

**Anmälan mot Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem
Rebecka: fråga bl.a. om hemmet hade brustit i uppsikten över ett barn
som vårdades i enskildhet**

Beslutet i korthet: En flicka som var 13 år gammal tog sitt liv på ett särskilt ungdomshem där hon vårdades med stöd av bestämmelserna i LVU. Vid tidpunkten för denna händelse hade hon vårdats i enskildhet vid två ungdomshem i nästan åtta månader i sträck.

I beslutet ger JO uttryck för sin uppfattning i fråga om vilken tillgång till personal som ett barn eller en ungdom ska ha när han eller hon vårdas i enskildhet. JO konstaterar att det alltid är ett misslyckande när ett barn eller en ungdom som är omhändertagen för samhällsvård tar sitt liv på ett ungdomshem där han eller hon vårdas. JO har emellertid funnit att det inte finns någon grund för att klandra SiS för att hemmet skulle ha brustit i sin uppsikt över flickan.

Bakgrund

I september 2016 beslutade ordföranden i Socialnämnden i Gävle kommun att omedelbart omhänderta AA, som då var 13 år gammal, med stöd av bestämmelsen i 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). I oktober 2016 placerades AA vid ett särskilt ungdomshem som Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för.

Socialnämnden ansökte hos Förvaltningsrätten i Falun att AA skulle ges vård med stöd av LVU bl.a. på grund av att hon hade ett socialt nedbrytande beteende och att det fanns en påtaglig risk för att hennes hälsa och utveckling skulle skadas. I en dom i november 2016 beslutade förvaltningsrätten att AA skulle ges vård med stöd av 1 och 3 §§ LVU.

Socialnämnden i Gävle kommun bestämde att AA skulle vårdas vid ett särskilt ungdomshem. Hon placerades på ett sådant hem i oktober 2016 för att i mars 2017 flyttas över till SiS ungdomshem Rebecka. Hon hade vårdats i enskildhet vid två ungdomshem i nästan åtta månader i sträck när hon tog sitt liv den 13 juli 2017 på ungdomshemmet Rebecka.

Anmälan

I en anmälan till JO framförde BB klagomål mot Socialnämnden i Gävle kommun och mot SiS ungdomshem Rebecka. Hon ifrågasatte bl.a. om hemmet hade brustit i sin tillsyn av AA.

Utredning

JO tog del av journalanteckningar från SiS som gällde AA. Sedan begärde JO att SiS skulle yttra sig i fråga om de rutiner som tillämpas vid tillsyn av ett barn vid vård i enskildhet respektive när det kan finnas behov av annan särskild tillsyn. Yttrandet skulle även innefatta en redogörelse för den tillsyn som hemmet hade över AA och myndighetens bedömning av om tillsynen om henne har levt upp till de krav som ställs på tillsyn av ett barn som vistas i ett särskilt ungdomshem.

I ett remissvar anförde SiS bl.a. följande (de omnämnda bilagorna har utelämnats):

Inledning

SiS har remitterat anmälan till institutionschefen vid Rebecka och till Vård- och behandlingsenheten vid SiS. Uppgifter har även hämtats in från Forsknings- och utvecklingsenheten vid SiS. Ytterligare underlag har utgjorts av Riktlinjer för självmordsprevention och hantering av allvarliga självmordsförsök och självmord inom SiS samt av flickans journal.

SiS yttrande

Tidigare utredningar rörande anmäld händelse

Den 18 juli 2017 mottog SiS en avvikelserapport enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). SiS bedömde att händelsen hade medfört en allvarlig vårdskada och anmälde händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den 11 september 2017.

Den 17 juli 2017 mottog SiS en lex Sarah-rapport enligt 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) från institutionschefen vid Rebecka. Rapporten gällde brister i larmsystemet som gjorde att larmet inte fungerade vid tidpunkten för den anmälda händelsen. SiS anmälde händelsen den 4 augusti 2017. I den lex Sarah-utredning som följde på anmälan gjorde SiS bedömningen att missförhållandet var hänförligt dels till brister i larmsystemet och dels till brister i de lokala rutinerna vid Rebecka samt att missförhållandet var allvarligt. Utredningen gavs in till IVO den 3 oktober 2017. IVO har inte fattat beslut i ärendet.

Rättslig reglering m.m.

Det framgår av 15 b § LVU att den intagne får beredas vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn, om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker eller för att i övrigt genomföra vården. Om det krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet, får en intagen på en sådan enhet hindras från att träffa andra intagna (vård i enskildhet).

Enligt 15 b § andra stycket LVU får den intagne vårdas vid en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock

vården vid enheten pågå längre tid, förutsatt att något av de fall som anges i första stycket fortfarande föreligger och att den intagne samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. En fråga om vård i enskildhet ska prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning.

I 20 a § LVU anges att tvångsåtgärder enligt 15-15 c §§ och 17-19 §§ LVU får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas.

När det gäller frågan hur tillgången till personal ska se ut under den tid man vårdas i enskildhet framgår det inledningsvis av förarbetena (prop. 2002/03:53) att en ungdom som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal. Vid en redogörelse för skillnaderna mellan vård i enskildhet och vård i avskildhet, anges dock att vård i enskildhet innebär att den intagne ständigt vistas tillsammans med personal (a. prop. s. 98 ff.).

