsatt placering i familjehemmet trots att det vid tidpunkten för prövningen var planerat för en omplacering av AA dagen därpå. Nämndens remissvar klargör inte vilket moment i handläggningen det är som brustit vid förvaltningen eller hur nämnden kunde besluta att AA skulle placeras i familjehemmet när han redan hade flyttats därifrån. Förvaltningen har att säkerställa att det beslutsunderlag som den lämnar till nämnden är korrekt. När fråga uppkom att omplacera AA borde förvaltningen ha reagerat på att den hade lämnat ett förslag till nämnden om fortsatt placering i familjehemmet. Förvaltningen har uppenbarligen förbisett den saken. Nämnden har dock ansvaret för att den fattar ett korrekt beslut i varje enskilt ärende. Det inträffade är anmärkningsvärt och tyder enligt min mening på såväl bristfälliga rutiner hos förvaltningen som bristande samverkan mellan nämnden och förvaltningen.

Dagen efter utskottets beslut gjorde förvaltningen en framställning till nämndens ordförande om att AA skulle placeras i akuthem. Ett beslut om detta fattades sedan samma dag. Nämnden har i sitt remissvar uppgett att utskottet borde ha beslutat om placering i akuthemmet. Att så inte skedde ”tvingade” enligt nämnden fram beslutet den 9 maj 2019 eftersom åtgärderna rörande AA var långt framskridna. Hanteringen ger intryck av att förvaltningen först den dagen insåg att det saknades ett beslut som möjliggjorde den planerade omplaceringen av AA till akuthemmet och att ett underlag då sammanställdes som kunde läggas till grund för beslutet. Det finns anledning att se med stort allvar på det som kommit fram om handläggningen i denna del.

Slutligen vill jag särskilt beröra frågan om nämnden hade ett barnperspektiv vid handläggningen av omplaceringen av AA.

Det kan noteras att vården av AA med stöd av LVU upphörde den 8 maj 2019. Fram till den dagen var bestämmelsen om barnets bästa i 1 § LVU tillämplig vid handläggningen av AA:s ärende. När AA i stället placerades med

stöd av SoL aktualiserades bestämmelsen om barnets bästa i 1 kap. 2 § SoL. Oaktat om ett beslut om omplacering fattas med stöd av LVU eller SoL är barnets bästa avgörande. På samma sätt innehåller båda regelverken bestämmelser om barnets rätt till information och om rätten att få komma till tals samt få sina åsikter beaktade.

När fråga om att omplacera ett barn uppkommer ska nämnden utreda frågan om omplacering. Inom ramen för utredningen ska nämnden ta ställning till om en omplacering är bäst för barnet. Vid prövningen av barnets bästa ska nämnden beakta omständigheterna i det enskilda fallet och väga faktorer som talar för respektive mot en omplacering mot varandra. Det ska av dokumentationen framgå vilka faktorer nämnden har beaktat vid sitt ställningstagande och hur dessa viktats mot varandra. Det ska vidare framgå hur nämnden kommit fram till vad som är bäst för barnet i ett visst fall.

Förvaltningen angav i framställningen den 9 maj 2019 bl.a. att det var svårt att samarbeta med familjehemmet och att hemmet inte medverkade till att umgänge mellan AA och DD ägde rum i en omfattning som bedömdes vara bäst för honom. Under rubriken bedömning angavs bl.a. att en placering i akuthem var nödvändig för att tillgodose AA:s grundläggande och särskilda omsorgsbehov och att det bästa för honom var att placeras i akuthemmet. Det angavs vidare att hans livssituation skulle vara densamma efter placeringen, dvs. att han kunde gå kvar i samma skola och att hans umgänge med DD kunde fortsätta oförändrat. I den senare remissen bad jag nämnden att svara på vilka bedömningar den gjorde när det gäller frågan om huruvida omplaceringen stod i överensstämmelse med AA:s bästa. Nämndens remissvar innehåller inte något klargörande i den delen.

Jag kan konstatera att förvaltningen i sin framställning tog upp vissa faktorer av betydelse för bedömningen av vad som var bäst för AA. Dessa faktorer talar för att en omplacering var förenlig med AA:s bästa. Förvaltningen tycks emellertid inte ha beaktat några ytterligare faktorer. AA hade varit placerad i familjehem hos BB och CC i sex år. Att flytta ett barn efter så lång tid är en ytterst ingripande åtgärd. Den saken berörs över huvud taget inte i framställningen. Framställningen innehåller inte heller någon närmare analys av faktorerna i AA:s ärende eller hur de förhåller sig till varandra. Det klargörs inte heller hur förvaltningen kom fram till att en omplacering var bäst för honom, dvs. vilka överväganden som gjordes.

Barnets rätt att föra fram sina åsikter och få dem beaktade utgör en viktig del vid bedömningen av vad som är bäst för barnet. AA fick inte komma till tals i fråga om omplaceringen. Han var vid tillfället 12 år och hade således uppnått en sådan ålder att han kunde förmedla sin vilja. Det är givetvis inte godtagbart att AA inte gavs en reell möjlighet att föra fram sina synpunkter.

Sammantaget kan jag konstatera att nämnden inte gjorde en fullständig prövning av vad som var bäst för AA i ärendet om omplacering.

Ett barn har också rätt till relevant information. Rätten till information är en viktig förutsättning för att ge barnet en möjlighet att komma till tals och bli delaktig i en fråga som rör barnet (prop. 2012/13:10 s. 39). Utgångspunkten är att nämnden kontinuerligt ska informera barnet om vad som händer i hans eller hennes ärende och om den planering som finns.

Som jag redan nämnt pratade handläggaren med AA den 24 april 2019 och lovade att han skulle få veta mer när hon hade något att berätta för honom. Den 7 maj 2019 hämtade handläggaren AA och DD för att de skulle göra en utflykt till hans mormor. Först i det läget informerade handläggaren AA om att han skulle flytta från familjehemmet.

Nämnden informerade således AA om flytten först efter att han hade lämnat familjehemmet. AA borde enligt min mening ha fått kontinuerlig information från handläggaren om vad som hände i ärendet och hur det kunde komma att påverka hans situation. Hanteringen har brustit genom att AA inte fick information i den omfattning och på det sätt som hade varit möjligt.

Jag vill också hänvisa till JO:s tidigare uttalanden om att nämnden vid en omplacering behöver förbereda överflyttningen av barnet till ett nytt familjehem på ett aktivt och insiktsfullt sätt (JO 2005/06 s. 242). Så har inte skett i AA:s fall.

Sammanfattande synpunkter

Jag kan alltså konstatera att nämndens handläggning av omplaceringen av AA har brustit i flera avseenden. Det verkar röra sig om såväl strukturella brister i förhållandet mellan förvaltningen och nämnden som bristande kunskaper hos förvaltningens personal om hur ett ärende som det aktuella ska handläggas. Sammantagna är bristerna i handläggningen av omplaceringen sådana att nämnden förtjänar allvarlig kritik.

Ett beslut om att omplacera ett barn – särskilt i ett fall som detta när barnet bott länge i ett och samma familjehem – är en mycket ingripande åtgärd för barnet. Jag vill därför inskräpa vikten av att nämnden iakttar stor noggrannhet när den handlägger ärenden om omplacering av barn.

Jag utgår från att nämnden, om den inte redan har gjort det, vidtar nödvändiga åtgärder för att säkerställa att något liknande inte inträffar igen. Utifrån det som kommit fram om handläggningen är det också min uppfattning att nämnden bör se över om det finns behov av utbildningsinsatser för anställda vid förvaltningen.

Övrigt

Det som BB i övrigt har anfört föranleder inte något uttalande från min sida.

Ärendet avslutas.

En socialnämnd och ett ungdomshem har inte korrekt hanterat en situation när en flicka skulle placeras vid hemmet

(Dnr 138-2020, 3621-2020)

Beslutet i korthet: En flicka vårdades sedan november 2018 med stöd av 3 § LVU och var under vårdtiden bl.a. placerad vid Statens institutionsstyrelsens (SiS) särskilda ungdomshem. Hon placerades i december 2019 vid ett kommunalt ungdomsboende. I januari 2020 beslutade nämnden att flickan åter skulle placeras inom SiS, vid ungdomshemmet Rebecka. Hemmet skrev

in flickan, men begärde inför intagningen att nämnden skulle lämna in sitt senaste beslut enligt 13 § andra stycket LVU gällande flickan för att kunna kontrollera att beslutet om vård fortfarande var verkställbart. Nämnden och hemmet har till JO redovisat olika uppfattningar om när hemmet fick del av beslutet. När polisen skulle transportera flickan till Rebecka meddelade hemmet att det inte kunde ta emot henne eftersom beslutet inte hade kommit myndigheten till del. Följden blev att nämnden återtog begäran om handräckning och att flickan släpptes av Polismyndigheten.

I beslutet behandlar JO frågan om vad som krävs av respektive myndighet vid kontrollen av om en ungdom kan tas in vid ett SiS-ungdomshem när det har förflutit en längre tid sedan beslutet om vård fattades. JO har inte något att invända mot att hemmet i detta fall ville ha ytterligare information från nämnden, men konstaterar att det i allt väsentligt saknades skäl att begära in det senaste beslutet enligt 13 § andra stycket LVU, bl.a. eftersom vården enligt LVU kunde ha upphört efter det att beslutet fattades. Den fråga som hemmet behöver få svar på i ett fall som det aktuella är om den unge fortfarande vårdas med stöd av LVU. Hemmet borde därför ha kontrollerat med nämnden att vården av flickan bestod, dvs. att det inte hade fattats något beslut om att vården av henne hade upphört. Nämndens besked om den saken ska noga dokumenteras både av hemmet och av nämnden. JO konstaterar att hemmet i detta fall inte vidtog de åtgärder som behövdes för att klarlägga om flickan fortfarande vårdades med stöd av LVU. JO konstaterar vidare att nämnden inte hjälpte hemmet att reda ut eventuella oklarheter om det underlag som nämnden lämnat till hemmet, utan hänvisade hemmet att kontakta en handläggare vid förvaltningen. I beslutet framhåller JO att nämnden måste organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att frågor från SiS kan besvaras utan dröjsmål även utanför kontorstid.

JO konstaterar att myndigheternas hantering fick till följd att flickan inte fick den vård som hon behövde. JO kritiserar därför båda myndigheterna. De kritiseras även för bristfällig dokumentation.

Anmälan

I en anmälan som kom in till JO den 7 januari 2020 klagade AA på Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen i Sundsvalls kommun (JO:s ärende med dnr 138-2020). AA uppgav bl.a. följande: Hon vårdas sedan en tid tillbaka med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Hon har tidigare varit placerad vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. När hon nu återigen skulle placeras vid ett sådant hem, hämtade polisen henne. När hon hade suttit hos polisen ett tag ringde socialjouren till henne och berättade att SiS särskilda ungdomshem Rebecka (nedan endast Rebecka) inte kunde ta emot henne eftersom socialtjänsten hade skickat inaktuella handlingar till hemmet.

Utredning och initiativ

JO begärde den 8 januari 2020 att få ta del av vissa handlingar från SiS. Med anledning av begäran kontaktade vikarierande registratören BB vid SiS den 9 januari 2020 en tjänsteman vid JO och meddelade bl.a. att AA den 3 januari 2020 hade beviljats en plats vid Rebecka, men inte inställt sig vid hemmet.

JO tog del av socialtjänstens journalanteckningar i AA:s ärende för perioden den 1 december 2019–10 januari 2020. Vidare hämtade JO in Kammarrätten i Sundsvalls dom den 12 mars 2019 i mål nr 2736-18. JO tog sedan del av vissa ytterligare handlingar från socialtjänsten.

Därefter begärde JO att Individ- och arbetsmarknadsförvaltningen i Sundsvalls kommun skulle lämna skriftliga upplysningar över AA:s anmälan. Av upplysningarna skulle det bl.a. framgå vilka handlingar förvaltningen hade skickat till SiS den 3 januari 2020.

Förvaltningen kom in med ett yttrande och av det framgår bl.a. följande:

Placeringen i stödboendet

I december -19 fick AA plats i kommunens ungdomsboende i Sundsvall. Ett tydligt avtal gjordes med AA som då var placerad på SiS Råby i Lund.

