

Granskning av kommuners och regioners åtgärder vid våldsutsatthet och våld

Sammanfattning

UNDER ÅREN 2021–2025 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyner i fem individuella fall av grovt eller dödligt våld mot barn eller vuxna i nära relationer. Flera av tillsynerna omfattades av ett regeringsuppdrag om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtyck. Myndigheten riktade allvarlig kritik mot berörda kommuners och regioners hantering av ärendena. De fem fallen rör i olika grad bristområden i det förebyggande arbetet mot våldsutsatthet och våld.

IVO har nu genomfört en sammanhållen granskning och analys av de fem fallen, i syfte att belysa bakomliggande faktorer och systembrister som varit gemensamma för kommunernas och regionernas hantering av ärendena. Tillsammans med iakttagelser från tidigare och pågående tillsyner samt andra myndigheters utredningar belyser den nu genomförda granskningen brister och förhållanden som kan vara generellt applicerbara för alla kommuner och regioner i deras förbättrings- och utvecklingsarbete när det gäller ärenden om våldsutsatthet och våld.

IVO:s granskning av de fem fallen visar på omfattande brister i hantering av orosanmälningar och skyddsbedömningar, samverkan, beaktande av barnets bästa och systematiskt kvalitetsarbete. I samtliga granskade ärenden hade det gjorts återkommande anmälningar om oro för barn innan de grova eller dödliga våldsbrotten skedde. Anmälningarna hade ofta innehållit uppgifter om våld i nära relationer. I samtliga ärenden hade det gjorts bristfälliga eller inga skyddsbedömningar. De flesta av de utredningar och insatser som ansvariga socialnämnder i de granskade ärendena hade genomfört gjordes inte utifrån barnets bästa. Kommuner och regioner hade i flera ärenden inte samverkat eller inte samverkat tillräckligt, varken externt eller internt. De brister som framkom i tillsynerna av de fem fallen överensstämmer i hög grad med Socialstyrelsens iakttagelser i sina skade- och dödsfallsutredningar.

IVO:s sammanhållna granskning och analys visar att det finns flera faktorer bakom händelseförloppen som återkommer i de fem fallen och där de berörda kommunernas och regionernas hantering av ärendena sannolikt har påverkat både de fortsatta händelseförloppen och utfallen i de enskilda ärendena. Bristerna har bidragit till att våld och våldsutsatthet kunnat fortgå, vilket resulterat i grovt eller dödligt våld. Granskningen visar också att en del av våldet sannolikt hade kunnat gå att förebygga eller förhindra.

När iakttagelserna från IVO:s sammanhållna granskning och analys kopplas till IVO:s iakttagelser från tidigare tillsynsinsatser, nu pågående tillsyner och Socialstyrelsens skade- och dödsfallsutredningar framträder ett mönster. De bristområden som har identifierats inom ramen för IVO:s granskning av de fem fallen överensstämmer i hög grad med bristområden som myndigheten

identifierat även i andra tillsyner. IVO:s samlade iakttagelser visar att många kommuner och regioner inte har agerat alls eller inte har agerat tillräckligt för att skydda våldsutsatta personer. IVO:s bedömning är därför att både kommuner och regioner måste ta ett tidigare och tydligare ansvar för sitt arbete inom våldsområdet och stärka sitt fortsatta arbete med att förebygga våldsutsatthet och våld genom att

- agera skyndsamt vid uppgifter om våld
- säkerställa barns skydd mot alla former av våld
- besluta om insatser och vidta åtgärder utifrån barns bästa och barns behov
- samverka internt och externt för en helhet i ärendena
- ta hjälp av tydliga och implementerade processer och rutiner i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Innehåll

Sammanfattning	2
Inledning	5
Bakgrund	5
Genomförd tillsyn av kommuners och regioners arbete relaterat till våldsutsatthet och våld	5
Genomförd tillsyn relaterad till lagen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD	6
Pågående tillsyn av myndighetsutövning för barn och unga samt egenkontroll inom området	7
IVO:s tillsyn	8
Verksamhetstillsyn	8
Tillsyn utifrån Lex Sarah-anmälningar	8
Tillsyn utifrån Lex Maria-anmälningar	8
Genomförande	10
Regelverk	12
Skyldighet att samverka	12
Kommunernas särskilda ansvar	13
Särskilda bestämmelser som rör barn och unga	13
De fem fallen	15
Fall 1	15
Fall 2	15
Fall 3	16
Fall 4	17
Fall 5	17
Iakttagelser	18
Orosanmälan	18
Skyddsbedömning	19
Barnets bästa	20
Samverkan	21
Systematiskt kvalitetsarbete	23
Slutsatser	25
Referenser	27

Inledning

I DENNA RAPPORT PRESENTERAR IVO iakttagelser från en sammanhållen granskning och analys av fem individuella fall hos kommuner och regioner där händelseförloppen resulterat i grovt eller dödligt våld i nära relationer. Under perioden 2021–2025 genomförde IVO ett stort antal tillsyner i de fem fallen och fattade beslut i respektive tillsyn. I den granskning och analys som nu genomförts har underlagen från samtliga tillsyner i respektive fall granskats och analyserats sammanhållet per fall, oberoende av vilka huvudmän som ansvarat för de granskade verksamheterna. IVO:s iakttagelser i rapporten rör i första hand de fem fallen, men liknande iakttagelser återkommer till stora delar i andra genomförda eller pågående tillsyner. Rapportens slutsatser har därför kopplat även till iakttagelser från några av dessa tillsyner.

De tillsyner som ligger till grund för IVO:s sammanhållna granskning och analys av de fem ärendena rör socialtjänsten i nio kommuner och hälso- och sjukvården i tre regioner. Genom kopplingen till iakttagelser från både tidigare och pågående tillsyner belyser rapporten brister och förhållanden som alla kommuner och regioner kan lära av och använda i sitt förbättringsarbete.

Bakgrund

Nedan beskrivs kortfattat IVO:s iakttagelser från två av myndighetens genomförda tillsyner och en pågående tillsyn inom området

Genomförd tillsyn av kommuners och regioners arbete relaterat till våldsutsatthet och våld

Under 2021–2023 genomförde IVO inom ramen för ett regeringsuppdrag en omfattande tillsynsinsats av det arbete som bedrivs i kommuner och regioner relaterat till våldsutsatthet och våld. Den samlade tillsynen visade att brister i regelefterlevnad och handläggning försvårar att våld upptäcks och kan i värsta fall dölja pågående våld.¹ Detta ger allvarliga konsekvenser för barn och vuxna som utsätts för våld och för barn som bevittnar våld.

1. IVO (2024). Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck: Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714. IVO 2024-04.

