



RETTEEN PÅ FREDERIKSBERG DOM

afsagt den 23. marts 2026

Sag BS-35395/2024-FRB

Sagsøger 1

(advokat Mads Krøger Pramming ved advokatfuldmægtig Viktor Kieler Herskind)

og

Sagsøger 2

(advokat Mads Krøger Pramming ved advokatfuldmægtig Viktor Kieler Herskind)

og

Sagsøger 3

(advokat Mads Krøger Pramming ved advokatfuldmægtig Viktor Kieler Herskind)

og

Sagsøger 4

(advokat Mads Krøger Pramming ved advokatfuldmægtig Viktor Kieler Herskind)

mod

Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune

(advokat Jonas Christoffersen)

Denne dom er afsagt af Dommer 1, Dommer 2 og Dommer 3.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 12. juli 2024.

Sagen drejer sig om, hvorvidt Socialtilsyn Hovedstaden på baggrund af sin tilsynsforpligtelse over for Institution 1 er erstatningsansvarlig for den mulige krænkelse af Person 1, Person 2's og Sagsøger 4's rettigheder efter Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 2 og 3 i forbindelse med deres ophold på bostedet.

Sagsøger 1, Sagsøger 2, Sagsøger 3 og Sagsøger 4 har nedlagt følgende påstande:

Påstand 1

Socialtilsyn Hovedstaden skal til Sagsøger 1 og Sagsøger 2 betale 430.489,05 kr. med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20. december 2023 til betaling sker.

Påstand 2

Principal

Socialtilsyn Hovedstaden skal til Sagsøger 3 betale 436.283 kr. med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20. december 2023 til betaling sker.

Subsidiært

Socialtilsyn Hovedstaden skal til Sagsøger 3 betale 300.000 kr. med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20. december 2023 til betaling sker.

Påstand 3

Socialtilsyn Hovedstaden skal til Sagsøger 4 betale 300.000 kr. med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20. december 2023 til betaling sker.

Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune har nedlagt påstand om fri - findelse.

Oplysningerne i sagen

Person 1, Person 2 og Sagsøger 4 er tidligere beboere på Institution 1, som er en selvejende døgninstitution for psykisk sårbare unge mennesker i alderen 17-27 år.

Person 1 flyttede ind på Institution 1 den 14. januar 2019.

Institution 1 var på daværende tidspunkt godkendt i henhold til den dagældende servicelovs § 66, stk. 1, nr. 5, § 107 og § 110.

Socialtilsyn Hovedstaden foretog to varslede tilsynsbesøg i 2019, henholdsvis den 22. januar og 11. marts 2019.

På baggrund af tilsynsbesøget den 11. marts 2019 sendte Socialtilsynet den 12. marts 2019 et underretningsbrev til Arbejdstilsynet, idet Socialtilsynet var af den opfattelse, at der var omfattende udfordringer med arbejdsmiljøet.

Den 11. april 2019 blev der afholdt et dialogmøde med repræsentanter fra Socialtilsynet og ledelsen på Institution 1, hvor tilsynet blandt andet gav Institution 1 frist til den 20. maj 2019 til at fremsende en tids- og handleplan (opfølgingsplan).

Den 9. august 2019 foretog Socialtilsynet et uvarslet tilsynsbesøg, og efterfølgende blev der den 28. august 2019 afholdt et dialogmøde med repræsentanter fra Socialtilsynet og ledelsen på Institution 1.

Den 23. september 2019 indgik Institution 1 en samarbejdsaftale med Socialstyrelsen om et indsatsforløb med henblik på implementering af nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud og forsorgshjem. Indsatsforløbet blev afsluttet i december 2020.

Socialtilsyn Hovedstaden tilbagekaldte den 10. oktober 2019 med virkning fra den 1. december 2019 bostedets godkendelse i henhold til servicelovens § 110, og bostedet kunne herefter alene huse beboere visiteret i henhold til den dagældende servicelovs § 66 og 107.

Socialtilsynet foretog et varslet tilsynsbesøg den 19. februar 2020.

Sagsøger 4 og Person 2 flyttede ind på Institution 1 i efteråret 2020.

Den 22. november 2020 afgik Person 1 ved døden som følge af hendes selvmordsforsøg den 19. november 2020.

Ledelsen på Institution 1 orienterede den 20. november 2020 Socialtilsyn Hovedstaden om Person 1 selvmordsforsøg, og den 24. november 2020 om, at hun var afgang ved døden.

Socialtilsynet afholdt på baggrund af orienteringen et møde med ledelsen på Institution 1 via Teams den 4. december 2020.

Natten mellem den 19. og 20. januar 2021 blev Person 2 og Sagsøger 4 voldtaget af en anden beboer på Institution 1, som siden blev idømt en fængselsstraf på 4 år og 6 måneder.

Ledelsen på Institution 1 orienterede Socialtilsynet Hovedstaden om voldtægterne den 22. januar 2021.

Socialtilsynet foretog et varslet tilsynsbesøg den 8. februar 2021.

Den 23. februar 2021 sendte ni beboere – herunder Person 2 og Sagsøger 4 – et brev til ledelsen på Institution 1 med kopi til Socialtilsynet, hvori de gav udtryk for bekymring for situationen omkring håndteringen af Person 1's selvmord og overgrebene og udtrykte ønske om mere tid med personalet.

Den 15. marts 2021 sendte Socialtilsynet mails til sagsbehandlere fra seks kommuner, som havde borgere boende på bostedet med henblik på dialog om, hvordan kommunerne oplevede den generelle kvalitet på Institution 1.

Socialtilsynet afholdt et dialogmøde med ledelsen på Institution 1 den 26. marts 2021, og bostedet fremsendte den 27. april 2021 en strategi/handleplan til Socialtilsynet.

I tidsrummet den 14.-15. maj 2021 blev Person 2 udsat for et seksuelt overgreb begået af en medarbejder på bostedet.

Ledelsen på Institution 1 orienterede Socialtilsynet telefonisk herom den 17. maj 2021.

Den 20. maj 2021 anmodede Socialtilsynet ledelsen på Institution 1 om en redegørelse om forløbet og varslede, at Socialtilsynet ville sende en påtænkt afgørelse om skærpet tilsyn i partshøring ved bostedet den følgende uge.

Den 18. juni 2021 flyttede Person 2 i en udslusningslejlighed med døgnbemanding under Institution 1, og i august 2021 flyttede hun til Institution 2.

Socialtilsynet traf den 24. juni 2021 afgørelse om at underlægge Institution 1 skærpet tilsyn i tre måneder og udstedte tre påbud. Socialtilsynet foretog herefter tilsynsbesøg på Institution 1 den 29. juni og 15. juli 2021, og orienterede den 21. juli 2021 handlekommunerne om, at det skærpede tilsyn løb

i tre måneder og opfordrede til tæt opfølgning med borgerne på Institution 1. Den 16. august 2021 foretog Socialtilsynet atter tilsynsbesøg på bostedet, og den 1. oktober 2021 traf Socialtilsynet afgørelse om at underlægge Institution 1 skærpet tilsyn i yderligere tre måneder.

Den 7. december 2021 blev den medarbejder, som havde udsat Person 2 for et seksuelt overgreb, frifundet for voldtægt uden samtykke, men fundet skyldig i overtrædelse af straffelovens § 219, nr. 3, og idømt fængsel i 3 måneder, betinget, og frataget retten til at arbejde som pædagog eller i øvrigt udøve virksomhed på institutioner, opholdssteder, hospitalet eller lignende, der beskæftiger sig med personer med psykiske eller mentale handicaps i 2 år.

Person 2 begik selvmord den 9. december 2021.

Den 7. januar 2022 orienterede Socialtilsynet Institution 1 om, at der ikke fandtes grundlag for at forlænge det skærpede tilsyn, da det overordnet blev konkluderet, at det samlede tilbud havde arbejdet fokuseret og relevant med de problemstillinger og udfordringer, der var identificeret på tilbuddet.

Socialtilsynet Hovedstaden har udarbejdet fire tilsynsrapporter i perioden januar 2019 til juni 2021 baseret på tilsynsbesøg og dialogmøder med Institution 1.

I perioden fra den 11. december 2018 til den 30. marts 2020 modtog Socialtilsynet Hovedstaden ni whistleblowerhenvendelser, og i perioden fra den 5. juli 2021 til den 8. september 2021 modtog tilsynet fire whistleblowerhenvendelser.

Forklaringer

Sagsøger 4 har forklaret, at hun flyttede ind på Institution 1 i starten af oktober 2020 efter at være røget ud og ind af psykiatrisk afdeling i Hillerød gennem en længere periode. Hun var selvskadende og selvmordsruet. Hun kunne ikke bo alene, og hun kunne ikke bo hos sin familie af hensyn til sine to yngre søskende.

Da hun flyttede ind på bostedet, var der ikke noget personale til at tage imod hende. På den etage hvor hun skulle bo, mødte hun Person 1, som stod klar til at tage imod hende.

Hun boede i den samme lejlighed som Person 1, og deres værelser lå skråt over for hinanden. Hun husker ikke så meget fra den første tid og kan således heller ikke huske, hvor meget hun selvskadede, lige da hun var flyttet ind, eller hvordan personalet agerede.

Person 1's død var forfærdelig. Den aften det skete, så hun Person 1, som sagde, at hun var træt og gerne ville være alene. Hun vidste godt, at Person 1 var virkelig dårlig og havde været på skadestuen i dagene før på grund af selvskade. Senere på aftenen kunne hun høre, at der foregik noget, som ikke var godt. Men hun blev så bedt af politiet om at blive på sit værelse, og det var først den følgende dag, hun blev orienteret om, hvad der var sket. Bostedet tilbød hende ingen hjælp til at håndtere det.

Der var en meget trykket stemning blandt beboerne efter Person 1's død. Især var hun, Person 2 og Vidne 1 meget kede af det. Beboerne på bostedet var meget forskellige, og de var der af forskellige årsager og havde forskellig sygdomshistorik. Der var både personer med anoreksi og selvskade og nogle, som hende selv, med paranoid skizofreni og selvskade. Personalet var overhovedet ikke i stand til at hjælpe beboerne. Hun synes ikke, at medarbejderne kunne håndtere hende og passe på hende, og de havde svært ved at administrere, hvordan reglerne egentlig skulle være på bostedet. Der blev både drukket alkohol og røget hash på bostedet. De piger, som led af spiseforstyrrelser, kunne nemt snyde personalet. I spisesituationerne sad personalet bare og så på, og hvis pigerne ikke spiste, blev de skældt ud.

Personalet på Institution 1 var heller ikke gode til at håndtere selvskade. Der var nogle af medarbejderne, som sagde ting til hende som, at hun ikke skulle selvskade på deres vagt, og at hun selv måtte tage på skadestuen. Hun oplevede også, at hun blev skældt ud, når hun havde selvskadet, og det fik hende til at gøre det endnu mere. Der var nok tre ud af de godt 100 medarbejdere, der har været igennem, mens hun var på bostedet, som kunne finde ud af at håndtere hendes selvskade.

I begyndelsen havde hun et fint indtryk af Person 3, som hun mødte et stykke tid efter, at hun var flyttet ind på Institution 1. Han var meget ude i begyndelsen, men var efterhånden lidt mere hjemme, og de mødtes i fællestuen og spillede spil. De fik hinandens Snapchat, og hun betragtede ham som en ven. Senere blev de også romantisk involverede, og de havde sex én gang. Deres relation stoppede, da hun mødte Person 4, som hun blev kæreste med.

Person 3 blev i tiden derefter meget nærgående. Han sendte ubehagelige beskeder, og hun blev utryg ved ham. Person 3 var i besiddelse af knive, som han gemte under sin seng, og han tog stoffer. Hun har selv været med ham ude for at hente nogle. Hun tror, det var sådan nogle hestestoffer, måske metadon eller ketamin.

Person 3 snød personalet og stjal nøgler, så han kunne komme ind i hendes lejlighed. Hun sagde flere gange til personalet, at de ikke skulle lukke ham ind i hendes lejlighed, ligesom hun bad dem om at hjælpe hende med at sætte grænser i

forhold til Person 3. Personalet var ikke så lydhøre. De sagde til hende, at de nok skulle være opmærksomme på det, men de var der aldrig, så de så det ikke.

På dagen for voldtægten, eller dagen før, bad Person 3 hende om at tage med ud og købe stoffer, hvilket hun gjorde, og hun betalte for dem. Person 3 indtog stofferne. Der var tale om rimeligt store mængder. Om aftenen indfandt han sig på hendes værelse, fordi han igen fik snydt personalet.

Da hun blev voldtaget, var der personale på etagen. Hun kom ud og fik sagt til en af medarbejderne, at Person 3 havde gjort noget virkelig ubehageligt, og at hun havde brug for, at der var nogen at tale med. Hun bad medarbejderen, vist en vikar, om at sige det videre, for hun havde brug for at tale med nogen i sit team. Så det var vigtigt, at vikaren sagde det videre. Men der gik alligevel nogle dage, inden de tog fat i hende.

Efter at voldtægten var anmeldt til politiet, agerede personalet virkelig frygte liget. Hun måtte ikke tale om det, fordi Person 3 stadig var beboer på bostedet, og personalet måtte ikke tale med beboerne om det, fordi Person 3 ikke var dømt. Personalet måtte ikke tage parti. Det havde hun nu heller ikke behov for, at de gjorde, men hun havde behov for at snakke om det. Men alle fik mundkurv på.

Person 3 fik sin dom, mens hun var i sommerhus med bostedet. To af medarbejderne, Person 5 og Person 6, trak hende til side og gav hende besked om det. Hun fik at vide, at hun ikke måtte fortælle det til de andre. Men det ville hun skide på og gjorde det alligevel. Det medførte, at hun fik ret meget skæld ud af personalet og gik derfra i vrede.

Det var først fire-fem dage efter voldtægten, at hun fandt ud af, at Person 2 også var blevet voldtaget af Person 3. Person 2 havde det meget dårligt, ligesom hun selv havde, og det påvirkede hendes selvskade meget voldsomt.

Adspurgt af advokat Jonas Christoffersen har hun supplerende forklaret, at bostedet var indrettet sådan, at der i stueetagen var fællesrum, stue og kontor. Bostedet bestod derudover af fem lejligheder. Hun boede i lejligheden på 1. sal, som bestod af fire soveværelser, køkken, stue og to badeværelser. Når man tog elevatoren fra de øvrige etager, gik man direkte ind i lejligheden.

Person 3 havde selv vist hende, at han havde våben under sin seng. Hun husker ikke, at socialtilsynet var der i de dage. Hun kan ikke huske, om hun har talt med socialtilsynet om Person 3 før voldtægten. Person 3 havde været meget udadret og han burde ikke have været der. Han burde være blevet fjernet. De havde sagt, at de ville finde et andet sted til ham. Hun forstår ikke, hvorfor han var placeret på bostedet, og han skabte meget utryghed. Hun kontaktede ikke sin egen kommune om Person 3.

Hun talte med Person 2 efter Person 7's overgreb. Person 2 hadede at være på Institution 1, det var kun på grund af hendes veninder blandt de andre beboere, at hun blev boende. Person 2 fik ikke den rette hjælp, og de var ligeglade med hende. Man blev behandlet som om, man ikke var noget værd. Person 2 hadede det lige så meget, som hun selv gjorde.

Sagsøger 3 har forklaret, at hun er mor til Person 2. Person 2 flyttede ind på Institution 1 i starten af oktober 2020 fra et krisecenter. Person 2 flyttede dertil, fordi hun havde brug for støtte på grund af en spiseforstyrrelse og PTSD.

Hun og Person 2 har altid haft en god kontakt, og de talte sammen et par gange om ugen, enten mødtes de eller skrev sammen via sms.

Person 2 fortalte, at hun var flyttet ind på Institution 1, og at hun ikke var så glad for det. Hun blev dog gladere for det, da hun lærte nogle af de andre beboere at kende. Person 2 var også glad for, at det lå centralt og tæt på hendes mors hjem, hvor hun er vokset op. Person 2 var flyttet hjem til sin far i By i forbindelse med covid-19, og hun hørte derfor under Kommune 1.

Person 2 følte sig hurtigt knyttet til Person 1 og følte stor omsorg for hende og ville gerne passe på hende. Person 2 var også tæt på Sagsøger 4 og Vidne 1. Person 1's selv mord påvirkede Person 2 meget. Det påvirkede hendes spiseforstyrrelse og hendes måde at fungere på. Person 2 var med til Person 1's bisættelse og begyndte at gå i kirke. Person 2 var så berørt, at det var det eneste, hun talte om. Person 2 syntes, at bostedet håndterede det meget dårligt og var frustreret over det. Person 2 var på bostedet, da det skete, hørte Person 1's selvmord, og så, at Person 1 blev kørt væk i ambulance. De fik besked på at blive på værelserne, og de måtte ikke tale sammen om det. Der gik noget tid, før beboerne fik tilknyttet en psykolog.

Person 2 gav hende ikke lov til at hjælpe sig, fordi hun gerne ville klare tingene selv. Derfor kontaktede hun ikke Institution 1, og det er nok det, Person 2 mente med, at hun ikke havde støtte fra sin familie. Hun ville gerne have skaffet en psykolog til sin datter, men hun havde egentlig tillid til, at bostedet havde styr på det. Men de måtte ikke tale om Person 1's død på bostedet, og det var frustrerende for Person 2. Hun var bange for at støde Person 2 fra sig, hvis hun kontaktede Institution 1 mod Person 2 vilje. Person 2 var også over 18.