Konstaterades att AA inte klarade att bo i ungdomsboendet och insatsen avslutades.

Omständigheterna kring placeringen på SiS Rebecka

Då ungdomsboendet inte fungerade och då AA:s destruktiva förhållanden inte förändrades, placerades hon åter inom SiS. Handläggare erbjöd sig att skjutsa AA till ungdomshemmet Rebecka men AA valde att hålla sig undan. AA efterlystes.

Handlingar som efterfrågades från SiS var nämndens placeringsbeslut samt senaste beslut om LVU från förvaltningsrätten. Detta skickades till SiS Rebecka. När polisen fick tag på AA kontaktade de SiS Rebecka. Då förvaltningsrättens beslut tagits ca ett år tidigare, ansåg SiS Rebeckas personal att det inte var giltigt. Enligt vad som senare framkommit var detta en felbedömning av personalen på SiS Rebecka, det dokument som skickats var giltig dom från förvaltningsrätten. Socialjouren kontaktades och kompletterade med den senaste omprövningen där LVU-beslutet fastlagts och SiS Rebecka accepterade placeringen. Dessvärre hade polisen redan släppt AA som åter var efterlyst.

Den 8 maj 2020 beslutade jag utifrån det som kommit fram i ärendet med dnr 138-2020 att inom ramen för ett särskilt ärende granska hur SiS hade handlagt frågan om inskrivningen av AA vid Rebecka (JO:s ärende med dnr 3621-2020). JO begärde att SiS skulle yttra sig över hanteringen av AA:s ärende efter det att hon hade anvisats en plats på Rebecka.

SiS framförde i ett remissvar bl.a. följande (bilagorna är här utelämnade):

Yttrande

Institutionschefen vid Rebecka har bl.a. anfört följande.

Ungdomen AA anvisades plats på en avdelning vid Rebecka den 3 januari 2020. Socialtjänsten faxade samma dag omplaceringsbeslut enligt 11 § LVU samt dom om beredande av vård med stöd av 1 § andra stycket, 2 och 3 §§ LVU. Domen är daterad 2018-11-13. Med stöd i dessa handlingar

skrev tjänstgörande beredskap CC in AA vid Rebecka. Dock gjordes bedömningen att ett intag av ungdomen, själva frihetsberövandet, även krävde en kontroll av att domen fortsatt var gällande. Därför begärde man via institutionens tillsynsjour, arbetsledning på plats utanför kontorstid, in omprövningen av LVU-vården från socialtjänsten den 3 januari. Enligt anteckningar i samtliga tre beredskapsrapporter från den 3 januari till den 6 januari framgår det att tillsynsjouren haft kontakt med nämnden gällande omprövningen. Det framgår vidare vid samtal med DD samt EE som tjänstgjort som tillsynsjour under dessa dagar, att kontakten först sent på kvällen den 6 januari resulterade i att socialtjänsten på morgonen den 7 januari faxade omprövningen.

Det framgår inte av SiS riktlinjer gällande intagning av ungdom att den senaste omprövningen av LVU ska ha inkommit till institutionen. Däremot framgår det att institutionschef eller beredskap ska säkerställa att det finns en gällande dom eller giltigt beslut om omedelbart omhändertagande. Det enda sättet för institutionen att säkerställa att en gammal dom fortsatt är gällande, är att begära in socialtjänstens omprövningar. Det vilar ett tungt ansvar på institutionen som verkställer frihetsberövandet och ett olaga frihetsberövande kan få långtgående konsekvenser både för beslutsfattare och ungdom.

Det ställs inte något krav på att en dom ska vara underskriven, däremot saknas ofta underskrifter på omplaceringsbeslut, vilket det utifrån samtal med inblandade i denna händelse, verkar röra sig om även i detta ärende.

Verksamhetsdirektören vid verksamhetskontoret har anfört bl.a. följande.

Verksamhetskontoret har inget att tillägga utöver det som Rebecka redan har anfört vad gäller själva hanteringen av ärendet på institutionen. Verksamhetskontoret har inte tidigare kontaktats eller varit involverat i ärendet. I övrigt vill verksamhetskontoret framhålla följande.

Socialnämnden är enligt förordning skyldig att ge in underlag till SiS inför en ungdoms placering. Enligt SiS Riktlinjer/Juridik LVU och Riktlinjer/Juridik kontroller vid frihetsberövande (LVU) ska samma kontroller göras vid både inskrivning och intagning. Vidare bör dokumentationen vara inlagd i SiS klientadministrativa system innan beslut om inskrivning respektive intagning fattas, så att det syns vilket underlag som beslutsfattaren haft tillgång till. I aktuella riktlinjer anges inte att socialnämndens senaste omprövning av LVU-vården ska ha inkommit till institutionen innan beslut om inskrivning respektive intagning kan fattas. Däremot anges att det ska finnas ett giltigt beslut om omhändertagande alternativt giltig dom om vård.

Om en ungdoms rörelsefrihet begränsas utan lagstöd får detta konsekvenser både för beslutsfattaren och för ungdomen. Utifrån en rättssäkerhetsaspekt är det därför förståeligt att Rebecka vill ha ett så komplett material som möjligt, särskilt när ungdomens dom om LVU-vård var över sex månader gammal. Samtidigt borde en utebliven omprövning enligt 13 § LVU inte i sig innebära att LVU-vården upphör (jfr JO 2012/13 s. 303).

Rättslig reglering m.m.

Av 5 § LVU framgår att rättsens beslut om vård upphör att gälla, om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

Av 11 § LVU framgår bl.a. att socialnämnden bestämmer hur vården av den unge ska ordnas och var han eller hon ska vistas under vårdtiden.

Av 12 § LVU framgår bl.a. att om socialnämnden har beslutat att den unge ska vistas i ett särskilt ungdomshem ska Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem. I akuta situationer ska Statens institutionsstyrelse omedelbart anvisa en sådan plats.

Av 13 § andra stycket LVU framgår att om den unge har beretts vård med stöd av 3 §, ska socialnämnden inom sex månader från dagen för verkställighet av vårdbeslutet pröva om vård med stöd av lagen ska upphöra.

Denna fråga ska därefter prövas fortlöpande inom sex månader från senaste prövning.

Av 3 kap. 12 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, framgår bl.a. att om socialnämnden ansöker om inskrivning vid ett särskilt ungdomshem ska nämnden foga sin utredning i ärendet till ansökan.

Av 3 kap. 13 § SoF framgår bl.a. att om det för den som ansökan avser finns ett beslut om vård enligt LVU ska en kopia av eller annan underrättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan.

Av SiS Riktlinjer/Juridik Kontroller vid frihetsberövande (LVU), framgår bl.a. följande. Innan beslut om inskrivning fattas kontrolleras att det finns en platsanvisning, ett placeringsbeslut enligt 11 § LVU och ett giltigt beslut om omedelbart omhändertagande eller dom om vård. Motsvarande kontroll sker i samband med beslut om intagning, alltså när den unge fysiskt tas in på institutionen. Kontrollen av placeringsbeslutet innefattar bl.a. att beslutet är underskrivet. Kontrollen av domen innefattar sammanfattningsvis att domen är verkställbar och på vilken grund ansökningen om vård har bifallits.

Som bilaga till riktlinjerna finns en checklista för kontroller före beslut om inskrivning och beslut om intagning på låsbar avdelning.

Bedömning

Allmänt

Efter att en ungdom anvisats en plats på SiS ungdomshem ska institutionschefen vid berörd institution fatta ett beslut om inskrivning. När ungdomen fysiskt är på plats fattar institutionschefen ett intagningsbeslut.

Den som vårdas med stöd av 3 § LVU vid ett särskilt ungdomshem kan ges vård på låsbar enhet. En sådan placering utgör ett frihetsberövande. För att kunna genomföra vården eller upprätthålla ordningen vid de särskilda ungdomshemmen har SiS även andra särskilda befogenheter som innebär ytterligare inskränkningar i den unges fri- och rättigheter. Det får inte förekomma att en ungdom frihetsberövas utan lagstöd. Av rättssäkerhetsskäl är det därför av yttersta vikt att frågor som rör enskildas frihet handläggs med särskilt stor omsorg och noggrannhet. Det får därför inte finnas någon osäkerhet om att ett beslut om vård är giltigt när ungdomen tas in i hemmet.

Handläggningen i ärendet m.m.

Av de handlingar JO tillhandahållit SiS framkommer att Rebecka har bedömt att underlaget till grund för intagningen varit bristfälligt på två grunder. Domen om beredande av vård enligt LVU har bedömts som gammal och den har saknat underskrift. Av SiS utredning framgår att AA blev inskriven vid Rebecka. Inför intagningen bedömdes att en kontroll krävdes i syfte att kontrollera att domen om beredande av vård fortsatt var verkställbar varför det senaste omprövningsbeslutet begärdes in. Utredningen visar inte att Rebecka i sin handläggning uppställt ett krav på att domen ska ha varit underskriven.

Sedan en dom vunnit laga kraft ska beslutet om vård verkställas inom fyra veckor. I annat fall upphör beslutet om vård. Fortgår vården ska socialnämnden, när en ungdom vårdas enligt 3 § LVU, ompröva frågan om vård var sjätte månad. Eftersom dessa beslut är överklagbara kan frågan om upphörande av vård även prövas av domstol.

Normalt sett kan hemmet vid inskrivning och intagning förlita sig på att en dom som socialnämnden ger in i samband med sin ansökan om plats vid ett särskilt ungdomshem är giltig, om inte omständigheterna ger anledning till annat. I dessa fall kontrolleras grunden för beslutet om vård och om domen får verkställas omedelbart eller om den har vunnit laga kraft och därför är verkställbar.

Av institutionschefens yttrande framgår att ett omprövningsbeslut enligt LVU begärdes in efter inskrivningen av AA. Något krav på att omprövningsbeslutet ska inhämtas innan inskrivning eller intagning beslutas föreskrivs inte i SiS riktlinjer. Det framgår varken av lag eller förarbeten vad en socialnämnds underlåtenhet att ompröva frågan om vård får till följd. Vad gäller omprövningsbeslutets betydelse måste rättsläget uppfattas så att frånvaron av ett föreskrivet sådant beslut inte innebär att vården enligt LVU upphör (jfr bl.a. JO 2012/13 s. 303 och Socialstyrelsen LVU-handbok för socialtjänsten s. 215).

Om det alltså föreligger omständigheter som ger anledning till särskild kontroll av om en dom är giltig eller inte, t.ex. om det är fråga om en äldre dom, utgör åtgärden att inhämta socialnämndens senaste omprövningsbeslut ett rättssäkert och enkelt sätt för SiS att kontrollera att den äldre domen fortsatt är verkställbar.

Som underlag för placeringsansökan har nämnden i detta fall hänvisat till en dom som vid tillfället var över ett år gammal. Med hänsyn till den tid som passerat sedan domstolens beslut om vård och de höga krav som måste ställas vid kontroller innan frihetsberövanden, måste Rebecka anses ha haft fog för att vidta ytterligare åtgärder för att kontrollera att domen var verkställbar.

I syfte att kontrollera att domen var verkställbar har Rebecka inför intagningen av AA begärt in nämndens omprövningsbeslut. När placeringen skulle verkställas med hjälp av Polismyndigheten hade det begärda beslutet eller någon annan likvärdig handling inte kommit Rebecka tillhanda. SiS ser visserligen inte ett hinder att i vissa fall, exempelvis när ungdomen har ett akut vårdbehov och verkställighet är omedelbart förestående, godta muntligt besked om att beslutet om LVU fortsatt är verkställbart under förutsättning att detta noggrant dokumenteras.

I det aktuella ärendet förelåg dock inte någon sådan situation. Det bör vidare beaktas att flera dagar passerat mellan att nämnden erbjudit sig att inkomma med det senaste omprövningsbeslutet om vård och tidpunkten för när placeringen skulle verkställas. Under dessa dagar har Rebecka haft kontakt med socialtjänsten angående omprövningsbeslutet och har därmed inte förhållit sig passiv. Mot bakgrund av de noggranna kontroller SiS behöver göra vid inskrivning och intagning framstår en muntlig uppgift om det efterfrågade omprövningsbeslutet som osäker eftersom det hade föregåtts av nämndens underlåtenhet att tillställa SiS det begärda underlaget. I ärendet tillställde nämnden Rebecka det begärda underlaget dagen efter verkställighetsförsöket efter ytterligare påminnelse från Rebecka. Av nämndens omprövningsbeslut framgår att vården enligt 2 § LVU upphör och att vården enligt 3 § LVU fortgår. Utifrån omständigheterna i ärendet bedömer SiS att Rebeckas handläggning i denna del varit korrekt.