IVO har i ett tillsynsbeslut den 10 mars 2014 rörande SiS ungdomshem Margretelund uttalat sig över tillgången till personal vid vård i enskildhet, bilaga 1. IVO ansåg i det fallet att den praktiska utformningen av vården var utformad på sådant sätt att den unge löpte risk att bli isolerad. Det förhållandet att den unge hade möjlighet att knacka på en dörr till avdelningen där andra intagna och personal vistades samt att den unge hade möjlighet att påkalla personalens uppmärksamhet med tekniska hjälpmedel föranledde ingen annan bedömning. IVO uttalade bl.a. följande. Vård i enskildhet bör tillämpas undantagsvis och under kortare perioder tillsammans med enbart personal. En annan utformning av vård i enskildhet – utan personal – medför att den enskildes tillstånd försämrats. Det förhållandet att vårdformen vård i enskildhet ska ges på ett sådant sätt att den unge är tillsammans med personal förhindrar isolering samt möjliggör att det byggs upp ett förtroende för den unge och personalen som i sin tur kan medföra att vård i enskildhet kan upphöra.

SiS rutiner för personalens närvaro vid vård i enskildhet och tillsyn

Vård i enskildhet

SiS Riktlinjer/Juridik LVU motsvarar förarbetena när det gäller personalens närvaro vid vård i enskildhet. Inledningsvis används alltså begreppet ständig tillgång till personal och därefter ständigt vistas tillsammans med personal (Riktlinjer/Juridik LVU flik 6:31 ff.).

Rebecka har kommit in med Lokal rutin vid vård i enskildhet, se bilaga 2. Av denna framgår bl.a. att utgångspunkten alltid är att den unge har personal hos sig hela tiden. Vidare framgår att om den unge inte vill ha personal ständigt närvarande är det rimligt att lämna den unge stundvis om den unge har möjlighet att påkalla personalens uppmärksamhet under denna stund.

Tillsyn

Utöver personalens närvaro vid vård i enskildhet kan det finnas skäl att ha tillsyn på grund av suicidrisk eller av annan anledning.

SiS har Riktlinjer för självmordsprevention och hantering av allvarliga självmordsförsök och självmord inom SiS, bilaga 3. Av riktlinjerna framgår bl.a. att samtliga institutioner ska ha en lokal rutin för suicidprevention.

Rebeckas lokala rutin för suicidprevention biläggs, bilaga 4.

Rebeckas Definitioner och rutin vid tillsyn och stödjour biläggs, bilaga 5.

Av SiS riktlinjer för suicidprevention framgår bl. a. att behandling med anledning av akut risk för självmordshandling ska ske inom psykiatrisk slutenvård. När det inom den psykiatriska slutenvården bedöms att den akuta risken är över kan fortsatt vård och behandling ske vid SiS. Likväl kan SiS göra en egen bedömning av behov av extra tillsyn. Denna tillsyn kan vara ständig

tillsyn (den enskilde lämnas inte ur sikte) eller periodisk tillsyn (kontroll minst var 15:e minut).

Forsknings- och utvecklingsenheten vid SiS har uppgett bl.a. följande rörande tillsyn. Vid akut risk för suicid ska ständig tillsyn ges och då får den unge inte lämnas ur sikte. Vid misstanke om förhöjd suicidrisk tillämpas periodisk tillsyn minst var 15:e minut, som dokumenteras i en särskilt avsedd signeringslista. Både ständig och periodisk tillsyn kan upplevas som påträngande av den unge och kan påverka behandlingsallians och behandlingsutfall negativt. Därför ska tillsyn användas restriktivt.

Redogörelse för vård i enskildhet och tillsyn vid Rebecka

Av institutionschefens yttrande som redovisas i det följande framgår att flickan hade tillsyn var 15:e minut, trots att ingen akut självmordsrisk ansågs föreligga. Av journalen framgår att tillsynen utövades sista gången ca kl. 19.40 den 13 juli 2017. Det framgår vidare att flickan då fick besked om att en särskild personal som hon hade efterfrågat skulle komma om 15 minuter. Den efterfrågade personalen kom till flickans rum ca kl. 19.52 men fick inget svar. Personalen hittade flickan och tryckte på larmet ca kl. 19.54.

Institutionschefen vid Rebecka har uppgett i huvudsak följande.

I början av sin vistelse vid Rebecka hade flickan tät tillsyn, med anledning av ett tidigare självmordsförsök vid en annan institution, hennes beteende och den suicidscreening som gjordes vid intag. Hon bokades in på bedömningssamtal med psykolog kort efter ankomst men medverkade inte i samtalen varför en fullständig suicidbedömning var svår att göra. Hon fungerade däremot mycket väl jämfört med tidigare placering och det ansågs att hon gjorde behandlingsframsteg. Efter en självdestruktiv handling i april 2017 fördes hon till BUP för en psykiatrisk bedömning av suicidrisk. Hon bedömdes inte vara suicidal och återkom till institutionen samma kväll.

Efter denna händelse hade flickan ständig tillgång till personal. Om hon ville vara ensam t.ex. för att duscha eller vila så var tillsynsgraden var 15:e minut, trots att ingen akut självmordsrisk ansågs föreligga. Om hon ville vara i fred befann sig personal utanför hennes rum eller på den angränsande avdelningen. Syftet med denna tillsyn var att säkerställa att hon verkligen inte ville ha en person närvarande hos sig. Hon hade även möjlighet att påkalla personals uppmärksamhet via en s.k. påkallningsknapp, vilket är en larmknapp som går till behandlingsassistenternas telefoner.

Rebeckas erfarenhet av ständig tillsyn (klossvak) är att den är starkt integritetskränkande och att den hämmar vården och behandlingen. Ständig tillsyn ska därför användas mycket restriktivt, under begränsad tid och endast då akut självmordsrisk föreligger.