Tillsynen visade bland annat:

- Över 200 socialnämnder och 400 vårdcentraler² över hela landet följde inte nationella krav på rutiner och samverkan. Många kommuner och regioner saknade rutiner för att upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Flera vårdgivare saknade också viktiga rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld och rutiner för hur anmälningsskyldigheten för ett våldsutsatt barn eller ett barn som bevittnat våld ska fullgöras. En stor andel kommuner analyserade inte om utbudet av deras insatser och sociala tjänster motsvarade behoven i kommunen och många kommuner beaktade inte särskild utsatthet och sårbarhet hos våldsutsatta, varken i sin planering av verksamheten eller i enskilda ärenden.
- 40 av 46 granskade socialnämnder hade allvarliga brister i handläggningen inom verksamheten barn och familj. Socialnämnderna hämtade inte alltid in uppgifter om våld eller bedömde och utredde dem i tillräcklig omfattning eller inom lagstadgad utredningstid. I utredningssamtalen med barn berörde socialnämnden inte alltid anledningen till utredningen, trots att den rörde våld eller bevittnande av våld. I majoriteten av de ärenden där IVO fann brister saknades ett tillräckligt underlag för att bedöma om barnet var i behov av omedelbart skydd. Dessutom fick barn i många fall inte komma till tals eller fick inte den information de hade rätt till.
- I tre av ärendena med allvarliga brister hade de våldsutsatta personerna avlidit till följd av våldet. I andra ärenden medförde bristerna att åtgärder och insatser riskerade att inte bli vare sig relevanta, träffsäkra eller tillräckliga.

Genomförd tillsyn relaterad till lagen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD

IVO:s tillsyn under 2019–2025 relaterad till lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD, visade brister i 17 av 18 ärenden.³ Av 15 granskade socialnämnder hade samtliga allvarliga brister i handläggningen. Tillsammans med otillräcklig följsamhet till gällande bestämmelser om bland annat barnets bästa, omedelbar skyddsbedömning och lagstadgad utredningstid resulterade det i bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar.

Tillsynen visade bland annat:

- I 14 av 15 kommuner hade socialnämnderna omfattande brister i hanteringen av orosanmälningar.
- I 13 av 15 kommuner hade socialnämnderna även brister i handläggningen av ärenden som gällde barns behov av skydd och stöd.
- I 7 av 15 kommuner hade socialnämnderna ett otillräckligt barnrättsperspektiv i handläggningen.

2. 201 kommuners socialnämnder och 431 vårdcentraler. Vårdcentralerna fanns i landets samtliga 21 regioner. Sammantaget innebär det att IVO fann brister inom detta område i 201 kommuner och 21 regioner.

3. Tre ärenden rörde tillsyn inom hälso- och sjukvård och 15 ärenden tillsyn inom socialtjänst.

Återkommande bristområden i både kommuner och regioner var samverkan och systematiskt kvalitetsarbete. Det medförde att varken kommuner eller regioner identifierade sina brister och utvecklingsområden i tillräcklig grad. IVO:s bedömningar i tillsynerna visade samma typ av brister som myndigheten tidigare hade identifierat i sin tillsyn, särskilt i den omfattande tillsynen 2021–2023 av kommuners och regioners arbete relaterat till våldsutsatthet och våld.⁴

Pågående tillsyn av myndighetsutövning för barn och unga samt egenkontroll inom området

Sedan hösten 2024 genomför IVO en nationell tillsyn av rättssäkerheten i myndighetsutövning för barn och unga samt egenkontroll inom området i samtliga kommuner i Sverige.⁵ Vid publiceringen av denna rapport har IVO fattat det första beslutet för samtliga kommuner i tillsynen, vilket för nästan alla kommuner innebär beslut med brister och begäran om återredovisning.⁶ Besluten innebär att IVO har funnit sådana brister att myndigheten har begärt återredovisning från kommunerna om genomförda och planerade åtgärder för att komma till rätta med bristerna. IVO har också begärt att kommunerna ska återredovisa effekten av åtgärderna för barn och unga. Beslut med begäran om återredovisning innebär att IVO fortsätter granskningen till dess att myndigheten bedömer att tillräckliga åtgärder har genomförts. Det kan innebära att IVO fattar ytterligare beslut för vissa kommuner innan tillsynen kan avslutas.

Utifrån de beslut som har fattats vid publiceringen av denna rapport visar tillsynen bland annat:

- 260 kommuner har brister i sin hantering av orosanmälningar och skyddsbedömningar. Socialnämnderna har i flera fall inte inlett utredning utan dröjsmål, inte genomfört den skyndsamt eller inom lagstadgad tid. Socialnämnderna har i flera fall inte heller gjort en omedelbar skyddsbedömning och dokumenterat skyddsbedömningen enligt lag och föreskrift.
- 277 kommuner har brister inom området systematiskt kvalitetsarbete vad gäller egenkontroll, vilket omfattar kommunernas systematiska arbete med att granska sin egen verksamhet för att säkerställa att den uppfyller ställda krav och har hög kvalitet.
- 246 kommuner, över 80 procent av de kommuner som har brister, har det inom både området orosanmälningar och området egenkontroll.

4. IVO (2024). Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck: Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714. IVO 2024-04.

5. Med kommun avses för Stockholm och Göteborg stadsdelsområden/stadsområden. Tillsynen riktar sig mot 288 kommuner, samt Stockholms elva stadsdelsområden och Göteborgs fyra stadsområden.

6. IVO har endast för ett fåtal av kommunerna i den nationella tillsynen fattat ett beslut som innebär att myndigheten inte har funnit några brister inom de områden tillsynen granskat.

IVO:s tillsyn

Under perioden 2021–2025 genomförde IVO ett stort antal tillsyner i de fem individuella fallen där händelseförloppen resulterat i grovt eller dödligt våld i nära relationer. De flesta tillsyner genomfördes som egeninitierade verksamhetstillsyner inom kommunernas socialtjänst eller regionernas hälso- och sjukvård. Utöver dessa genomfördes ett antal tillsyner utifrån de lex Sarah- respektive lex Maria-anmälning som berörda kommuner och regioner gjort till IVO i de fem fallen. Innebörden av de olika tillsynerna beskrivs kortfattat nedan.

Verksamhetstillsyn

IVO bedriver tillsyn av verksamheter inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Tillsynens syfte klargörs i myndighetens instruktion och innebär att IVO ska granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.⁷ Tillsynen ska genomföras av ett patient- och brukarperspektiv och ske med utgångspunkt i egna riskanalyser.⁸ Vid en verksamhetstillsyn granskar myndigheten om verksamheten följer gällande lagar och föreskrifter. IVO kan starta ett tillsynsärende utifrån resultat och iakttagelser från tidigare tillsyner, uppgifter från vård- eller omsorgsgivare, uppgifter, tips eller klagomål från patienter, brukare och närstående, media, eller andra signaler till IVO.

Tillsyn utifrån Lex Sarah-anmälningar

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller enligt LSS är skyldig att anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO.⁹ Denna anmälningsskyldighet kallas lex Sarah.¹⁰ Vid anmälan ska utredningen om händelsen bifogas. Om utredningen inte har avslutats när anmälan till IVO görs ska utredningen lämnas in så snart den har färdigställts och senast två månader efter det att anmälan har gjorts. IVO tar del av anmälan och utreder om huvudmannen har fullgjort sina skyldigheter att förebygga, upptäcka och åtgärda det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande.

Tillsyn utifrån Lex Maria-anmälningar

Vårdgivare inom hälso- och sjukvård är skyldiga att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Anmälan ska göras till IVO för allvarliga händelser som har medfört, eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada, enligt den så kallade lex

7. Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

8. Tillsynens utgångspunkt i egna riskanalyser gäller om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Se 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

9. 27 kap. 6 § SoL och 24 f § LSS.

10. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Maria-bestämmelsen i patientsäkerhetslagen.¹¹ Tillsammans med anmälan ska vårdgivaren bifoga sin egen utredning av händelsen och redovisa genomförda eller planerade åtgärder. IVO granskar anmälan för att utreda om vårdgivaren har genomfört de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet.¹²

11. 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

12. 7 kap. 8 § PSL.

Genomförande

IVO HAR GENOMFÖRT en sammanhållen granskning och analys av fem fall där barn eller vuxna har utsatts för grovt eller dödligt våld i nära relation. Granskningen initierades av IVO efter den genomförda tillsynen av kommuners och regioners arbete relaterat till våldsutsatthet och våld¹³ Utifrån resultat och erfarenheter från den tillsynen beslutade IVO att granska förekomsten av eventuella återkommande bakomliggande faktorer i ett mindre antal fall som resulterat i grovt eller dödligt våld.

IVO:s sammanhållna granskning och analys innehöll inledningsvis tre fall som rörde socialnämndernas arbete med våldsutsatta barn och vuxna respektive barn som bevittnat våld. Fallen var de mest allvarliga i IVO:s tillsyn 2021–2023 om våldsutsatthet och våld och hade resulterat i grovt eller dödligt våld.¹⁴ Vid inledningen av granskningen bedrev IVO tillsyner i två ytterligare fall som avsåg våld eller våldsutsatthet. Även dessa fall rörde socialnämndernas arbete med våldsutsatta barn och vuxna respektive barn som bevittnat våld och båda fallen hade resulterat i grovt eller dödligt våld. Myndigheten fattade beslut om att dessa två fall också skulle ingå i den sammanhållna granskningen när respektive tillsyn var avslutad. Båda tillsynerna avslutades 2025.

I samtliga fem granskade fall har IVO genomfört flertalet tillsyner och fattat beslut i samtliga. Sammantaget för de fem fallen hade IVO genomfört elva verksamhetstillsyner under perioden 2021–2025. Varje tillsyn genomfördes separat för respektive huvudman och underlagen för besluten i respektive ärende bestod av underlag för just det specifika tillsynsärendet. IVO hade även genomfört sammanlagt sju tillsyner utifrån lex Maria- eller lex Sarah-anmälningar i de fem fallen. Dessa tillsyner genomfördes under samma period som verksamhetstillsynerna.

Underlagen för IVO:s granskning av de fem fallen består av samtliga handlingar från tillsynsärendena i respektive fall enligt nedan.

Fall 1 – Två verksamhetstillsyner, en för vardera kommun respektive region, samt två tillsyner enligt lex Sarah för en kommun och två tillsyner enligt lex Maria för en region.

Fall 2 – Två verksamhetstillsyner, en per kommun för två kommuner samt två tillsyner enligt lex Sarah, en per kommun för två kommuner.

Fall 3 – Fem verksamhetstillsyner, en per kommun för fyra kommuner och en för en region.

13. IVO (2024). Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck: Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714. IVO 2024-04.

14. Ibid.

Fall 4 – En verksamhetstillsyn för en kommun och en tillsyn enligt lex Maria för en region.

Fall 5 – En verksamhetstillsyn för en kommun.

Granskningen har inledningsvis inneburit en genomlysning av underlagen i vart och ett av de fem fallen. Därefter har så kallade händelseanalyser genomförts för varje fall. Händelseanalys är en systematisk metod för att utreda allvarliga avvikelser och missförhållanden, bland annat inom vården och omsorgen. Syftet är att förstå *vad* som hänt, *varför* det hände (bakomliggande orsaker) och *hur* man kan förhindra att liknande avvikelser och missförhållanden inträffar igen. Genom händelseanalys kan risker och brister identifieras, både i enskilda verksamheter och på systemnivå.

Vid IVO:s sammanhållna granskning och analys har händelseanalyserna fokuserat på hur ansvariga huvudmän har följt bestämmelser om att förebygga, upptäcka och agera vid våld i nära relationer och annat våld, hur de har arbetat enligt föreskriften för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur de har följt andra tillämpliga regelverk. En viktig aspekt i granskningen är att IVO har kopplat ihop iakttagelser med konsekvenser för berörda personer och gjort en analys som synliggör händelserna i respektive fall. Det har gjort att granskningen blivit fokuserad på relationen mellan händelser och konsekvenser för de berörda personerna och att analysen kan bidra med värdefull kunskap om bakomliggande orsaker till händelserna och brister på systemnivå.

Regelverk

IVO:S GRANSKNING av kommuners och regioners åtgärder vid våldsutsatthet och våld utgår från gällande lagar, förordningar och föreskrifter på socialrättens område. Nedan följer en översiktlig genomgång av de viktigaste rättsreglerna som IVO utgår från i granskningen.

Socialtjänstlagen med den förordning och de föreskrifter som meddelats med stöd av den ligger till grund för IVO:s tillsyn av kommuners och regioners åtgärder vid våldsutsatthet och våld. Den nu gällande socialtjänstlagen (2025:400), SoL, trädde i kraft i juli 2025. IVO:s tillsyn innan detta datum har genomförts enligt den tidigare lagens bestämmelser som i stor utsträckning förts över till den nya lagen.

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) innehåller centrala bestämmelser om socialnämnders och hälso- och sjukvårdens ansvar vad gäller utredning och insatser för våldsutsatta barn och vuxna.¹⁵ Föreskriften innehåller bestämmelser som ska tillämpas av socialnämnder och vårdgivare i deras arbete med våld i nära relationer.¹⁶ Socialnämnder och vårdgivare ska ha fastställda rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp.¹⁷ Socialnämnder ska också ha fastställda rutiner för när och hur personalen i verksamheten ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende.¹⁸ Vårdgivare ansvarar för att fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Vårdgivare ska även ha fastställda rutiner för att säkerställa barns behov av information, råd och stöd.

Skyldighet att samverka

Genom intern samverkan inom kommuner och regioner och mellan kommuner och andra huvudmän ökar möjligheterna att upptäcka och förhindra våld i nära relationer. Socialnämnder och vårdgivare ska samverka både internt och externt för att fastställa ansvar och samordna sina åtgärder.¹⁹ I förarbetena till socialtjänstlagen betonas hur viktigt det är att socialtjänsten och hälso- och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som kräver insatser från båda huvudmännen och att tvetsamheter som kan

15. 1 kap. 1 § HSLF-FS 2022:39.

16. HSLF-FS 2022:39 ersatte Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer 1 november 2022.

17. 2 kap. 4 § och 7 kap. 2 § HSLF-FS 2022:39.

18. 2 kap. 4 § HSLF-FS 2022:39.