Hun hørte om Person 3 fra Person 2 i løbet af januar 2021. Person 2 undrede sig over, at en stofmisbruger var placeret på samme etage som hende, der var spiseforstyrret. Han opførte sig anderledes end de andre beboere. Han var udadreagerende og meget offensiv i sin kontakt med Person 2. Men samtidig kunne Person 2 også godt se, at Person 3 havde det svært, og hun ville gerne hjælpe ham, og

en dag i ugen op til voldtægten drak de te sammen i fælleområdet. Han var meget nærgående, og Person 2 prøvede at skrive til medarbejdertelefonen, at hun havde brug for hjælp. Men Person 3 havde adgang til telefonen og tog den fra personalet, så Person 2 fik ikke hjælp.

Person 2 fortalte hende, at Person 3 havde voldtaget hende, dagen efter, at det var sket. Person 2 talte først med socialtilsynet om sagen i forbindelse med, at hun sendte klagen til Institution 1 i august 2021. Person 2 virkede til at have det dårligt og selvskadede meget. Person 2 følte, at personalet ikke troede på hende, og at de ikke kunne lide hende. Hun følte, at hun skulle bevise over for personalet, at Person 3 havde voldtaget hende, og hun higede efter anerkendelse. Hun fik ingen hjælp fra Institution 1 – måske en enkelt samtale med en psykolog.

Det første, hun fik at vide om Person 7, var, at Person 2 fortalte, at han skulle måltidsstøtte hende. Person 2 fortalte så også, at de havde et ”putteritual”. Hun tænkte, at det lød virkelig mærkeligt. Person 2 fortalte hende, at Person 7 gemte hendes mad under sengen, og det er jo lige det, man ikke skal gøre. Dermed gik han direkte ind og understøttede Person 2 spiseforstyrrelse. Hun advarede Person 2 imod ham og bad om lov til at kontakte bostedet. Men Person 2 ville selv klare det. På det tidspunkt fortalte Person 2 ikke, at Person 7 lagde sig i hendes seng, men at han skulle sige godnat og give hende dyne på og gøre hende tryk ved at banke på døren på en bestemt måde. I maj måned kort før overgrebet fortalte Person 2, at Person 7 havde kysset hende. Hun sagde til Person 2, at det jo ikke var lovligt, og at det ikke skulle forekomme. I bagklogskabens lys skulle hun nok have kontaktet bostedet, men så var Person 2 blevet vred og havde måske lukket hende ude af sit liv. Og Person 2 havde brug for sin mor i sit liv.

Efter Person 7's overgreb havde Person 2 det virkelig dårligt. Hun følte sig meget alene og udstødt. På bostedet kaldte de hende forskellige ting, de kaldte hende løgner og råbte ad hende. Det var både beboere og ansatte. Der var enkelte medarbejdere, Person 2 stadig var knyttet til. Men såvel beboerne som de ansatte var delt op i dem, der troede på hende, og dem, der ikke gjorde.

Person 2 følte, at man på Institution 1 var mere optaget af at passe på de ansatte end på hende. Hun følte, at hun blev forvist, da hun skulle flytte derfra. Til at starte med var Person 2 vred over det, fordi hun følte, at hun blev straffet for det, der var sket. Men da hun landede på Adresse i en midlertidig bolig, accepterede hun gradvist situationen. Der var hun under fuldt opsyn.

Efterfølgende kom Person 2 imidlertid videre til Institution 2, hvor hun boede helt alene i en lejlighed og ikke var under opsyn. Hun måtte også have mandlige kontaktpersoner, hvilket hun ikke måtte på Institution 1 efter Person 7's overgreb. Person 2 havde det nu fint med, at hun igen måtte have mandlige kontaktpersoner, for hun følte, at det tiltag var blevet indført for at beskytte de

mandlige medarbejdere mod hende, frem for det omvendte. Men hende selv undrede det rigtig meget, at man kunne gøre det, når Person 2 netop på Institution 1 var blevet skærmet mod at være alene med mandligt personale.

Person 2 gik meget op i retssagen mod Person 7. Da dommen faldt den 7. december 2021, med delvis frifindelse og straffen gjort betinget, følte Person 2, at hun blev pålagt ansvar for situationen, og at hun selv var skyld i det. Person 2 blev meget ked af det; hun var knust over dommen. Person 2 følte som sagt, at hun blev pålagt ansvaret, og at Person 7 blev pålagt meget lidt ansvar, når han alene blev idømt 3 måneders betinget fængsel og 2 år, hvor han ikke måtte arbejde med børn og unge. Hun sagde til Person 2, at hun gerne ville hente hende eller tage med hende til Institution 2, men Person 2 sagde, at hun havde nogle med, som hun havde tillid til. Person 2 skrev dagen efter til hende, at alle passede på hende. Det undrede hende, da der jo netop ikke havde været nogen særlig støtte til Person 2 på Institution 2, men hun var glad for, at Person 2 lød til at være tryk og i gode hænder.

Adspurgt af advokat Jonas Christoffersen har hun supplerende forklaret, at hun ikke har talt med Person 2 om hendes kontakt med socialtilsynet.

Person 2 anklagede sin far for at have begået overgreb mod hende i den periode, hvor hun boede hos ham. Hun kunne godt tænke sig at have været i kontakt med Institution 1, så de kunne have haft et samarbejde om udredning og medicingering af Person 2. Det kunne have hjulpet dem til at forstå Person 2, og hvad hun havde brug for.

Som hun har forstået det, havde de et par personaletelefoner på Institution 1, så beboerne kunne få kontakt til personalet. Men det kunne ikke lade sig gøre for Person 2, den dag Person 3 var nærgående, fordi Person 3 havde koden til personaletelefonen.

Person 2 fortalte om voldtægten et par dage efter, det var sket. Som hun forstår det, ville Person 2 først ikke fortælle om voldtægten, men en medarbejder fandt hende liggende på gulvet, og hun betroede sig til den pågældende. Person 2 har ikke fortalt hende noget om, hvad hun sagde til Person 3, da det skete. Medarbejderen, der fandt Person 2 på gulvet, insisterede på, at det skulle anmeldes.

Da Person 2 flyttede til Institution 2, gik hun fra at være under konstant opsyn til at være uden opsyn og bo alene. Hun har talt med Institution 2 efter Person 2's selvmord, og de havde ingen anelse om, hvor dårlig Person 2 var. De troede, at hun var ved at være klar til at bo for sig selv og finde arbejde. Der må have været en virkelig dårlig overlevering fra Institution 1 til Institution 2.

Person 2 var også selvskadende på Institution 2, og hun blev indlagt på hospitalet. Hun kan huske, at hun var ude at spise med Person 2 i november 2021 og så, at Person 2 havde et friskt ar på armen, som var meget stort. Hun mener, at Person 2 første gang forsøgte at begå selvmord i juni måned 2021. Person 2 sendte forinden en afskeds-sms til sin lillebror, og hun sendte så også en afskeds-sms til dem allesammen inden selvmordet. Person 2 skrev da blot, at hun elskede dem.

Sagsøger 1 har forklaret, at han er far til Person 1. Han har svært ved at huske de forskellige datoer på grund af Person 1's sygdomshistorik, men det kan godt passe, at Person 1 flyttede ind på Institution 1 i januar 2019.

Det første, han og hans hustru hørte fra Person 1 om bostedet, var, at hun havde fået et stort værelse med udsigt over Have. Person 1 var i begyndelsen positiv over for bostedet, fordi der var en ung kvinde ansat, som Person 1 blev meget glad for, men når hun ikke var på arbejde, var Person 1 meget alene.

Forud for at Person 1 flyttede ind på Institution 1, havde hun været meget selvskadende, forsøgt selvmord, og hun led af en alvorlig spiseforstyrrelse. Hun havde boet på et Institution 3, i Kommune 2, som kun gjorde hendes spiseforstyrrelse værre, og hun endte med flere indlæggelser på psykiatriisk afdeling. Efter en længere indlæggelse havde hun sammen med kommunen fundet et bosted, der hedder Institution 4, men hun nåede ikke at flytte dertil, før hun blev tvangsindlagt, fordi hun var selvmordstruet. Han ved ikke, hvordan Person 1 og kommunen fandt frem til Institution 1. Han og Person 1's mor har ikke haft indflydelse på det.

Person 1 fik nogle gange noget medicin, som gav forøget selvmordsrisiko, og hun var en meget handlekraftig pige, så når tankerne fortalte hende, at hun skulle forsøge at tage livet af sig, så gjorde hun det. Hun havde ikke et dødsønske, selvmordsforsøgene var råb om hjælp.

Når der var problemer, var det altid ham, Person 1 ringede til, så han var vant til at kæmpe mod systemet, psykiatrien, lægerne mv. Han og Person 1's mor har altid måtte kæmpe for, at Person 1 fik hjælp. Han gik derfor også i "krig" med Institution 1, da det gik op for ham, at de ikke støttede Person 1 i kampen mod spiseforstyrrelsen. Han var meget derinde og spurgte til, hvorfor de ikke sørgede for, at Person 1 fik spist og forhindrede, at hun f.eks. gik ture på 40 km om dagen. Hans "krig" bestod i at spørge ind til, hvorfor Person 1 ikke fik den rette hjælp, og i at insistere på, at de skulle se hende som et menneske og ikke bare et nummer i rækken.

Efter godt tre uger blev han og hans hustru indkaldt til et møde på Institution 1 om det fremtidige samarbejde, hvor de fik oplyst, at hvis de ikke bakkede ud, så kunne Person 1 ikke bo der mere. De blev bedt om at overlade ansvaret for Person 1 til dem og blot være forældre. Så han og hans hustru var nødt til at trække sig og komme mindre på bostedet, for der var jo ikke noget alternativ til, at Person 1 var på Institution 1. Desuden var Person 1 over 18, så de kunne heller ikke gå ind i noget eller få nærmere information uden Person 1's samtykke. Og Person 1 gav først samtykke, når hun fik det rigtigt svært.

Der var flere episoder på Institution 1, hvor han blev ringet op af politiet, som spurgte, om han og hans hustru vidste, hvor deres datter kunne være. Der har også været talrige tilfælde af selvskade og selvmordsforsøg, herunder hvor Person 1 er fundet på kajen i Sydhavnen med cuttede håndled eller midt ude i søerne i København. Én gang har han oplevet, at de ringede til ham fra Institution 1, men ellers har det været politiet, der har ringet til ham. Når politiet ringer, var det for at høre, om han vidste, hvor hun kunne være – ikke for at orientere om situationen.

Person 1 fortalte, at hun havde enkelte gode veninder på bostedet, bl.a. Person 2, Sagsøger 4 og Vidne 1. Men det var svært for Person 1 at bo der, fordi der på naboværelset var flyttet en hjemløs ind, som røg hash på værelset og på hele etagen. Person 1 havde altid været meget ordentlig, og pludselig var der tis på gulvet og lort på brættet på toiletterne og stærkt uhumsk i køkkenet, og det befordrer jo ikke lige frem en spiseforstyrret til at lave mad. Person 1 fortalte om hashlugten og den manglende rengøring til personalet, men de sagde til hende, at de ikke kunne gøre noget, fordi stedet var at betragte som folks private hjem.

Han har ikke været i kontakt med socialtilsynet om Institution 1, og han ved ikke, om Person 1 har været det.

Person 1 fik udskrevet medicin af Psykiatrisk Center Ballerup, som hun afleverede til personalet på Institution 1, og så fik hun løbende udleveret medicinen af personalet. Han kender ikke alle detaljerne, Person 1 var jo voksen. Hvis hun blev sur på ham over, at han blandede sig for meget, trak hun samtykket til at han måtte få informationer.

Fra begyndelsen af 2020 mødtes han med Person 1 hver anden dag. Hun havde fået ordineret Stesolid, benzodiazepiner, og fået dem dagligt. Han og hans hustru undrede sig over, at hun fik det, når personer under 25 år som udgangspunkt ikke må få dem mere end 14 dage ad gangen. Person 1 havde fået dem udskrevet i forbindelse med en tvangsindlæggelse, og så fortsatte det blot. Institution 1 stillede ikke spørgsmål ved det, og det undrede han sig over. Det var

først, da han kontaktede psykiatrien, at der blev iværksat et udtrappingsforløb. To gange var Person 1 ved at dø af abstinenser under udtrappingen.

Person 1 boede på Institution 1 under udtrappingen, men de var ikke inde over det. De hjalp ikke Person 1, og det undrede ham, for Person 1 havde det tydeligt dårligt. Hun rystede og svedte. Det var kun fordi, han mødtes med sin datter hver anden dag, at der skete noget.

Hen over sommeren bad Person 1 lægerne om at sætte udtrappingen på pause, hvilket de gjorde, men da hun ønskede at starte igen, ville lægerne ikke gå med til det. Person 1 fortsatte herefter udtrappingen på egen hånd, men han troede, at det var efter aftale med lægen. Op til selvmordet var Person 1 hjemme hos dem i weekenden, og hun fik det dårligt, så han kørte hende hjem til Institution 1. Person 1 fortalte ham, at hun ikke havde taget Stesolid i flere dage, og han ringede til Institution 1 og bad dem om at give det til Person 1 og få hende indlagt. Samme aften blev hun indlagt på Herlev Sygehus, som gav hende Kl opoxid, som gives til narkomaner. Hun fik en recept på det med hjem og havde derefter to dage i en rus.

I dagene efter skulle Person 1 på Psykiatrisk Center Ballerup og have lavet en udtrappingsplan. Men hendes sædvanlige kontaktperson var der ikke længere, og det kombineret med udtrappingen slog hende ud. Den 19. november 2020 om aftenen truede hun med selvmord og spurgte ham, om han kunne komme ind på Institution 1. Han kunne på grund af medicinen ikke fornemme, hvor hun var mentalt, som han ellers plejede at kunne. Han ringede til Institution 1 og sagde til dem, at enten måtte de mandsopdække hende samtlige døgnets 24 timer, ellers skulle hun indlægges på røde papirer. Han gentog det bestemt og flere gange. Medarbejderen bekræftede aftalen og sagde, at de havde styr på det. Det var omkring kl. 21.00. Da han ikke havde hørt fra bostedet i noget tid, ringede han til dem, og da var det politiet, der tog telefonen.

Person 1 havde flere selvskader i dagene op til hendes selvmord, han tror, at hun var blevet syet med i alt 50-60 sting, men bostedet gjorde ikke noget. Der skete ingenting. En af Person 1's veninder havde også kontaktet bostedet den 19. november, fordi hun var bekymret over, at Person 1 ikke havde ringet tilbage til hende, som hun havde lovet. Medarbejderen havde svaret veninden, at han havde en aftale med Person 1 om at se til hende kl. 22.

Det er hans opfattelse, at bostedet intet har gjort i forhold til Person 1's selvskadende adfærd og for at prøve at forhindre det.

På hospitalet konstaterede de, at Person 1 havde været uden ilt for længe, så de slukkede for respiratoren den 22. november. I den periode hvor Person 1 lå i

koma, var han ikke i kontakt med bostedet. Kun den medarbejder, som Person 1 var så glad for, kom og besøgte hende, selvom hun ikke måtte.

Adspurgt af advokat Jonas Christoffersen har han supplerende forklaret, at Person 1's seneste indlæggelse, forud for at hun flyttede ind på Institution 1, var rede fire-fem måneder.

Bostedet bad dem om at stikke piben ind to-tre uger efter, at Person 1 var flyttet ind.

I de tilfælde, hvor politiet kontaktede ham, fordi de ledte efter Person 1, er det nok bostedet, som har kontaktet politiet. Han ville dog gerne have haft et sam arbejde, hvor bostedet ringede til ham, før de ringede til politiet. Han havde et særligt bånd til sin datter, og han har flere gange oplevet, at han som den eneste kunne trænge igennem til hende og stoppe hende i et selvmordsforsøg.

Han tror, at Person 1 har forsøgt selvmord i alt fem-seks gange, hvoraf halvdelen har medført indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og ellers alene indlæggelse på medicinsk afdeling.

Han og hans hustru har klaget over, at lægerne udskrev Stesolid til Person 1, og de fik medhold i sagen, men kravet var forældet, fordi opstarten af Stesolid lå mere end fem år tilbage. Person 1 gik i behandling på Psykiatrisk Center Ballerup en gang om ugen, og hun var altid derude alene. Han ved ikke, om socialtilsyn net blev bekendt med, at Person 1 fik Stesolid.

Vidne 2 har forklaret, at hun er uddannet Profession 1 fra 1997 og har beskæftiget sig med socialtilsyn i mange år. Hun startede med at være tilsynsleder i Kommune 3. Hun er stabsleder og souschef i Socialtilsyn Hovedstaden.

Hun var ikke selv tilsynsførende på Institution 1, men hun kom ind over sagen i 2019 og igen i 2021. Hun bliver involveret i de sager, hvor der er bekymring, og der kan blive tale om særlige tiltag over for bostederne.

Det personrettede tilsyn ligger i handlekommunen. Det er kommunen, som vurderer, hvor den pågældende borger skal være, og det er kommunen, som har ansvaret for, at stedet matcher borgeren. Socialtilsynet har det driftsorienterede tilsyn med bostederne. De skal måle kvaliteten og være med til at udvikle den ved at gå i dialog med bostederne.

Det er svært at sige præcist, hvad der skal til for at lukke et tilbud. Men efter den dagældende affattelse af loven skulle bostederne først have mulighed for at demonstrere vilje og evne til at rette for sig. Socialtilsynet skal således vurdere,

om tilbuddet har vilje og evne til at komme op på et passende niveau. Det er en vurderingssag, hvad der er et passende niveau. De kan jo ikke lukke et tilbud, fordi en enkelt borger klager, men omvendt skal beboerne heller ikke gå for lud og koldt vand. Misrøgt kan selvfølgelig ikke tolereres.