Lokalerna för vård i enskildhet på flickans avdelning befinner sig i en påbyggnadsdel på en äldre avdelning (nedan benämnd som avdelningen). I påbyggnadsdelen finns även kontor och dagtid befinner sig oftast personal i den delen så att den unge lätt kan påkalla uppmärksamhet. Varje dag avsätts en person som ska arbeta med vård i enskildhet. Kvällstid har man oftast någon hos sig när man vårdas i enskildhet, något som ungdomarna själva brukar vilja ha.

Flickan upplevdes göra behandlingsframsteg och deltog i flera insatser i sin behandlingsplanering såsom skola och aktiviteter utanför institutionsområdet. Den 20 juni 2017 var hon utagerande och ansågs förvirrad. Hon togs därför till BUP för psykiatrisk bedömning. BUP bedömde att hon inte var suicidal och flickan återkom till Rebecka samma dag.

Under hela tiden vid Rebecka träffade flickan institutionens läkare med jämna mellanrum. Den 15 juni 2017 visade hon i samtal med läkaren inte några psykiska symptom, ångest eller nedstämdhet enligt läkarens bedömning. Läkaren bedömde att det inte heller framkom något psykotiskt i detta samtal. Flickan

träffade och bedömdes även av institutionens psykologer. Två dagar innan flickan avled gjorde en av psykologerna bedömningen att "inget suicidalt eller psykotiskt framkommer". Samma dag som flickan tog sitt liv träffade hon läkaren för att följa upp medicineringen. Han uppmärksammade inget som föranledde någon förändring i tillsynsgrad. Institutionschefen påpekade att i de bedömningssamtal som hölls av institutionens psykologer gav flickan bristfällig kontakt och var svårbedömd.

Under eftermiddagen den 13 juli 2017 var flickan ute tillsammans med personal. Hon upplevdes som glad och skämtsam under utflykten. Vid återkomst till institutionen uppgav hon att hon ville vila ifred. Förhållningssättet var då att hon hade rätt att vara ifred men att tillsyn skulle ske var 15:e minut. Det fanns inget i hennes beteende den senaste tiden eller den aktuella dagen som gjorde att personalen ifrågasatte denna bedömning. Personalen som arbetade under kvällen hade gått en intern utbildning i självmordsprevention under våren.

Trots att institutionen har följt gällande riktlinjer, utbildat personal i suicidprevention och haft tillsyn har händelsen inträffat. Utifrån de observationer, bedömningar och samtal som har förts har de inte uppfattat att de hade kunnat vidta andra åtgärder. De kan dock konstatera att alla insatser som erbjudits inte har dokumenterats, vilket är ett förbättringsområde som inte har påverkat utfallet men som skulle ha underlättat uppföljningen av ärendet vid granskning.

Eftersom Rebecka har målgruppen suicidnära ungdomar kommer risken för självmordsförsök och fullbordade självmord vara hög. Suicidprevention är ett ständigt pågående arbete och en ständigt aktuell fråga vid institutionen. Rutiner för suicidprevention, utbildning av personal och samarbete med psykiatri är fortsatt högt prioriterat. Varje år avvärjer Rebecka flera självmordsförsök. Ett fullbordat självmord skedde 2007. Det är det enda som har inträffat vid institutionen fram till i dag.

Avdelningsföreståndaren vid Rebecka har upplyst att det under nattetid när flickan var placerad på institutionen fanns en vaken personal i personalexpeditionen på avdelningen. På avdelningen fanns även en sovande behandlingsassistent. En s.k. tillsynsjour, en behandlingsassistent som fungerar som en rådgivande länk mellan beredskapen och avdelningarna, var stationerad på en avdelning i en annan byggnad och kunde hjälpa till vid behov. Om natten fick flickan använda påkallningsknappen för att kalla på uppmärksamhet.

Institutionschefens uppgift ovan om Rebeckas erfarenhet av tillsyn bekräftas av ett yttrande från legitimerad psykolog och utredare vid SiS huvudkontor som anger att både ständig och periodisk tillsyn kan upplevas som invasiva av ungdomen och kan påverka behandlingsallians och behandlingsutfall negativt. Därför ska tillsyn användas restriktivt. Personalen beviljade därmed flickans önskan om att få vara själv på rummet. Dock tittade personalen till henne var 15:e minut för att se om hon ändrat sig avseende sällskap av personal samt för att ha uppseende över hennes mående. Tillsynen var inte kopplad till en specifik oro för flickans tillstånd eller till förhöjd risk för suicid och därmed dokumenterades inte tillsynen i signeringslista.

SiS bedömning

Vård i enskildhet

Det kan inledningsvis konstateras att regelverket är otydligt när det gäller personalens närvaro vid vård i enskildhet. Vilken grad av närvaro som krävs uttrycks både som att den enskilde ska ha ständig tillgång till personal och som att den enskilde ständigt ska vistas tillsammans med personal. Detta lämnar utrymme för olika tolkningar. Denna otydlighet avspeglas i SiS riktlinjer.

SiS anser att utgångspunkten är att den som vårdas i enskildhet alltid ska vistas tillsammans med personal. Personalens närvaro är viktig för att förhindra isolering. Enligt SiS bedömning innebär det vid inomhusvistelse att personalen

antingen ska befinna sig i samma rum som den enskilde eller i ett anslutande rum till den enskildes boenderum.

Den enskilde ska kunna påkalla personalens uppmärksamhet utan att behöva t.ex. knacka på en dörr eller använda sig av något tekniskt hjälpmedel. Detta stämmer överens med IVO:s beslut ovan. När det är fråga om tillsyn under nattetid råder delvis andra förutsättningar, se nedan.