19. 2 kap. 9–12 §§ och 7 kap. 6–9 §§ HSLF-FS 2022:39.

uppstå kring ansvarsfördelning ska lösas genom överenskommelser mellan huvudmännen.²⁰

För att säkerställa att hot och våld mot barn och unga förs fram till socialnämnden så är anställda på vissa myndigheter och i vissa verksamheter som skola, hälso- och sjukvård och tandvård skyldiga enligt lag att genast anmäla till socialnämnden om de i sitt arbete misstänker att ett barn far illa.²¹

Kommunernas särskilda ansvar

Kommunerna har det yttersta ansvaret inom sitt område för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.²² Kommunens ansvar inskränker inte det ansvar som andra huvudmän har.²³ Verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.²⁴

Vid uppgifter om våld i en familj är det viktigt att socialnämnden snabbt utreder uppgifterna och att insatser sätts in. Socialtjänstlagens bestämmelser innebär att socialnämnden genast ska inleda utredning av det som har kommit till socialnämndens kännedom genom ansökan, anmälan eller på annat sätt och som ger anledning till ingripande eller insats av socialnämnden.²⁵

Socialnämnden ska arbeta för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Socialnämnden ansvarar också för att ett barn som har blivit utsatt för brott och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av närstående eller mot närstående är offer för brott och ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som det behöver.²⁶

Särskilda bestämmelser som rör barn och unga

En viktig rättskälla i fråga om barns rättigheter är Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, som är svensk lag sedan 2020 (barnkonventionen).²⁷ I barnkonventionen stadgas centrala rättsprinciper och rättigheter för barn såsom barnets bästa och barnets rätt att föra fram sina åsikter.²⁸ Principen om barnets bästa, barnets rätt att framföra sina åsikter, barnets rätt till information samt barnets att föra sin egen talan framgår även av socialtjänstlagen.²⁹ Där framgår vidare att när en åtgärd rör

20. Se prop. 1979/80:1 s. 147–148 och prop. 2000/01:80 s. 93.

21. 19 kap. 1 § SoL.

22. 4 kap. 1 § i SoL.

23. Ansvarsfördelning mellan kommuner tydliggörs i 29 kap. 1–4 §§ SoL.

24. 5 kap. 1 § SoL.

25. 14 kap. 2 § SoL.

26. Se 13 kap. 1 §, 18 kap. 7 § SoL. Det finns även bestämmelser i SoL om att socialnämnden ska erbjuda insatser som syftar till att ändra beteendet hos våldsutövare, se 13 kap. 8 § SoL.

27. Se lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

28. Se artikel 3 och 12 i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

29. 3 kap. 1–4 §§ SoL.

ett barn ska barnet få relevant information och barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.³⁰

När en anmälan om oro för barn eller unga kommer in till socialnämnden ska nämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd samt dokumentera sin bedömning.³¹ Socialnämnden ska fatta beslut om att inleda utredning eller inte inom 14 dagar efter det att anmälan om ett barn har kommit in, om det inte finns synnerliga skäl för att dröja mer än 14 dagar.³² Utredningen ska genomföras skyndsamt och vara slutförd inom fyra månader. Utredningen ska dokumenteras. Socialnämnden kan hämta in kompletterande uppgifter från anmälaren vid behov.³³

När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Nämnden ska ta hänsyn till barnets åsikter och inställning i förhållande till dennes ålder och mognad.³⁴

Ett av de mest ingripande beslut som en socialnämnd kan fatta för att skydda ett barn är att ansöka om omhändertagande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Om socialnämnden bedömer att barnet behöver skyddas omedelbart kan nämnden besluta att direkt placera barnet enligt LVU. Förvaltningsdomstolen prövar sedan socialnämndens beslut och avgör, efter en självständig rättslig prövning, om förutsättningarna för vård enligt LVU är uppfyllda. Om socialnämnden beslutar om placering enligt LVU utan att barnet behöver skyddas omedelbart är det först vid beslut av förvaltningsrätten som barnet placeras enligt LVU.

30. 3 kap. 2-3 §§ SoL.

31. 20 kap. 1 § SoL.

32. 20 kap. 2 § SoL.

33. Prop. 2012/13:10, s. 60.

34. 3 kap. 2-3 §§ SoL.

De fem fallen

Fall 1

Två små barn utsattes för grovt våld av sin pappa. Ett av barnen dog på sjukhuset och det andra barnet fick allvarliga fysiska och psykiska skador.

En familj där båda föräldrarna var vårdnadshavare hade två yngre barn. Tre orosanmälningar kom in från Polismyndigheten och från hälso- och sjukvårdsverksamheter. Anmälningarna relaterade till psykisk sjukdom och avsaknad av sjukdomsinsikt hos pappan. Bedömningen i anmälningarna var att det fanns risk för att minderåriga barn kunde fara illa. Socialnämnden inledde utredning och genomförde skyddsbedömning först efter den andra orosanmälan. Nämnden dokumenterade inte hur bedömningen av barnens behov av omedelbart skydd gjordes.

Anmälningarna saknade specifika uppgifter om oro för barnen, liksom bedömning av vilka risker och konsekvenser pappans psykiska sjukdom kunde leda till. Inga kompletterande uppgifter hämtades in och inga samtal genomfördes med barnen eller med den andra vårdnadshavaren.

Hälso- och sjukvårdsverksamheterna bedömde att pappan hade behov av fortsatt psykiatrisk specialistsjukvård. Han samtyckte inte till det och förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård fanns inte. Vården bestod därför av separata insatser utan kontinuitet och gemensam uppföljning. Det grova våldsbrottet skedde i hemmet ett par månader efter att de tre orosanmälningarna hade kommit in.

Fall 2

En kvinna utsattes för grovt våld av sin exman i samband med ett planerat umgänge med sina placerade barn. Kvinnan dog omedelbart av våldet.

Ett separerat par hade gemensamma barn placerade enligt LVU i familjehem i två kommuner. Kommunerna hade kännedom om att pappan hade ett skadligt bruk och psykisk ohälsa som periodvis innebar sluten vård inom psykiatri. Socialnämnderna hade redan innan barnen placerades kännedom om våld i familjen och föräldrarnas umgänge med barnen var begränsat. Flera orosanmälningar kom in från hälso- och sjukvården, liksom flera polisrapporter om att pappan omhändertagits på grund av missbruk och psykisk ohälsa.

Båda kommunerna hade uppgifter om kvinnans rädsla för mannen och mannens hot och våld mot kvinnan och ett av barnen. Kommunerna hade

kännedom om att kvinnan hade haft skyddat boende och skyddade personuppgifter. Vid vissa tillfällen gjordes skyddsbedömningar utifrån orosanmälningarna, men varken skyddsbedömningarna eller andra omständigheter beaktades i planeringen av umgängen.

Kommunerna turades om att planera umgängen genom överenskommelser från gång till gång, utan konkret plan. Det gjordes inga risk- och skyddsbedömningar. Det saknades dokumentation av betydelse för både planering och genomförande och umgängen utvärderades inte. Det grova våldsbrottet skedde utanför hemmet, när kommunerna avvek från en överenskommen umgängesplanering utan analys av vilka konsekvenser det skulle kunna leda till.

Fall 3

En kvinna utsattes för grovt våld av sin sambo. Kvinnan var höggravid och både hon och det ofödda barnet dog av våldet.