De har ikke ansættelsesretlige beføjelser, hverken i forhold til ledelse eller ansatte på bostederne.

Det er en stor opgave at føre både de anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg, som de skal. I forbindelse med tilsyn med et botilbud skal de indhente relevante oplysninger, ligesom de kan foretage anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. De indhenter oplysninger om bostedets beboere og foretager stikprøver, hvor de om tre af beboerne indhenter omfattende oplysninger og kontakter handlekommunerne for at høre om de pågældendes udvikling på stedet. På tilsynsbesøgene taler de med beboerne individuelt eller i grupper, det er forskelligt. Hun vil ikke påstå, at de opdager alle eventuelle udfordringer med beboerne, for det kræver, at de pågældende enten kommer med i en stikprøve, en samtale, eller at de på anden vis modtager oplysninger om dem. Men de søger sådanne oplysninger, således at perspektivet ikke bliver for ensidigt.

Tilbud efter den dagældende servicelovs § 66 er anbringelsessteder for børn og unge under 18 år samt unge i efterværn/ungestøtte. Tilbud efter servicelovens § 107 modtager voksne over 18 år, som er vurderet at være i målgruppen for et midlertidigt botilbud. Tilbud omfattet af servicelovens § 110 modtager hjemløse unge, som ikke er visiteret dertil af kommunen, men visiteres direkte af tilbudet. Ved tilbud efter § 110 er der større risiko for fejlmatch, fordi der ikke har været en visiterende kommune inde over.

Det var en juridisk fejl, at Institution 1 fik tilladelse efter servicelovens § 110 på et tidspunkt, hvor deres egne vedtægter ikke tillod det. Det er hendes indtryk, at de personer, som var visiteret efter § 110, flyttede, da tilladelsen blev inddraget. Institution 1 kunne ikke løfte den opgave med den fornødne kvalitet. Bestyrelsesformanden var også enig i, at de borgere måtte flyttes igen. Det gik ikke så godt.

Ordet selvmord står ikke i den kvalitetsmodel, socialtilsynet skal føre tilsyn efter. Selvskade og selvmord må fortolkes ind under det tema, som hedder Sundhed og Trivsel. Selvmordsforebyggelse er en naturlig del af arbejdet, et naturligt tema, når man har med denne målgruppe at gøre. Hun er 99 % sikker på, at der var fokus på det i tilsynets samtaler med Institution 1, særligt fordi de magt anvendelser, som blev indberettet fra bostedet, også primært omhandlede forhindring af selvskade. Hun kan ikke forestille sig, at tilsynet ikke har talt med Institution 1 om det.

Forebyggelse af seksuelle overgreb indgår som en indikator i kvalitetsmodellen. Man skal ikke nødvendigvis forbi alle indikatorer i kvalitetsmodellen. Hvis socialtilsynet skulle blive bekendt med, at en medarbejder på et bosted har et seksuelt forhold til en beboer, vil de melde det til politiet. Det er heldigvis meget sjældent forekommende, og derfor er der kun fokus på det hos socialtilsynet, hvis det faktisk er sket. De arbejder ud fra en forventning om, at de ansatte hverken begår vold eller seksuelle overgreb mod beboerne. De spørger således ikke på et tilsynsbesøg, om noget sådant har fundet sted.

Hvis socialtilsynet ved, at en borger på et bosted har det skidt, vil de tage det op med bostedet, men de kan også orientere den ansvarlige kommune. Det har de gjort mange gange. Hvis det er et barn eller en ung under 18 år, vil det ske i form af en underretning, og hvis det er en voksen over 18, skriver tilsynet til kommunens mailadresse. Det kan være svært at få fat på den rette sagsbehandler. Når socialtilsynet iværksætter sanktioner over for et bosted, skal de orientere de visiterende kommuner.

Hun hørte først om Person 1 i forbindelse med selvmordet. Hun kan ikke huske, at hun har hørt Sagsøger 4 omtalt. Hun har hørt Kaldenavn, som Person 2 blev kaldt, fra den tilsynsførende, som fortalte efter et tilsynsbesøg, at Person 2 var meget selvmodstruet. Hun havde ikke hørt om Person 3, før hun hørte om voldtægten. Hun hørte om Person 7 fra de tilsynsførende, da de fortalte, at de godt kunne følge Person 2 og de andre beboere i, at de ikke blev hørt af personalet. Konsulenterne fandt det dilemmafyldt. Hun sagde, at de skulle få det stoppet. En del oplysninger pegede i retning af, at Person 2 talte sandt.

Socialtilsynet har ikke mulighed for at flytte en beboer fra et bosted. De kan være bekymrede for, om det er det rette match mellem borger og bosted og drøfte det med tilbuddet eller henvende sig til handlekommunen.

Som hun husker det, fik de oplysning om, at Person 3 var blevet varetægtsfængslet umiddelbart efter voldtægterne.

Tilsynet har heller ingen rolle i forhold til overflytning fra et sted til et andet, det er kommunens beslutning. De var dog ikke i tvivl om, at Person 2 skulle væk fra Institution 1 i sommeren 2021, og de pressede på for det. Det var dybt ulykkeligt, at hun forsøgte selvmord, blev indlagt på psykiatrisk afdeling og derefter udskrevet med den begrundelse, at hun var på et botilbud. Det er noget, de oplever fra psykiatrien nogle gange, men på botilbuddene har de ikke de muligheder, man har i psykiatrien. Der var næsten tale om et systemsvigt, når psykiatrisk afdeling bare blev ved med at udskrive Person 2 til et bosted, som hverken kunne eller måtte håndtere hendes psykiske sygdom med magt og tvang.

Adspurgt af advokat Victor Kieler Herskind har hun supplerende forklaret, at de stikprøver, de tager forud for et tilsynsbesøg, er en opfølgning på enkelte borgere. De gør det ikke nødvendigvis hver gang. Det er lige så vigtigt at få talt med beboerne og medarbejderne.

De kan godt lukke et tilbud, men først efter at de har haft en dialog med det på gældende sted. Tilsynets handlemuligheder er påbud, skærpet tilsyn, skærpet tilsyn med påbud og i sidste ende lukning.

Visitationen til et bosted foretages af handlekommunen, men det vil for alle bo tilbud foregå sådan, at kommunen henvender sig med oplysninger om borgeren, og så forholder botilbuddet sig til, om den borger passer ind.

De kommunale sagsbehandlere har en selvstændig pligt til at orientere socialtilsynet, hvis de bliver bekendt med noget på et botilbud, som ikke er i orden. Men de fik ingen orientering for så vidt angår Institution 1 i denne sag.

Hvis der er stofmisbrug på et bosted, vil det være en overtrædelse af husorden, og det vil tilsynet følge op på over for botilbuddets ledelse.

Det er ikke socialtilsynet, der godkender en flytning af en beboer. Det, der omtales i telefonnotat af 28. juni 2021, hvoraf det fremgår, at Institution 2 afventede en godkendelse fra socialtilsynet, er ikke en godkendelse på personniveau, men kan være en godkendelse af at gå uden for de godkendte fysiske rammer.

Der er flere eksempler på, at socialtilsynet har lukket botilbud. Der blev f.eks. lukket to tilbud i mandags, og de lukkede i alt fire bosteder i 2025. Det er svært at sige, hvor meget tid man skal give et botilbud til at rette op. Når der er en meget alvorlig hændelse på et botilbud, ser man på, om det er en ulykkelig hændelse, eller om det skyldes problemer med stedet. Det vil være u-proportionalt at skride til lukning som direkte følge af et selvmord. Det er ikke usædvanligt i denne målgruppe, at selvskaade og selvmord forekommer. Det er ikke nødvendigvis i sig selv udtryk for manglende kvalitet på bostedet. Men hvis det er det, der er tale om – i form af fravær af rette kompetencer m.v. – vil de lukke stedet.

De satte bostedet under skærpet tilsyn, og det var med det yderste af neglene, at stedet beholdt sin godkendelse. Det skyldtes primært, at forstanderen blev skiftet ud. De gav den nye forstander, der var tillidsvækkende, 3 måneder til at rette op. Det gjorde en stor forskel for stedet. Institution 1 eksisterer stadig og har i dag fin kvalitet.

Vidne 1 har forklaret, at hun boede på Institution 1 fra 2018 eller 2019, fordi hun led af en spiseforstyrrelse og havde været syg i en længere periode. Da hun flyttede ind på bostedet, mødte hun Person 1, som boede der allerede. De fik et godt forhold til hinanden, de talte sammen næsten hver dag og brugte mange timer sammen.

Da hun flyttede ind på Institution 1, fungerede det meget godt. Men det faldt hurtigt til jorden, og bostedet tog ikke deres opgaver seriøst. Hun endte tit med at spise sammen med nogle vikarer, som ikke vidste noget om spiseforstyrrelser. Hun boede der i 3,5 år og flyttede derfra i november 2023.

Den dag Person 1 begik selvmord, havde de været sammen tidligere på dagen og talt om, at de skulle ud og gå en tur. Person 1 virkede noget fraværende, og hun sagde så til Person 1, at hun skulle sige til, hvis hun havde brug for noget. Hun var bekymret for Person 1, og det sagde hun til personalet. I dagene op til havde Person 1 også været meget fraværende. Hun kendte til Person 1's selvskaede. Personalet fortalte hende, at de havde styr på det. Det virkede ikke som om, at de tog det særligt seriøst. Hun har også selv haft selvskaedende adfærd, hvor det virkede som om, at personalet var lidt ligeglade eller ikke tog det alvorligt.

Hun har haft flere kontaktpersoner, og dengang havde hun og Person 1 den samme kontaktperson. Hun var rigtig glad for kontaktpersonen, men vedkom mende var ikke så tit på bostedet, så det var svært at få kontakt med hende.

Person 2 flyttede ind efter hende. De blev hurtigt gode venner, og Person 2 fortalte om nogle af sine udfordringer, herunder selvmordstanker og selvskaede. Hun kender også Person 3, som flere gange spurgte hende, om hun ville med ned og ryge hash. Hun fortalte om det til personalet, og også at andre beboere røg hash og tog stoffer. Hun boede på etage med en, som røg hver dag, og det kunne lugtes i hele lejligheden. Hun sagde det til personalet på bostedet hver dag, men der blev ikke gjort noget ved det. Hun kan ikke huske, om der var andre problemer.

Person 2 virkede meget utryk og frustreret efter det, der skete med Person 3. Hun kan ikke huske, om Person 2 fik hjælp af bostedet.

Om Person 7 hørte hun i første omgang, at han ydede måltidsstøtte til Person 2, men også puttede hende. Ofte og oftere blev det Person 7, som gerne ville spise med Person 2 eller putte hende. I starten var det vigtigt for Person 2, at det var nogen, hun kendte, men det udviklede sig så til, at Person 7 hele tiden sagde, at han gerne ville "være på Person 2 i dag". Efterhånden syntes Person 2 ikke, at det var så rart. Hun så efter, om der var andre kontaktpersoner, som kunne hjælpe hende. Hun og Person 2 drøftede, om der var noget, de kunne gøre, så Person 7 ville trække sig lidt. De talte om, at Person 2 kunne prøve at

virke som et lille barn, så han måske ville miste interessen for hende. Person 2 fortalte hende, hvordan Person 7 kunne finde på at lægge en hånd på hendes ryg i fællesstuen og give hende ret intense kram.

Hun og Person 2 skrev sammen efter episoden med Person 7. Person 2 var meget ked af det og oprevet. Medarbejderne på bostedet blev ved med at sige til hende, at det ikke var sandt. Hun snakkede med Person 2 om det hver dag. Det var hårdt fordi, personalet ikke ville tale om det og bare sagde, at det var løgn. Person 2 sagde til hende, at det var svært, når ingen andre end hende troede på hende.

Hun talte også med Person 2 efter byretsdommen over Person 7. Person 2 var meget oprevet og ked af det, fordi hun følte, at der stadig ikke var nogen, der troede på hende.

Hun har talt med socialtilsynet under deres besøg. Personalet ville have, at der skulle være flere til stede, så man ikke kunne tale med tilsynet alene og sige noget mere personligt. Hun forsøgte også at tale med personalet og ledelsen om problemerne, men det blev ignoreret.

Person 2 havde det svært med at skulle flytte fra Institution 1. Det var nok fordi, Person 2 på den ene side havde en relation til hende, men på den anden side også gerne ville væk fra det, der var sket.

På det nye bosted var Person 2 mere overladt til sig selv. Person 2 gav også udtryk for, at det ikke var fedt, at det lå så langt væk fra byen.

Adspurgt af advokat Jonas Christoffersen har hun supplerende forklaret, at hun som sagt gerne ville have talt alene med socialtilsynet, da de var på besøg, men det forhindrede personalet. Bostedet syntes, at man skulle tale med socialtilsynet i grupper. Hun kan ikke helt huske, hvornår det var – kun, at de dagen før tilsynsbesøget skulle sørge for, at bostedet så rent og pænt ud. Hun ville gerne have fortalt socialtilsynet, at der var så mange, der røg hash på bostedet, og også andre ting, som hun ikke helt kan huske nu.

Vidne 3 har forklaret, at hun er uddannet pædagog og socialrådgiver. Hun har tidligere arbejdet med børn, unge og voldsramte kvinder, herunder i Mødrehjælpen, og hun har været i Socialtilsyn Hovedstaden siden 2013.

Det kan godt passe, at hun kom ind over Institution 1 i foråret 2019. Hun var vidende om, at bostedet havde en godkendelse efter servicelovens § 110, og at der var nogle uenigheder i forhold hertil. Hun var sekundær, og altså ikke hovedansvarlig, på tilsynene med bostedet. Men de rykker tættere sammen i tilsynet, når der er et sted med problemer, og så er de to på tilsynsbesøgene. Der var

en del problemstillinger og en del møder vedrørende Institution 1 på dette tidspunkt.

Hun mener, at de fik de oplysninger fra Institution 1, som de bad om. Andet ville også have været mærkeligt og ville have ført dem til efterspørge det igen. Hun kan ikke huske, om de lavede stikprøver i forbindelse med tilsynet i 2019.

Hun talte med Person 1 i forbindelse med tilsynsbesøget den 9. august 2019. Når det i noterne, der er gengivet i ekstrakten s. 462, står noteret hvad ”Person 1” oplyser, er det Person 1, det drejer sig om. Hun husker tydeligt at have talt med Person 1 flere gange og måske også i 2020. Hun talte med sin kollega om, at Person 1 var meget nuanceret og kunne se tingene fra forskellige perspektiver. Person 1 kunne godt lide at være på bostedet, men Person 1 syntes, at det var problematisk, at § 110-personerne også var der. Den betragtning var hun enig med Person 1 i. Der er en forskel på § 110 og § 107 beboere. Det medførte, at der var lidt for meget ballade på de forskellige gange. Det kunne der også være med en § 107'er, men dette var værre. Hun var enig i tilbakaldelsen af den godkendelse.

Hun talte for første gang med Sagsøger 4 på et tilsynsbesøg i januar 2021. Det var formentlig kort tid efter, at Sagsøger 4 og Person 2 var blevet voldtaget af en medbeboer. Det, som Sagsøger 4 fortalte, lød troværdigt og plausibelt, og der var ingen tvivl om, at Sagsøger 4 og Person 2 havde været udsat for noget, som ikke var godt. Hun synes ikke, at tilbuddet tog det særligt alvorligt, i hvert fald ikke til at starte med. Så kom der en politisag på det.

Tilsynet havde ikke noget forhåndskendskab til ham, der begik voldtægterne. Hvis de havde haft det, ville de ikke have kunnet fjernet ham, men de ville kunne have stillet spørgsmål til ledelsen om, hvorvidt han hørte til målgruppen, eller om det var et andet sted, han skulle være

Da tilsynet blev bekendt med en medarbejders overgreb mod Person 2, hørte de om et ”putteritual”, og hun tænkte ”What? Hvad snakker I om?”. Det var en frygtelig ting så at konstatere, at en i øvrigt afholdt medarbejder kunne finde på at forgribe sig på en af de piger, han skulle passe på. De hørte først om ”putteritualet”, efter at de hørte om overgrebet. Men hun har da en mistanke om, at der kan være sket flere ting, når det ritual har været brugt. Det er jo helt uhørt, så det gik de i dialog med ledelsen om.

Det svære ved sagen med Institution 1 var, at der samtidig var mange af de unge, som var meget bange for, at stedet blev lukket. De var glade for at bo der. Socialtilsynet kunne derfor ikke bare uden videre dreje nøglen om. De traf afgørelse om skærpet tilsyn, da hun var på ferie, så det var Vidne 4 og en afdelingsleder, som var inde over det. Der var tanker om at lukke stedet, men der kom ny

leder, og bestyrelsesformanden kom ind over og fik genetableret kvaliteten på bostedet.

De havde nogle drøftelser om Person 2, fordi de var bekymrede for hende. Person 2's sagsbehandler har så peget på Institution 2. Den godkendelse, der omtales i telefonnotatet af 28. juni 2021, jf. ekstrakten s. 614, omhandler muligvis en godkendelse af noget 1:1.

Adspurgt af advokat Victor Kieler Herskind har hun supplerende forklaret, at de som regel på tilsynsbesøgene tager det lidt ad hoc, fordi der tit er mange beboere som melder sig til at tale med dem og så fortryder det igen. De vil gerne tale med flest muligt. På Institution 1 fik de en del beboere i tale. Hun husker ikke nærmere om brevet fra Person 2 til tilsynet.