SiS anser att om den enskilde vill vara ifred måste hänsyn tas till hans eller hennes önskemål och rätt till integritet. Personalen kan då lämna den del av lokalen som är avsedd för vård i enskildhet kortare stunder. Bedömningen av om den enskilde kan lämnas ensam måste bedömas i varje enskilt fall. Det kan finnas olika anledningar till att den enskilde vårdas i enskildhet. Den som vårdas i enskildhet på grund av sitt psykiska mående, t.ex. ett självskadande beteende kanske i perioder inte kan lämnas ensam överhuvudtaget. Den som vårdas i enskildhet på grund av konflikter med andra på avdelningen kanske kan lämnas ensam i större utsträckning. Det får dock aldrig bli fråga om några längre perioder som verkar isolerande för den enskilde. Om den enskilde lämnas ensam måste det även vara möjligt för honom eller henne att påkalla personalens uppmärksamhet. Det måste alltid finnas resurser avsatta för den som vårdas i enskildhet så att personalen inte är upptagen av annat när den enskilde efterfrågar personalens närvaro.

Nattetid kan det dock enligt SiS mening, finnas fog för att ha en ordning där den enskilde lämnas ensam men kan nå personalen, t.ex. med tekniska hjälpmedel. Det förutsätter att institutionen har gjort en bedömning i det enskilda fallet av den enskildes behov av tillsyn. Hänsyn bör t.ex. kunna tas till om den enskilde regelmässigt sover hela natten. Enligt SiS bedömning motsvarar också den nu beskrivna graden av närvaro ett krav på ständig tillgång till personal.

Det nu aktuella fallet

Av utredningen framgår att det avsattes personal att arbeta med flickan varje dag. Om hon ville vara ifred befann sig personal utanför hennes rum i påbyggnadsdelen eller i den angränsande avdelningen. I kontorsrummen i påbyggnadsdelen fanns oftast personal dagtid. Enligt institutionen hade flickan en enkel möjlighet att påkalla uppmärksamhet. Hon hade även möjlighet att använda den s.k. påkallningsknappen. Rebecka gjorde en bedömning av hennes behov och flickan hade tillsyn var 15:e minut under de perioder hon ville vara ifred. Motivet bakom tillsynen var att säkerställa att hon inte hade ändrat sig i frågan om hon ville ha personal närvarande. Bedömningen byggde alltså inte på att man ansåg att det fanns en suicidrisk. Mot bakgrund av dessa uppgifter är det enligt SiS mening klarlagt att flickan dagtid oftast har vistats tillsammans med personal. När hon har velat vara i fred har hon i stället haft tillsyn var 15:e minut och alltså med ständig tillgång till personal. Det bör här i klarhetens intresse påpekas att den uppsikt det nu är fråga om inte ska förväxlas med den tillsyn som benämns "tät tillsyn" enligt de tillsynsgrader som tillämpas på Rebecka. Det var i stället fråga om särskilt beslutad tillsyn när flickan velat vara i fred.

Nattetid har en vaken och en sovande behandlingsassistent varit tillgängliga men inte i den del av byggnaden som flickan har befunnit sig i. Det har även funnits en tillgänglig personal stationerad på en avdelning på en annan del av institutionsområdet. Hon har kunnat kalla på personal genom påkallningsknappen. Nattetid har flickans tillgång till personal således varit i enlighet med de krav på vård i enskildhet som följer av lagstiftningen.

Det är SiS bedömning att den tillsyn och vård som flickan fått under dag- och nattetid inte verkat isolerande för henne.

Tillsyn på grund av suicidrisk

När det gäller tillsyn av flickan på grund av suicidrisk så är det SiS bedömning att Rebecka har följt myndighetens riktlinjer för suicidprevention under den tid som flickan var placerad på institutionen. Två dagar innan flickan avled gjordes

en risk- och behovsbedömning av en psykolog som ansåg att inget suicidalt eller psykotiskt framkom. Samma dag som flickan tog sitt liv träffade hon en läkare för att följa upp sin medicinering och denne uppmärksammade inget som föranledde någon förändring i tillsynsgrad. Mot denna bakgrund är det SiS uppfattning att Rebecka har gjort vad som varit möjligt att göra i frågan om lagstiftningens krav på adekvat och relevant vård och samtidig hänsyn till den enskildes personliga integritet.

BB kommenterade remissvaret.

JO tog del av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut med anledning av SiS anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria (dnr 8.1.2-28562/2017-3 och 8.1.1-32320/2017-7) om omständigheterna kring AA:s dödsfall. JO tog också del av bl.a. IVO:s tillsynsbeslut den 6 mars 2018 om ungdomshemmet Rebecka (dnr 8.4.2-34198/2017-7) och två beslut som IVO fattade om Socialnämnden i Gävle kommuns handläggning av ärendet om AA (dnr 8.5-27174/2017-5 och dnr 8.5-27174/2017-19).

Rättslig reglering

Allmänt

Socialnämnden ska sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver. Om barnets eller den unges bästa motiverar det ska nämnden sörja för att han eller hon får vård och fostran utanför det egna hemmet (5 kap. 1 § socialtjänstlagen [2001:453], SoL).

Insatser inom socialtjänsten för barn och unga ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i SoL. Om det inte är möjligt att ge barnet eller den unge det stöd eller den hjälp som han eller hon behöver i frivilliga former kan vården under vissa förutsättningar ges utan samtycke enligt bestämmelserna i LVU. Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet.

Vård med stöd av LVU

Vård med stöd av LVU kan komma i fråga om någon av de situationer som anges i 2 § (brister i barnets hemmiljö) eller 3 § (den unges eget beteende) LVU är uppfyllda och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv (1 § LVU).