En flerbarnsfamilj med små barn var under fyra år bosatt i fyra olika kommuner. Det äldsta barnet var mammans barn från en tidigare relation. I den första kommunen kom fyra orosanmälningar där styvpappan angavs som våldsutövare in från skola och polis. Mamman nekade till att ha utsatts för våld, men det äldsta barnet berättade och visade märken efter våldet. Socialnämnden inledde utredningar och påbörjade insatsen familjebehandling, men styvpappan deltog endast vid enstaka tillfällen. Efter avslutad familjebehandling omhändertogs det äldsta barnet enligt LVU. Utifrån det äldsta barnets uppgifter att även de yngre barnen i familjen var våldsutsatta inleddes nya utredningar, men nämndens bedömning var att det inte fanns något omedelbart skyddsbehov för dessa barn. Efter ett år flyttade familjen till en ny kommun. Socialnämnden flyttade dock inte över utredningen eller begärde bistånd med utredningen från den nya kommunen, utan avslutade den med motiveringen att pappan inte hade deltagit aktivt och att familjen hade flyttat. Först fyra månader senare gjorde nämnden en orosanmälan till den nya kommunen.

I den nya kommunen separerade föräldrarna och barnen bodde kvar hos pappan. Under utredningen efter orosanmälan från den första kommunen kom sju nya orosanmälningar in. Föräldrarna samtyckte inte till insatser så utredningarna avslutades utan insats. Nämndens återkommande bedömning var att det inte fanns något skyddsbehov för barnen.

I samtliga fyra kommuner där familjen bodde så upprepades kedjan med orosanmälningar, inledda och avslutade utredningar, förnekande till våld och bedömning att det inte fanns något omedelbart skyddsbehov. I den fjärde kommunen blev mannen sambo med en annan kvinna som blev gravid. Nya orosanmälningar kom in och utredningen visade att pappan sannolikt hade utsatt sina barn för våld. Familjebehandling påbörjades, men pappan nekade till våldet och avbokade möten, varpå insatsen avslutades. Enligt dokumentationen var dock målen uppnådda och pappan hade deltagit i samtliga träffar. Det grova våldsbrottet skedde i hemmet fem månader efter att insatsen familjebehandling avslutats.

Fall 4

Ett litet barn utsattes för grovt våld av sin pappa och dog av våldet. Ett syskon till barnet utsattes för grovt våld av båda föräldrarna och fick livshotande skador.

Sju anmälningar om oro för ett litet barn kom in till kommunen från Polismyndigheten, SOS Alarm och hälso- och sjukvård. De rörde först oro för mammans psykiska hälsa och sedan för pappans psykiska hälsa och sjukdom, men inga utredningar inleddes. Besluten om att inte inleda utredning dokumenterades, men det framgick inte av beslutsmotiveringarna på vilka grunder som nämnden gjorde bedömningen att inte inleda utredning.

Föräldrarna hade först gemensam vårdnad och bodde tillsammans, men separerade sedan. Båda föräldrarnas psykiska ohälsa och kommunikationssvårigheter var kända, men socialnämnden saknade information om hur barnet påverkades av detta. Båda föräldrarna avböjde stöd.

Två orosanmälningar för ett av barnets äldre syskon kom också in, men utredning inleddes först efter en månad. Telefonsamtal och möte med barnets föräldrar dokumenterades i efterhand, men inte i journalen. Det äldre barnet deltog inte vid möten och ingen separat barnobservation gjordes. Det grova våldsbrottet för det lilla barnet inträffade åtta månader efter den sista orosanmälan, när pappan ensam hade barnet i sin vård. Två och en halv vecka därefter framkom att barnets äldre syskon utsatts för grovt våld av föräldrarna. Båda händelserna inträffade i hemmet.

Fall 5

Ett barn utsattes för grovt våld och dödades av sin pappa.

Ett barn bodde med sin mamma som var ensam vårdnadshavare. Samarbetet mellan föräldrarna fungerade inte och barnet hade reglerat umgänge med pappan. Fem orosanmälningar kom in från Polismyndigheten, skola, socialtjänst och enskilda personer. I anmälningarna framkom att barnet hade bevittnat våld i nära relation samt uppvisade rädsla för pappan, men pappan förnekade våld.

Flera utredningar genomfördes där barnet visade och berättade om sin oro och rädsla för pappan. Socialnämnden bedömde att barnet hade utsatts för att bevittna psykiskt våld riktat mot mamman och att detta kunde komma att fortsätta, men barnet bedömdes inte behöva skydd utifrån att det inte hade utsatts för fysiskt våld eller hot. Pappan ville inte delta i utredningen och bedömningen var att han inte var mottaglig för att ta emot stöd för att förändra sitt beteende. Utredningen avslutades i stället med insatsen samtalsbehandling för barnet, i syfte att barnet skulle få berätta om våldet. Det grova våldsbrottet skedde i pappans hem några månader efter avslutad utredning.

Lakttagelser

IVO:S SAMMANHÅLLNA GRANSKNING och analys av de fem fallen visar på återkommande brister inom fem områden, där IVO kommit fram till att berörda kommuner och regioner inte agerat tillräckligt eller inte agerat alls. Bristerna rör områdena

- orosanmälan
- skyddsbedömning
- barnets bästa
- samverkan
- systematiskt kvalitetsarbete.

De flesta bristområden återfinns i alla fem fallen i granskningen.

Orosanmälan

IVO konstaterar att samtliga kommuner i den sammanhållna granskningen hade allvarliga brister i sin hantering av orosanmälningar. Myndigheter och yrkesverksamma har enligt socialtjänstlagen³⁵ skyldighet att anmäla oro för att ett barn far illa.³⁶ Lagstiftningen tydliggör hur bedömning och utredning av barns och ungas behov av skydd eller stöd utifrån en sådan anmälan ska ske.³⁷

De granskade kommunernas socialnämnder fick in flertalet orosanmälningar, både från myndigheter, verksamheter och enskilda personer. I flera ärenden kom orosanmälningar för olika barn i de aktuella familjerna in under en längre tid. Anmälningarna innehöll allvarliga uppgifter om våld, föräldrars psykiska ohälsa eller sjukdom och samarbetssvårigheter mellan föräldrar som allvarligt påverkade barnen. Anmälningarna saknade dock ofta specifika uppgifter om vilken oro som fanns för barnen och vilka risker och konsekvenser innehållet i anmälningarna kunde innebära eller leda till. IVO:s granskning visar att nämnderna trots detta inte hämtade in kompletterande uppgifter till anmälningarna i något ärende och att de samtliga nämnderna förde oftast enbart var med den förälder vars agerande föranlett orosanmälan eller som angavs vara den våldsutövande. Samtal med den andra föräldern fördes endast undantagsvis, trots att nämnden i flera av kommunerna redan sen tidigare hade kännedom om förekomsten av våld i den aktuella familjen.

I en kommun fick nämnden ofta in orosanmälningar från samma person. Många av anmälningarna innehöll bara allmänna eller otydliga uppgifter.

35. 19 kap. 1–4 §§ SoL.

36. Även enskilda personer som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa bör anmäla det till socialnämnden.

37. 20 kap. SoL.