Det er rigtigt, at der er tale om beboere, hvis aktuelle trivsel og udfordringer kan være vanskeligt at afdække, hvis man ikke får talt med dem. Men hun mener som sagt, at de talte med en del af dem. De fik en liste fra bostedet med informationer om beboerne. Ikke alle havde lige tunge problematikker. Person 1 var en af dem, der havde de tungeste. De havde imidlertid ikke indblik i, at hun var selvmordstruet. Men at hun havde anoreksi og borderline, havde de oplysninger om. Hvad de fik at vide om Sagsøger 4 og Person 2's diagnoser husker hun ikke.

Overgreb er et selvstændigt kriterium i kvalitetsmodellen, hvor det hører under temaet Sundhed og Trivsel. Det er tilsynets opgave at tale med ledelsen og høre, hvordan de håndterer svære sager. Hun mener, at de overfor ledelsen og bestyrelsen har givet udtryk for, hvordan de skulle håndtere disse svære sager. Det har de også haft mange møder om. Stedet burde nok have en beredskabsplan for overgreb m.v., men hun husker ikke, om de havde én.

Hun mener, at Person 2 endte med at ligge i den høje ende i forhold til at være selvmordstruet. Hun var meget chokeret over, at Person 1 havde taget sit liv. Person 1 virkede meget fattet, da de talte med hende, men der er selvfølgelig også mange ting, som de ikke ved.

De hørte om ”putteritualet”, fordi det stod i nogle af bostedets papirer, og så blev de nysgerrige på, hvad det var. De fik dem før, at Person 2 anmeldte overgrebet. Ved nærmere eftertanke mener hun, at de fik dem efter overgrebet. Men det kan være, at hun ikke helt kan svare på det. Hun er ikke helt sikker på, hvornår i forløbet, at de fandt ud af det.

Det er ikke tilsynets opgave at vurdere alle beboernes trivsel. Men de er selvfølgelig meget optagede af det, hvis de møder nogen, som ikke trives. Det er klart, at de skulle ind i det, hvis der var generelle forhold, der bevirkede mistrivsel.

Vidne 4 har forklaret, at hun er uddannet fra RUC i Profession 2 og Profession 3, og har været i Socialtilsyn Hovedstaden siden december 2018.

Første gang hun havde kontakt med Institution 1 var i forbindelse med Person 1's selvmord.

Institution 1 havde haft nogle udfordringer i 2018-19, hvor der havde været afholdt dialogmøder og iværksat indsatser, som botilbuddet havde arbejdet med. Udfordringerne var til dels i forhold til den generelle kvalitet og særligt i forhold til § 110-beboere. Omkring primo 2020 så man dog tiltag, der løftede kvaliteten, og vurderingen var, at bostedet skulle have lov til at arbejde videre med den udvikling, og de ting, der var sat i gang

Hun talte med bostedets ledelse efter Person 1's selvmord. Det var over Teams pga. covid-19, og ledelsen redegjorde fint for, hvordan de havde arbejdet på ste det efter selvmordet, herunder i forhold til at håndtere de andre beboere. Ledelsen gjorde sig gode refleksioner omkring situationen. Det gav ikke på daværende tidspunkt anledning til yderligere i forhold til forebyggelse af selvmord. Det lød som om, bostedet havde en retningslinje at gå fra, som de også havde overholdt, i forhold til Person 1.

Hun kender godt til den fremgangsmåde, at man laver aftaler med en selvska dende om, at pågældende ikke skal selvska de eller forsøge selvmord.

Generelt oplever man på botilbud, at det kan være udfordrende, at psykiatrien ikke tager imod unge fra botilbud, selvom de vurderes at være i risiko for at begå selvmord. Hun antager, at det kan være fordi, at psykiatrien vurderer, at botilbuddet kan tage sig tilstrækkeligt af den unge.

I januar 2021 blev hun underrettet af lederen af Institution 1 dagen efter, at botilbuddet var blevet bekendt med voldtægten Sagsøger 4 og Person 2. Socialtilsynet skulle på tilsyn 1-2 uger efter, og de valgte at tage drøftelsen med bostedet der. Hun talte med Sagsøger 4 og Person 2, og de fremstod som piger, der havde det svært, men også med troværdighed i forhold til det, der var sket. De var begge meget påvirkede af det. De fremstod som hørende til den målgruppe, bostedet var godkendt til. Hun havde ikke hørt om Person 3 før. Det samlede billede gav dem efterfølgende en bekymring for, om bostedet havde håndteret det efterfølgende forløb tilstrækkeligt godt.

Nogle måneder efter hørte hun om overgrebet begået af medarbejderen Person 7. Hun havde hørt om ham før, men alene som en medarbejder, som mange af beboerne var glade for.

Efter at tilsynet fik besked om overgrebet, indhentede de dagbogsnotater fra da gene før overgrebet, og der blev omtalt et ”putteritual” . De havde bestemt ikke hørt om ”putteritualet” tidligere, for det ville de have reageret på. De reagerede alle ret kraftigt på det, da det hørte om det. Generelt vil det ikke være fagligt velfunderet, at en mandlig medarbejder opholder sig med en kvindelig beboer om natten i længere tid. Hun husker ikke, om bostedet gav udtryk for, at Person 2 ikke måtte være alene med mandlige medarbejdere. Der var mange episoder omkring Person 2 i den tid.

At Person 2 flyttede til Institution 2 i august 2021 var ikke noget, Socialtilsynet skulle godkende. Den godkendelse, der bliver omtalt i telefonnotatet af 28. juni 2021, jf. ekstrakten s. 614, omhandlede, at Institution 2 ikke havde flere ledige pladser og derfor ville tage et anneks i brug, hvilket skulle godkendes af Socialtilsyn Hovedstaden. Institution 2 fik ikke godkendelsen, men der blev en plads ledig. Hun spurgte Institution 2, om de var opmærksomme på problemerne omkring Person 2. Det var egentlig ikke noget, hun skulle spørge ind til, men ovenpå forløbet gjorde hun det alligevel. Hun havde ikke kontakt med dem efterfølgende.

Adspurgt af advokat Victor Kieler Herskind har hun supplerende forklaret, at på tidspunktet for Person 1's selvmord, vidste tilsynet godt, at der på bostedet var borgere med selvskadende og suicidal adfærd. Grænsen mellem at være selvskadende og suicidal er en faglig vurdering, der skal foretages i psykiatrien eller på bostederne.

Der er ikke en målgruppe, der hedder ”selvmordtruede” , man arbejder alene med begrebet ”suicidale” . Alvorligt selvmordstruede hører til i psykiatrien, ikke på et bosted. Men et bosted kan håndtere selvskade til en vis grænse.

Det sker, at der er selvmord på et botilbud, men det er ikke inden for normalsfæren. Det bliver altid taget alvorligt, og derfor bliver der også taget kontakt til tilbuddet. Socialtilsynet vurderede, at Institution 1 havde foretaget tilstrækkelig opfølgning efter Person 1's selvmord. Det byggede de på det, som tilbuddet oplyste. Drøftelserne med bostedet gav dem det indtryk, at bostedet havde en oplevelse af at kende Person 1 godt, og at de troede, at de kunne håndtere hendes selvmordstanker, og at de ikke troede, at hun ville handle på dem.

Efter Person 3's voldtægt af Sagsøger 4 og Person 2 var de som sagt bekymrede for, at bostedets efterfølgende håndtering af hændelsen ikke var tilstrækkelig. Hun var også undrende over for, at Person 3 kunne komme ind på etagen, når han ikke boede der. De blev mere bekymrede efter at have talt med Sagsøger 4 og Person 2, og de talte med både ledelsen og andre unge.

Generelt er det botilbuddet, som beslutter, hvilke medarbejdere der skal være tilknyttet hvilke beboere, og hvordan beboerne skal bo sammen i lejlighederne eller afdelingerne. Der gøres også overvejelser om, hvorvidt kvinder og mænd skal bo sammen. Der skal selvfølgelig foretages en faglig vurdering heraf.

Det skal ikke indberettes noget sted, når der er selvmord på et bosted. Socialtilsynet og handlekommunen blev orienteret om det. Hun ved ikke, om det bestræbtes som en utilsigtet hændelse. Socialtilsynet er ikke på den måde ude at vurdere den konkrete situation. De vurderer nærmere den samlede situation på botilbuddet.

Retsgrundlag

Det følger af socialtilsynsloven (lov nr. 608 af 12. juni 2013 med senere ændringer), at Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune har ansvaret for at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med sociale tilbud i Region Hovedstaden.

Af den dagældende § 6 i loven (jf. lovbekendtgørelse nr. 42 af 19. januar 2018) fremgår af stk. 1 og 2 om betingelserne for godkendelse af sociale tilbud:

”§ 6. Det er en betingelse for godkendelse af tilbud, som er nævnt i § 4, stk. 1, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet. *Stk. 2.* Tilbuddenes kvalitet vurderes inden for følgende temaer: 1) Uddannelse og beskæftigelse.
2) Selvstændighed og relationer.
3) Målgrupper, metoder og resultater.
4) Sundhed og trivsel.
5) Organisation og ledelse, jf. dog stk. 3.
6) Kompetencer.
7) Økonomi, jf. dog stk. 3.
8) Fysiske rammer.”

Af den dagældende § 7 fremgår om det driftsorienterede tilsyn:

”§ 7. Socialtilsynet fører driftsorienteret tilsyn med tilbud, som er nævnt i § 4, stk. 1, for at sikre, at tilbuddene fortsat har den fornødne kvalitet, jf. § 6, og opfylder betingelserne for godkendelse, jf. § 5, stk. 1. Socialtilsynet skal som led i det driftsorienterede tilsyn både føre kontrol med forholdene i tilbuddet og indgå i dialog med tilbuddet. Dialogen skal bidrage til at fastholde og udvikle kvaliteten i tilbuddet. *Stk. 2.* Socialtilsynet skal ved varetagelsen af tilsynsopgaven indhente relevant information, herunder 1) aflægge anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg i tilbuddet,
2) indhente oplysninger fra tilbuddet, herunder tilbuddets seneste års rapport, jf. § 12, stk. 4,
3) indhente oplysninger om tilbud, som er nævnt i § 4, stk. 1, nr. 1-3, fra de kommuner, som har ansvar for de enkelte borgeres ophold i tilbud

det i henhold til lov om social service, jf. §§ 9-9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område,

4) indhente oplysninger om tilbud, som er nævnt i § 4, stk. 1, nr. 4, fra de kommuner, som har visiteret borgere til behandlingsstedet i henhold til sundhedslovens § 141, stk. 1, og

5) indhente oplysninger fra ansatte og borgere i tilbuddet samt fra andre relevante personer.

Stk. 3. Socialtilsynet skal som led i det løbende driftsorienterede tilsyn besøge alle omfattede tilbud, jf. § 4, mindst en gang om året. Socialtilsynet skal foretage en konkret vurdering af behovet for antal tilsynsbesøg i hvert enkelt tilbud.

Stk. 4. Børne- og socialministeren fastsætter nærmere regler om tilrette læggelsen og indholdet af det driftsorienterede tilsyn.”

Om det driftsorienterede tilsyn fremgår det bl.a. af de almindelige bemærkninger i lovforslag nr. 205, fremsat 10. april 2013, punkt 2.2.2.1:

”...

Når socialtilsynet skal vurdere et tilbuds kvalitet ud fra de opstillede indikatorer, skal det ske ud fra en samlet kvalitativ vurdering. Der er således ikke en automatik i reaktionen på manglende opfyldelse af et kriterium. Vurderingen af, hvorvidt opfyldelsen af kriterier skal føre til skærpet tilsyn eller evt. tilbagekaldelse af en godkendelse, afhænger således af tilbuddets karakter og målgrupperne i tilbuddet. Der vil derfor, som det også er tilfældet i dag, være et stort skøn forbundet med at godkende og føre tilsyn med tilbuddene, og det stiller krav til, at de ansvarlige kommuner sikrer, at der er de fornødne tilsynsfaglige kompetencer repræsenteret i socialtilsynet.

...”

Om Socialtilsynets mulighed for at træffe afgørelse om skærpet tilsyn fremgår af lovens § 8:

”...

§ 8. Socialtilsynet skal træffe afgørelse om skærpet tilsyn, når forholdene i det enkelte tilbud tilsiger det. Afgørelse om skærpet tilsyn træffes for en periode på højst 3 måneder ad gangen og oplyses på Tilbudsportalen. Som led i en afgørelse om skærpet tilsyn skal socialtilsynet udstede påbud, jf. stk. 2.

Stk. 2. Socialtilsynet kan, når det er nødvendigt for at sikre, at tilbuddet fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, træffe afgørelse om at udstede påbud, hvis overholdelse kan gøres til en betingelse for fortsat godkendelse. Socialtilsynet skal fastsætte en frist for et påbuds overholdelse.

Stk. 3. Social- og indenrigsministeren fastsætter nærmere regler om, hvornår der kan iværksættes skærpet tilsyn, og hvornår der kan gives påbud.

...”

Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelsen i lovforslag nr. 205 fremsat 10. april 2013:

”...

Afgørelser om skærpet tilsyn er reserveret til de tilfælde, hvor socialtilsynet, som fører det driftsorienterede tilsyn med et tilbud, er så bekymret for indsatsen i tilbuddet, at der træffes afgørelse om påbud og iværksættes en proces, som kan føre til ophævelse af godkendelsen. Det kan for eksempel være ved mistanke om strafbare forhold begået af personale, for eksempel bedrageri, vold eller seksuelle overgreb, det kan være, at det eneste uddannede personale i forhold til målgruppen er fratrukket, eller det kan være ved uforholdsmæssigt mange magtanvendelser inden for en kort periode.

Det kan også være, at socialtilsynet i forbindelse med vurderingen af tilbuddets kvalitet inden for de syv kvalitetstemaer oplistet i forslagets § 6, stk. 2, vurderer, at kvaliteten er så lav, at tilbuddet ikke længere opfylder kravene. I det sidste tilfælde vil socialtilsynet skulle foretage en vurdering af, om det er sandsynligt, at tilbuddet inden for en rimelig periode vil kunne opfylde kravene, eller om den umiddelbare reaktion på forholdene i stedet må være, at der indledes en proces hen imod at trække godkendelsen tilbage. Vurderingen af, hvornår der skal iværksettes skærpet tilsyn med et tilbud, og i hvilke tilfælde, der skal gives et påbud, skal således ses i tæt sammenhænge med den kvalitetsmodel, som Socialstyrelsen skal udarbejde til vurderingen af tilbuddene.

Det forudsættes, at der forud for en afgørelse om skærpet tilsyn har været en dialog mellem socialtilsynet og tilbuddet om de forhold, der ligger til grund for afgørelsen om skærpet tilsyn, med mindre afgørelsen træffes på baggrund af pludselig opstået viden om f.eks. strafbare forhold.

...”

Socialtilsynets hjemmel til at træffe afgørelse om ophør af godkendelsen fremgår af lovens § 5, stk. 7.

”...

Stk. 7. Socialtilsynet kan træffe afgørelse om ophør af godkendelsen af et tilbud, hvis tilbuddet ikke længere opfylder betingelserne for godkendelse, jf. stk. 1, jf. §§ 6 og 12-18.

...”

Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelsen i lovforslag nr. 205 fremsat 10. april 2013:

”...

socialtilsynene kan træffe afgørelse om ophør af godkendelse af et tilbud, hvis tilbuddet ikke længere opfylder betingelserne for godkendelse. Det kan for eksempel være i tilfælde, hvor et tilbud ikke har efterkommet et påbud om at sikre ansatte med de rette kompetencer i tilbuddet.

Forud for en afgørelse om ophør af en godkendelse forudsættes det, at der har været en forhandling og dialog mellem socialtilsynet og tilbuddet om baggrunden for overvejelserne om ophør af godkendelsen, samt at tilbuddet har fået mulighed for at rette op på de forhold, der ligger grund herfor. Det forudsættes også, at ophør sker med rimelig frist, så

både tilbuddet og de visiterende kommuner har mulighed for at indrette sig på det. Der kan dog også være situationer, hvor godkendelsen fjernes omgående, f.eks. som følge af seksuelle overgreb.
 ...”

Af den dagældende bekendtgørelse om socialtilsyn, bekendtgørelse nr. 617 af 3. maj 2020, fremgår følgende:

”...

Driftsorienteret tilsyn

§ 8 Socialtilsynet fører efter § 7, stk. 1, 1. pkt., i lov om socialtilsyn driftsorienteret tilsyn med tilbud, som er nævnt i lovens § 4, stk. 1, for at sikre, at tilbuddene fortsat har den fornødne kvalitet, jf. lovens § 6, og opfylder betingelserne for godkendelse, jf. lovens § 5, stk. 1.

Stk. 2. Tilsynsintensiteten skal tilrettelægges efter forholdene og fastsættes af socialtilsynet efter en risikovurdering. Socialtilsynet skal foretage en konkret vurdering af behovet for antal tilsynsbesøg i hvert enkelt tilbud, jf. § 7, stk. 3, i lov om socialtilsyn. Socialtilsynet skal dog efter lovens § 7, stk. 3, aflægge mindst et årligt tilsynsbesøg i hvert tilbud. I tilbud med flere afdelinger skal der aflægges et årligt tilsynsbesøg på hver afdeling.

Skærpet tilsyn og påbud

§ 9 Socialtilsynet skal træffe afgørelse om iværksættelse af skærpet tilsyn, jf. § 8, stk. 1, 1. pkt., i lov om socialtilsyn, hvis konkrete forhold i et tilbud skaber bekymring for tilbuddets kvalitet, eller hvis socialtilsynet ud fra en samlet vurdering af tilbuddet, jf. lovens § 6, finder, at tilbudet ikke længere har den fornødne kvalitet.