Det ställs inte något krav på att ett avgörande från domstol ska vara underskrivet för att godtas som grund för intagning eller inskrivning vid SiS. Däremot kontrollerar SiS om ett placeringsbeslut enligt 11 § LVU är underskrivet. Av nämndens omplaceringsbeslut framgår att ordföranden skrivit under beslutet men inte på den plats som är avsedd för beslutförfattarens underskrift. I stället framgår underskriften av den del av beslutet som troligtvis är avsedd för den enskildes delgivning. Den utredning SiS inhämtat ger inte stöd för ett antagande av att det generellt eller i detta ärende har uppställts ett krav på att domstolens avgörande ska vara underskrivet av rättsens ordförande för att kunna verkställas.

Sammanfattning

SiS bedömer att omständigheterna i ärendet är sådana att Rebecka haft fog för den kontroll av verkställbarheten som gjorts och att det inte framkommit att det varit fråga om en sådan akut situation att beslut om intagning borde ha fattats i avvaktan på kontrollens resultat.

Tillsammans med remissvaret lämnade SiS in myndighetens riktlinjer Kontroller vid frihetsberövande (LVU).

JO tog del av Rebeckas dokumentation om AA för perioden den 3 januari–6 februari 2020 samt hemmets beredskapsrapporter för den 3–6 januari 2020.

Därefter begärde JO att Individ- och arbetsmarknadsnämnden i Sundsvalls kommun skulle yttra sig över AA:s anmälan i den del den gällde handläggningen när hon placerades vid hemmet. Nämnden skulle i sitt remissvar även redogöra för vilka kontakter som hade ägt rum mellan nämnden och hemmet under perioden den 3–7 januari 2020 samt ange vilka handlingar som hade skickats till hemmet under den perioden och när de hade skickats.

Nämnden lämnade in ett remissvar som var upprättat av förvaltningen. Av remissvaret framgår bl.a. följande:

Enligt journalanteckningar och socialjourens logg framgår följande:

200103 ansöker nämnden om plats på Rebecka. Förvaltningsrättens dom om LVU samt undertecknat placeringsbeslut faxas till Rebecka. Polis-handräckning begärs.

200103 kl 22.50 En personal, EE, ringer från Rebecka och säger att den dom de fått är från 2018 och de önskar få en nyare dom. Socialjouren säger att det man hittar är det senaste beslutet om fortsatt vård enl LVU, i kommunens datasystem Procapita. Man erbjuder sig att dra ut en kopia ur Procapita och faxa den. EE säger att det godkänns. Man faxar detta till Rebecka (ej undertecknat då det är ett utdrag ur Procapita).

200104 kl 15.35 Personal från Rebecka ringer och säger att man inte tycker att det beslut som faxades är tillräckligt då det saknar underskrift. Socialjouren säger att man inte kan ordna det genom socialjouren, ber att de kontaktar handläggare.

200105 Inga samtal från Rebecka

200106 Inga samtal från Rebecka

200107 [*borde rätteligen vara 200106, JO:s anm.*] kl 17.45 Personal från Rebecka ringer och efterfrågar beslutsfattare för omprövningen som de fått. Socialjouren kan inte svara på frågan och hänvisar till handläggare följande dag.

200107 [*borde rätteligen vara 200106, JO:s anm.*] 22.25 kontaktas socialjouren av inre stationsbefäl FF, Sundsvallspolisen. FF uppger att de har AA i förvar utifrån handräckningsbegäran. FF säger att de har varit i kontakt med Rebeckahemmet, avdelning Freja, och att personalen där upplyser dem att de ej kan ta emot AA då de har fått en gammal dom från 2018 som dessutom saknar ordförandeunderskrift från nämnden. FF säger att hon ej vet hur hon ska jobba fortsättningsvis i ärendet då de kvarhåller AA på olagliga grunder. Socialjouren behöver mer klarhet i detta och kommer överens att kontakt kommer att tas med FF efter samtal med personal vid Freja.

200107 [*borde rätteligen vara 200106, JO:s anm.*] Socialjouren ringer till Rebecka och pratar med DD, nattpersonal vid avdelning Freja. DD säger att de har fått en gammal dom från 2018 och att den ej är giltig både utifrån ålder men att den också saknar underskrift från nämndens ordförande. Uppger att de har påtalat detta för någon vid avdelningen för placerade ungdomar i fredags (200103) samt att detta skulle åtgärdas men detta har ej skett och då är placeringen ogiltig. DD säger också att han pratade med socialjouren i lördags (200104) men att de endast kunde skicka en kopia av den gamla domen/beslutet.

200107 Socialjouren ringer till FF och säger att de behöver släppa AA. FF kräver då att socialjouren ska avlysa AA då de har haft henne i ”förvar” på ogiltiga grunder. Socialjouren avlyser AA muntligt samt uppger namnet

på närmsta chef. Säger att ordinarie handläggare avlyser AA formellt dagen därpå.

200108 Ny handräkningsbegäran och personefterlysning skickas till polisen då AA ej hållit överenskommelse om att åka med handläggare till Rebecka samma dag.

200121 AA påträffas av polisen. Handläggare kontaktar Rebecka och meddelar att AA kommer dit under kvällen.

Av ovanstående framgår att senaste beslutet om fortsatt vård var Rebecka tillhanda 200103. Ska noteras att den senaste dom som finns är den från 2018. Därefter har beslut om fortsatt vård fattats av nämnden. Alltså det beslut som faxades till Rebecka 200103.

Inga nya dokument har skickats till Rebecka senare. När AA placerades 200121, bedömdes de dokument som inskickats vara tillräckliga.

Av dokumentationen framgår att flera olika personal på Rebecka haft kontakt med socialjournen och att de kommit med motstridiga uppgifter. När socialjournen kontaktar Rebecka 200107 säger nattpersonal DD att man fått en gammal dom trots att man redan 200103 fick ett beslut om fortsatt vård som personal EE ansåg tillfyllest. Man har endast kontaktat socialjournen trots uppmaningar om att kontakta handläggare. 200105 och 200106 har inga kontakter tagits. Nämndens uppfattning har alltså varit att tillräckliga dokument har tillsänts Rebecka, vilket också visade sig korrekt.

AA fick möjlighet att kommentera förvaltningens yttrande och nämndens remissvar.

I ett beslut den 24 november 2021 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Bedömning

JO:s granskning

AA har klagat på nämndens handläggning utifrån flera aspekter. I detta beslut begränsar jag emellertid mina uttalanden till nämndens och Rebeckas handläggning när hon skulle placeras vid hemmet.

Rättsliga utgångspunkter

Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdomar ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Barn och ungdomar kan dock under vissa förutsättningar ges vård utan samtycke med stöd av LVU. Sådan vård kan beslutas på grund av brister i barnets hemmiljö (2 § LVU) eller den unges eget beteende (3 § LVU).

Beslut om vård med stöd av LVU meddelas av förvaltningsrätten efter en ansökan av socialnämnden (4 § LVU). Socialnämnden bestämmer hur vården av den unge ska ordnas och var han eller hon ska vistas under vårdtiden (11 § LVU).

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under särskilt noggrann tillsyn ska det finnas särskilda ungdomshem (12 § LVU). Om socialnämnden har beslutat att den unge ska vistas i ett sådant hem ska SiS anvisa plats i ett sådant hem.

När en ungdom ska placeras vid något av SiS särskilda ungdomshem fattar hemmet först ett beslut om inskrivning vid hemmet och därefter ett beslut om intagning. Förenklat uttryckt innebär ett beslut om inskrivning att ungdomen

får en plats vid ett visst ungdomshem. Ett beslut om intagning fattas sedan när den unge faktiskt tas in vid hemmet.

När en socialnämnd ansöker om inskrivning vid ett särskilt ungdomshem enligt 3 kap. 10 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, ska nämnden foga sin utredning i ärendet till ansökan. Om det finns ett beslut om omhändertagande eller om vård enligt LVU, ska en kopia av eller annan underrättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan (3 kap. 12 och 13 §§ SoF).

När SiS efter kontakt med den beslutande nämnden har åtagit sig att genomföra en insats som avser den enskilde, ska detta dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå när den skriftliga ansökan om inskrivning, nämndens utredning i ärendet enligt 3 kap. 12 § SoF och en kopia av det verkställbara beslutet eller någon annan underrättelse om detsamma enligt 3 kap. 13 § SoF kom SiS till handa. Av dokumentationen ska det också framgå vilken nämnd som har gjort ansökan, vilken insats som uppdraget gäller, när och på vilket sätt SiS lämnat en platsanvisning, när och på vilket sätt SiS har kontrollerat att nämnden har fattat beslut om placering enligt 11 § LVU, när och på vilket sätt SiS har kontrollerat om det finns ett giltigt beslut om omedelbart omhändertagande eller vård, samt namn och kontaktuppgifter till ansvarig handläggare hos nämnden (7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2014:5] om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS). Av journalen ska det framgå när SiS har fattat beslut om inskrivning enligt 3 kap. 10 § SoF (7 kap. 2 §).

Av SiS riktlinjer Kontroller vid frihetsberövande (LVU) framgår att samma kontroll av underlaget från nämnden ska göras såväl inför beslutet om inskrivning som inför beslutet om intagning. Av riktlinjerna följer att kontrollen ska göras vid två tillfällen eftersom ett beslut som var giltigt vid inskrivningen inte behöver vara det vid intagningen, t.ex. kan ett beslut om omedelbart omhändertagande ha upphört.

Har den unge beretts vård med stöd av 2 § LVU, ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad *överväga* om vård enligt lagen fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas (13 § första stycket LVU). Har den unge däremot beretts vård med stöd av 3 § LVU, ska socialnämnden inom sex månader från dagen för verkställighet av vårdbeslutet *pröva* om vård med stöd av lagen ska upphöra. Den frågan ska därefter prövas fortlöpande inom sex månader från senaste prövningen (13 § andra stycket LVU). Ett övervägande av vård enligt 2 § LVU innebär att förvaltningen lämnar information om vården till nämnden. Om informationen inte föranleder någon åtgärd från nämndens sida dokumenteras endast att ett övervägande gjorts. Om nämnden däremot anser att det finns skäl för det, genomför den en utredning och fattar därefter ett formellt överklagbart beslut. När nämnden prövar om vård med stöd av 3 § LVU ska upphöra fattar den ett formellt beslut som får överklagas (41 § LVU).

Vård med stöd av LVU kan upphöra av olika skäl. När vården inte längre behövs, ska socialnämnden besluta att den ska upphöra (21 § första stycket LVU). Vidare gäller att vård som har beslutats med stöd av 2 § LVU ska upphöra senast när den unge fyller 18 år medan vård som har beslutats med stöd av 3 § ska upphöra senast när den unge fyller 21 år (21 § andra och tredje styckena LVU). I det följande återkommer jag till frågan vad det kan få för

betydelse för vården att nämnden underlåter att enligt 13 § andra stycket LVU pröva om vården ska upphöra.

Handläggningen av AA:s ärende

Bakgrund och händelseförlopp

Av handlingarna framgår att Förvaltningsrätten i Härnösand den 13 november 2018 beslutade att AA skulle beredas vård med stöd av 2 och 3 §§ LVU. Den 12 mars 2019 avslag Kammarrätten i Sundsvall bl.a. AA:s överklagande av förvaltningsrättens dom. AA vårdades därefter vid olika hem, bl.a. SiS särskilda ungdomshem Råby. I december 2019 placerade nämnden AA vid ett kommunalt ungdomsboende.

Den 3 januari 2020 bedömde nämnden att AA återigen var i behov av sådan vård som ges vid SiS särskilda ungdomshem. Nämnden ansökte därför om plats vid ett sådant hem och SiS anvisade AA till Rebecka. Nämnden fattade ett beslut om att AA skulle placeras vid Rebecka med stöd av 11 § LVU och beslutade också om handräckning av henne för att genomföra beslutet. Till sin ansökan om inskrivning vid Rebecka fogade nämnden förvaltningsrättens dom om vård enligt LVU och beslutet om placering vid hemmet. Med stöd av dessa handlingar beslutade Rebecka om inskrivning av AA vid hemmet.