Vård enligt 3 § LVU ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Beslut om vård med stöd av LVU fattas av förvaltningsrätten efter en ansökan av socialnämnden (4 § LVU). Socialnämnden får under vissa förutsättningar besluta att den unge omedelbart ska omhändertas i väntan på rättens prövning av frågan om vård (6 § LVU).

Placering vid ett särskilt ungdomshem

Socialnämnden bestämmer hur vården av den unge ska ordnas och var han eller hon ska vistas under vårdtiden (11 § LVU).

För vård av barn och unga som på någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under särskilt noggrann tillsyn ska det finnas särskilda ungdomshem. SiS ansvarar för verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen. Om socialnämnden har beslutat att barnet eller den unge ska vistas i ett särskilt ungdomshem ska SiS enligt 12 § LVU anvisa plats i ett sådant hem. SiS gör alltså inte någon egen bedömning av om det är lämpligt att barnet eller den unge vistas i ett sådant hem.

SiS har särskilda befogenheter

För att kunna genomföra vården eller för att upprätthålla säkerheten vid hemmet har SiS särskilda befogenheter som regleras i LVU. Ett barn eller en ung person som ges vård i ett sådant hem på någon grund som anges i 3 § LVU får bl.a. underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården ska kunna genomföras eller när det behövs av hänsyn till de andra intagnas eller personalens säkerhet. Han eller hon får under vissa förutsättningar även ges vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar eller på något annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn, s.k. vård vid låsbar enhet (15 och 15 b §§ LVU). SiS kan också besluta att barnet eller den unge ska hållas avskild (15 c § LVU) eller vårdas i enskildhet (15 d § LVU).

De särskilda befogenheterna får bara användas om den aktuella åtgärden står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om det finns mindre ingripande åtgärder som är tillräckliga ska de användas (20 a § LVU).

Den 1 oktober 2018 ändrades bestämmelserna om bl.a. avskiljning och vård i enskildhet men de ändringar som gjordes har inte inneburit någon ändring i sak när det gäller de frågor som jag nu ska bedöma. Jag kommer därför att i det följande hänvisa till lydelsen som de aktuella bestämmelserna har sedan den 1 oktober 2018.

Bedömning

Granskningen av ärendet om AA

AA vårdades enligt 1 och 3 §§ LVU på grund av att hon ansågs ha ett socialt nedbrytande beteende. Socialnämnden i Gävle kommun bestämde att AA skulle få vård vid ett särskilt ungdomshem. Hon placerades inom SiS i oktober 2016 och hade vårdats i enskildhet vid två ungdomshem i nästan åtta månader i sträck när hon tog sitt liv i juli 2017.

Det övergripande ansvaret för vården av AA låg på socialnämnden. Nämndens handläggning har bedömts av IVO, som är ordinarie tillsynsmyndighet över socialtjänsten. JO brukar inte uttala sig i frågor som har prövats av en ordinarie

tillsynsmyndighet. Det som har kommit fram om socialnämndens handläggning i detta fall ger inte mig anledning att frånga den principen.

Min granskning är inriktad på om ungdomshemmet Rebecka har brustit i sin uppsikt över AA när hon vårdades där. En fråga är om hemmet har åsidosatt bestämmelserna om vård i enskildhet genom att AA lämnades ensam i den del av hemmet där hon var placerad. En annan fråga är om hemmet har låtit bli att agera på eventuella signaler om att det fanns en risk för att AA skulle ta sitt liv.

Den som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal

I ärendet väcks ett antal allmänna och mer övergripande frågor när det gäller vård i enskildhet, bl.a. vilken tillgång till personal som barnet eller den unge då ska ha.

Både bestämmelserna om avskiljande (15 c § LVU) och bestämmelserna om vård i enskildhet (15 d §) innebär att den enskilde inte fritt får träffa andra boende vid hemmet.

Den unge får hållas i avskildhet om det är särskilt påkallat på grund av att han eller hon uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Han eller hon ska då stå under fortlöpande uppsikt av personalen och ha möjlighet att tillkalla personal (15 c § LVU). Den unge får endast hållas i avskildhet under en kort tid. Om den enskilde hålls avskild innebär det att han eller hon inte har någon annan kontakt med andra vid hemmet än att han eller hon står under fortlöpande uppsikt av personalen (jfr prop. 2002/03:53 s. 106).

Om det krävs med hänsyn till barnets eller den unges speciella behov av vård eller säkerhet eller säkerheten vid hemmet kan han eller hon ges vård i enskildhet (15 d § LVU). En förutsättning för vård i enskildhet är således att barnet eller den unge har särskilda svårigheter som gör att han eller hon inte kan tillgodogöra sig behandlingen i större grupp, t.ex. på en ”vanlig” avdelning.

Bestämmelsen om vård i enskildhet kom till för att det fanns ett behov bl.a. av behandlingsskäl att kunna vårda den som vistas på ett särskilt ungdomshem utan att han eller hon fritt får träffa andra som vårdas där. Det finns fall där barnet eller den unge över huvud taget inte kan vistas tillsammans med andra som vårdas vid hemmet. I dessa fall kan det vara avsevärt mer humant att låta barnet eller den unge under en period vistas tillsammans med enbart personal (prop. 2002/03:53 s. 98). Vård i enskildhet får inte pågå längre tid än vad som krävs i det enskilda fallet. En fråga om vård i enskildhet ska därför prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från den senaste prövningen.

