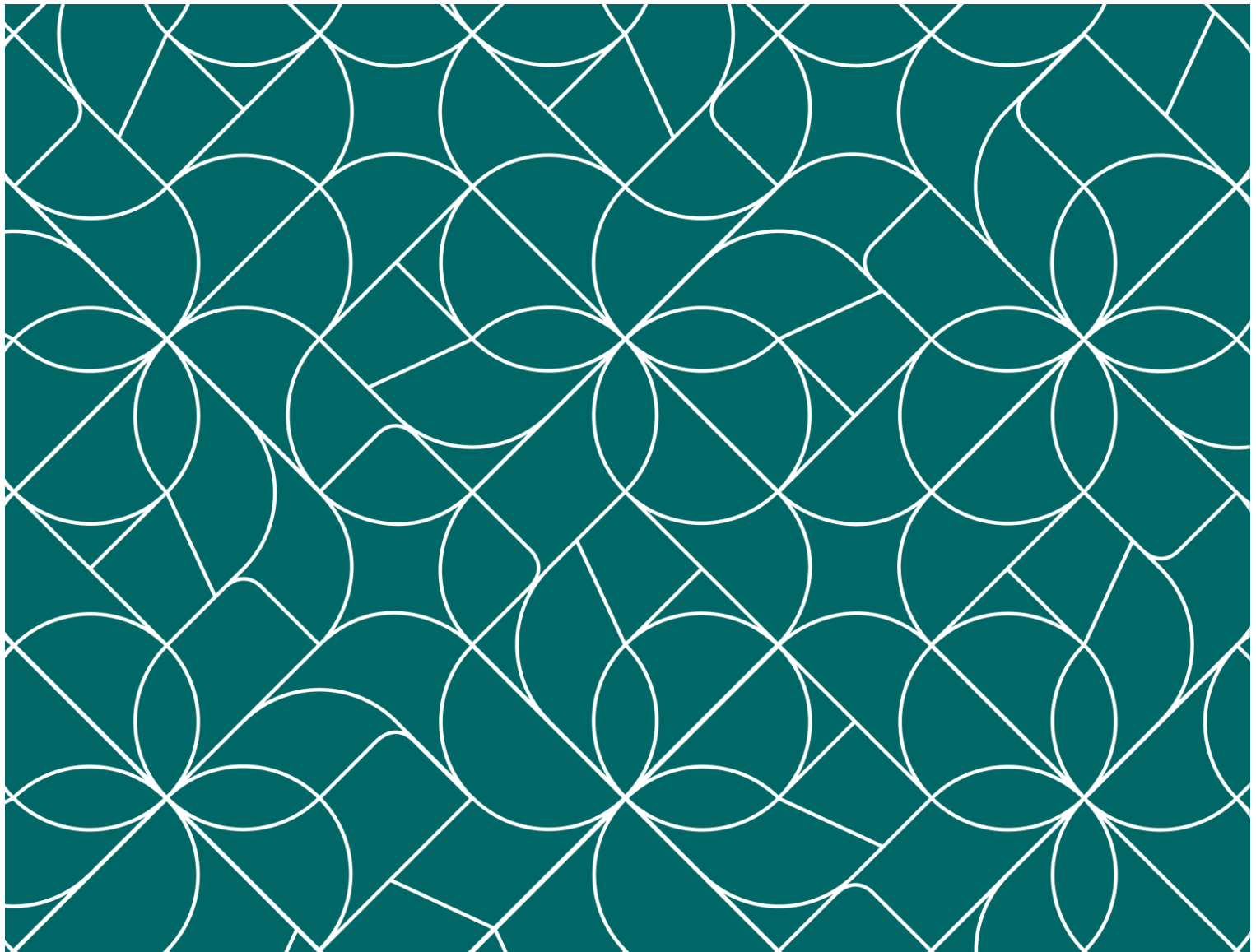


# **Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck**

**Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714**



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.

Rapporten finns publicerad på [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

**Artikelnr • IVO 2024-04**

**Utgiven • Maj 2024, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)**

## Sammanfattning

IVO har inom ramen för ett regeringsuppdrag under 2021–2023 genomfört en omfattande tillsynsinsats av det arbete som bedrivs i kommuner och regioner relaterat till våldsutsatthet och våld. Den samlade tillsynen visar att brister i regelefterlevnad och handläggning försvårar upptäckten av våld och i värsta fall också döljer pågående våld. Det resultat som framkommer i tillsynen bekräftar sammantaget resultat och slutsatser från IVO:s tidigare tillsyn inom området.

Bristerna ger allvarliga konsekvenser för våldsutsatta och barn som bevittnat våld. I tre ärenden som IVO granskat har de våldsutsatta dött till följd av det våld de utsatts för. I andra ärenden riskerar åtgärder och insatser att inte bli vare sig relevanta, träffsäkra eller tillräckliga. De riskerar också att inte verkställas i tid eller inte verkställas alls.