Inför intagningen av AA bedömde dock Rebecka att ytterligare kontroller behövde göras bl.a. i fråga om huruvida den aktuella domen fortfarande var verkställbar. Därför begärde hemmet på kvällen den 3 januari 2020 att nämnden skulle lämna in sitt senaste beslut enligt 13 § andra stycket LVU. Därefter råder det delade meningar mellan nämnden och hemmet om vad som hände, bl.a. i fråga om vilka kontakter som togs mellan myndigheterna men även när nämnden skickade det ifrågavarande beslutet till hemmet. Den 6 januari 2020 omhändertogs AA av polis. När polisen kontaktade Rebecka meddelade hemmet att det inte kunde ta emot AA på det underlag som nämnden lämnat till SiS. Nämnden återtog därefter sin handräckningsbegäran och AA släpptes av polisen. Den 8 januari 2020 skickade nämnden en ny handräckningsbegäran till polisen utifrån att AA inte höll en överenskommelse med sin handläggare om att åka tillsammans med denne till Rebecka. AA påträffades av polis den 21 januari 2020 och fördes därefter till Rebecka.

Nämndens och hemmets ansvar i den aktuella situationen

När AA återigen skulle ges vård vid SiS särskilda ungdomshem i januari 2020, hade det förflutit över ett år sedan beslutet om vård meddelades. Av den utredning jag har tillgång till framgår det att Rebecka begärde nämndens senaste beslut enligt 13 § andra stycket LVU i syfte att kontrollera att förvaltningsrättens dom alltså var verkställbar.

Jag har inte något att invända mot att hemmet begärde ytterligare information från nämnden vid intagningen av AA. Eftersom det hade förflutit en relativt lång tid sedan domen som fogades till nämndens ansökan meddelades, ser jag inte att det var fel av hemmet att kontrollera att det fortfarande fanns förutsättningar för tvångsvård av AA. Jag noterar att SiS i sitt remissvar inte har lämnat någon redogörelse för varför denna kontroll inte gjordes av hemmet

redan vid den första prövningen, dvs. när Rebecka den 3 januari 2020 beslutade om inskrivning av AA. Jag har svårt att se hur hemmet kunde anse att underlaget var tillräckligt för ett beslut om inskrivning men senare samma dag anse det otillräckligt inför en intagning av AA. Med detta sagt, finner jag inte anledning att uppehålla mig ytterligare vid den saken.

Som jag ser det är de avgörande frågorna här vilken information som Rebecka behövde för att kunna besluta om intagning av AA och vilket underlag som kunde ge den informationen.

Vad gäller den första frågan, dvs. vilken information som hemmet behövde, kan jag konstatera att hemmet ansåg sig behöva få besked om domen fortfarande var verkställbar. Av den till ansökan om inskrivning fogade domen framgår att beslutet om vård gällde omedelbart. AA hade även vårdats vid SiS särskilda ungdomshem tidigare under den aktuella vårdperioden. I frånvaro av beslut om att vården av AA upphört var domen i formell mening verkställbar. Den fråga som Rebecka behövde få ett svar på från nämnden var om vården av AA fortfarande var pågående, dvs. om nämnden eller domstol hade fattat ett beslut om vårdens upphörande eller inte. Det är endast svaret på den frågan som i det här fallet ger ett klart besked om vården fortfarande var pågående och därigenom om det fortfarande fanns rättslig grund för att ta in AA vid Rebecka.

När det gäller frågan om vilket underlag som Rebecka rimligen borde ha begärt från nämnden, och som nämnden borde ha lämnat till hemmet, gör jag följande bedömning.

Som framgått valde Rebecka, i syfte att skaffa ett korrekt underlag för intagningen av AA, att begära in nämndens senaste beslut enligt 13 § andra stycket LVU. Jag ställer mig dock frågande till den åtgärden. Som jag uttalat ovan har jag ingen invändning mot att hemmet agerade när det ansåg att det fanns oklarheter i det aktuella underlaget. Det var bara genom en kontroll av underlaget för intagningen av AA som hemmet kunde avgöra om det fanns rättsliga förutsättningar för åtgärden. Typiskt sett ger ett beslut enligt 13 § andra stycket LVU emellertid inte ett uttömmande svar på frågan om tvångsvården av den unge alltjämt består. Nämnden är förvisso skyldig att inom sex månader från dagen för verkställighet av vårdbeslutet pröva om vården ska upphöra. Därefter ska denna fråga prövas fortlöpande inom sex månader från den senaste prövningen (se 13 § andra stycket LVU). Om en sådan prövning uteblir följer det dock inte av 21 § LVU att vården därigenom ska anses ha upphört. Det framgår inte heller av någon annan bestämmelse som reglerar frågan om vårdens upphörande. Det förhållandet att nämnden av något skäl underlåter att göra denna prövning innebär alltså inte att vården per automatik upphör (se även Socialstyrelsen, LVU – Handbok för socialtjänsten, mars 2020, s. 215). Vården av AA kunde ju dessutom ha upphört efter det att ett beslut enligt 13 § andra stycket LVU hade fattats. Hemmets åtgärd att begära in det senaste beslutet enligt nämnda bestämmelse i den aktuella situationen var därför inte en tillräcklig åtgärd för att klargöra om AA alltjämt var föremål för vård och därför kunde tas in vid hemmet.

Hemmet har inte i en situation som den aktuella någon möjlighet att få information om vård med stöd av LVU fortfarande pågår på annat sätt än genom en kontakt med den placerande nämnden. Frågan om det finns en pågående

vård eller inte måste därför besvaras av nämnden. I detta fall ansåg Rebecka att det fanns tveksamheter i fråga om förutsättningarna att ta emot AA. Det som hemmet borde ha kontrollerat med nämnden var om vården av AA bestod, dvs. att det inte hade fattats något beslut om att vården av henne skulle upphöra. I det sammanhanget är det viktigt att hemmet på ett noggrant sätt dokumenterar det svar som nämnden lämnar. Även nämnden bör i en sådan situation dokumentera i sin journal att den lämnat ett svar till hemmet. Om så inte sker är det svårt att följa handläggningen av ett ärende. Utifrån vad som nu angetts kan jag inte dra någon annan slutsats än att hemmet inte vidtog de åtgärder som behövdes för att klarlägga om AA fortfarande vårdades med stöd av LVU. Det anser jag är en brist i handläggningen.

Nämnden, som ansvarade för vården av AA, hade å sin sida ett långtgående ansvar för att i den aktuella situationen lämna den information som Rebecka behövde för att kunna ta sitt ansvar för att intagningen av AA hade rättsligt stöd. När hemmets personal kontaktade nämnden borde den utan dröjsmål ha hjälpt till att reda ut eventuella oklarheter om det underlag som nämnden lämnat till hemmet. En lämplig åtgärd hade enligt min mening varit att kontrollera om det t.ex. fanns ett beslut om vårdens upphörande eller en pågående process i domstol när det gäller den frågan. Den informationen borde nämnden sedan ha lämnat till hemmet. Enligt min uppfattning fick inte Rebecka den hjälp av nämndens socialjour som hemmet behövde för att klargöra att det rättsliga stödet för att ta emot AA fanns.

Jag vill även beröra det som kommit fram om nämndens kontakter med hemmets personal i detta fall. Av nämndens remissvar framgår att socialjouren vid telefonsamtal med hemmets personal den 4 och 6 januari 2020 hänvisade hemmet att i stället kontakta AA:s ordinarie handläggare. Det förtjänar att nämnas att den 4 januari 2020 var en lördag och att den 5 och 6 januari 2020 var helgdagar. Jag har givetvis förståelse för att socialjouren behöver göra prioriteringar i sin verksamhet, men samtidigt måste det ha stått klart för nämnden att hemmet ansåg att det underlag som nämnden lämnat i fråga om AA inte var tillräckligt. Det framgår inte något annat syfte med den kontakt som Rebecka då tog med nämnden än att få ett klargörande från nämndens sida. Det fanns också en begäran om handräckning som syftade till att föra AA till Rebecka. Mot den bakgrunden framstår det som att uppgiften att försöka bistå Rebecka i hemmets handläggning var en uppgift som borde ha prioriterats. Jag vill i sammanhanget understryka att nämnden måste organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att frågor från SiS kan besvaras utan dröjsmål även utanför kontorstid.

Följden av myndigheternas hantering blev att AA släpptes av polisen och att hon inte fick den vård som nämnden bedömde att hon behövde. Det inträffade är helt oacceptabelt och jag ser med stort allvar på det som har kommit fram om myndigheternas handläggning i ett sådant känsligt ärende som det varit fråga om. Det inträffade har enligt min mening påvisat en bristande samverkan mellan myndigheterna.

Myndigheternas dokumentation

Jag kan vidare konstatera att SiS respektive nämndens beskrivningar och dokumentation av vad som hänt i AA:s ärende skiljer sig åt i flera avseenden.

Enligt nämndens remissvar ringde personal från Rebecka den 4 januari 2020 till nämnden och meddelade att ett visst beslut saknade en underskrift. Det finns inte någon notering i socialtjänstens journal om en sådan kontakt mellan myndigheterna. Enligt nämndens remissvar ägde det inte rum några samtal med Rebecka den 5 eller 6 januari 2020. Genom utredningen i ärendet är det emellertid klarlagt att personal från Rebecka och socialjouren hade kontakt den 6 januari 2020 när AA hade omhändertagits av polis.

Av Rebeckas beredskapsrapporter framgår att hemmets personal var i kontakt med socialjouren i fråga om AA varje dag under perioden den 3–6 januari 2020. Av rapporterna framgår att domen bedömdes inaktuell, men det finns inte någon notering om att hemmet skulle ha efterfrågat ett beslut enligt 13 § andra stycket LVU. Det framgår inte heller vem Rebeckas personal talade med eller vad som diskuterades vid de olika kontakterna. Enligt SiS remissvar fick myndigheten del av det efterfrågade beslutet först den 7 januari 2020. Av SiS klientdiarium framgår emellertid att beslutet registrerades hos myndigheten den 9 januari 2020.

Det verkar också ha funnits oklarheter i fråga om underskrift på en eller flera av de handlingar som nämnden skickade till hemmet. Genom utredningen kan jag inte dra några säkra slutsatser om vilken eller vilka handlingar som varit föremål för diskussion mellan myndigheterna om behovet av underskrifter.

Att det inte går att följa myndigheternas dokumentation och utläsa vilka kontakter som ägt rum och vilka handlingar som skickats respektive tagits emot i fråga om intagningen av AA är helt oacceptabelt. Det inträffade belyser vikten av att myndigheter som handlägger ärenden om tvångsvård dokumenterar sina åtgärder på ett noggrant sätt (se t.ex. 4 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2014:5] om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS).

Nämnden och Rebecka förtjänar kritik för handläggningen av AA:s ärende

Jag kan alltså konstatera att handläggningen när det gäller placeringen av AA har brustit hos båda myndigheterna. För Rebeckas del är det fråga om brister hänförliga till myndighetens kontroll av det underlag som krävdes för att besluta om intagning av AA och för nämndens del handlar det om brister i fråga om att tillhandahålla Rebecka information. Därtill har jag noterat brister i båda myndigheternas dokumentation.

Myndigheternas hantering fick till följd att AA inte fick tillgång till den vård nämnden bedömde att hon behövde. Jag ser med allvar på det inträffade och både nämnden och Rebecka förtjänar kritik för hanteringen. Jag förutsätter också att SiS ser över sina rutiner med anledning av det inträffade.

Det får inte förekomma brister i den formella hanteringen av ärenden om tvångsvård. En förutsättning för en korrekt handläggning är att det finns ett tydligt regelverk att följa. Av 3 kap. 10 § SoF framgår att SiS beslutar om *inskrivning* i särskilt ungdomshem. Myndigheten ska också dokumentera

handläggningen av en inskrivning på visst sätt enligt 7 kap. SOSFS 2014:5. Det kan noteras att det inte finns någon reglering i SoF när det gäller beslut om *intagning* av en ungdom vid ett av SiS särskilda ungdomshem. I det här fallet har jag konstaterat att handläggningen av intagningen av en flicka vid ett sådant hem har brustit, bl.a. på grund av bristande samverkan mellan myndigheterna och att konsekvensen blev att flickan inte fick den vård nämnden bedömde att hon behövde. Det är inte tillfredsställande. Jag finner därför skäl att skicka en kopia av det här beslutet till Socialdepartementet för kännedom.