Den som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal (prop. 2002/03:53 s. 98 och prop. 2017/18:169 s. 73). På det sättet skiljer sig alltså vård i enskildhet från situationen att någon hålls avskild eftersom han eller hon då vistas tillsammans med personal. Vården i enskildhet skiljer sig också från

avskiljning på så sätt att den ska svara mot ett väl definierat vårdbehov hos barnet eller den unge och som normalt bör vara av sådan art att det klart och tydligt kan beskrivas i hans eller hennes individuella behandlingsplan som upprättas vid hemmet (prop. 2002/03:53 s. 98 och 99).

I detta sammanhang kan jag nämna att det den 1 oktober 2018 infördes en ny bestämmelse i LVU som ska tydliggöra att det är viktigt att vården i enskildhet har ett tydligt syfte och innehåll (15 d §). Vården ska således vara anpassad efter barnets eller den unges individuella vårdbehov (prop. 2017/18:169 s. 74).

När det gäller bestämmelserna om att hålla någon avskild eller om att vårda någon i enskildhet finns motsvarande bestämmelser i 34 a och 34 b §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Att den som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal innebär inte att personal hela tiden måste finnas i samma rum som den enskilde. I vilken utsträckning som personal ska finnas hos honom eller henne måste bedömas utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Behovet av att personal finns hos den som vårdas i enskildhet skiljer sig beroende på om det t.ex. är fråga om en vuxen äldre person som är intagen på ett LVM-hem eller om det handlar om vård på ett särskilt ungdomshem av ett barn i de nedre tonåren med en psykiatrisk problematik.

En grundläggande princip för tvångsvården, oavsett om den sker med stöd av LVM eller LVU, är också att den ska bedrivas med respekt för den enskildes integritet. Om den enskilde förklarar att han eller hon vill vara ensam finns det ofta anledning för hemmet att beakta det önskemålet. Det finns dock en risk för att vården i enskildhet kan innebära att den enskilde isolerar sig. En sådan isolerande verkan av vården måste motverkas. Hemmet måste därför ibland frångå den enskildes önskemål om att få lämnas i fred. Hemmet måste även se till att den enskilde aktiveras och motiveras att ha kontakt med andra och se till att det skapas förutsättningar för detta. Utgångspunkten är att vården i enskildhet ska bedrivas så att den enskilde så snart som möjligt kan återgå till att vårdas vid en avdelning tillsammans med andra som vårdas vid hemmet. Hur vården mer i detalj ska utformas ska anges i den individuella behandlingsplan som upprättas vid hemmet.

När det gäller barn och unga som vårdas i enskildhet vid ett särskilt ungdomshem ligger det mer eller mindre i sakens natur att hemmet aktivt måste motverka varje tendens till att vården i enskildhet blir isolerande. Detta ställer stora krav på att personalen vistas tillsammans med barnet eller den unge, ser till att han eller hon aktiveras, att han eller hon i så stor utsträckning som det är möjligt och lämpligt ges tillfälle att vistas tillsammans med andra som vårdas vid hemmet och t.ex. deltar i gemensamma aktiviteter som ordnas. Det går inte att ange i generella termer i hur stor utsträckning den unge kan lämnas ensam. Det är en fråga som måste övervägas när hemmet planerar vården. Jag vill i detta sammanhang påminna om bestämmelsen i 15 d § andra stycket LVU där

det anges att vården ska vara anpassad efter barnets eller den unges individuella vårdbehov.

SiS ska ha uppsikt över de barn och unga som vistas i ett särskilt ungdomshem

De särskilda ungdomshemmen har till syfte att vårda barn och unga som på någon grund som anges i 3 § LVU vistas på ett sådant hem och som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn.

Om avskiljande anges det i 15 c § första stycket LVU att personalen ska ha fortlöpande uppsikt över den unge under den tid som han eller hon hålls avskild. Någon sådan bestämmelse finns inte när det gäller den som vårdas i enskildhet. Det framstår dock som en självklarhet att hemmet ska hålla uppsikt över de barn och unga som vistas där också när de inte är avskilda. För att kunna ge god vård som är trygg och säker behöver personalen ha uppsikt över de barn och unga som vistas i hemmet i den utsträckning som är nödvändig. Detta gäller inte minst för att hemmet t.ex. ska kunna uppmärksamma eventuella tecken på att det finns risker för att ett barn eller en ungdom ska skada sig själv eller ta livet av sig. I sådana situationer kan hemmet besluta att barnet eller den unge ska stå under s.k. extra tillsyn.

Vid sidan av en lokal rutin för suicidprevention (daterad 2015-11-02) har ungdomshemmet Rebecka utarbetat en rutin för tillsynen över de som vårdas vid hemmet. Utöver rutinen för suicidprevention har jag tagit del av rutindokumentet Definitioner och rutiner vid tillsyn och stödjour (daterat 2017-03-30). Båda dessa rutindokument kan sägas bygga på SiS riktlinjer för självmordsprevention och hantering av allvarliga självmordsförsök och självmord inom SiS (dnr 1.4.2-1945-2015). I SiS riktlinjer, som berör myndighetens hela verksamhet, framhålls att samtliga SiS-institutioner ska ta fram konkret utformade lokala rutiner. Utgångspunkten för riktlinjerna är att god omvårdnad av en självmordsnära person syftar till att garantera dennes säkerhet och skapa en trygg relation. I riktlinjerna anges bl.a. i vilka fall ett hem ska fatta beslut om extra tillsyn vid misstanke om självmordsrisk. I riktlinjerna har SiS delat upp den extra tillsynen i två kategorier av tillsyn, nämligen ständig tillsyn och periodisk tillsyn. Med ständig tillsyn avses att barnet eller den unge inte får lämnas ur sikte, gå ensam på toaletten eller lämna avdelningen. Vid periodisk tillsyn kontrolleras barnet eller den unge minst var femtonde minut dygnet runt och han eller hon får inte lämna avdelningen ensam.