Stk. 2. Afgørelse om skærpet tilsyn træffes for en periode på højst 3 måneder neder ad gangen, jf. § 8, stk. 1, 2. pkt., i lov om socialtilsyn. Varigheden fastsættes på baggrund af en individuel vurdering af det konkrete forholds karakter.

Stk. 3. Som led i en afgørelse om skærpet tilsyn skal socialtilsynet træffe afgørelse efter § 10 om påbud, jf. § 8, stk. 1, 3. pkt., i lov om socialtilsyn.

§ 10 Socialtilsynet kan, når det er nødvendigt for at sikre, at tilbuddet fortsat opfylder betingelserne for godkendelse, træffe afgørelse om at udstede påbud, hvis overholdelse kan gøres til en betingelse for fortsat godkendelse, jf. § 8, stk. 2, 1. pkt., i lov om socialtilsyn. Stk. 2. Når socialtilsynet træffer afgørelse om udstedelse af påbud, jf. stk. 1, skal der i afgørelsen anføres de forhold, der begrundes på budet, og som tilbuddet pålægges at rette op på som en forudsætning for fortsat godkendelse.

Stk. 3. Socialtilsynet skal fastsætte en frist for påbuddets overholdelse, jf. § 8, stk. 2, 2. pkt., i lov om socialtilsyn. Fristen kan under særlige omstændigheder forlænges efter anmodning fra tilbuddet.

§ 11 Afgørelse om skærpet tilsyn og påbud, jf. § 8 i lov om socialtilsyn, kan kun træffes efter forudgående dialog med tilbuddet om de forhold, der begrundes overvejelserne om skærpet tilsyn eller påbud. Afgørelse om skærpet tilsyn eller påbud kan dog træffes straks, hvis særlige forhold gør dette påkrævet, herunder pludselig opstået begrundet mi

stanke om strafbare forhold eller akut risiko for borgernes sikkerhed og sundhed.

Stk. 2. Afgørelse om iværksættelse af skærpet tilsyn og påbud kan kun træffes, når der er en berettiget forventning om, at tilbuddet kan og vil rette op på de forhold, der ligger til grund for afgørelsen. Hvis det ikke forventes, at tilbuddet kan eller vil rette op på de bekymrende forhold, skal socialtilsynet træffe afgørelse om ophør af godkendelsen.

...

Af vejledning nr. 9300 af 30. april 2015 om socialtilsyn fremgår bl.a.:

47. Det driftsorienterede tilsyn, som socialtilsynet udfører, har til formål at sikre, at tilbuddet generelt har den fornødne kvalitet. Socialtilsynet skal således som led i tilsynet påse, at den kvalitet, som var en forudsætning for, at tilbuddet blev godkendt, samt de øvrige forhold som lå til grund for godkendelsen, fortsat er til stede. Der henvises i øvrigt om indholdet i et driftsorienterede tilsyn til kapitel 8.

48. Det personrettede tilsyn, som efter servicelovens § 148 udføres af den kommune, der har ansvaret for borgerens ophold i tilbuddet, jf. retssikkerhedslovens §§ 9 – 9 b, har til formål at sikre, at den enkelte borger trives i tilbuddet, at hjælpen ydes i henhold til en aftale, der er indgået mellem kommunen og tilbuddet, og at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Udgangspunktet for det personrettede tilsyn er, i modsætning til det driftsorienterede tilsyn, den enkelte borgers situation. Hvis det personrettede tilsyn viser, at forudsætningerne for borgerens ophold i tilbuddet ikke er opfyldt, herunder at opholdet ikke forløber i overensstemmelse med den afgørelse, som kommunalbestyrelsen har truffet i forhold til den enkelte og målsætningerne i en eventuel handleplan, er den kommune, der har ansvaret for borgerens ophold i tilbuddet, jf. retssikkerhedslovens §§ 9 – 9 b, forpligtet til at reagere herpå.

206. Et tilsynsbesøg er alt andet lige kun et øjebliksbillede af forholdene i tilbuddet. Tilsynsbesøg kan derfor aldrig stå alene med henblik på at vurdere kvaliteten i tilbuddet. Kvaliteten af et tilbud bør i sidste ende måles på, hvorvidt tilbuddet generelt formår at nå de opstillede mål for borgerne i tilbuddet. De enkelte opholdskommuner for borgerne i tilbuddet, får i kraft af deres personrettede tilsyn med borgeren, jf. servicelovens § 148, et indblik i tilbuddets evne til at opnå de opstillede mål for den enkelte borger.

...

207. Kvaliteten i tilbuddet kan således måles på tilbuddets målopnåelse for borgerne i tilbuddet som helhed. For at tilsynet bedre kan bedømme kvaliteten af et tilbud, bør der derfor sikres sammenhæng mellem det driftsorienterede tilsyn, som socialtilsynet udfører, og det personrettede tilsyn, som handlekommunerne for borgerne i tilbuddet udfører. Det illustreres fx af, at der er en ”gensidig forpligtelse” for det driftsorienterede tilsyn og det personrettede tilsyn til at underrette hinanden om bekymrende forhold i tilbuddene.

...

216. I forbindelse med indhentning af oplysninger fra borgere, og herunder børn og unge, kan der være oplysninger, som visiterende kommuner også indhenter i forbindelse med opfølgningen på indsatsen via det personrettede tilsyn. Det er i denne forbindelse væsentligt at være opmærksom på, at oplysningerne indsamles til forskellige formål. I forbindelse med det driftsorienterede tilsyn indsamles oplysningerne med henblik på at vurdere, om tilbuddet har den fornødne kvalitet. Dette sker ved at se på tilbuddets evne til at understøtte borgernes trivsel og opnå resultater for borgerne, og der kan her være overlap af oplysninger, som også indhentes i forbindelse med det personrettede tilsyn. En væsentlig forskel er imidlertid, at det i forbindelse med driftstilsynet ikke er nødvendigt at indhente oplysninger om alle borgere i tilbudet.”

Parternes synspunkter

Sagsøger 1, Sagsøger 2, Sagsøger 3 og Sagsøger 4 har i deres påstandsdokument anført:

”...

Det gøres overordnet gældende, at Socialtilsyn Hovedstaden (Socialtilsynet) ikke har overholdt sine forpligtelser som den ansvarlige tilsynsmyndighed til at beskytte Person 1, Person 2 og Sagsøger 4's rettigheder i medfør af den Europæiske Menneskerettighedskonventions (EMRK) artikel 2 og artikel 3.

Det gøres derudover overordnet gældende, at Socialtilsyn Hovedstaden har til sidesat sine forpligtelser efter både serviceloven, retssikkerhedsloven, lov om socialtilsyn og forvaltningsloven.

Som følge af ovenstående er Socialtilsynet erstatningsansvarlig for begravelsesudgifter og skal desuden betale en godtgørelse til sagsøgerne.

Socialtilsynets ansvar efter EMRK

EMRK forpligter den danske stat til at overholde konventionens bestemmelser og ikke gøre indgreb i individets rettigheder efter konventionen, medmindre betingelserne herfor er opfyldt.

Statens ansvar omfatter handlinger og forsømmelser fra enhver offentlig myndighed, jf. fx Kurt Nielsen mod Danmark (33488/96), præmis 25 samt Glass mod Det Forenede Kongerige (61827/00), præmis 71 og G.M. m.fl. mod Moldova, (44394/15), præmis 130.

Der gælder efter dansk ret en objektiv ansvarsnorm for brud på EMRK, jf. fx U.2017.2929 H, U.2017.3272 Ø (Nielsen og Ehlers i Juristen nr. 4, 2018, side 111 Y.). Det er af den grund ikke en forudsætning for et ansvar, at den danske stat har handlet i strid med danske regler på området.

Såfremt der konstateres en krænkelse af menneskerettighederne, ifalder den danske stat således ansvar, uanset om krænkelsen efter danske regler kan tilregnes staten eller ej.

Efter EMRK gælder der en særlig beskyttelse af sårbare persongrupper, herunder personer med et mentalt handicap, jf. fx Renolde mod Frankrig (5608/05) pr. 84 (artikel 2), S.F. m.fl. mod Schweiz (23405/16), pr.78 (vedrørende artikel 2) og G.M. m.fl. mod Moldova (44394/15) 92-112 (artikel 3).

Den særlige beskyttelse betyder, at tærsklen for, hvornår der er sket en krænkelse efter EMRK artikel 2 og 3 sænkes, og at statens positive forpligtelser efter EMRK artikel 2 og 3 indskræpes, jf. fx G.M. m.fl. mod Moldova (44394/15).

EMRK skal således i nærværende sag fortolkes i lyset af, at Person 1, Person 2 og Sagsøger 4 - grundet deres psykiske sårbarhed - nyder en særlig beskyttelse af deres ret til beskyttelse efter EMRK artikel 2 og 3.

Det forhold, at Institution 1 er en selvejende institution, medfører desuden en skærpelse af kravene til myndighedernes tilsyn, da staten ikke kan frigøre sig fra sit ansvar ved at uddelegere myndighedsopgaverne til private. I sådanne tilfælde vil statens nemlig være ansvarlig for den private parts handlinger og forsømmelser, jf. Costello-Roberts mod Storbritannien (13134/87) pr. 27 og O’Keffe m.fl. mod Irland (35810/09), pr. 150, om overgreb mod børn i privatskoler. Se hertil også UfR 2017.3272 om overgreb mod børn anbragt i privat pleje.

I forlængelse heraf gøres det tillige gældende, at Socialtilsynets agtpågivenheden ved deres tilsyn må anses for skærpet henset til, at de ved gentagne tilsyn har kunnet konstatere, at de oplysninger bostedet gav var urigtige og ikke gav et retvisende billede af forholdene på bostedet, ligesom beboerne har oplyst, at de først fik den hjælp de havde behov for, når Socialtilsynet kom på tilsyn. Socialtilsynet modtog endvidere et betydeligt antal whistleblowerhenvendelser over årene, hvilket – sammen med deres egne observationer – gjorde, at det måtte eller burde have stået tilsynet klart, at der var risiko for, at beboerne ville blive udsat for overgreb omfattet af henholdsvis EMRK artikel 2 og 3.

Det nedenstående skal således ses i lyset af sagsøgernes særlige beskyttelse og de skærpede krav til myndighedernes tilsyn.

Artikel 2 krænkelse – Person 1 og Person 2

For så vidt angår sagsøgerne, Sagsøger 3 samt Sagsøger 2 og Sagsøger 1, gøres det gældende, at Socialtilsynet har tilsidesat sine forpligtelser i henhold til EMRK artikel 2 om retten til liv.

Det følger af Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols (EMD) praksis, at artikel 2 indebærer en positiv forpligtelse for de ansvarlige myndigheder til at forhindre, at personer, der er under statens jurisdiktion, mister livet, jf. fx L.C.B. mod Storbritannien (23413/94), pr. 36).

Den positive forpligtelse indebærer blandt andet, at myndighederne skal sikre tilstrækkelig og nødvendig pleje, behandling, omsorg og tilsyn med personer i myndighedernes varetægt, hvis liv og helbred kan være i fare. Det gælder i særdeleshed for sårbare personer, som er i statens varetægt som følge af det forhold, at de ikke kan tage vare på sig selv.

Den positive forpligtelse indebærer tillige en beskyttelse af personer mod selvskade, jf. Renolde mod Frankrig (5608/05) pr. 81. Myndighederne har herefter en generel pligt til at træffe rimelige foranstaltninger for at forhindre at personer begår selvmord, jf. Fernandes de Oliveira mod Portugal (78103/14), pr. 124.

Af EMD's praksis kan det udledes, at der består en handlepligt, når den ansvarlige myndighed ved eller burde vide, at personen i myndighedens varetægt udsætter sig selv for selvskade, og at der består en 'virkelig og nærliggende' risiko for dennes liv og helbred, samt at myndigheden skal have gjort, hvad der med rimelighed kan forlanges for at imødegå denne risiko.

For at fastslå, om myndighederne vidste eller burde have vidst, at der forelå denne risiko for personens liv, der udløser pligten til at træffe passende foranstaltninger, tager EMD hensyn til en række faktorer, herunder om personen tidligere har haft psykiske problemer, alvoren af den mentale tilstand, tidligere forsøg på at begå selvmord eller selvskade, selvmordstanker eller -trusler, tegn på fysisk eller psykisk lidelse, jf. Fernandes de Oliveira mod Portugal (78103/14), pr. 115 og Boychenko mod Rusland (8663/08), pr. 80. Det kan også tillægges betydning om, der er tale om en forudsigelig fare for personens liv, jf. Eremiá šová and Pechová mod Tjekkiet (23944/04), pr. 117 og Keller mod Rusland (26824/04), pr. 88.

Person 1 og Person 2 havde begge svære psykiske lidelser og massive udfordringer med selvskadende og selvmordstruet adfærd. Socialtilsynet havde konkret viden om, at beboerne på Institution 1 var meget sårbare, og at størstedelen, herunder både Person 1, Person 2 og Sagsøger 4

havde en sygdomshistorie med alvorlige psykiske lidelser, tidligere forsøg på selvmord, selvskadende adfærd og selvmordstanker.

Socialtilsynets vidste eller burde have vist, at der var en virkelig og nærliggende risiko for selvmord, når Socialtilsynets viden om beboersammensætningen sammenholdes med bostedets manglende faglighed, kritisable kultur og samarbejde samt syn og tilgang til beboerne.

Socialtilsynet havde gennem en lang periode konkret viden om den manglende struktur og systematik, der prægede beboerne på Institution 1. Det kom både til udtryk ved tilfældigheden i, hvem og hvor mange der var på arbejde og tilfældigheden i, hvordan forskellige episoder blev håndteret på bostedet.

Samme konklusion nåede Arbejdstilsynet til, da de gav Institution 1 et påbud, fordi ledelsen havde alt for uklare krav til de ansatte og da der ikke var en fælles pædagogisk tilgang til beboerne.

Dette på trods af, at beboerne blev visiteret til bostedet, da de havde behov for en boform med personaledekning i form af døgndækning.

Socialtilsynet havde tillige konkret viden om, at personalet ikke havde de fornødne faglige kompetencer til at håndtere målgruppen på bostedet.

De unge fik ikke den tilstrækkelige hjælp og støtte som de havde brug for, hvilket Socialtilsynet løbende konstaterede ved deres tilsyn, og hvilket også er grunden til, at Institution 1 ikke længere er godkendt til at have unge med selvskade som primær anbringelsesgrund.

Allerede ved de to tilsynsbesøg i januar og marts 2019 var Socialtilsynet bekymret for beboernes trivsel og udvikling. Socialtilsynet foretog sig dog ikke yderligere før et tilsynsbesøg 5 måneder senere, hvor der fortsat var bekymring for beboernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Socialtilsynet havde på det tidspunkt konkret viden om, at medarbejderne låste sig inde ved tilfælde af konflikter, og de konstaterede, at tilbuddets medarbejdere havde mange udfordringer med at håndtere beboersammensætningen på bostedet.

Person 1's forløb på Institution 1 vidner om, at bostedet ikke havde de fornødne faglige kompetencer til at kunne yde hende den støtte og hjælp, som hun havde brug for.

På aftenen for hendes selvmord kontaktede både Sagsøger 1 og en veninde bostedet og fortalte, at de var bekymrede for, at hun ville begå selvmord.

Sagsøger 1 oplyste bostedet om, at Person 1 ikke måtte være alene, og hvis hun ikke kunne blive mandsopdækket, skulle hun tvangsindlægges. På trods heraf blev Person 1 alligevel overladt til sig selv, hvilket medførte hendes død.

Person 2's havde også et traumatiserende forløb på Institution 1, ikke mindst på grund af bostedets håndtering af de overgreb, som hun var udsat for, da hun boede der. Bostedets tilgang til hende var så kritisabel, at hun – på trods af den sårbare position, hun allerede befandt sig i – følte sig nødsaget til flere gange at gøre både bostedet og Socialtilsynet opmærksom på den uprofessionelle tilgang personalet havde til hende.

Person 2 begik selvmord 2 dage efter byrettens dom mod bostedets tidligere ansatte pædagog. Person 2 følte, at hun blev tillagt skyld ved dommen og godt et års traumatiserende ophold på Institution 1 kulminerede. Et forløb med 2 overgreb, hemmeligholdelse af overgrebene og efterfølgende bebrejdelse fra personalet og anklager om, at hun løj, og at overgrebene ikke havde fundet sted.

Det gøres gældende, at det stod eller burde have stået Socialtilsynet klart, at der bestod en risiko for Person 1 og Person 2's liv og helbred, da de var bekendt med bostedet manglende faglighed og tilgang til beboerne samt bekendt med borgernes sårbare position og psykiske udfordringer.

Det gøres endvidere gældende, at Socialtilsynet under disse omstændigheder – navnlig ved i overvejende grad at forholde sig passivt og ved at undlade iværksættelsen tilstrækkelige foranstaltninger – ikke har gjort, hvad man med rimelighed kan forlange i den pågældende situation.

Det understøttes af, at Socialtilsynet har været vidende om, at personalet på bostedet ikke fulgte gældende procedurer ved voldsomme episoder, herunder i lav grad havde en praksis, der var i overensstemmelse med de nationale retningslinjers anbefalinger for sociale og sundhedsmæssige forhold og i lav grad arbejdede med forskellige risikovurderingsmetoder. Dette medførte øget risiko for 'udadreagerende adfærd' og 'selvskade'. Socialtilsynet var således bekendt med risikoen for beboernes liv og helbred.