Övrigt

Vad AA har framfört och vad som i övrigt har kommit fram i ärendena medför ingen ytterligare åtgärd eller något uttalande från min sida.

Ärendena avslutas.

Fråga om när ett beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM ska anses verkställt

(Dnr 8583-2019)

Beslutet i korthet: Om ett beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, inte är verkställt när det underställs förvaltningsrätten, ska fristen för rättens prövning enligt 17 § LVM räknas från det att beslutet verkställdes.

I LVM finns det inte någon bestämmelse som uttryckligen anger när ett beslut om omedelbart omhändertagande blir verkställt men enligt JO ligger det nära till hands att utgå från den tidpunkt som vården enligt 20 § LVM ska anses påbörjad. JO uttalar dock att det är otillfredsställande att frågan inte är tydligt reglerad i LVM. Avsaknaden av en tydlig reglering öppnar upp för att frågan inte bedöms på ett likformigt sätt och för att det görs felaktiga bedömningar med följden att ett omhändertagande inte prövas inom den tid som anges i 17 § LVM.

Den 6 april 2019 fattade ordföranden i Socialnämnden i Norrköpings kommun beslut om att omedelbart omhänderta AA. Vården av AA påbörjades den 18 april 2019 när han anlände till ett sjukhus. Givet den ovan redovisade tolkningen, blev också beslutet om omedelbart omhändertagande verkställt vid den tidpunkten. Det här är dock något som nämnden över huvud taget inte synes ha reflekterat över. Det var i stället först sedan AA hade förts till ett LVM-hem som nämnden underrättade förvaltningsrätten om att beslutet var verkställt. Följden blev att omhändertagandet inte prövades inom den tid som anges i 17 § LVM.

Även om det finns vissa frågetecken kring nämndens hantering av ärendet kan det enligt JO inte uteslutas att nämnden, om frågan om verkställighet varit tydligt reglerad, hade gjort en annan bedömning. JO finner därför inte tillräcklig anledning att rikta någon annan kritik mot nämnden än de synpunkter som redovisas i beslutet.

I beslutet framhåller JO att lagstiftaren i 17 § LVM har tydliggjort vikten av att ett omedelbart omhändertagande prövas av förvaltningsrätten inom en viss angiven tid. Det är fråga om en rättssäkerhetsgaranti och det får helt enkelt inte förekomma att en socialnämnd gör en felaktig bedömning av frågan om verkställighet med följderna att ett omhändertagande inte prövas inom den tid som anges i 17 § LVM. Det är allvarligt och enligt JO finns det skäl att överväga om den nuvarande regleringen uppfyller det krav på tydlighet som krävs för att undvika felbedömningar av det slag som nämnden gjort i det här fallet. Mot den bakgrunden väcker JO, enligt 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän, frågan om en översyn av LVM i nu berört avseende.

Bakgrund

Den 6 april 2019 fattade ordföranden i Socialnämnden i Norrköpings kommun beslut om att omedelbart omhänderta AA med stöd av 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Den 6 maj 2019 beslutade Förvaltningsrätten i Linköping att omhändertagandet skulle bestå.

Anmälan

I en anmälan till JO klagade AA på hanteringen av hans ärende och uppgav bl.a. att han hade varit felaktigt frihetsberövad.

Utredning

Sedan JO tagit del av anmälan med bilagor uppkom frågan om när beslutet om omedelbart omhändertagande av AA hade verkställts och om omhändertagandet hade prövats inom den tid som anges i 17 § LVM. JO hämtade in handlingar i ärendet. JO tog också del av Förvaltningsrätten i Linköpings akt i mål nr 2924-19, Kammarrätten i Jönköpings akt i mål nr 1916-19 och Högsta förvaltningsdomstolens akt i mål nr 4992-19.

Anmälan med bilagor remitterades till Socialnämnden i Norrköpings kommun och JO begärde bl.a. att nämnden skulle yttra sig över frågan om när den ansåg att beslutet om omedelbart omhändertagande hade verkställts samt vilken information som nämnden hade lämnat till förvaltningsrätten.

Nämnden lämnade, genom verksamhetschef BB, in ett remissvar och uppgav bl.a. följande:

Dagen efter, den 6 april, får socialjouren information om att AA avvikit från beroendekliniken efter att polisen lämnat sjukhuset. Socialnämndens ordförande fattar beslut om att omedelbart omhänderta AA. Socialjouren faxar underställande om omedelbart omhändertagande till förvaltningsrätten. Vidare skrivs en begäran om polishandräckning för eftersökning och transport till beroendekliniken på Vrinnevisjukhuset för transportbedömning. Förvaltningsrätten informeras den 10 april av socialsekreterare att beslutet om omedelbart omhändertagande inte är verkställt.

Under påskhelgen på kvällen den 18 april kontaktas socialjouren av beroendekliniken som informerar om att polisen fört AA till beroendekliniken

på Vrinnevisjukhuset. Socialjouren träffar AA på sjukhuset och delger honom information om att han är omedelbart omhändertagen. Det framgår av journalanteckningarna att AA vid detta tillfälle är kraftigt påverkad och att det är svårt att föra ett konstruktivt samtal med honom. Socialjouren har samtal med personalen på avdelningen angående kvarhållandebeslut, personalen meddelar då att LVM inte gäller på den avdelningen och att de kommer låta AA lämna avdelningen om han är aggressiv. Socialjouren föreslår att personalen ringer polisen i så fall. Strax efter midnatt den 19 april kontaktas socialjouren av personalen på beroendekliniken som meddelar att AA slagit sönder en fönsterruta och avvikit från avdelningen. Socialjouren skriver en handräckningsbegäran där det framgår att polismyndigheten ska efterforska AA och föra honom till beroendekliniken på Vrinnevisjukhuset för en transportbedömning samt därefter föra honom till SiS LVM-hem Rällsögården. Senare under samma dag får socialjouren information om att polisen kommit med AA, som var kraftigt påverkad, till beroendekliniken på förmiddagen. Läkaren genomförde en undersökning enligt 9 § LVM, läkaren konstaterade att AA var kraftigt påverkad men bedömdes klara av en transport till SiS LVM-hem då han inte behövde avgiftning. AA avvek från sjukhuset innan transporten hann ske.

Det är den 1 maj som socialnämndens behandlingsutskott fattar beslut om placering avseende AA på SiS LVM-hem Rällsögården och polisen transporterar honom dit. Socialsekreterare underrättar förvaltningsrätten den 2 maj om att beslutet om omedelbart omhändertagande är verkställt. Förvaltningsrätten fastställer det omedelbara omhändertagande den 6 maj.

AA fick tillfälle att kommentera remissvaret.

I ett beslut den 17 januari 2022 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Bedömning

Avgränsning

AA har i sin anmälan till JO klagat på flera myndigheter och hur dessa i olika avseenden hanterat hans ärende. Jag har dock valt att avgränsa min granskning till frågan om när beslutet om omedelbart omhändertagande av AA blev verkställt.

Rättslig reglering

Socialnämnden får enligt 13 § LVM besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertas, om det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av LVM, och rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Har socialnämnden beslutat om ett omedelbart omhändertagande, ska beslutet enligt 15 § LVM utan dröjsmål och senast dagen efter beslutet underställas förvaltningsrätten eller, om beslutet har fattats efter det att nämnden har ansökt om tvångsvård, den rätt som prövar frågan om vård. Därefter ska rätten enligt 17 § LVM så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten eller, om beslutet inte är verkställt när det underställs, från

det att beslutet verkställdes, pröva om omhändertagandet ska bestå. Tiden får förlängas till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt. Om det inte finns skäl för omhändertagande, ska rätten genast upphäva beslutet.

Av 12 § LVM framgår att det är socialnämnden som ska se till att rättens beslut om tvångsvård verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett LVM-hem eller, i förekommande fall, på ett sjukhus. Av 19 § LVM framgår att nämnden, även efter ett beslut om omedelbart omhändertagande, ska se till att den som är omhändertagen utan dröjsmål bereds vård i ett LVM-hem eller, i förekommande fall, på ett sjukhus.

Tvångsvården ska enligt 20 § LVM upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården ska anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett LVM-hem eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 § LVM.

Polismyndigheten eller, om det gäller transport av någon som är frihetsberövad, Kriminalvården ska enligt 45 § LVM lämna hjälp för att bl.a. på begäran av socialnämnden föra den som ska beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt LVM till ett LVM-hem eller sjukhus. Missbrukaren får enligt 45 c § LVM tas i förvar, om det är nödvändigt för att en transport enligt 45 § LVM ska kunna genomföras.

När ska ett beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM anses verkställt?

Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när beslutet underställs förvaltningsrätten, ska fristen för rättens prövning enligt 17 § LVM räknas från det att beslutet verkställdes. Något besked om när beslutet ska anses verkställt ges inte i bestämmelsen och någon annan bestämmelse som uttryckligen reglerar den frågan finns inte i LVM.

Bestämmelsen i 17 § LVM skiljer sig från motsvarande bestämmelse i 7 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Av den bestämmelsen framgår att fristen för rättens prövning räknas från den dag då beslutet om omedelbart omhändertagande och handlingarna kom in till rätten och det gäller oavsett om beslutet vid den tidpunkten har verkställts eller inte.

När det gäller anledningen till att fristen i 17 § LVM ska räknas från det att beslutet verkställdes och inte från det att beslutet underställdes, anges det i förarbetena att om det rör sig om ett för socialtjänsten mindre känt fall är det ofta inte meningsfullt för rätten att pröva det omedelbara omhändertagandet innan det är verkställt. Det framhålls att det i de fallen kan vara svårt att få fram nödvändigt underlag, t.ex. läkarutlåtanden, med följderna att omhändertagandet hävs trots att missbrukaren, när han eller hon väl påträffas, är i stort behov av ett omhändertagande. För att i de fallen undvika nya omgångar av beslut om omedelbart omhändertagande och underställande anges det i förarbetena att fristen bör räknas från det att beslutet verkställdes. (Se prop. 1987/88:147 s. 67 f.)

Av 19 § LVM framgår att socialnämnden, efter ett beslut om omedelbart omhändertagande, ska se till att den som är omhändertagen utan dröjsmål bereds vård på ett LVM-hem eller, i förekommande fall, på ett sjukhus. Det ligger

därför nära till hands att för frågan om verkställighet utgå från den tidpunkt som vården enligt 20 § LVM ska anses påbörjad (jfr prop. 1987/88:147 s. 74 f.). I vart fall vid den tidpunkten får nämnden anses ha uppfyllt sin skyldighet att enligt 19 § LVM bereda missbrukaren vård. Det skulle innebära att ett beslut om omedelbart omhändertagande ska anses verkställt först när missbrukaren har inställt sig vid eller förts till ett LVM-hem eller, i förekommande fall, ett sjukhus (se 20 § LVM). Det borde därefter också vara möjligt att komplettera utredningen med t.ex. nödvändiga läkarutlåtanden, vilket skulle minska risken för att omhändertagandet, på det sätt som beskrivs i förarbetena, hävs på grund av ett ofullständigt underlag.

Även om det genom en tolkning av bestämmelserna är möjligt att komma fram till ett svar om när ett beslut om omedelbart omhändertagande ska anses verkställt, är det enligt min mening otillfredsställande att det inte finns någon bestämmelse i LVM som uttryckligen reglerar den frågan.

Lagstiftaren har i 17 § LVM tydliggjort vikten av att ett omhändertagande enligt 13 § LVM prövas av förvaltningsrätten inom en viss angiven tid. Det är fråga om en rätts säkerhetsgaranti och det får helt enkelt inte förekomma att omhändertagandet inte prövas inom den angivna tiden. För att undvika det är det av helt avgörande betydelse att det görs en korrekt bedömning i fråga om när beslutet blev verkställt. Det ställer krav på att regelverket är tydligt och att det inte finns något utrymme för felbedömningar.