Det saknades konkreta beskrivningar av vad som hade hänt, när det hade hänt och hur barnet påverkades. Nämnden utgick därför från att sådana anmälningar vanligtvis inte betydde att barnet var i omedelbar eller allvarlig fara. Detta är enligt IVO inte skäl för nämnden att avstå från möjligheten att inhämta kompletterande uppgifter för att bedöma barns individuella behov av omedelbart skydd. Inför en skyddsbedömning kan socialnämnden vid behov ta en förnyad kontakt med anmälaren samt kontakta den som berörs av anmälan.³⁸

IVO konstaterar att flera av de granskade kommunerna inte inledde en utredning inom den tid som är reglerad i lag. Om socialnämnden får information om något som skulle kunna leda till en åtgärd av nämnden, ska nämnden genast inleda en utredning.³⁹ IVO:s granskning visar att nämndernas utredningar efter orosanmälan ofta dröjde. Vid flera tillfällen agerade nämnderna inte direkt på orosanmälningarna, oavsett innehåll. I vissa fall kunde anmälningar ligga helt ohanterade till dess att nästa anmälan kom in. Det framkom i flera av de granskade ärendena att det kunde dröja från flera dagar upp till en månad innan nämnden kallade barnets föräldrar till möte efter en orosanmälan. Efter mötet dröjde det ibland också ytterligare veckor innan nämnden startade en utredning. Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning inom fjorton dagar när en inkommen orosanmälan gäller barn eller unga. IVO understryker att nämnden har ett långtgående utredningsansvar för barn som kan vara i behov av skydd eller stöd.⁴⁰

I flera av de ärenden som IVO har granskat avslutade den ansvariga nämnden utredningen helt utan insats eller endast med familjebehandling, en frivillig insats inom socialtjänstens öppenvård som i de aktuella ärendena syftade till att få våldsutövaren att sluta med våldet genom samtal. Då den våldsanklagade föräldern i samtliga ärenden förnekade våld gav insatsen inte resultat i någon av kommunerna. I flera fall avbokade den våldsanklagade föräldern upp till hälften av mötestillfällena, vilket ledde till att nämnderna avslutade insatsen. Som motivering angav nämnderna antingen att insatsen inte kunde genomföras då berörd förälder tackat nej till stöd, eller att insatsen var genomförd med fullt deltagande – trots att bara hälften av mötestillfällena kunnat genomföras på grund av den våldsanklagade föräldrarnas avbokningar. IVO konstaterar att nämndernas dokumentation om vilka effekter, risker och konsekvenser detta innebar för de våldsutsatta barnen ofta saknades. Samtliga granskade ärenden som de berörda socialnämnderna avslutade utan insats eller med insatsen familjebehandling resulterade i dödligt våld.

Skyddsbedömning

När en anmälan rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge behöver omedelbart skydd.⁴¹ Den

38. Prop. 2012/13:10 s. 60.

39. 14 kap. 2 § SoL.

40. 20 kap. 2 § SoL.

41. 20 kap. 1 § SoL.

omedelbara skyddsbedömningen ska göras samma dag som anmälan kommer in eller senast dagen efter, om anmälan kommer in sent på dagen. Det framgår av IVO:s beslut i ärendena att kommunerna haft allvarliga brister i sina skyddsbedömningar. I samtliga ärenden bedömer IVO att de granskade kommunernas socialnämnder antingen har gjort bristfälliga skyddsbedömningar eller inga skyddsbedömningar alls. Som följd av detta har barn blivit kvar hos våldsutövare, pågående våld har kunnat fortsätta och nya våldssituationer har kunnat inträffa. IVO konstaterar att socialnämnderna inte har inhämtat nödvändigt underlag för att kunna genomföra skyddsbedömning i vissa fall. I andra fall har socialnämnderna haft ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om det fanns ett omedelbart behov av skydd för barn, men ändå inte gjort någon skyddsbedömning.

Flera socialnämnder gjorde också olika bedömningar av allvaret i psykiskt respektive fysiskt våld, trots att det fanns muntlig och skriftlig information om våldets konsekvenser för de våldsutsatta. Trots att barn både berättade om psykiskt eller fysiskt våld och dessutom visade märken efter att ha blivit utsatta för våld, togs deras uppgifter inte på allvar och gavs inte någon tyngd. Socialnämnderna bedömde ändå att barnen inte hade något omedelbart behov av skydd och barnen blev kvar i våldsutsatta situationer. IVO bedömer att detta visar på betydande brister i socialnämndernas handläggning och ansvarstagande, vilket har medfört att barnen har utsatts för risker som kunde förebyggas.

IVO bedömer att de granskade kommunernas brister i dokumentation, i vissa fall ingen dokumentation överhuvudtaget, har påverkat händelseförloppet och därmed även kan ha påverkat det allvarliga utfallet i flera ärenden. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vilka uppgifter som ska dokumenteras vid en omedelbar skyddsbedömning.⁴² En omedelbar skyddsbedömning ska innehålla uppgifter om vilken bedömning som har gjorts av barnets eller den unges behov av omedelbart skydd, vilka faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ligger till grund för nämndens bedömning, när bedömningen gjorts, samt namn och befattning eller titel på den som gjort bedömningen. IVO bedömer att det är en brist att nämnderna inte alltid dokumenterar alla uppgifter som ska finnas med i en omedelbar skyddsbedömning. Det är viktigt att nämnderna dokumenterar i enlighet med lagar och föreskrifter, så att barn och unga får det skydd och stöd de behöver. Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ett särskilt ansvar för barn och unga och ska se till att de växer upp under trygga och bra förhållanden.⁴³

Barnets bästa

IVO konstaterar att socialnämndernas bedömningar om barnets bästa enligt barnkonventionen⁴⁴ ibland varit otydliga men oftast saknats helt i

42. 5 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOFSS 2014:5).

43. 18 kap. 1 § SoL.

44. Socialstyrelsen (2025). Se även 3 art. lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

de granskade kommunernas utredningar. Där en bedömning om barnets bästa fanns med avspeglades inte bedömningen i socialnämndernas faktiska hantering av ärendena. Föräldrars åsikter, önskemål och krav fick företrädare framför barns behov och barns bästa. I ett ärende genomfördes inget barnsamtal under utredningen utan först i insatsen samtalsbehandling, som beviljades först efter att orosanmälan hade utretts. Det framgick av nämndens dokumentation i ärendet att samtalsbehandling inte var den bästa insatsen för barnet och inte heller den insats som förväntades ge resultat. Det innebär att barnet inte fick berätta om sina upplevelser och sitt mående på grund av våldet som en del av underlaget för socialnämndens beslut om insatser och åtgärder för att barnet skulle få hjälp att slippa våldet. Insatsen handlade i stället om att barnet skulle skaffa sig strategier för att hantera det pågående våldet och de situationer som våldet utövades i. Trots detta var samtalsbehandling den insats som socialnämnden beslutade om och den insats som barnet fick.

I ett ärende gjorde ansvariga socialnämnder umgängesplaneringen för de placerade barnen och deras föräldrar utan någon tydlig systematik. Planeringen saknade fullständig spårbar dokumentation, det gjordes ingen utvärdering eller lärande baserat på tidigare erfarenheter och resultat i liknande ärenden. Socialnämnderna förde inget resonemang om vilka konsekvenser som form och innehåll i umgängen kunde ha för barnens bästa eller hur barnens rätt till skydd och stöd skulle kunna tillgodoses. Det enda som framgick av socialnämndernas dokumentation var att de berörda barnen inte var positivt inställda till umgänget med föräldrarna, utan deltog i umgängen främst för att träffa sina syskon.