Socialtilsynet har – eller burde have – været vidende om, at medarbejderne på bostedet ikke var i besiddelse af de tilstrækkelige kvalifikationer til at beskytte selvskadende personer. Det gøres gældende, at Socialtilsynet som ansvarlig myndighed har tilsidesat forpligtelsen til at iværksætte effektive foranstaltninger med selvskadende og selvmordstruet adfærd, idet myndigheden ikke førte et kvalificeret og tilstrækkeligt tilsyn og sad flere henvendelser fra beboerne overhørig.

Undladelsen af at iværksætte effektive foranstaltninger og føre et effektivt tilsyn med forholdene på Institution 1 og de forhold Person 1 og Person 2 levede under, udgjorde dels en tilsidesættelse af tilsynsmyndighedernes forpligtelser efter dansk ret, men udgjorde ligeledes en selvstændig krænkelse af sagsøgenes ret til liv efter EMRK, idet tilsynsmyndigheden var eller burde have været bekendt med risikoen for krænkelse, og derfor i henhold til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols praksis var underlagt en positiv forpligtelse til at iværksætte effektive foranstaltninger.

Samlet set har Socialtilsynet dermed ikke gjort, hvad der med rimelighed forlanges for at imødegå risikoen for Person 1's og Person 2's liv og helbred.

Ret til godtgørelse

Det gøres således gældende, at Socialtilsynet har tilsidesat sine positive forpligtelser efter EMRK artikel 2, og som følge heraf, skal betale godtgørelse til sagsøgerne, Sagsøger 1 og Sagsøger 2 samt Sagsøger 3.

Det følger af EMRK artikel 13 sammenholdt med princippet i erstatningsansvarslovens § 26, at der skal tilkendes godtgørelse af de danske domstole, når en person i henhold til EMD's praksis efter konventionens artikel 41, ville have ret til godtgørelse, jf. U.2017.2929H.

Retten til godtgørelse for en konventionskrænkelse, når der er tale om krænkelse af en fundamental rettighed som artikel 2, skal således ske efter princippet i § 26, men med udgangspunkt i det niveau for godtgørelse, som er fastlagt i EMD's praksis, jf. U.2017.3272Ø og U.2018.3631Ø.

Krænkelse ved myndigheders tilsidesættelse af positive forpligtelser efter artikel 2, godtgøres normalt inden for variationen minimum 30.000 og maksimalt 100.000 euro, svarende til mellem 220.000 – 750.000 kr., jf. Peer Lorenzen m.fl., Den Europæiske Menneskerettighedskonvention med kommentarer (art 10-59 samt tillægsprotokollerne), 3. udgave 2011, s. 1167.

Det rejste krav er således opgjort ud fra en skønsmæssig afvejning af, hvad der efter EMD's praksis er et rimeligt niveau i nærværende sag – og altså ikke udtryk for, hvad der er maksimum indenfor rammen.

Erstatningsansvarsloven

Selvom det ikke er afgørende for Socialtilsynets ansvar, at der er handlet i strid med danske retsregler, gøres det dog gældende, at Socialtilsynet tillige har tilsi

desat sine forpligtelser efter serviceloven, lov om socialtilsyn, retssikkerhedsloven og forvaltningsloven og har handlet culpøst efter danske erstatningsretlige standarder ved at have tilsidesat sin omsorgsforpligtelse over Person 1 og Person 2, som førte til deres tragiske død.

Ansvarsgrundlaget for offentlige myndigheders erstatningsansvar forudsætter, at myndigheden har handlet culpøst, og at de almindelige betingelser for erstatning i øvrigt er opfyldt. Det skal i den forbindelse bemærkes, at dansk lovgivning i almindelighed skal fortolkes i overensstemmelse med Danmarks internationale forpligtelser, herunder EMRK, og at Socialtilsynets forpligtelser således skal fortolkes i overensstemmelse med de forpligtelser som følger af konventionen.

Socialtilsynet er forpligtet til at sikre beboernes sundhed og trivsel, bostedets fysiske rammer, og at visitationen af børn og unge skete inden for den – af socialtilsynet – godkendte målgruppebeskrivelse. Grundet tilsynets mangelfulde tilsyn og indsats generelt døde Person 1 og Person 2.

Det gøres på den baggrund gældende, at Socialtilsynet har tilsidesat sine lovgivningsmæssige forpligtelser og har handlet culpøst ved ikke at have sikret tilstrækkeligt tilsyn og iværksat andre foranstaltninger på Institution 1, som kunne have forhindre Person 1 og Person 2's død.

På den baggrund gøres det gældende, at Socialtilsynet har handlet culpøst og ansvarspådragende og er erstatningsansvarlig for det lidte tab.

Tabet

Tabet er opgjort til de begravelsesomkostninger, sagsøgerne har afholdt, jf. erstatningsansvarslovens § 12.

Efter fast praksis skal der ydes erstatning for alle rimelige udgifter, der vedrører selve begravelsen/bisættelsen og højtideligheden i forbindelse hermed, anlæg af gravsted mv.

Tabet er opgjort til 30.489,05 kr. for sagsøgerne, Sagsøger 1 og Sagsøger 2. Tabet er opgjort til 36.483 kr. for Sagsøger 3. Erstatningsopgørelsen er fremlagt som bilag 18, E1002.

Artikel 3-krænkelserne – Sagsøger 4 og Person 2

Det følger af EMRK artikel 3 sammenholdt med artikel 1, at staten har pligt til at træffe foranstaltninger med henblik på at sikre, at personer, der er under sta

tens jurisdiktion, ikke udsættes for umenneskelig eller nedværdigende behandling.

Person 2 og Sagsøger 4 blev begge udsat for voldtægt af en anden beboer. Person 2 blev desuden udsat for et seksuelt overgreb fra en ansat pædagog.

EMD har flere gange fastslået, at voldtægt og alvorlige seksuelle overgreb er omfattet af anvendelsesområdet for artikel 3, herunder senest i sagen *Daugaard Sorensen v. Danmark* (25650/22), hvor det følger af pr. 64, at:

The Court reiterates that rape and serious sexual assault amount to treatment that falls within the ambit of Article 3 of the Convention and also engages fundamental values and essential aspects of “private life” within the meaning of Article 8.

Voldtægterne den 19. januar 2021 falder således utvivlsomt ind under anvendelsesområdet for EMRK artikel 3, idet der var tale om – netop voldtægter, jf. også bilag 12, E772.

Både Person 2 og Sagsøger 4 var i kraft af baggrunden for deres anbringelse og unge alder særligt sårbare. Statens pligt til at beskytte dem er der for skærpet. Det gøres overordnet gældende, at Socialtilsynet ikke har overholdt denne forpligtelse.

Socialtilsynet har tilsidesat sine forpligtelser i henhold til EMRK artikel 3, idet Socialtilsynet på trods af sin viden om forholdene på Institution 1, ikke rettidigt foretog en indsats over for forholdene på Institution 1, herunder iværksatte effektive foranstaltninger, der kunne forhindre de seksuelle overgreb, som Person 2 og Sagsøger 4 var udsat for under deres ophold på bostedet.

Socialtilsynet fik således allerede i 2017 kendskab til, at der formentlig var misbrugsproblemer på bostedet, og at der foregik forråelse. Forråelsen blev væsentligt forværret over årene, hvilket blandt andet ses ved de ansattes mistro til, om der overhovedet havde fundet seksuelle overgreb sted. På denne baggrund og på baggrund af de mange whistleblowerhenvendelser og de fremkomne oplysninger på de efterfølgende tilsynsbesøg, havde Socialtilsynet konkrete oplysninger om omstændigheder, som burde have givet tilsynet en rimelig begrundet mistanke om, at der forelå en risiko for, at sagsøgerne ville blive udsat for krænkelse omfattet af hhv. EMRK artikel 2 og 3.

Det bemærkes i den forbindelse, at hvis myndigheder modtager indberetninger om vanrøgt mv., kan det udgøre en krænkelse af EMRK artikel 3, hvis myndigheden ikke træffer de nødvendige foranstaltninger, herunder undersøgelse og

eventuelt involvering af sociale myndigheder, jf. også Jon Fridrik Kjølbro, Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – for praktikere, 6. udgave, 2023, side 352.

Herom kan det bemærkes, at Socialtilsynet i perioden frem til Person 2's selvmord modtog ni whistleblowerhenvendelser i den nærværende sag, som dog ikke er fremlagt.

Fra i hvert fald 2017 havde Socialtilsynet konkret viden om, at Institution 1 visiterede beboere med misbrug, som var uden for deres målgruppe, og at personalet havde udfordringer med at håndtere beboerne. I hele perioden frem til oktober 2019, hvor Socialtilsynet fratog Institution 1 retten til at indkvartere borgere efter servicelovens § 110, konstaterede Socialtilsynet ved gentagne tilsynsbesøg, at Institution 1 havde beboere uden for deres målgruppe.

Det gøres gældende, at Socialtilsyn Hovedstaden på baggrund af deres viden og burde viden om forholdene, burde have truffet afgørelse om skærpet tilsyn på et langt tidligere tidspunkt. Socialtilsyn Hovedstaden burde desuden ikke have godkendt udvidelsen af målgruppen, da dette var i strid med såvel vedtægterne for Institution 1 og lovgivningen på området, jf. også deres egen vurdering (bilag W, E467). Udvidelsen af målgruppen skabte således en stor utryghed for beboerne, herunder Person 1.

Socialtilsynet var endda selv opmærksom på risikoen for misbrug ved beboer sammensætningen, hvilket ses da de i sin afgørelse om tilbagekaldelse af retten til at indkvartere borgere efter servicelovens § 110 eksplicit anfører, at det ikke var fagligt forsvarligt, at unge med helt andre problemstillinger boede sammen med beboere med aktivt misbrug, da det gav problemer med uro og risiko for overgreb og mistrivsel (bilag 6, E483).

På dette tidspunkt havde Socialtilsynet desuden konkret viden om, at Institution 1 afgav urigtige oplysninger til tilsynet om visiteringsgrundlaget.

Socialtilsynet foretog sig dog ikke yderligere før et anmeldt i besøg i februar 2020, og i mellemtiden fortsatte Institution 1 med at have beboere med rus middelproblematikker, ligesom to voldtægter nåede at finde sted på bostedet.

En af de beboere, der havde et misbrug, var manden der i januar 2021 voldtog både Person 2 og Sagsøger 4. Han var diagnosticeret med en stofudløst psykose og røg hash.

Gerningsmanden havde våben på værelset og en kniv i bæltetasken. Mange af beboerne var bange for ham. Han snød rengøringspersonalet til at lukke sig ind

på andre etager end sin egen, indtil personalet bad ham lade vær med at opsøge pigerne og banke på deres dør.

Frem til overgrebene havde flere beboere advaret både medarbejdere og daværende ledelse om, at gerningsmanden var ubehagelig og grænseløs, men der blev ikke reageret herpå.

Socialtilsynet konstaterede også selv, at voldtægterne kunne have været undgået, hvis personalet havde været mere opsøgende og til stede blandt beboerne. Det bemærkes hertil, at det er Socialtilsynet, der har kompetencen til at påse, at bostedet forebygger overgreb. Da det er Socialtilsynet, der som tilsynsførende myndighed for stedet, er nærmest til at imødegå risikoen for overgreb, som de var eller burde være bekendt med, er det Socialtilsynet, der er ansvarsbærende.

Særligt for så vidt angår overgrebet mod Person 2 i maj 2020, bemærkes det også, at Socialtilsynet havde konkret viden om putteritualer og den usunde relation mellem Person 2 og pædagogen. På trods af, at Socialtilsynet stilte sig undrende og var bekymret for relationen, blev der dog ikke iværksat konkrete tiltag i relation hertil.

På baggrund heraf gøres det gældende, at der var en virkelig og nærliggende risiko for de to overgreb mod Person 2 og Sagsøger 4 i januar 2021 og senere for overgrebet i maj 2021 mod Person 2.

Det gøres gældende, at Socialtilsynet har haft en skærpet forpligtelse til at beskytte Person 2 og Sagsøger 4 mod krænkelser, eftersom statens positive pligt til at sikre effektiv beskyttelse mod krænkelser navnlig gælder børn og andre sårbare personer, jf. O’Keeffe mod Irland, præmis 144.

Det bemærkes hertil, at det ikke er en betingelse, at Socialtilsynet har haft positiv viden om krænkelser. Det er derimod tilstrækkeligt, at Socialtilsynet burde have været bekendt med risikoen for krænkelser, jf. blandt andet E m.fl. mod UK (33218/96), præmis 96 og O’Keeffe mod Irland, (35810/09), præmis 148, samt dansk ret, jf. eksempelvis U.2017.3272 Ø, U.2021.2254Ø m.fl.

Da Socialtilsynet ved gentagne tilsynsbesøg havde konstateret, hvor lavt det faglige niveau var på stedet, at der var risiko for beboernes sundhed og trivsel, at unge sårbare boede dør om dør med beboere med aktivt misbrug – og at dette medførte risiko for overgreb, at bostedet afgav oplysninger om visitations grundlag, og at en konkret medarbejder udførte putteritualer med Person 2, var Socialtilsynet fuld ud bekendt med risikoen for, at Person 2 og Sagsøger 4 blev udsat for nedværdigende og umenneskelig behandling.

Det gøres gældende, at Socialtilsynet som ansvarlig myndighed tilsidesatte forpligtelsen til at iværksætte effektive foranstaltninger med henblik på at forhindre overgreb.

Det gøres gældende, at undladelsen af at iværksætte effektive foranstaltninger udgjorde dels en tilsidesættelse af tilsynets forpligtelser efter dansk ret, men udgjorde ligeledes en selvstændig krænkelse af ret til beskyttelse mod umenneskelig og nedværdigende behandling efter EMRK artikel 3, idet Socialtilsynet var eller burde have været bekendt med risikoen for, at Sagsøger 4 og Person 2 blev udsat for krænkelse, og derfor i henhold til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols (EMD) praksis var underlagt en positiv forpligtelse til at iværksætte effektive foranstaltninger, der kunne forhindre, at de blev udsat for seksuelle overgreb.

Ret til godtgørelse

Det gøres gældende, at Socialtilsynets tilsidesættelse af den positive forpligtelse efter EMRK artikel 3 udgør en retsstridig krænkelse. Socialtilsynet skal derfor betale godtgørelse til Sagsøger 4 og Sagsøger 3 for ikke-økonomisk skade i anledning af krænkelsen.

Der tilkendes godtgørelse af de danske domstolene, når en person i henhold til EMD's praksis ville have ret til godtgørelse, jf. ovenfor.

Det følger af EMD's praksis, at udmålingen af godtgørelse skal tage udgangspunkt i den smerte og lidelse (pain and suffering), som krænkelsen har medført, jf. Z m.fl. mod UK (29392/95), præmis 130. Af danske domme der vedrører myndigheders tilsidesættelse af positive forpligtelser i forhold til at gribe ind og forhindre omsorgssvigt, har retten tilkendt godtgørelse på 300.000 kr., jf. U.2017.3272Ø, U.2018.3631Ø, utrykt dom af 10. januar 2019 i sag nr. BS 42B-2929/2017 fra Københavns Byret, utrykt dom af 23. maj 2019 i sag nr. BS-8600/2017-OLR fra Østre Landsret og U.2021.2254Ø.

Krænkelser ved myndigheders tilsidesættelse af positive forpligtelser efter artikel 3 godtgøres normalt inden for variationen minimum 20.000 og maksimalt 60.000 euro, svarende til mellem 150.000 – 450.000 kr., jf. Peer Lorenzen m.fl., Den Europæiske Menneskerettighedskonvention med kommentarer (art 10-59 samt tillægsprotokollerne), 3. udgave 2011, s. 1168.

Sagsøgernes krav på godtgørelse i sagen kan på den baggrund fastsættes til 300.000 pr. person.

Det rejste krav er således opgjort ud fra en skønmæssig afvejning af, hvad der efter EMD's praksis er et rimeligt niveau i nærværende sag – og altså ikke udtryk for, hvad der er maksimum indenfor rammen.
...”

Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune har i sit påstandsdokument anført:

”...

- 3 Socialtilsyn Hovedstadens hovedanbringende er, at tilsynet med Institution 1 blev udført i fuld overensstemmelse med lov om socialtilsyn, og at Socialtilsyn Hovedstaden ikke har forsømt at beskytte Person 2 og Sagsøger 4 mod umenneskelig og nedværdigende behandling i strid med EMRK art. 3, ligesom tilsynet ikke har forsømt at beskytte Person 1 og Person 2 mod at begå selv mord i strid med EMRK art. 2.
- 4 Person 1 (ved Sagsøger 2 og Sagsøger 1) og Person 2 (ved Sagsøger 3) har ikke løftet bevisbyrden for, at Socialtilsynet har tilsidesat sine positive forpligtelse i henhold til EMRK art. 2 og/eller EMRK artikel 3 ved ikke at foretage rimelige foranstaltninger til at beskytte Person 1, Person 2 og Sagsøger 4.
- 5 Socialtilsyn Hovedstaden fører et driftstilsyn - ikke et personrettet tilsyn - og bestrider, at det vidste eller burde vide, at nogen beboer på Institution 1 var udsat for eller risikerede at blive udsat for krænkelse af EMRK art. 3 eller var i risiko for at ville begå selvmord under omstændigheder, der kunne krænke art. 2. Ansvar ville være et objektive ansvar, såfremt Socialtilsyn Hovedstaden blev pålagt erstatningsansvar uden viden eller burde viden om konkret risiko for behandling mv. i strid med EMRK art. 2 eller 3.
- 6 Såfremt retten måtte finde, at Socialtilsyn Hovedstaden på et tidspunkt var i besiddelse af viden eller burde viden om en risiko for krænkelse af EMRK art. 2 og/eller art. 3 på Institution 1, gør Socialtilsyn Hovedstaden gældende, socialtilsyn ikke forsømte at handle på et tidspunkt af betydning for sagen, og at myndighedsansvaret i givet fald alene kan omfatte forhold, der finder sted en rimelig tid efter modtagelsen af oplysningerne, da de skal sagsbehandles, før der kan træffes afgørelse af betydning for beboerne.