IVO:s tillsyn av följsamheten till Socialstyrelsens nya föreskrift om våld i nära relationer, HSLF-FS 2022:39, visar att över 200 socialnämnder och mer än 400 vårdcentraler inte följer föreskriftens samtliga krav och att följsamheten till bland annat de stärkta kraven på rutiner för att fråga om våld och kraven på samverkan är bristfällig.

I tillsynen av socialnämndernas arbete med våldsutsatta barn och vuxna respektive barn som bevittnat våld fann IVO brister i 40 av 46 granskade ärenden. Problembilden förstärks av att kommuner inte har verkställt beslut om insatser i 94 ärenden relaterade till våldsutsatthet eller våld. Domstolarna har dömt att kommunerna ska betala en särskild avgift i 92 av dessa ärenden.

IVO:s tillsyn i 32 ärenden om våldsutsatthet i LSS-boenden för vuxna samt i över 900 ärenden om SiS särskilda ungdomshem och boenden för barn och unga enligt SoL och LSS visar att brister i ledning och styrning påverkar verksamhetens kvalitet och att en otillräcklig bemanning kan utgöra risk för våldsutsatthet. Dessa brister medför i värsta fall att vuxna och barn blir kvar i destruktiva relationer eller sociala situationer där våldet kan fortgå fram till att någon dödas.

I samtliga tillsynsinsatser kopplade till regeringsuppdraget framkommer också brister i det systematiska kvalitetsarbetet som kommunerna är skyldiga att bedriva. Bristerna rör i de flesta fall socialnämndernas egenkontroll, avvikelshantering och arbete med lex Sarah. IVO:s tillsyn i lex Sarah, som riktar sig mot socialnämndens utredning och åtgärder vid allvarliga missförhållanden, visar på brister i arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relation i sammantaget 544 ärenden inom verksamhetsområdena barn och familj, funktionsnedsättning, äldreomsorg och övrig socialtjänst. Bristerna återfinns i verksamheter för både barn och vuxna och ger allvarliga konsekvenser för de som varit utsatta för eller har bevittnat våld.

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Bakgrund .....	5
Rättsliga förutsättningar .....	6
Genomförda aktiviteter .....	12
Förstärkt tillsyn för utveckling och lärande .....	12
Dialog för patient- och brukarperspektiv .....	13
Samarbete med andra aktörer .....	13
Utveckling för datainsamling och analys .....	14
Tillsynsresultat .....	16
Övergripande iakttagelser .....	16
Tillsyn av följsamhet till föreskriften om våld i nära relationer .....	16
Tillsyn av arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relation inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården .....	28
Tillsyn av våldsutsatthet i LSS-bostäder för vuxna .....	34
Tillsyn av våldsutsatthet i boenden för barn och unga .....	37
Tillsyn i lex Sarah- och lex Maria-ärenden med våld .....	41
Tillsyn av ej verkställda beslut relaterade till våldsutsatthet och våld .....	44
Slutsatser .....	47
Brister i regelefterlevnad döljer våld .....	47
Brister i handläggning påverkar våldsutsatthet och våld .....	49
Referenser .....	51
Bilaga .....	52
Metoder för tillsyn .....	52

## Bakgrund

IVO fick i september 2021 uppdrag av regeringen att förstärka och utveckla tillsynen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Uppdraget innefattar också våld som omfattas av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor som barn utsätts för eller bevittnar. Utvecklingen skulle omfatta hur tillsynen kan vara mer förebyggande och riskbaserad samt bidra till lärande för berörda aktörer. Inom ramen för uppdraget ingick att genomföra tillsynsinsatser.<sup>1</sup>

IVO granskar fortlöpande socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta vuxna och barn respektive barn som bevittnat våld. Tillsynen inriktas mot verksamheter med allvarliga risker för missförhållanden för brukare och patienter, genom sammanhållna nationella tillsynsinsatser och genom granskning av enskilda utförare, bland annat utifrån upplysningar och tips till myndigheten. Tidigare tillsynsresultat av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer visade bland annat att:

- det långsiktiga stödet och uppföljningen till våldsutsatta var bristfälligt,
- barn som upplevt och bevittnat våld inte alltid uppmärksammades och därmed inte fick det stöd och hjälp de kunde ha behövt,
- bedömning av risken för att våldsutsatta vuxna och barn respektive barn som bevittnat våld skulle utsättas för ytterligare våld gjordes inte i tillräcklig omfattning,
- det systematiska förbättringsarbetet genom egenkontroll och kvalitetsarbete var otillräckligt.

Den 1 november 2022 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer i kraft. Dessa regler gäller för socialtjänsten<sup>2</sup> och hälso- och sjukvården. Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är bland annat att fortsätta höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta barn och vuxna samt barn som bevittnat våld. Föreskriften anger bland annat stärkta krav på socialnämnder respektive vårdgivare att ha fastställda rutiner för att fråga om våld samt krav på socialnämnder och vårdgivare att samverka både internt och externt. Resultat och slutsatser från tidigare tillsyn inom området, kompletterat med resultat från de tillsynsinsatser som framgår av denna redovisning, ligger till grund för IVO:s övergripande tillsyn av kommuners och regioners följsamhet till föreskriften.