Det är dessutom först sedan förvaltningsrätten meddelat att ett omhändertagande ska bestå som fristen för nämndens ansökan om vård enligt 18 § LVM börjar att löpa. Det innebär att om ett omhändertagande, som en följd av en felaktig bedömning i fråga om när beslutet blev verkställt, prövas först efter utgången av den tid som anges i 17 § LVM, förskjuts på motsvarande sätt också tidpunkten för när fristen i 18 § LVM börjar att löpa. Den slutliga prövningen av ansökan om vård drar därmed ut på tiden, vilket är något som till sist drabbar den enskilde som har rätt att få en skyndsam prövning av om förutsättningarna för vård med stöd av LVM är uppfyllda.

Det kan visserligen antas att det i många fall, t.ex. när en missbrukare inom loppet av en och samma dag förs till ett LVM-hem eller ett sjukhus, inte är förenat med några större svårigheter att bedöma när beslutet om omedelbart omhändertagande blev verkställt och därmed också när fristen för rättens prövning enligt 17 § LVM började att löpa. Det är dock långt ifrån alla fall som är lika självklara som i det exemplet och det är inte minst det nu aktuella ärendet, där AA vid upprepade tillfällen avvek sedan han hade förts till ett sjukhus, ett exempel på.

Det ska också beaktas att en missbrukare redan innan det att vården enligt 20 § LVM ska anses påbörjad, kan ha varit utsatt för tvångsåtgärder med anledning av beslutet. Missbrukaren kan t.ex. ha tagits om hand av polisen för transport efter en begäran om handräckning enligt 45 § LVM och han eller hon kan i vissa fall ha tagits i förvar med stöd av 45 c § LVM. Något svar på hur man ska se på den här tiden vid bedömningen av frågan om när ett beslut om omedelbart omhändertagande blir verkställt och när fristen för rättens prövning enligt 17 § LVM börjar att löpa, ges inte i LVM. Frågan synes inte heller ha berörts i förarbetena.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att det för frågan om när ett beslut om omedelbart omhändertagande ska anses verkställt ligger nära till hands att utgå från den tidpunkt som vården enligt 20 § LVM ska anses påbörjad. Avsaknaden av en tydlig reglering öppnar dock upp för att frågan inte bedöms på ett likformigt sätt och för att det görs felaktiga bedömningar med följderna att omhändertagandet inte prövas inom den tid som anges i 17 § LVM. Det är inte minst detta ärende ett exempel på.

Bedömning av nämndens hantering av AA:s ärende

Den 6 april 2019 fattade ordföranden i Socialnämnden i Norrköpings kommun beslut om att omedelbart omhänderta AA med stöd av 13 § LVM. Samma dag underställdes beslutet Förvaltningsrätten i Linköping och det gjordes också en begäran om handräckning för transport av AA till beroendekliniken på Vrinnevisjukhuset.

Den 18 april 2019 fördes AA av polis till beroendekliniken på Vrinnevisjukhuset. Av journalanteckningarna framgår att socialjouren besökte AA på sjukhuset och att AA delgavs beslutet om omedelbart omhändertagande. Under natten avvek AA från sjukhuset. Han påträffades på förmiddagen dagen efter, dvs. den 19 april 2019, och fördes därefter återigen av polisen till sjukhuset. Han avvek senare samma dag efter det att han hade genomgått en läkarundersökning.

JO har tidigare uttalat att vården enligt LVM, i de fall missbrukaren förs till ett sjukhus, ska anses påbörjad redan när missbrukaren kommer till sjukhuset och att det saknar betydelse om missbrukaren skrivs in eller inte (se 20 § LVM och JO 2016/17 s. 125). Det innebär att vården av AA påbörjades redan när han den 18 april 2019 kom till beroendekliniken på Vrinnevisjukhuset. Det saknar för den bedömningen betydelse att han senare avvek.

Som jag har redogjort för finns det inte någon bestämmelse i LVM som uttryckligen anger när ett beslut om omedelbart omhändertagande blir verkställt. Det ligger dock nära till hands att för frågan om verkställighet utgå från den tidpunkt som vården enligt 20 § LVM ska anses påbörjad. Det skulle i det här fallet innebära att beslutet om omedelbart omhändertagande av AA blev verkställt den 18 april 2019 när vården av honom påbörjades, med följderna att också fristen för rättens prövning enligt 17 § LVM då började att löpa.

Så som det framgår av remissvaret och av journalanteckningarna i ärendet, har nämnden varken reflekterat över att vården av AA påbörjades redan den 18 april 2019 eller över vilken betydelse det hade för frågan om verkställighet. Det dröjde i stället nästan två veckor innan nämnden den 2 maj 2019, sedan AA hade förts till ett LVM-hem, underrättade förvaltningsrätten om att beslutet var verkställt, med följderna att omhändertagandet inte prövades inom den tid som anges i 17 § LVM.

Det är naturligtvis allvarligt att ett omedelbart omhändertagande inte prövas inom den tid som anges i 17 § LVM. Det är också förvånande att nämnden i det här fallet inte ens verkar ha övervägt att beslutet skulle kunna ha blivit verkställt vid en annan tidpunkt än den då AA förts till ett LVM-hem. Nämndens hantering visar dock på problemet med att det i LVM inte finns någon

bestämmelse som uttryckligen anger när ett beslut om omedelbart omhändertagande blir verkställt och det kan, enligt min mening, inte uteslutas att nämnden, om frågan varit tydligt reglerad, hade gjort en annan bedömning. Jag finner därför inte tillräcklig anledning att rikta någon annan kritik mot nämnden än den som ligger i det nu anförda.

Behovet av en översyn av LVM i nu berört avseende

Lagstiftaren har i 17 § LVM tydliggjort vikten av att ett omhändertagande enligt 13 § LVM prövas av förvaltningsrätten inom en viss angiven tid. Som jag har angett ovan är det fråga om en rättssäkerhetsgaranti och det får helt enkelt inte förekomma att en socialnämnd, så som i det här fallet, gör en felaktig bedömning av frågan om verkställighet med följderna att omhändertagandet inte prövas inom den tid som anges i 17 § LVM. Det är allvarligt och enligt min mening finns det skäl att överväga om den nuvarande regleringen uppfyller det krav på tydlighet som krävs för att undvika felbedömningar av det slag som nämnden gjort i det här fallet. Mot den bakgrunden väcker jag härmed, enligt 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän, frågan om en översyn av LVM i nu berört avseende. Jag överlämnar därför en kopia av detta beslut till regeringen.

Vad AA i övrigt har uppgett ger inte anledning till något yttrande eller någon åtgärd från min sida.

Ärendet avslutas.

En socialnämnd har avslutat en LVM-utredning utan att dessförinnan ha klarlagt en mans behov av vård

(Dnr 3673-2020)

Beslutet i korthet: Anhöriga till en man gjorde under en period flera orosanmälningar om honom till nämnden. De uppgav bl.a. att han missbrukade alkohol och att han sedan en tid inte gick att nå. Nämnden vidtog vissa åtgärder för att komma i kontakt med mannen. Även Polismyndigheten gjorde en anmälan med stöd av 6 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och anförde bl.a. att mannen hade allvarliga alkoholproblem. Nämnden kallade mannen till ett möte, men han kom inte dit. I det läget inledde nämnden en utredning enligt 7 § LVM. Nämnden gjorde inom ramen för utredningen vissa ytterligare försök att komma i kontakt med mannen. Utredningen avslutades sedan av det skälet att han inte påträffats.

Nämnden har ett särskilt ansvar för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som de behöver. I detta ligger att nämnden ska utreda den enskildes förhållanden för att kunna tillhandahålla lämpliga insatser. När nämnden genom en anmälan enligt 6 § LVM eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård ska nämnden inleda en s.k. LVM-utredning enligt 7 § LVM.

JO konstaterar att handläggningen av mannens ärende brustit i flera avseenden. Nämnden gjorde inte någon bedömning av om uppgifterna i

respektive anmälan borde leda till någon åtgärd från nämndens sida. Uppgifterna i anmälningarna var enligt JO sådana att en LVM-utredning borde ha inletts i ett tidigare skede än vad som blev fallet. Till det kommer att det saknades grund för nämnden att avsluta utredningen med hänvisning till att man inte kunde etablera någon kontakt med mannen. Nämnden var skyldig att utreda hans situation. Enligt JO tyder hanteringen på mycket bristfälliga kunskaper om hur en utredning som den aktuella ska bedrivas. När nämnden avslutade utredningen hade det gått cirka tre månader sedan nämnden tog emot den första orosanmälan om mannen. Det är enligt JO allvarligt att nämnden under den tiden inte förmått klarlägga hans förhållanden. JO konstaterar också att dokumentationen i mannens ärende är bristfällig.

Sammantagna är bristerna i handläggningen sådana att JO riktar allvarlig kritik mot nämnden.

Anmälan

I en anmälan till JO den 7 maj 2020 klagade AA på socialförvaltningen i Karlskoga kommun.

AA uppgav bl.a. följande: Hennes exman BB är gravt alkoholiserad men får inte någon hjälp av socialtjänsten. Anhöriga och vänner till BB har gjort flera orosanmälningar och Polismyndigheten har gjort anmälningar enligt 6 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Socialtjänsten inledde en utredning om BB med stöd av LVM, men den lades ned med motiveringen att han inte öppnade när socialtjänsten ringde på och inte svarade på deras brev. När hon under gårdagen såg BB var han svullen, gul i hyn och nästan oigenkännlig. Hans närstående är mycket oroliga för hans hälsa och han behöver få hjälp snarast.

Utredning

JO tog del av vissa handlingar i BB:s ärende, bl.a. tre anmälningar från Polismyndigheten enligt 6 § LVM.

Därefter begärde JO att Socialnämnden i Karlskoga kommun skulle yttra sig över det AA uppgett i sin anmälan och om huruvida BB:s ärende handlagts i enlighet med bestämmelserna i LVM.

Nämnden anförde i ett remissvar bl.a. följande:

Yttrande

Redovisning av hantering av ett LVM ärende gällande BB[...]

Den 13 november 2019 inkommer orosanmälan på BB till socialtjänsten. Det blir första gången socialtjänsten får kännedom om BB.

Mellan den 13 november 2019 och 12 december 2019 inkommer fyra stycken orosanmälningar från anhöriga. Varje orosanmälan hanteras med att erbjudandebrev skickas till BB om att det finns stöd/hjälp att få.

Den 20 december 2019 samt 22 januari 2020 inkommer anmälan enligt 6 § LVM från polis. Vid den första LVM-anmälan som inkommer från polisen har det inte skett något ingripande vilket innebär att det ej skett en

polisiär bedömning då polisen inte har påträffat BB, utan polisen i anmälan har en personlig kännedom om vederbörande.

Den andra LVM anmälan den 22 januari 2020 inkommer från polisen efter ett ingripande på grund av misstänkt rattonykterhet från BB. I den anmälan framkommer det, att det kan tyda på att det föreligger ett alkoholmissbruk hos BB. I anmälan har polisen noterat att BB upplevs både psykiskt och fysiskt avslagen, sviktande hygien samt smutsiga kläder. Polisen vid denna händelse har ingen tidigare kännedom om BB. Dock skickas en anmälan enligt LVM, att BB kan vara i behov av vård.

Vid de tre första orosanmälningarna som inkommer skickas två erbjudandebrev till BB via post. Två erbjudandebrev skickas på grund av att orosanmälningarna inkom inom bara några dagars mellanrum. Den första orosanmälan som inkom 13 november 2019, framkommer det att polisen har gjort ett hembesök 11 november 2019 där anmälaren berättar att Polisen bedömer att BB inte är i det tillståndet för ett omhändertagande. Vid två tillfällen 22 november samt 28 november 2019 försöker socialtjänsten nå BB via telefon, utan resultat. 9 december 2019 inkommer ytterligare en orosanmälan. Anmälaren påtalar att hon/han har varit i kontakt med polisen som uppger att de inte kan göra något. Socialtjänsten försöker personligen att ge BB en kallelse om ett besök den 17 december 2019. Detta misslyckas och kallelsen skickas via post. BB kommer inte på bokad besök. Den 20 december 2019 inkommer LVM anmälan, kallelse skickas om en tid för ett besök 10 januari 2020 då också LVM utredning öppnas. [*Tidpunkten för besök är enligt journalen den 7 januari 2020, men utredning inleds den 10 januari 2020, JO:s anm.*] 22 januari 2020 inkommer nästa LVM anmälan. Socialtjänsten har fått tillgång till nycklar in till trappuppgången via anhöriga. Socialsekreterare CC samt socialrådgivare DD försöker nå BB vid hans bostad 20 och 30 januari, 12 februari samt 13 februari 2020. Vid tre tillfällen lämnas ett brev i brevinkastet att en kontakt från BB önskas av socialsekreterare CC.