1 Effektivt tilsyn

- 7 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det har pådraget sig et ansvar ved at undlade at føre ”*et kvalificeret og tilstrækkeligt tilsyn,* ” idet tilsynet ikke ”*sad flere henvendelser fra beboerne overhørig*” (stævningen s. 19, femte afs., ekstrakt s. 34) samt ved ikke ”*at have truffet afgørelse om skær pet tilsyn på et langt tidligere tidspunkt*” (replik s. 6, første afs., ekstrakt s. 136).
- 8 Socialtilsyn Hovedstaden har handlet fagligt forsvarligt og i fuld over - ensstemmelse med socialtilsynsloven på grundlag af den til enhver tid tilvejebragte viden, herunder:
- ved at indhente, modtage og behandle rimelige og relevante oplysninger,
 - ved at gennemføre både anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg efter en konkret prioritering,
 - ved at foretage grundige, korrekte og klart forsvarlige bedømmel ser efter kvalitetsmodellen i socialtilsynsloven,
 - ved at indgå i dialog med Institution 1's medarbejdere og le delse samt andre om forholdene,
 - ved at træffe afgørelse om skærpet tilsyn og påbud, da der var grundlag for det,
 - ved at meddele Institution 1's bestyrelse varsel om ophør af godkendelsen, og
 - ved at underrette og inddrage andre myndigheder, da der var grundlag for det.
- 9 Socialtilsyn Hovedstaden var løbende i dialog med Institution 1, og den løbende dialog skabte - ligesom ved så mange andre tilbud - rum for forbedring af forskellige forhold.
- 10 Ansvar et ville være objektivt, såfremt Socialtilsyn Hovedstaden blev pålagt erstatningsansvar, allerede fordi en beboer blev behandlet i strid med EMRK art. 2 eller 3.
- 2 Rimelige reaktioner**
- 11 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det på grundlag af den til enhver tid tilvejebragte viden forsømte at tage rimelige skridt til at beskytte be

boerne på Institution 1, herunder fordi tilsynet har handlet fagligt forsvarligt og - i fuld overensstemmelse med socialtilsynsloven - har haft fokus på både kontrol og udvikling.

- 12 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider at have ”forholdt sig passivt” og at have indladt ” *iværksættelsen [af] tilstrækkelige foranstaltninger* ” om forhold i strid med EMRK art. 2 og 3 (stævningen, s. 19, andet afs. og s. 23, fjerde og femte afs., ekstrakt s. 34 og s. 38).
- 13 Det er ikke tilstrækkeligt til at ifalde ansvar efter EMRK art. 2 eller art. 3, at Socialtilsyn Hovedstaden modtog oplysninger om uhensigtsmæssige forhold på Institution 1 eller om beboernes tidligere sygdoms forhold, da oplysningerne - for at være relevante i forhold til EMRK art. 2 eller art. 3 - skal indebære en konkret og påregnelig risiko for den enkelte beboers umenneskelige eller nedværdigende behandling i strid med EMRK art. 3 eller for den enkelte borgers selvmord i strid med EMRK art. 2.

3 Tabsopgørelse

- 14 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at der kan udmåles en godtgørelse på kr. 400.000 hhv. kr. 300.000, idet godtgørelsen efter en konkret vurdering af de tre forhold skal fastsættes til et betydeligt lavere beløb (se svarskriftet afs. 8.5 om kompensation, ekstrakt s. 81).
- 15 Socialtilsyn Hovedstaden gør gældende, at ethvert beløb modtaget fra Institution 1 skal fradrages den godtgørelse, Socialtilsyn Hovedstaden i givet fald skal betale, jf. U 2017.3273Ø (Slagelse-sagen), herunder den oplyste kulanceerstatning udbetalt af Institution 1 til Sagsøger 3.
- 16 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider ikke de opgjorte begravelsesudgifter.

SAGENS FAKTISKE OMSTÆNDIGHEDER

- 17 Socialtilsyn Hovedstaden har udarbejdet et omfangsrigt svarskrift (ekstrakt s. 42), som der i al væsentlighed henvises til, da den efterfølgende skriftveksling alene har givet anledning til supplerende og præcisering af enkelte faktiske oplysninger.

4 Viden eller burde viden

- 18 Socialtilsyn Hovedstaden havde på intet tidspunkt forudgående kendskab til, at Person 2 eller Sagsøger 4 var i risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb, ligesom Socialtilsyn Hovedstaden på intet tidspunkt havde forudgående kendskab til, at Person 1 og Person 2 var i risiko for at begå selvmord.

5 Uddybende om de enkelte beboere

5.1 Person 1

- 19 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at Person 1's selvmord under opholdet på Institution 1 krænkede hendes ret til liv efter EMRK art. 2.
- 20 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at Socialtilsyn Hovedstaden havde viden eller burde viden om, at Person 1 var suicidal.
- 21 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det forsømte at træffe passende foranstaltninger til at imødegå den i øvrigt ukendte selvmordsrisiko.
- 22 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at der er kausalitet mellem tilsynet med Institution 1 og Person 1's selvmord den 19. november 2020, idet hun om aftenen inden selvmordet blev tilset af personalet (ekstrakt s. 544), hvilket ikke hindrede hendes selvmord.

5.2 Person 2

5.2.1 EMRK art. 3

- 23 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at de seksuelle overgreb på Person 2 den 19. januar 2021 (ekstrakt s. 564 og s. 773) og den 15. maj 2021 (ekstrakt s. 623) var tilstrækkeligt alvorlige til at falde ind under anvendelsesområdet for EMRK art. 3.
- 24 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at Socialtilsyn Hovedstaden havde viden eller burde viden om, at gerningsmændene (en beboer og en medarbejder) udsatte Person 2 eller andre beboere for en risiko for seksuelle overgreb.
- 25 Socialtilsyn Hovedstaden bemærker, at den tidligere godkendelse af bo-stedet efter servicelovens § 110 blev tilbagekaldt med virkning fra den 1. december 2019, hvorfor der på tidspunktet for de seksuelle overgreb den 19. januar 2021 og den 15. maj 2021 ikke var indskrevet beboere efter servicelovens § 110, herunder var Socialtilsyn Hovedstaden ikke be-

kendt med, at der skulle være aktive misbrugere på bostedet (smh. stævningen s. 22, ekstrakt s. 37).

- 26 Beboeren/gerningsmanden var indskrevet på baggrund af en stofudløst, men ikke organisk psykose, og han havde ligesom andre beboere brug for hjælp til det praktiske og fysiske i hverdagen (ekstrakt s. 774). Socialtilsyn Hovedstaden var ikke underrettet om og havde heller ikke i øvrigt kendskab til, at flere af beboerne havde advaret bl.a. ledelsen om, at den pågældende beboer var ubehagelig og grænseløs. Hverken stofmisbrug eller ubehagelig adfærd o.lign. er en indikation for risiko for seksuelle overgreb.
- 27 Den 22. januar 2021 blev Socialtilsyn Hovedstaden orienteret om to episoder, hvor en mandlig beboer havde haft seksuel krænkede adfærd over for Person 2 eller Sagsøger 4 (ekstrakt s. 564). Socialtilsyn Hovedstaden tog forholdet op med Institution 1 ved det efterfølgende tilsynsbesøg den 8. februar 2021 (ekstrakt s. 579), ligesom Socialtilsynet efterfølgende gennemførte opfølgende samtaler med medarbejderne (ekstrakt s. 588).
- 28 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det har forsømt at træffe passende foranstaltninger til at imødegå den i øvrigt ukendte overgrebsrisiko.

5.2.2 EMRK art. 2

- 29 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at Person 2's selvmord krænkede hendes ret til liv, at Socialtilsyn Hovedstaden havde videt eller burde videt om, at hun var suicidal, og at Socialtilsyn Hovedstaden har forsømt at træffe passende foranstaltninger til at imødegå den i øvrigt ukendte selvmordsrisiko.
- 30 Den 17. maj 2021 blev Socialtilsyn Hovedstaden telefonisk orienteret om, at en beboer (Person 2) havde anmeldt en medarbejder for overgreb (ekstrakt s. 620), hvorefter Socialtilsynet reagerede både hurtigt og korrekt ved den 24. juni 2021 at træffe afgørelse om skærpet tilsyn og påbud (ekstrakt s. 758). Det skærpede tilsyn blev senere forlænget i oktober 2021 (ekstrakt s. 857). Da der ikke længere var grundlag for opretholdelse af det skærpede tilsyn, blev det i overensstemmelse med socialtilsynsloven ophævet den 7. januar 2022 (ekstrakt s. 955).
- 31 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at der er kausalitet mellem tilsynet med Institution 1 og Person 2's selvmord den

9. december 2021, idet hun fraflyttede bostedet den 26. august 2021 (ekstrakt s. 1014), og idet hendes selvmord – efter den tidsmæssige sammenhæng med frifindelsen af medarbejderen den 7. december 2021 – fremstår som udløst af frifindelsen af medarbejderen.

5.3 Sagsøger 4

- 32 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det seksuelle overgreb på Sagsøger 4 den 19. januar 2021 (ekstrakt s. 564 og s. 773) var tilstrække ligt alvorligt til at falde ind under anvendelsesområdet for EMRK art. 3
- 33 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det havde viden eller burde vide om, at gerningsmanden (en beboer) udsatte Sagsøger 4 eller andre beboere for en risiko for seksuelle overgreb, jf. oven for om Person 2, pkt. 25ff.
- 34 Socialtilsyn Hovedstaden bestrider, at det har forsømt at træffe passende foranstaltninger til at imødegå den i øvrigt ukendte overgrebsrisiko.
...”

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat

Rammen for sagen

Denne sag er alene anlagt mod Socialtilsyn Hovedstaden og således ikke mod det i sagen omhandlede bosted, Institution 1, de kommuner som har visiteret Person 1, Person 2 og Sagsøger 4 til bostedet, psykiatrien i Region Hovedstaden eller den danske stat som sådan.

Sagsøgerne har gjort gældende, at Den Europæiske Menneskerettighedskonvention forpligter den danske stat til at overholde konventionens bestemmelser og ikke gøre indgreb i individets rettigheder efter konventionen, medmindre betingelserne herfor er opfyldt.

Socialtilsyn Hovedstaden er imidlertid ikke ”den danske stat”, men én myndighed blandt flere, der er tillagt opgaver med henblik på at sikre, at der drages den fornødne omsorg m.v. for borgere med f.eks. nedsat psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, og herunder at sikre de pågældende borgere de rettigheder, der følger af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

Det er i den forbindelse ikke Socialtilsyn Hovedstaden, men derimod Institution 1, de ansvarlige kommuner og psykiatrien, der har haft hoved

ansvaret for den konkrete vurdering af Person 1, Person 2 og Sagsøger 4's individuelle forhold, herunder deres risiko for at begå selvskade eller selvmord, og i tilknytning hertil vurderingen af, om de var velanbragte på bostedet, eller om de f.eks. snarere – i langt videre omfang end det faktisk skete – burde have været indlagt i psykiatrisk regi.

Når Socialtilsyn Hovedstaden er eneste sagsøgte, bliver hovedspørgsmålet i sagen, om tilsynet har, eller ikke har, udført et tilstrækkeligt tilsyn med Institution 1.

Sagsøgerne har i forhold til dette spørgsmål gjort gældende, at Socialtilsyn Hovedstaden ved ikke at have ført et kvalificeret og tilstrækkeligt tilsyn har forsømt at beskytte Person 1's og Person 2's ret til liv samt Person 2's og Sagsøger 4's ret til beskyttelse mod nedværdigende og umenneskelig behandling.

Socialtilsyn Hovedstaden har heroverfor gjort gældende, at tilsynet har levet op til de krav, der stilles til tilsynet.

Generelt om kravene til tilsynet

Det følger af § 7 i den udgave af lov om socialtilsyn, der var gældende i den for denne sag relevante periode, at socialtilsynet fører driftsorienteret tilsyn med de sociale tilbud for at sikre, at tilbuddene har den fornødne kvalitet og opfylder betingelserne for godkendelse. Socialtilsynet skal som led i det driftsorienterede tilsyn både føre kontrol med forholdene og indgå i dialog med tilbuddet for at fastholde og udvikle kvaliteten i tilbuddet.

Socialtilsynet skal ved varetagelsen af tilsynsopgaven endvidere indhente relevant information, herunder ved at aflægge anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg i tilbuddet, indhente oplysninger fra tilbuddet, herunder tilbuddets seneste års rapport, indhente oplysninger fra de kommuner, som har ansvar for de enkelte borgeres ophold i tilbuddet og indhente oplysninger fra ansatte og borgere i tilbuddet samt fra andre relevante personer.

Som led i det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet desuden besøge alle tilbud mindst en gang om året. Socialtilsynet skal dog foretage en konkret vurdering af behovet for antal tilsynsbesøg i hvert enkelt tilbud, og det fremgår af § 8 i den dagældende bekendtgørelse om socialtilsyn, at tilsynsintensiteten skal tilrettelægges efter forholdene og fastsættes efter en risikovurdering.

Overordnet om det førte tilsyn med Institution 1

Den centrale periode, for hvilken det førte tilsyn med bostedet i denne sag skal vurderes, strækker sig fra den 14. januar 2019, hvor Person 1 flyttede ind, til den 22. november 2019, hvor Person 1 afgik ved døden som følge af hendes selvmordsforsøg tre dage før, og til den 19. januar 2021, hvor Sagsøger 4 og Person 2 blev voldtaget af en mand lig beboer, og videre til den 14. maj 2021, hvor en medarbejder begik et seksuelt overgreb mod Person 2, der herefter – den 18. juni 2021 – flyttede fra bostedet og endte med at blive placeret på Institution 2, hvorefter hun begik selvmord den 9. december 2021.

I denne periode foretog Socialtilsyn Hovedstaden bl.a. varslede tilsynsbesøg den 22. januar og den 11. marts 2019, et uvarslet tilsynsbesøg den 9. august 2019, et varslet tilsynsbesøg den 19. februar 2020 og et varslet tilsynsbesøg den 8. februar 2021. Den 24. juni 2021 traf tilsynet endvidere afgørelse om at underlægge bostedet skærpet tilsyn i tre måneder. Tilsynet meddelte ved samme afgørelse bostedet tre påbud (fremsendelse af handleplan, foretagelse af evaluering af handleplanen efter to måneder og udarbejdelse af retningslinjer for forebyggelse og håndtering af såvel voldelige som seksuelle overgreb). Socialtilsyn Hovedstaden foretog herefter tilsynsbesøg på bostedet den 29. juni, 15. juli og 16. august 2021.

Dermed har Socialtilsyn Hovedstaden i forhold til spørgsmålet om tilsynsbesøg m.v. formelt opfyldt kravene til det driftsorienterede tilsyn efter ordlyden af § 7 i den dagældende socialtilsynslov. Det bemærkes herved, at de oplysninger, som tilsynet indhentede, jf. stk. 2 i den dagældende § 7, er oplyst i de tilsynsrapporter, der er fremlagt for retten.

I perioden afholdt Socialtilsyn Hovedstaden endvidere dialogmøde med bostedet den 11. april 2019 om tilsynets ”bekymring for udviklingen i tilbuddets kvalitet” baseret på tilsynsbesøgene den 22. januar og den 11. marts 2019. Bekymringen gik på beboernes trivsel og medarbejdernes (manglende) håndtering heraf. Tilsynet gav bostedet frist til den 20. maj 2019 til at fremsende en ”tids- og handleplan (opfølgingsplan)” .

Der blev afholdt endnu et dialogmøde den 28. august 2019, hvor tilsynet konstaterede, at der sås ”tegn på forbedring af kvaliteten” , men også udtrykte (fortsat) bekymring for, om bostedet kunne håndtere de to pladser (§ 110 pladser) til unge hjemløse, som bostedet var blevet godkendt til. Bostedet fik herefter bl.a. til opgave at beskrive indsatsen og målsætningen i forhold til disse pladser nærmere.

Det er oplyst over for retten, at tilsynet, i perioden frem til og med medarbejderen på bostedets overgreb på Person 2, også modtog i alt 9 whistleblower-henvendelser, men der foreligger ingen nærmere oplysninger om, hvad disse henvendelser drejede sig om, og hvad der eventuelt blev gjort ved dem. Det fremgår dog af tilsynets ”Forberedelsesskema til Driftstilsyn” af 23. januar 2019, at der

på dette tidspunkt var modtaget en ”WB omhandlende en beboer, der skaber uro pga. sin udadreagerende adfærd”. Af e-mail af 17. maj 2021 fra tilsynskonsulent Vidne 4 fremgår endvidere, at der var en ”WB (for et års tid siden), hvor en beboer beskriver at en medarbejder er grænseoverskridende over for hende, med seksuelle undertoner. Vidne 3 og jeg forsøgte på dette tilsyn at komme rundt om denne WB, uden resultat.”

Vurderingen af det førte tilsyn i forhold til de omhandlede episoder og forhold på bostedet

Ved vurderingen af om Socialtilsyn Hovedstaden også under de foreliggende konkrete omstændigheder har ført et driftsorienteret tilsyn, der levede op til de krav, der stilles til tilsynet, er det afgørende, hvad tilsynet konkret vidste eller burde have vidst om forholdene på bostedet forud for Person 1's selvmord og de seksuelle overgreb mod Sagsøger 4 og Person 2 (og sidenhen Person 2's selvmord, der imidlertid fandt sted, efter at hun var flyttet fra Institution 1).