Sådan extra tillsyn vid misstanke om självmordsrisk kan alltså behövas för att kontrollera hur barnet eller den unge mår. Som framgått kan extra tillsyn innebära att barnet eller den unge inte får lämnas ensam över huvud taget eller att personalen ska se till barnet eller den unge med vissa intervaller. Tillsynen syftar till att hemmet ska kunna vidta åtgärder för att säkra barnets eller den unges liv eller hälsa.

Av de lokala rutiner vid tillsyn som ungdomshemmet Rebecka tagit fram enligt ovan framgår att hemmet använder tre tillsynsgrader: tillsyn, tät tillsyn och klossvak. Syftet med tillsynen är att observera hur ungdomen mår. Tillsyn sker var trettionde minut medan tät tillsyn sker minst var femtonde minut. Klossvak, som är den högsta tillsynsgraden och bara ska användas då det föreligger hög självmordsrisk, innebär att barnet eller den unge står under ständig tillsyn. Tillsyn och tät tillsyn behöver inte göras när barnet eller den unge sover. Vid klossvak ska barnet eller den unge observeras när han eller hon sover. Enligt rutinen kan vem som helst i personalgruppen ”sätta in” tillsyn. Därefter ska närmaste chef/beredskap omgående kontaktas och denne ansvarar bl.a. för att riskbedömningen uppdateras och att vidtagna åtgärder dokumenteras. Det framgår också av rutinen vad som ska dokumenteras och vem som kan besluta om att minska tillsynsgraden eller bestämma att den beslutade tillsynen ska upphöra.

Innan jag går över till min bedömning av frågan om vården av AA i enskildhet kan anses ha uppfyllt kraven i LVU kan jag konstatera att det som har kommit fram i ärendet inte ger anledning för mig att göra något särskilt uttalande i fråga om hemmets rutiner beträffande de tillsynsformer som nu redovisats. Jag kan i det sammanhanget konstatera utifrån journalanteckningarna att AA inte var föremål för någon form av extra tillsyn under sin sista tid på ungdomshemmet Rebecka och inte heller under den dag då hon valde att avsluta sitt liv.

Har vården i enskildhet av AA bedrivits enligt de krav som finns i LVU? Jag har här ovan redovisat min syn på vad uttalandena i förarbetena om att den som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal innebär. SiS har i sitt yttrande redogjort för i vilken utsträckning som AA hade personal hos sig den aktuella dagen. Jag har i den delen även tagit del av ungdomshemmets journalanteckningar. Det som har kommit fram i ärendet om AA ger mig inte underlag för att dra någon annan slutsats än den att AA hade ständig tillgång till personal den aktuella dagen.

Fråga är då om hemmet har brustit i sin uppsikt över AA och om hemmet underlåtit att agera på signaler om att AA mådde särskilt dåligt den aktuella dagen.

För att kunna ge god vård som är trygg och säker behöver personalen ha uppsikt över de barn och unga som vistas i hemmet i den utsträckning som är nödvändig. Vid en genomgång av AA:s journalanteckningar framkommer det flera tecken på att hon under sina vistelser på SiS ungdomshem haft återkommande perioder då hon inte mådde bra. Hon hade det senaste året bl.a. gjort ett försök att ta sitt liv. Det skedde i januari 2017 på det ungdomshem där AA först vistades. Vid det tillfället lyckades personalen vid hemmet att avvärja försöket i sista stund. I april 2017 utförde AA en handling som kunde uppfattas som att hon hade tankar på att ta livet av sig. Efter den händelsen bedömde en läkare inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) att AA trots allt inte var

suicidal. Enligt en anteckning i hennes journal hade AA berättat att hon utförde handlingen för att hon kände sig ensam och ville ha personalens uppmärksamhet. BUP gjorde även en psykiatrisk bedömning av AA den 20 juni 2017, men inte heller vid det tillfället bedömde BUP att hon var suicidal. Den 11 juli 2017, dvs. två dagar innan AA avled, gjorde en psykolog vid hemmet en behovs- och riskbedömning av henne. I en journalanteckning anges att det då inte kommit fram något som tydde på att AA vid den tidpunkten hade tankar på att ta sitt liv.

Enligt hemmet fanns det inte heller något i AA:s beteende under hennes sista tid eller under den aktuella dagen som tydde på en förhöjd risk för att hon skulle skada sig själv, varför hemmet inte bedömde att hon var i behov av sådan extra tillsyn som hemmet i så fall hade kunnat besluta om. Med hänvisning till anteckningarna har SiS angett att AA visade bristfällig kontakt och att läkare och psykologer vid hemmet hade svårt att göra en bedömning av henne.

Av journalanteckningarna från den 13 juli 2017, dvs. dagen när AA tog sitt liv, framgår att AA hade varit och handlat med två behandlingsassistenter. Hon kom tillbaka till hemmet vid 13-tiden. SiS har i sitt remissvar uppgett att AA ville vara i fred när hon kom tillbaka till hemmet och att personalen i enlighet med den rutin som hemmet brukade tillämpa såg till henne med femton minuters mellanrum. Detta skedde sista gången kl. 19.40. Hon frågade då efter en särskild person ur personalen och fick beskedet att denna person skulle komma efter femton minuter. Kl. 19.52 kom den person som AA hade efterfrågat till hennes rum. Hon hittade AA två minuter senare och utlöste samtidigt ett larm.