Enligt socialtjänstlagen ska barn ska få framföra sina åsikter i frågor som rör dem och deras åsikter ska tas på allvar utifrån hur gamla och mogna barnen är.⁴⁵ IVO:s tillsyn visar att socialnämnderna sällan eftersökte möjligheten att samtala med de berörda barnen. Barnen blev antingen inte tillfrågade alls eller fick inte göra sina röster hörda tillräckligt. När barnen väl fick möjlighet att berätta blev de inte lyssnade på. I ett av de fem fallen genomförde socialnämnden samtal endast med ett av flera barn i en syskonskara. I tre av fallen genomfördes inga enskilda samtal alls med barnen. Det innebär att barnen inte fick någon möjlighet att berätta om sin situation, sin upplevelse av våld eller av att bevittna våld.

Samverkan

Socialtjänstlagen är tydlig med att kommunen ska planera sina insatser för enskilda och särskilt väga in behovet av tidiga och förebyggande insatser. Om det är motiverat ska kommunen samarbeta med regionen och andra relevanta myndigheter och organisationer när insatser planeras.⁴⁶

IVO:s granskning visar på brister i kommuners och regioners samverkan, både externt och internt. När en familj flyttade mellan fyra olika kommuner

45. 3 kap. 2 § SoL.

46. 7 kap. 1 § SoL.

skedde ingen samverkan eller efterfrågan av information mellan kommunerna, trots att de nya kommunerna kände till delar av tidigare händelser och trots att nya orosanmälningar kom in i varje ny kommun. I ett ärende hade socialnämnden inte säkerställt att samtliga utredningar dokumenterades löpande i de berörda barnens journal. På grund av det och brister i kommunens interna samverkan uppmärksammade socialnämnden inte att det hade kommit in orosanmälningar och inträffat allvarliga händelser som rörde flera av barnen i familjen.

I ett ärende där pappan i familjen hade varit i kontakt med vården men nekat till att ta emot vissa insatser, bedrevs vården sporadiskt och på olika vårdnivåer. Regionens vårdgivare skickade remisser till varandra, men regionen hade ingen strukturerad intern samverkan och ingen tog det övergripande ansvaret för att samordna vårdinsatserna. IVO:s bedömning i verksamhetstillsynen var att det fanns brister i samordningen mellan primärvård och psykiatri i de berörda verksamheterna, att det saknades tillräckliga rutiner och förutsättningar för samverkan mellan dem och att bristerna utgjorde en risk för att även andra patienter kunde falla mellan stolarna.

I en av de granskade kommunerna tog socialnämnden fram ett underlag om ett barn till en pågående vårdnadstvist, men utelämnade uppgifter av betydelse. Det ledde till att domstolen saknade information om att barnet både hade en pågående insats utifrån misstanke om våldsutsatthet och att det sedan tidigare fanns en begränsad umgängesplanering för barnet och pappan. I tillsynsbeslutet riktade IVO kritik mot att socialnämnden inte lämnade någon rekommendation till domstolen om att inget umgänge borde ske mellan barnet och pappan.

I flera av de granskade ärendena hade kommunerna information om att våld i nära relation förekom i de berörda familjerna. Flera av de våldsutsatta barnen berättade själva om våld i familjen, både våld mot sig själva och våld mot syskon. Flera våldsutsatta kvinnor berättade också om våldet, men i inget av de ärenden uppgifter om våld framkom från barn eller kvinnor klassificerade socialnämnden det som våld i nära relation. Ingen av de berörda socialnämnderna tog heller kontakt eller samverkade med den enhet i kommunen som arbetade specifikt med våld i nära relation. I de granskade ärendena förekom det också endast mycket begränsad samverkan eller ingen samverkan alls mellan kommuner och regioner. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer är tydlig med att socialnämnder och vårdgivare ska samverka både internt och externt för att samordna sina insatser så att de inte motverkar varandra.⁴⁷ Vid samordningen ska hänsyn tas till behovet av trygghet och säkerhet hos de våldsutsatta och de barn som bevittnat våld.⁴⁸

47. 2 kap. 9–10 §§ samt 7 kap. 6–7 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39).

48. 2 kap. 10 § samt 7 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39).

Systematiskt kvalitetsarbete

I samtliga ärenden som IVO har granskat har det framkommit brister i det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst⁴⁹ ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.⁵⁰ Enligt bestämmelserna om lex Maria är vårdgivaren skyldig att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.⁵¹ I en av de granskade regionerna konstaterade IVO att vårdgivaren inte arbetade systematiskt med våld i nära relationer i hela verksamheten. Granskningen visade att primärvården hade gjort få orosanmälningar, specifikt vid telefonrådgivning. Det framkom dock inte om vårdgivaren hade följt upp eller analyserat de bakomliggande orsakerna till detta. Varken regionen eller vårdgivaren hade själva identifierat bristerna, utan de framträdde först då IVO gjorde en samlad analys av vårdgivarens utredningar enligt lex Maria i ärendet inom ramen för IVO:s verksamhetstillsyn. IVO bedömde att vårdgivaren saknade en del av de processer och rutiner som behövs för ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att det hade gett negativa konsekvenser för enskilda i det aktuella ärendet.

IVO konstaterar att i fyra av de fem granskade ärendena hade socialnämnderna inte fullgjort sin skyldighet enligt socialtjänstlagen att utreda eventuella missförhållanden i verksamheten. I flera av kommunerna hade socialnämnderna inte heller genomfört sina utredningar enligt lex Sarah enligt gällande krav.⁵² Det ledde till att nödvändig information inte framkom i utredningarna, vilket påverkade nämndernas åtgärder. En utredning av en socialnämnd konstaterade att det fanns brister i handläggningen hos en enskild tjänsteperson samt brister kopplade till hög arbetsbelastning. Bakomliggande faktorer som kan ha bidragit till det allvarliga missförhållandet identifierades eller analyserades däremot inte. IVO konstaterar att ingen av de granskade socialnämnderna genomförde någon utredning enligt lex Sarah utifrån barns konkreta berättelser om sin våldsutsatthet eller utredde bakomliggande orsaker till att barns uppgifter inte togs på allvar eller gavs någon tyngd.

En socialnämnd genomförde två nästan identiska utredningar och anmälningar enligt lex Sarah, där utredningarna utgick från respektive barn i stället för händelserna i ärendet. Ingen av utredningarna angav tydligt vilket konkret missförhållande eller vilken risk för missförhållande som avsågs, den ansvariga nämnden identifierade inte bakomliggande faktorer och det framgick inte om nämnden vidtagit några åtgärder för att avhjälpa eller undanröja missförhållandet.

I en kommun bedömde IVO att socialnämnden hade brister i genomförandet av riskbedömningar, vilket gett allvarliga konsekvenser för våldsutsatta.

49. Gäller även den som bedriver verksamhet enligt LSS, men då detta inte är relevant i denna rapport. används här endast skrivelsen "vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst".

50. 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

51. 3 kap. 3 § PSL.