Person 1's selvmord

Som ovenfor anført resulterede Person 1's selvmordsforsøg på bostedet den 19. november 2020 i, at hun afgik ved døden den 22. november 2020.

I forhold til vurderingen af det af Socialtilsyn Hovedstaden førte tilsyn rejser dette spørgsmålet, om tilsynet på dette tidspunkt var bekendt med problemer med kvaliteten på bostedet, der indebar en (nærliggende) risiko for, at beboere ville kunne ende med at begå selvmord, eller om tilsynet ved at have ført et mere intensivt tilsyn burde have konstateret, at der var sådanne problemer, og at de indebar, at bostedet ikke (længere) havde den fornødne kvalitet, eller at der var anledning for tilsynet til at foretage sig yderligere i øvrigt.

Der er for retten fremlagt fire tilsynsrapporter, der ligger forud i tid for Person 1's selvmord.

I den første af rapporterne, tilsynsrapport af 10. august 2017, anfører tilsynet bl.a., at tilbuddets målgruppe er unge mennesker med sindslidelser og – eller – sociale vanskeligheder. Tilsynet bemærker i tilknytning hertil, at de unges psykiske udfordringer bl.a. kan komme til udtryk i form af selvskade. Selvmordsrisiko omtales ikke som sådan, men ledelsen refereres for under tidligere tilsyn at have oplyst, at flere af de unge har ”selvmordsforsøg bag sig”. Tilsynet konkluderer bl.a., at tilbuddet vurderes (fortsat) at have den fornødne kvalitet. Tilsynet vurderer i den forbindelse, at der er overensstemmelse mellem medarbejdergruppens samlede kompetencer, tilbuddets faglige tilgange og metoder og de unges støttebehov, uagtet tilbuddets faglige tilgange og metoder favner relativt bredt.

Den anden af rapporterne, tilsynsrapport af 16. maj 2018, indeholder samme overordnede beskrivelse og konklusion, idet der dog er fokus på, at tilbuddet på dette tidspunkt var blevet godkendt til at have to pladser til unge hjemløse (§ 110 pladser).

Den tredje af rapporterne, tilsynsrapport af 17. januar 2019, indeholder samme overordnede beskrivelse og konklusion som rapporten af 16. maj 2018.

I den fjerde af rapporterne, tilsynsrapport af 10. oktober 2019, konkluderer Socialtilsyn Hovedstaden, at der er udfordringer med beboernes trivsel og udvikling, men også at bostedet arbejder aktivt på at forbedre disse forhold. Tilsynet konkluderer i den forbindelse endvidere, at der er særlige udfordringer med ”§ 110 godkendelsen”, og anfører herefter, at tilsynet fortsat vil ”følge forandringen nøje med henblik på at sikre, at udviklingen fortsætter i en positiv retning”.

Den 10. oktober 2019 traf Socialtilsyn Hovedstaden imidlertid samtidig afgørelse om at tilbagekalde bostedets godkendelse til at have de to § 110 pladser. Tilbagekaldelsen blev tillagt virkning fra den 1. december 2019.

Det er ikke godtgjort, at nogen af de fire tilsynsrapporter – som følge af forhold, der kan henføres til Socialtilsyn Hovedstaden – er udarbejdet på et mangelfuldt grundlag, og at der dermed på ansvarspådragende vis er draget urigtige eller utilstrækkelige konklusioner om forholdene på bostedet i rapporterne. Det kan herefter ikke på baggrund af rapporternes indhold lægges til grund, at Socialtilsyn Hovedstaden vidste eller burde have vidst, at Person 1 eller andre beboere på dette tidspunkt var i nærliggende fare for at begå selvmord, og at der som følge heraf var anledning til at foretage sig yderligere.

Der foreligger ganske vist to indberetninger om magtanvendelser overfor Person 1, der fandt sted henholdsvis den 6. og 14. marts 2019. Den første magtanvendelse havde til formål at forhindre hende i (yderligere) selvskade. Den anden havde til formål at sikre, at hun kom med en ambulance, efter at hun havde indtaget bl.a. 40 Panodil. Begge magtanvendelser bestod alene i kortvarige fastholdelser. I forhold til et driftsorienteret tilsyn har disse to indberetninger vist, at der i begge tilfælde var proportionalitet mellem medarbejdernes begrænede magtanvendelse og formålet med denne, og at medarbejderne også i øvrigt – i hvert fald i de konkrete situationer – handlede adækvat på Person 1's problemer. Der foreligger ikke oplysninger om, hvad Person 1's handlekommune foretog sig i samme anledning, om noget.

Hvis Socialtilsyn Hovedstaden havde været nærmere bekendt specifikt med Person 1's personlige forhold gennem længere tid, således som de er dokumenteret for retten, navnlig gennem den troværdige og detaljerede forklaring, som hendes far, Sagsøger 1, har afgivet, kunne dette

have været en opgave for tilsynet at gå nærmere ind i, herunder ved at tage kontakt til handlekommunen, der havde ansvaret for det personrettede tilsyn med Person 1, jf. herved også det anførte i pkt. 207 i vejledningen om socialtilsyn om, at ”der er en ”gensidig forpligtelse” for det driftsorienterede tilsyn og det personrettede tilsyn til at underrette hinanden om bekymrende forhold i tilbuddene.”

Som ansat i Socialtilsyn Hovedstaden Vidne 4 også har forklaret for retten, hører alvorligt selvmordstruede hjemme i psykiatrien og ikke på et bosted som Institution 1, og hvis tilsynet blev bekendt med alvorlig selvmordsfare for en beboer, måtte tilsynet således være forpligtet til – om nødvendigt – at reagere på denne fare, såvel over for bostedet som handlekommunen.

Sagsøger 1 har imidlertid for retten forklaret, at han ikke har været i kontakt med Socialtilsyn Hovedstaden, og at han ikke ved, om Person 1 har været det, og at han heller ikke ved, om tilsynet var bekendt med, at Person 1 fik Stesolid på bostedet. Der er derfor ikke grundlag for at antage, at tilsynet var bekendt med de udfordringer, Sagsøger 1 oplevede i forhold til at trænge igennem hos bostedets ledelse og medarbejdere om alvoren i Person 1's situation.

De ansatte ved Socialtilsyn Hovedstaden Vidne 3 og Vidne 4 har over for retten forklaret henholdsvis, at tilsynet ikke havde indblik i, at Person 1 var selvmordstruet, henholdsvis, at bostedet havde en oplevelse af at kende Person 1 godt, og at de også var i stand til at håndtere hendes selvmordstanker.

Der foreligger endvidere ingen oplysninger om, at handlekommunen skulle have underrettet tilsynet om bekymrende forhold på bostedet i forhold til Person 1's situation.

Efter en samlet vurdering finder retten det herefter ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden – i relation til Person 1's selvmord – ikke har levet op til de krav til det driftsorienterede tilsyn, der fulgte af den dagældende lovgivning. Allerede derfor er det heller ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden har et erstatningsansvarspådragende (med)ansvar for Person 1's selvmord.

Overgrebene mod Sagsøger 4 og Person 2

Som ovenfor anført blev Sagsøger 4 og Person 2 voldtaget af en mandlig beboer (Person 3) på bostedet den 19. januar 2021, og den 14. maj 2021 blev Person 2 endvidere udsat for et seksuelt overgreb begået af en mandlig medarbejder på bostedet (der blev dømt for overtrædelse af straffe

lovens § 219, nr. 3, ved at have haft samleje med Person 2 den på gældende dag, men frifundet for overtrædelse af straffelovens § 216, stk. 1).

Ud over de fire ovenfor omtalte tidligere tilsynsrapporter er der for retten forelagt yderligere en tilsynsrapport vedrørende tiden forud for disse overgreb. Rapporten er ikke dateret, men det er anført i rapporten, at den bygger på informationer fra et anmeldt tilsynsbesøg den 20. februar 2020.

Ingen af disse i alt 5 tilsynsrapporter, der altså dækker årene 2017 til 2020, indeholder information, der kunne give anledning til overveje problemer med kvaliteten på bostedet, der indebar en (nærliggende) risiko for, at beboere ville kunne ende med at blive udsat for voldtægter eller andre seksuelle overgreb fra andre beboere, og slet ikke fra bostedets ansatte.

Det er heller ikke godtgjort, at den sidste af disse rapporter – som følge af forhold, der kan henføres til Socialtilsyn Hovedstaden – er udarbejdet på et mangelfuldt grundlag, og at der dermed på ansvarspådragende vis er draget urigtige eller utilstrækkelige konklusioner om forholdene på bostedet i denne rapport. Det kan herefter ikke på baggrund af rapporternes indhold lægges til grund, at Socialtilsyn Hovedstaden vidste eller burde have vidst, at Sagsøger 4 og Person 2 eller andre beboere på dette tidspunkt var i nærliggende fare for at blive voldtaget eller udsat for andre seksuelle overgreb på bostedet, og at der som følge heraf var anledning til at foretage sig yderligere.

Sagsøger 4 har afgivet en detaljeret og troværdig forklaring for retten. Hun har herunder bl.a. forklaret, at hun ikke kan huske, om hun har talt med socialtilsynet om Person 3 før voldtægten. Hun har også forklaret, at hun ikke kontaktede sin egen kommune om Person 3.

Det fremgår af sagens oplysninger, at Person 3 flyttede ind på bostedet den 30. april 2020, og at han således var der i relativt kort tid, inden han begik voldtægterne, og umiddelbart herefter blev anholdt den 21. januar 2021 og varetægtsfængslet.

Herefter og i mangel af øvrige beviser kan det ikke lægges til grund, at Socialtilsyn Hovedstaden var bekendt med eller burde have været bekendt med de problemer, som Person 3, og personalet på bostedets manglende håndtering af ham, gav anledning til.

På baggrund af Vidne 3 og Vidne 4's forklaringer for retten, og i mangel af andre beviser i øvrigt, lægger retten, i forhold det overgreb, som Person 2 blev udsat for af en medarbejder på bostedet, til grund, at Socialtilsyn Hovedstaden først blev bekendt med den pågældende medarbejders ”putteritual” med Person 2 i forbindelse med, at tilsynet indhen

tede dokumentation, efter at medarbejderens overgreb mod Person 2 havde fundet sted.

Retten bemærker herved, at Person 2's mor, Sagsøger 3, også har afgivet en detaljeret og troværdig forklaring for retten, herunder også om, at hun ikke gik til bostedet, da Person 2 fortalte hende om ”putteritualet”, idet hun var bange for at støde Person 2 fra sig.

Retten bemærker endvidere, at Vidne 1 også har afgivet en detaljeret og troværdig forklaring for retten, herunder om, at hun gerne ville have fortalt so cialtilsynet om de forhold, hun fandt kritisable på bostedet, herunder den pågældende medarbejders adfærd over for Person 2, men at personalet på bostedet for hindrede hende heri.

Efter en samlet vurdering finder retten det herefter ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden – i relation til overgrebene mod Sagsøger 4 og Person 2 – ikke har levet op til de krav til det driftsorienterede tilsyn, der fulgte af den dagældende lovgivning. Allerede derfor er det heller ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden har et erstatningsansvarspådragende (med)ansvar for disse overgreb.

Person 2's selvmord

Person 2 begik selvmord knapt et halvt år efter, at hun var flyttet fra Institution 1.

Det kan efter bevisførelsen lægges til grund, at det seksuelle overgreb, som en medarbejder på bostedet udsatte Person 2 for, og de øvrige medarbejders håndtering, eller mangel på samme, af Person 2's situation herefter, samt byrettens dom over gerningsmanden, har været i hvert fald nogle af de udløsende faktorer i forhold til Person 2's selvmord – to dage efter afsigelsen af byretsdommen.

Som ovenfor anført er der imidlertid intet, der understøtter en antagelse om, at socialtilsynet vidste eller burde have vidst, at bostedet havde en ansat, der kunne finde på at begå et seksuelt overgreb på en af de beboere, som han var ansat til at tage vare på. Det bemærkes herved, at én whistleblowerhenvendelse, der efter det oplyste lå omkring et år tilbage i tid, om en medarbejder, der med ”seksuelle undertoner” var grænseoverskridende overfor en kvindelig beboer ikke kan anses for at udgøre en sådan viden. Det bemærkes endvidere, at det ud fra tilsyns konsulent Vidne 4's e-mail af 17. maj 2021 må lægges til grund, at tilsynet forgæves forsøgte at undersøge henvendelsen nærmere.

Da Socialtilsyn Hovedstaden blev orienteret om mistanken om, at et sådant overgreb faktisk havde fundet sted, indhentede tilsynet en redegørelse fra bostedet og varslede en påtænkt afgørelse om skærpet tilsyn i partshøring. Tilsynet traf herefter afgørelse om skærpet tilsyn med bostedet den 24. juni 2021.

Der er ikke for retten dokumenteret nærmere oplysninger om forholdene på Institution 2 og Socialtilsyn Hovedstadens viden herom og kontrol hermed.

Som ovenfor anført har Person 2's mor, Sagsøger 3, afgivet en detaljeret og troværdig forklaring for retten, og hun har i relation til Person 2's selvmord bl.a. forklaret, at hun talte med Institution 2 efter Person 2's selvmord, og Institution 2 ingen anelse havde om, hvor dårlig Person 2 var, og at de således troede, at Person 2 var ved at være klar til at begynde at bo for sig selv og finde arbejde, hvorfor der må have været en ”virkelig dårlig overlevering fra Institution 1 til Institution 2” .

Der er ikke belæg for at laste Socialtilsyn Hovedstaden for denne ”overlevering” , der kan have haft afgørende betydning for det efterfølgende hændelsesforløb.

Efter en samlet vurdering finder retten det herefter ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden – i relation til Person 2's selvmord – ikke har levet op til de krav til det driftsorienterede tilsyn, der fulgte af den dagældende lovgivning. Allerede derfor er det heller ikke bevist, at Socialtilsyn Hovedstaden har et erstatningsansvarspådragende (med)ansvar for Person 2's selvmord.

Samlet konklusion

Allerede af de ovenfor nævnte grunde tager retten Socialtilsyn Hovedstadens påstand om frifindelse til følge.

Retten bemærker, at retten herved tillige har lagt vægt på, at Socialtilsyn Hovedstaden ved sit tilsyn var underlagt det almindelige forvaltningsretlige proportionalitetsprincip. Socialtilsyn Hovedstaden kunne således ikke uden videre på baggrund af de bekymringer, som tilsynet konstaterede i forhold til bostedet undervejs, skride til skærpet tilsyn eller tilbagekaldelse af bostedets godkendelse, før tilsynet havde det fornødne sikre grundlag herfor.

Det fremgår således også af lovbemærkningerne til socialtilsynsloven, at afgørelser om skærpet tilsyn er reserveret til de tilfælde, hvor socialtilsynet er så bekymret for indsatsen i tilbuddet, at der træffes afgørelse om påbud og iværksættes en proces, som kan føre til ophævelse af godkendelsen. Det fremgår videre, at der forud for en afgørelse om skærpet tilsyn skal have været en dialog mellem soci

altilsynet og tilbuddet om de forhold, der ligger til grund for afgørelsen, med mindre afgørelsen træffes på baggrund af pludselig opstået viden om f.eks. strafbare forhold.

I forhold til det skøn, som Socialtilsyn Hovedstaden i den omhandlede periode udøvede i forhold til tilsynet med Institution 1, var tilsynet dermed også berettiget og forpligtet til at inddrage oplysninger om det, der fungerede på bostedet. Det bemærkes i den forbindelse i øvrigt, at Vidne 3 for retten har forklaret, at der – efter iværksættelsen af det skærpede tilsyn i juni 2021 – samtidig var mange af de unge, som var meget bange for, at bostedet blev lukket, og at tilsynet derfor ikke bare kunne ”dreje nøglen om”. Denne forklaring understøttes af øvrige oplysninger i sagen, bl.a. tilsynets journalnotat om det uanmeldte tilsynsbesøg på bostedet den 29. juni 2021.

Retten finder endelig anledning til at bemærke, at retten – som følge af, at det alene er Socialtilsyn Hovedstaden, der er sagsøgt, og efter den bevisførelse, der på den baggrund har fundet sted – ikke har haft mulighed for at tage stilling til, om der i øvrigt er sket en krænkelse af Person 1, Person 2 og Sagsøger 4's rettigheder efter Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 2 og 3 i forbindelse med deres ophold på Institution 1.

Sagsomkostninger

Sagsøger 1, Sagsøger 2, Sagsøger 3 og Sagsøger 4 skal in solidum betale sagsomkostninger til Socialtilsyn Hovedstaden med 150.000 kr. Ved fastsættelsen af beløbet, der er til dækning af udgifter til advokatbistand, er der, ud over sagens værdi, lagt vægt på sagens karakter, omfang og varighed. Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune, er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune, frifindes.

Sagsøger 1, Sagsøger 2, Sagsøger 3 og Sagsøger 4 skal in solidum til Socialtilsyn Hovedstaden, Frederiksberg Kommune, inden 14 dage betale sagsomkostninger med 150.000,00 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



Publiceret til portalen d. 23-03-2026 kl. 12:45

Modtagere: Sagsøger 1, Sagsøger 4, Sagsøger 3, Sagsøger 2, Advokat (H) Mads Krøger Pramming, Advokat (H) Jonas Christoffersen, Sagsøgte Frederiksberg Kommune