Till en början görs bedömning att inte öppna LVM på orosanmälningarna då BB inte är känd sedan tidigare och därför bör utredning genomföras enligt Socialtjänstlag, SoL, för att utreda missbrukets art och omfattning samt klargöra BB:s egna fria vilja till och behov av eventuell vård.

Till grund för att öppna en LVM utredning ligger att en personlig kontakt ska tas med BB. Detta för att kunna genomföra en bedömning huruvida BB har behov av vård enligt LVM eller erbjudas vård enligt SoL.

Beslut

Då BB inte påträffats varken via telefonsamtal, svarat på de erbjudandebrev eller kommit på kallelser, kan bedömning enligt LVM inte genomföras. Bedömning görs att avskrivna LVM utredning enligt § 7 LVM den 21 februari 2020, på grund av att den anmälde ej har påträffats.

Den 28 april 2020

Den 28 april 2020 inkommer en LVM anmälan från polisen i Karlskoga samt en orosanmälan. I LVM anmälan framkommer det ännu en gång att polisen som skickar LVM anmälan inte har påträffat BB personligen utan fått information från annat håll. Det har inte skett något ingripande, utan polisen har en god personlig kännedom om BB. Ärendet hanteras som brukligt vid LVM anmälningar, en bedömning om ett omedelbart omhändertagande enligt LVM § 13 görs. Kriterierna bedöms inte vara uppfyllda utan en kallelse skickas om ett besök till BB den 5 maj 2020. BB kommer inte på det bokade besöket. Den 6 maj 2020 inkommer ytterligare en orosanmälan från anhörig som har sett BB för första gången sen hösten 2019. Anmälan är av den digniteten att beslut fattas om att öppna LVM utredning den 6 maj 2020. Ett brev skickas den 6 maj till BB om en tid för en läkar-

undersökning enligt LVM § 9 den 12 maj 2020. BB hör inte av sig i tid för att frivilligt närvara på läkarbesöket, varför handräckningsbegäran görs.

Vid läkarundersökningen den 12 maj 2020 närvarar socialsekreterare CC. BB får information om vad ett LVM innebär. BB har så dåliga levervärden att BB blir inlagd på MAVA, Karlskoga lasarett. BB är inlagd på MAVA i några veckor. Vid utskrivning från MAVA den 29 maj 2020 får BB åka till ett behandlingshem/ vårdboende för individer med ett missbruk/ beroendeproblematik. BB väljer att åka till behandlingshemmet/vårdboendet frivilligt enligt SoL. LVM utredning avslutas den 3 juni 2020 och övergår till frivilliga insatser.

LVM utredningen är öppen några dagar in i behandlingen på behandlingshemmet/vårdboendet, på grund av osäkerheten runt BB:s medgivande. Medgivandet är inte helt tillförlitligt. I läkarintyget den 12 maj 2020 framkommer det att BB inte har insikt om sitt sjukdomstillstånd och har en förnekelse till sin alkoholkonsumtion. Insatsen i skrivande stund, 24 juni 2020, är fortfarande pågående enligt SoL 4:1.

Sammanfattning

En av grunderna för LVM är att man uteslutit möjligheten till frivillig vård enligt SoL och har omfattande dokumentation om individens missbruk genom till exempel kontroll via urinprov, samtal ADDIS/ASI med mera. Då BB inte tog kontakt trots flertalet erbjudandebrev och inte heller öppnade dörren vid hembesök, svarade inte i telefon och så vidare kunde frivillig vård enligt SoL inte uteslutas, och inte heller utredas av socialsekreterare. BB var helt okänd för socialtjänsten och det innebär att det inte finns någon tidigare kännedom eller dokumentation om BB:s missbruk.

Socialnämnden bedömer att handläggningen skett i enlighet med bestämmelserna i LVM.

I ett beslut den 8 december 2021 anförde *JO Thomas Norling* följande:

Rättslig reglering

Bestämmelser i LVM

Socialnämnden ska aktivt sörja för att en missbrukare får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § socialtjänstlagen [2001:453], SoL). Vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom eller henne enligt bestämmelserna i SoL. En missbrukare ska dock under vissa förutsättningar ges vård utan samtycke. Bestämmelser om sådan tvångsvård finns i LVM.

Tvångsvården ska syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk (3 § LVM).

Tvångsvård ska beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt bestämmelserna i SoL eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller kan befaras

komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (4 § LVM). Beslut om tvångsvård fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden (5 och 11 §§ LVM).

Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertaras, om det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av LVM, och rättsens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det annars finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (13 § LVM).

Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM, en s.k. LVM-anmälan (6 § LVM).

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda en utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL). När socialnämnden genom anmälan enligt 6 § LVM eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård ska nämnden inleda en s.k. LVM-utredning (7 § LVM).

När en LVM-utredning har inletts ska socialnämnden, om det inte är uppenbart obehövligt, besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse en läkare för undersökningen (9 § LVM). Läkaren ska i ett intyg ange missbrukarens aktuella hälsotillstånd. Nämnden har under vissa förutsättningar möjlighet att begära hjälp av Polismyndigheten för att föra en missbrukare till en beslutad läkarundersökning (se 45 § LVM).

Av socialnämndens utredning ska framgå missbrukarens förhållanden samt tidigare vidtagna och planerade åtgärder (10 § LVM). Av utredningen ska också framgå i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

Ärenden enligt LVM ska handläggas skyndsamt (37 § LVM).

Dokumentation

Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödsatser, vård och behandling ska dokumenteras (11 kap. 5 § SoL). Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Jag kan också hänvisa till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5).

Det är ur ett rättssäkerhetsperspektiv viktigt att alla uppgifter som behövs för bedömningen av ett ärende dokumenteras. Normalt sett sker dokumentationen i den enskildes journal. Även uppgifter som enbart rör ärendets gång och som inte direkt tillför ärendet sakuppgifter bör i stor utsträckning dokumenteras. Det kan t.ex. vara uppgifter om att det förekommit kontakter med den enskilde, andra personer eller myndigheter. En god dokumentation i ett ärende underlättar överblicken av handläggningen. Det är också en förutsättning för

att den enskilde och andra, t.ex. tillsynsmyndigheter, ska kunna följa handläggningen (se t.ex. JO 2018/19 s. 556 och JO 2020/21 s. 464).

Bedömning

JO:s granskning

Min granskning avser nämndens handläggning av BB:s ärende från det att nämnden den 13 november 2019 tog emot AA:s anmälan om oro för honom till det att nämnden avslutade LVM-utredningen den 21 februari 2020. Jag kommer också att beröra handläggningen efter det att nämnden tog emot anmälningar om BB den 28 april 2020 till det att en LVM-utredning inleddes den 6 maj 2020.

Handläggningen av BB:s ärende

Anmälan om oro från närstående och kommunens arbetsmarknadsenhet under november–december 2019

Den 13 november 2019 gjorde AA en anmälan om oro för BB. Hon uppgav bl.a. att han hade kommit till arbetet berusad två dagar tidigare och att arbetsgivaren därefter inte kunnat nå honom. Vidare uppgav hon att polisen hade gått in i BB:s bostad vid lunchtid den aktuella dagen och hittat honom påtagligt berusad. Handläggaren skickade ett erbjudandebrev till BB den 14 november 2019. Den 18 november 2019 lämnade kommunens arbetsmarknadsenhet samma information om BB:s situation som AA gjort.

BB:s ena dotter gjorde en anmälan om oro för sin far den 21 november 2019. Hon uppgav bl.a. att han drack jättemycket, att han inte hade varit på sitt arbete på cirka två veckor och att han inte svarade i telefon eller på sms. Vidare berättade hon att BB inte hade öppnat dörren när hans chef hade sökt honom i bostaden.

Den 22 november 2019 gjorde BB:s gudson en anmälan om oro med anledning av att BB hade druckit under lång tid. Han lämnade BB:s telefonnummer till handläggaren. Handläggaren skickade samma dag ett erbjudandebrev till BB där det framgick att socialtjänsten hade tagit emot en orosanmälan om BB:s alkoholkonsumtion och att han kunde kontakta handläggaren om han önskade hjälp eller behandling. Handläggaren sökte BB via telefon den 22 och 28 november 2019 utan resultat.

Den 9 december 2019 gjorde AA ytterligare en anmälan om oro för BB. Hon uppgav att ingen hade fått tag i honom på tre veckor och att han inte öppnade dörren när de knackade på. Handläggaren informerade AA om att ett erbjudandebrev skulle skickas. Det framgår inte av dokumentationen om ett sådant brev skickades i det läget. En kallelse skickades till BB med tid för möte hos förvaltningen den 17 december 2019. BB kom inte till mötet.

Nämnden har i sitt remissvar uppgett att den inledningsvis gjorde bedömningen att inte inleda en LVM-utredning med anledning av orosanmälningarna eftersom BB inte var känd av socialtjänsten sedan tidigare och att en utredning i stället borde göras enligt SoL.

När det kommer in en anmälan om oro för en enskild ska nämnden bedöma om det finns anledning att vidta någon åtgärd. Nämnden ska inom ramen för

en s.k. förhandsbedömning ta ställning till om en utredning enligt SoL eller LVM bör inledas. Som jag redogjort för är utgångspunkten att en utredning om den enskildes behov av insatser ska ske i samråd med honom eller henne. Om den enskilde inte vill ta emot några insatser eller någon hjälp från nämnden kan en utredning inte genomföras med stöd av SoL. En utredning enligt LVM skiljer sig från en utredning enligt SoL på så sätt att den kan bedrivas mot den enskildes vilja. Om det kan finnas skäl att bereda någon vård enligt LVM är nämnden skyldig att inleda en utredning enligt 7 § LVM.

Det har kommit fram att nämnden vid tidpunkten för anmälningarna om BB inte hade någon tidigare kännedom om honom. Det kan givetvis vara lättare för nämnden att bedöma uppgifter i en anmälan om oro för en enskild som nämnden har en pågående kontakt med inom ramen för t.ex. en insats. Den enskildes förhållanden är i ett sådant fall i vissa avseenden redan kända för nämnden. Men att nämnden inte har någon tidigare kännedom om den enskilde får givetvis inte medföra att nämnden drar sig för att efter en anmälan om oro försöka etablera en kontakt med honom eller henne. Nämndens kontaktförsök ska givetvis präglas av respekt för den enskildes integritet.

Jag vill i sammanhanget också framhålla att uppgifter som nämnden får del av om en missbrukare kan vara av så allvarlig karaktär att det inte finns något utrymme för nämnden att kontakta honom eller henne innan den vidtar åtgärder med stöd av LVM.

I BB:s fall tog nämnden under en period om cirka en månad emot fyra anmälningar om oro för honom från närstående och även en anmälan från kommunens arbetsmarknadsenhet. JO har tidigare uttalat att nämnden givetvis inte kan bortse från anmälningar från en anhörig utan kritiskt ska granska uppgifterna i en sådan anmälan (JO 2018/19 s. 556). Det som anfördes i anmälningarna gav enligt min mening anledning till oro för BB:s situation.

Det har kommit fram att nämnden under nämnda period gjorde vissa försök att komma i kontakt med BB. Handläggaren skickade erbjudandebrev till honom och sökte honom också per telefon vid några tillfällen. Han kallades också till ett möte. Åtgärderna ledde emellertid inte till att nämnden lyckades etablera någon kontakt med honom.

Som jag nämnt var nämnden skyldig att bedöma uppgifterna i varje anmälan om oro för BB. Detta gäller oavsett om nämnden lyckades komma i kontakt med BB eller inte. Nämnden har inte dokumenterat några bedömningar av uppgifterna i de fem anmälningarna. Det ger intryck av att det inte gjordes några sådana bedömningar. Nämnden har inte heller berört den saken i sitt remissvar.