De bedömningar och avvägningar som personalen på ett ungdomshem hela tiden måste göra för att kunna uppmärksamma och häva tillstånd som kan leda fram till att ett barn eller en ungdom skadar eller tar livet av sig är svåra och ställer höga krav på vården och personalens förmåga att tolka signaler från den enskilde på förhöjd risk. När det gäller hemmets bedömning den aktuella dagen av AA och hennes tillstånd har SiS uppgett att personalens upplevelser av AA inte skilde sig från andra dagar när hon hade önskat och fått vara ensam. Att personalen ändå såg till AA var femtonde minut berodde inte på att det hade fattats ett beslut i hennes fall om extra tillsyn, dvs. ett beslut som grundade sig på en specifik oro för hennes tillstånd eller som var kopplat till en förhöjd självmordsrisk. Med det som utgångspunkt och när utredningen i övrigt inte ger några hållpunkter för slutsatsen att händelseförloppet inte beskrivits på ett korrekt sätt anser jag mig inte heller ha underlag för att ifrågasätta de bedömningar som hemmet gjorde dels i frågan om AA kunde lämnas ensam under kortare stunder, dels när det gäller frågan om inte AA med hänsyn till vad som hände trots allt var i behov av extra tillsyn den aktuella dagen.

En samlad bedömning av hemmets agerande

Trots att hemmet bedömde att AA inte behövde extra tillsyn den aktuella dagen kan jag konstatera att hemmet, under den tid som AA lämnades i fred, hade

uppsikt över henne med täta mellanrum. Som nämnts såg personalen till henne var femtonde minut i syfte att återkommande fråga om hon ville ha sällskap i stället för att fortsätta att vara ensam och för att ha uppsikt över hur hon mådde. Att AA trots det kunde ta sitt liv är givetvis ett misslyckande. Det är det alltid när ett barn eller en ungdom som är omhändertagen för samhällsvård tar sitt liv på ett ungdomshem där han eller hon vårdas. Utifrån den riskbedömning som hemmet gjorde i AA:s fall konstaterar jag dock att personalen vid hemmet hade ordnat vården och tillsynen av henne på ett godtagbart sätt. Det finns därmed inte någon grund för mig att klandra SiS för att AA lämnades ensam vid vissa tillfällen den aktuella dagen eller för att hemmet skulle ha brustit i sin uppsikt över henne.

Krav på dokumentation

Handläggningen av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras (11 kap. 5 § första stycket SoL). Av dokumentationen ska det framgå vilka beslut som fattats och de åtgärder som vidtagits samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5).

Enligt föreskrifterna ska journalanteckningar och andra handlingar som rör enskilda hållas ordnade på ett sådant sätt att det enkelt går att följa och granska handläggningen av ärenden, åtgärder som vidtas i samband med verkställighet av beslut samt genomförande och uppföljning av insatser (4 kap. 7 §).

Åtgärder som vidtas vid handläggning av ett ärende eller vid genomförande eller uppföljning av en insats ska fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål dokumenteras i journalen. Detsamma gäller faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet eller uppföljningen av en insats (4 kap. 9 § första och andra stycket).

Beslut om vård i enskildhet ska antecknas i journalen. Skälen till att barnet eller den unge vårdas i enskildhet ska framgå av beslutet. Det ska även anges när vården i enskildhet påbörjades, när vården omprövades och när den avslutades (7 kap. 9 § tredje stycket).

SiS har i sitt remissvar bl.a. anfört att alla insatser som har erbjudits inte har dokumenterats och att det har påverkat uppföljningen av ärendet. Det framgår inte närmare av remissvaret i vilka avseenden som SiS har uppmärksammat brister i dokumentationen av AA:s ärende. Jag finner inte tillräcklig anledning att utreda den saken vidare. När det gäller dokumentationen när ett barn eller en ungdom vårdas i enskildhet vill jag dock allmänt anföra följande.

Av den löpande dokumentationen ska det gå att följa hur den individuellt anpassade behandlingsplanen genomförs. Det är därför viktigt att hemmet löpande dokumenterar i journalen vilka insatser och åtgärder som vidtas. I

journalen bör det därför framgå i vilken utsträckning som den som vårdas i enskildhet har haft personal hos sig respektive har lämnats ensam samt om hemmet har gjort några särskilda iakttagelser när det gäller hur den unge mår och betar sig. I dokumentationen bör det även anges om personalen ska förhålla sig på något särskilt sätt under sådan tid som barnet eller den unge lämnas ensam, t.ex. hur tillsynen av barnet eller den unge då ska ordnas. Den planering som görs kan givetvis variera över tid och får revideras när det behövs. Att hemmet fullgör sin dokumentationsskyldighet är inte bara nödvändigt utifrån rättssäkerhetsskäl utan också för att kunna följa upp och utvärdera vården mot behandlingsplanen.

Övrigt

Utredningen i ärendet visar att SiS har överlämnat åt de enskilda hemmen att se till att det tas fram interna rutiner för bl.a. den enskildes tillgång till personal och hur tillsynen ska utövas. Enligt min mening finns det mot bakgrund av det som har kommit fram i ärendet ett behov av en samlad översyn av hemmens lokala rutiner. Det finns också anledning för SiS att överväga om myndigheten bör utarbeta centrala riktlinjer som tydligare än i dag anger hur vården i enskildhet ska bedrivas och hur tillsynen ska utövas.

SiS har i sitt remissvar anfört att regelverket är otydligt när det gäller personalens närvaro vid vård i enskildhet. Jag har i beslutet gett uttryck för hur jag ser på den saken. Med hänsyn till det som SiS har anfört finner jag skäl att skicka en kopia av beslutet till Socialdepartementet för kännedom.

Jag finner också anledning att för kännedom skicka en kopia av beslutet till Inspektionen för vård och omsorg och till Socialstyrelsen.

Ärendet avslutas.