52. 27 kap. 5 § SoL.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att verksamheten fortlöpande ska identifiera, analysera och bedöma risker för brister i kvaliteten. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma dess möjliga negativa konsekvenser.⁵³

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska också genomföra egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.⁵⁴ IVO konstaterar att socialnämndernas dokumentation i flera ärenden var så bristfällig att det inte gick att utläsa händelser av betydelse och åtgärder utifrån dessa, än mindre följa händelseförloppet. Det försvårade dessutom den pågående hanteringen i ärendena och gjorde det i princip omöjligt för socialnämnderna att lära av sina erfarenheter och åtgärder i sin egenkontroll.

53. 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

54. 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

Slutsatser

IVO:S SAMMANHÅLLNA GRANSKNING och analys visar att det finns flera faktorer bakom händelseförloppen som återkommer i de fem fallen och där berörda kommuners och regioners hantering av ärendena sannolikt har påverkat både de fortsatta händelseförloppen och utfallen i de enskilda ärendena. Bristerna har, var för sig eller tillsammans, bidragit till att våld och våldsutsatthet kunnat fortgå vilket resulterat i grovt eller dödligt våld.

Granskningen av dessa fem fall visar omfattande brister i berörda kommuners och regioners hantering av orosanmälningar och skyddsbedömningar, samverkan, beaktande av barnets bästa och systematiskt kvalitetsarbete. I samtliga granskade ärenden hade det gjorts återkommande anmälningar om oro för barn innan de grova eller dödliga våldsbrotten skedde. Anmälningarna hade ofta innehållit uppgifter om våld i nära relationer. I samtliga ärenden hade det gjorts bristfälliga eller inga skyddsbedömningar. De flesta av de utredningar och insatser som ansvariga socialnämnder genomfört i de granskade ärendena hade inte i tillräcklig grad utgått från barnets bästa. Kommuner och regioner hade i flera ärenden inte samverkat eller inte samverkat tillräckligt, varken externt eller internt.

Vidare konstaterar IVO att det i samtliga granskade fem ärenden saknades ett fullgott systematiskt kvalitetsarbete, särskilt vad gäller processer och rutiner för arbete med våld, riskbedömning, utredning av missförhållanden eller vårdskador samt för egenkontroll. IVO har i tidigare tillsyner påtalat att brister i det systematiska kvalitetsarbetet får en direkt påverkan på arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld.⁵⁵ Bristerna medför en risk att kommuner och regioner inte identifierar mönster och uppmärksammar bakomliggande orsaker till händelser i tillräcklig grad, eller uppmärksammar allvaret i händelser och dess konsekvenser för de våldsutsatta. Granskningen visar att en del av våldet i de fem fallen sannolikt hade kunnat gå att förebygga eller förhindra.

De brister som IVO identifierat i de fem fallen överensstämmer i hög grad med iakttagelser som myndigheten gjort i tidigare tillsynsinsatser, bland annat inom ramen för ett regeringsuppdrag om våldsutsatthet och våld. Där konstaterades bland annat en bristande följsamhet till nationella krav på rutiner och samverkan samt att ärenden inte utreddes i tillräcklig omfattning eller inom lagstadgad tid.

Vidare bekräftar Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall att barn inte skyddas tillräckligt från våld och att det finns fortsatt allvarliga brister i samhällets skyddsnet. I likhet med IVO:s iakttagelser konstaterar Socialstyrelsen att barnen är osynliga i socialnämndernas utredningar, att

55. Se bland annat IVO (2024).

insatser och åtgärder inte motsvarar behoven och att helhetsbilden missas när samverkan brister.⁵⁶

Socialstyrelsen har också utrett ett antal ärenden där vuxna personer dödas eller utsatts för mordförsök. Socialstyrelsens slutsatser är även där att det finns fortsatt allvarliga brister i samhällets skyddsnet och att få våldsutsatta och våldsutövare nås av insatser. Socialstyrelsen konstaterar att våldet inte upptäcks, att det finns brister i utredningar av våldet och att bedömningar av risker för upprepad våldsutsatthet och våldsutövande ofta saknas. Brist på motiverande arbete mot både våldsutsatta och våldsutövare framkom också i flera fall i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete, trots risker för upprepat våld eller stora vårdbehov.⁵⁷

När iakttagelserna från IVO:s sammanhållna granskning och analys kopplas till IVO:s iakttagelser från tidigare och pågående tillsyner samt Socialstyrelsens utredningar framträder ett mönster. Det visar att många kommuner och regioner inte har agerat alls eller inte har agerat tillräckligt för att skydda våldsutsatta personer. Utifrån detta är IVO:s bedömning att både kommuner och regioner måste ta ett tidigare och tydligare ansvar för sitt arbete inom våldsområdet. Genom ett systematiskt kvalitetsarbete med egenkontroller kan kommuner och regioner identifiera och utveckla förbättringsområden inom det våldsförebyggande arbetet. När ett systematiskt arbetssätt för att motverka våld saknas är risken stor för att incidenter ses som enskilda händelser, i stället för möjliga indikationer på ett pågående förlopp av våld eller våldsutsatthet. IVO:s bedömning är att både kommuner och regioner måste stärka sitt fortsatta arbete med att förebygga våldsutsatthet och våld genom att

- agera skyndsamt vid uppgifter om våld
- säkerställa barns skydd mot alla former av våld
- besluta om insatser och vidta åtgärder utifrån barns bästa och barns behov
- samverka internt och externt för en helhet i ärendena
- ta hjälp av tydliga och implementerade processer och rutiner i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

56. Socialstyrelsen (2026).

57. Socialstyrelsen (2026a).

Referenser

- Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg (2024). *Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck*: Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714. IVO 2024-04.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025) *Utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar*. Redovisning av regeringsuppdrag S2023/03257. IVO 2025-16.
- Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
- Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Regeringen (Arbetsmarknadsdepartementet). Uppdrag om förstärkt och utvecklad tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck (A2021/01714). Regeringsbeslut 2021-09-09.
- Regeringens proposition 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m. Sid. 93.
- Regeringens proposition 1979/80:1 Om socialtjänsten. Sid. 147-148.
- Regeringens proposition 2012/13:10. Stärkt stöd och skydd för barn och unga.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer.
- Socialstyrelsen (2025) *Om barnets bästa och rätt till delaktighet*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/om-barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/> (Hämtad 2025-10-05)
- Socialstyrelsen (2026) *Barn som utsatts för grovt eller dödligt våld – Skade- och dödsfallsutredningar 2024-2025*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/barn-som-utsatts-for-grovt-eller-dodligt-vald--skade--och-dodsfallsutredningar-20242025-2026-1-10010/> (Hämtad 2026-02-19)
- Socialstyrelsen (2026a) *Vuxna personer som utsatts för dödligt våld eller försök till dödligt våld av närstående – Skade- och dödsfallsutredningar 2024-2025*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/vuxna-personer-som-utsatts-for-dodligt-vald-eller-forsok-till-dodligt-vald-av-narstaende--skade--och-dodsfallsutredningar-20242025-2026-1-10009/> (Hämtad 2026-01-19)
- Socialtjänstlagen (2025:400).
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Utgiven maj 2026

Artikelnr: IVO 2026-19

Diarienummer: 2.7.1-08349/2026

www.ivo.se