Nämnden borde skyndsamt ha bedömt varje mottagen anmälan och tagit ställning till om det i det läget fanns skäl att inleda en LVM-utredning. Nämndens ställningstagande borde sedan ha dokumenterats i BB:s ärende. Handläggningen har brustit i nämnda avseenden. Enligt min mening talade det som framgick av de fem anmälningarna för att BB kunde vara i behov av vård för sitt missbruk. Nämnden hade inte heller lyckats få kontakt med BB för att på så sätt få en bild av hans situation. Enligt min mening borde nämnden i det här skedet ha inlett en utredning enligt LVM.

LVM-anmälan från Polismyndigheten i december 2019

Den 20 december 2019 tog nämnden emot en anmälan från Polismyndigheten enligt 6 § LVM. Polis mannen som upprättade anmälan angav i den att BB var en gammal vän till honom. Av anmälan framgick bl.a. att BB hade allvarliga alkoholproblem, att han avskärmat sig socialt och att han fått sluta sitt arbete. Det angavs också att BB bedömdes vara i omedelbart behov av vård på grund av sina alkoholproblem. Nämndens personal åkte samma dag till lägenhetshuset där BB bodde, men lyckades inte ta sig in i fastigheten. I journalen antecknades att det därför inte kunde göras någon bedömning. Det antecknades också att informationen som kommit in inte var av alarmerande karaktär, varför ett brev med kallelse till möte den 7 januari 2020 skickades till BB.

Nämnden har i sitt remissvar anfört att Polismyndigheten inte påträffat BB och att det inte gjorts någon polisiär bedömning, utan att polis mannen hade personlig kännedom om BB. Nämnden tycks närmast ha bortsett från uppgifterna i anmälan av skälet att polis mannen var gammal vän med BB. Jag vill understryka att polis mannen gjorde anmälan inom ramen för sin tjänsteutövning och att Polismyndigheten således stod bakom uppgifterna i anmälan. Nämnden borde ha gjort en noggrann bedömning av anmälan. Bedömningen skulle också ha dokumenterats. I BB:s journal antecknades endast att informationen inte var av alarmerande karaktär. Detta var givetvis inte tillräckligt och hanteringen har brustit.

Det hade i detta läge gått mer än en månad sedan AA lämnade in sin första anmälan om oro för BB. Därefter hade det kommit in fyra ytterligare anmälningar samt en anmälan med stöd av 6 § LVM. Samtliga anmälningar innehöll oroande beskrivningar av BB:s förhållanden. Nämnden ansåg trots detta att det var tillräckligt att kalla BB till ett möte. Som jag redan nämnt anser jag att nämnden borde ha inlett en LVM-utredning utifrån uppgifterna i de fem första anmälningarna. När även Polismyndigheten anmälde oro för BB:s situation borde det ha stått klart för nämnden att det fanns anledning att utreda hans förhållanden inom ramen för en utredning enligt LVM. En sådan utredning inleddes först den 10 januari 2020, dvs. efter det att BB hade uteblivit från det bokade mötet den 7 januari 2020.

Handläggningen av LVM-utredningen

Inom ramen för utredningen kontaktade en handläggare den 16 januari 2020 BB:s andra dotter som lånade ut en nyckel till fastigheten. Den 20 januari 2020 sökte två tjänstemän BB i bostaden, men han öppnade inte dörren.

Den 22 januari 2020 gjorde Polismyndigheten ytterligare en anmälan enligt 6 § LVM. Av anmälan framgick bl.a. att en polispatrull hade försökt att stanna BB:s bil tre gånger utan resultat samt att han efter att ha parkerat vid sin bostad lämnade ett positivt utandningsprov. Polisen upplevde honom som kraftigt berusad och han hade svårt att följa instruktioner. Enligt anmälan var BB bl.a. väldigt sliten fysiskt och verkade avslagen psykiskt samt hade smutsiga kläder och saknade strumpor i skorna. Det antecknades att Polismyndigheten kände stor oro över BB:s hälsa och utveckling på grund av hans missbruk.

Handläggaren gjorde en notering i BB:s journal om att hon bedömde att han inte uppfyllde kraven för ett omedelbart omhändertagande. Det framgår inte av dokumentationen hur handläggaren kom fram till sitt ställningstagande. Uppgifterna i anmälan från Polismyndigheten var enligt min mening ytterst oroande och nämnden borde ha gjort en noggrann prövning av om det kunde finnas skäl för ett omedelbart omhändertagande av BB.

Av den dokumentation som jag tagit del av framgår att nämnden sökte BB i bostaden den 20 och 30 januari samt den 12 och 13 februari 2020 utan resultat. Vid det andra och det fjärde besöket lämnades en lapp i brevlådan om att handläggaren önskade kontakt med honom.

Den 21 februari 2020 avslutade nämnden utredningen. I utredningsdokumentet antecknades bl.a. följande:

Bedömning

191220 samt 200122 inkommer anmälan enligt 6 § LVM från polis samt en del orosanmälningar från anhöriga. Den första LVM-anmälan som inkommer från polisen, har det inte skett något ingripande utan polisen i anmälan har en god personlig kännedom om BB. Den andra anmälan rör BB berusad. Detta kan tyda på att det föreligger ett alkoholmissbruk hos BB och att han kan vara i behov vård enligt LVM eller frivilligt ta emot stöd/hjälp enligt SoL. Undertecknad har försökt att nå BB via kallelser om bokade besök samt försökt nå BB vid hans bostad utan resultat. På grund av att BB ej har påträffats trots flertal försök till kontakt. BB har inte kommit på bokad besök och utifrån detta har undertecknad inte kunnat göra en bedömning om vård enligt LVM föreligger eller ej.

Beslut

-Att avskrivna LVM utredning enligt 7 § LVM, på grund av att den anmälde ej har påträffats.

Nämnden har i sitt remissvar anfört att då BB inte påträffades eller hörsammade kontaktförsök kunde en bedömning enligt LVM inte genomföras och utredningen avskrevs därför.

I denna del gör jag följande bedömning. En myndighet ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver (23 § förvaltningslagen [2017:900]). I detta ligger att det är myndigheten som har det yttersta ansvaret för att en utredning ges en sådan omfattning att den kan leda till ett korrekt beslut om huruvida nämnden ska ansöka om vård med stöd av LVM. JO har i tidigare beslut framhållit vikten av att en utredning enligt LVM bedrivs förutsättningslöst och blir så fullständig som möjligt (JO 2011/12 s. 457). Missbrukarens situation ska noggrant belysas och en väsentlig del av utredningen utgörs av hans eller hennes uppgifter om sitt missbruk och sin inställning till vård (JO 2003/04 s. 266).

När en utredning enligt LVM inletts ska nämnden, om det inte är uppenbart obehövt, besluta om läkarundersökning enligt 9 § LVM. Med uppenbart obehövt avses t.ex. att det redan finns ett aktuellt läkarintyg i ärendet (prop. 1987/88:147. s. 96). Nämnden har också en möjlighet att enligt 45 § LVM begära Polismyndighetens hjälp för att föra den enskilde till en läkarundersökning.

Varken i den dokumentation som jag har tagit del av eller i nämndens remissvar berörs frågan om huruvida en läkarundersökning borde ha gjorts av BB vid den aktuella tidpunkten. Det har inte kommit fram något som tyder på att en sådan undersökning hade varit uppenbart obehövlig i detta fall. Enligt min mening borde nämnden alltså inom ramen för utredningen ha fattat ett beslut om läkarundersökning av BB. Jag är kritisk till att så inte skedde och till att det saknas dokumentation om eventuella överväganden gällande den saken.

De åtgärder som nämnden vidtog inom ramen för utredningen var att vid fyra tillfällen utan framgång söka BB i hans bostad och att vid två av dessa tillfällen lämna en lapp i hans brevlåda om att socialtjänsten ville komma i kontakt med honom. Efter nämnda kontaktförsök avslutade nämnden utredningen om BB.

Nämnden avslutade alltså utredningen utan att ha klarlagt BB:s förhållanden. Det saknades grund för nämnden att skriva av ärendet med hänvisning till att man inte kunde etablera någon kontakt med BB. Nämnden var skyldig att utreda hans situation. Att nämnden avslutade utredningen av det skälet att den inte kunde komma i kontakt med BB är anmärkningsvärt och tyder på mycket bristfälliga kunskaper om hur en utredning som den aktuella ska bedrivas. Jag ser med stort allvar på det inträffade.

Det hade när utredningen avslutades utan åtgärd gått cirka tre månader sedan AA i november 2019 gjorde den första anmälan om oro för BB. Det är allvarligt att nämnden under den tiden inte förmått klarlägga hans förhållanden.

LVM-anmälan från Polismyndigheten den 28 april 2020

Den 28 april 2020 gjorde Polismyndigheten en ny anmälan enligt 6 § LVM. Det angavs bl.a. att BB blivit ännu sämre och mycket väl uppfyllde kriterierna för tvångsvård. AA gjorde samma dag en anmälan om oro för BB. Hon uppgav bl.a. att läget var ohållbart och att han inte betalat hyran. Den 29 april 2020 noterade handläggaren att det inte framgick av LVM-anmälan var och när polisen sett BB och att kriterierna för ett omedelbart omhändertagande inte var uppfyllda.

Nämnden borde i det läget ha provat om det fanns anledning att inleda en LVM-utredning. Ställningstagandet skulle också ha dokumenterats. Såvitt kommit fram gjorde nämnden inte något försök att komma i kontakt med BB. Enligt min mening var uppgifterna i Polismyndighetens anmälan sådana att nämnden borde ha inlett en utredning enligt LVM.

Det har kommit fram att nämnden efter ytterligare en anmälan från AA den 5 maj 2020 inledde en utredning. I den anmälan angav AA bl.a. att hon hade sett BB och att han var gul i huden, svullen i ansiktet, ovårdad och knappt kunde gå. Nämnden beslutade också om en läkarundersökning av BB. Det finns utifrån det som kommit fram om den andra utredningen inte skäl för några ytterligare uttalanden från min sida.

Dokumentation

Nämnden inledde en utredning den 10 januari 2020 som avslutades den 21 februari 2020. Av utredningsdokumentet framgår bl.a. att förvaltningen sökte BB

i bostaden den 20 och 30 januari 2020 samt den 12 och 13 februari 2020. Nämnden har inte lämnat in några journalanteckningar för utredningstiden. Händelser och åtgärder verkar endast ha dokumenterats i utredningsdokumentet. Det är givetvis inte tillfredsställande. För att handläggningen av ett ärende ska kunna följas och granskas i efterhand är det av stor vikt att åtgärder och händelser dokumenteras i den enskildes journal. I det sammanhanget är det vidare viktigt att anteckningarna språkligt sett är utformade så att det klart och tydligt framgår vad som anges där.

Jag har ovan konstaterat att det inte framgår av den dokumentation som jag tagit del av att nämnden bedömt de uppgifter som lämnats i flera av de mottagna anmälningarna. Även detta utgör dokumentationsbrister.

Sammanfattande synpunkter

Nämnden har som nämnts ett särskilt ansvar för att hjälpa personer med missbruksproblem. I detta ingår att utreda enskildas behov av insatser och tillhandahålla sådana. Jag har pekat på flera brister i handläggningen av BB:s ärende. Bristerna är sådana att nämnden förtjänar allvarlig kritik för hanteringen. Att nämnden avslutade den första LVM-utredningen utan att ha klarlagt BB:s situation och vårdbehov är särskilt allvarligt.

Nämnden har i sitt remissvar angett att handläggningen skett i enlighet med bestämmelserna i LVM. Att nämnden inte ens i samband med att den upprättade sitt remissvar till JO insåg att handläggningen brustit i flera avseenden är enligt min mening mycket oroande och tyder på bristfälliga kunskaper om det aktuella regelverket.

LVM är en skyddslagstiftning för enskilda med missbruksproblem. Det kan vara helt avgörande för en missbrukares liv och hälsa att nämnden agerar med stöd av lagens bestämmelser när det finns förutsättningar för det. Jag utgår från att nämnden omgående vidtar nödvändiga åtgärder för att säkerställa en korrekt handläggning av ärenden enligt LVM.

Ärendet avslutas.