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> I rapporten används begreppen utifrån att socialnämnden är politiskt tillsatt och ansvarar för kommunens socialtjänst. Socialtjänsten lyder under socialnämnden och är den instans som utför arbetet i praktiken.

## Rättsliga förutsättningar

### Barnkonventionen

Barnkonventionen<sup>3</sup>, BK, har som mål att ge barn, oavsett bakgrund, rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Barnkonventionens artiklar 1–42 är inkorporerade i svensk lag. I artikel 3 BK framgår att vid alla åtgärder som rör barn, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet. Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

I artikel 19 BK framgår att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård. Sådana skyddsåtgärder bör, där så är lämpligt, innefatta effektiva förfaranden för upprättandet av sociala program som syftar till att ge barnet och de personer som har hand om barnet nödvändigt stöd. Skyddsåtgärder bör också omfatta andra former av förebyggande arbete samt former för identifiering, rapportering, remittering, undersökning, behandling och uppföljning av fall av ovan beskrivna sätt att behandla barn illa.

### God kvalitet och god vård, socialtjänstens yttersta ansvar samt vikten av samverkan

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL vara av god kvalitet. Detta krav gäller både verksamhet som bedrivs av kommunen och av privata utförare och omfattar både myndighetsutövning och övriga insatser.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Hälso- och sjukvården ska enligt 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, arbeta för att förebygga ohälsa. Verksamheten har enligt 3 kap. 1 § HSL som mål att tillhandahålla vård för en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för

---

<sup>3</sup> Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I 2 kap. 1 § HSL anges vidare att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Bestämmelser om ansvaret för personal inom hälso- och sjukvården finns i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Där framgår bland annat att personalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

I förarbetena<sup>4</sup> betonas vikten av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som kräver insatser från båda huvudmännen och att tveksamheter som kan komma upp gällande ansvarsfördelning kan lösas genom överenskommelser mellan huvudmännen.

## Socialnämndens utredningsansvar samt rätten till bistånd

Enligt 11 kap. 1 § första stycket SoL ska socialnämnden genast inleda utredning av det som har kommit till nämndens kännedom genom ansökan, anmälan eller på annat sätt och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.

När en anmälan rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd samt dokumentera sin bedömning. När det gäller barn ska socialnämnden, om det inte finns synnerliga skäl, fatta beslut att inleda eller inte inleda utredning inom fjorton dagar efter det att anmälan har kommit in. En utredning som rör barn ska genomföras skyndsamt och, i regel, vara slutförd senast inom fyra månader.<sup>5</sup>

Det framgår av 11 kap. 10 § SoL att när en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter ska nämnden så långt det är möjligt klarlägga barnets inställning på annat sätt. Nämnden ska ge barnets åsikter och inställning betydelse i förhållande till dennes ålder och mognad.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § SoL rätt till bistånd av socialnämnden. Det innebär att alla som utsätts för våld eller kränkningar av olika slag, efter individuell prövning, har rätt att få det stöd och den hjälp som de kan behöva i den mån de själva inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt.

Enligt 5 kap. 11 § SoL hör det till socialnämndens uppgifter att 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

<sup>4</sup> Se prop. 1979/80:1 s. 147–148 och prop. 2000/01:80 s. 93.

<sup>5</sup> Om det finns särskilda skäl får nämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid.

situation. Socialnämnden ansvarar också för att ett barn som blivit utsatt för brott och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska också särskilt uppmärksamma att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är offer för brott och ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver. Enligt samma kapitel 11 a § SoL hör det också till nämndens uppgifter att arbeta för att den som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende. När nämnden utför uppgiften ska den särskilt uppmärksamma säkerheten för den som utsätts eller har utsatts för våld eller andra övergrepp och dennes närstående.

## Insatser till personer med funktionsnedsättning

Enligt 6 § LSS ska verksamheten vara av god kvalitet, grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och ske i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Ansvariga för verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning få inflytande och medbestämmande över sina insatser och det ska finnas den personal som behövs för att ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad.

## Vård utanför det egna hemmet

Enligt 6 kap 1 § SoL ska socialnämnden se till att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem, hem för vård eller boende (HVB), eller stödboende för barn och unga. Det är socialnämnden som ansvarar för att den som genom nämndens omsorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

I HSLF-FS 2016:55 respektive HSLF-FS 2016:56 finns föreskrifter och allmänna råd om HVB och stödboende. Här anges bland annat att HVB har en skyldighet att upprätta rutiner för hur personalen ska förebygga, uppmärksamma och agera vid kränkningar, övergrepp, hot, våld och självskadebeteenden. I föreskrifterna framgår även att den som beslutar om inskrivning i HVB eller stödboende vid lämplighetsbedömningen bland annat ska bedöma om och hur vården eller stödet kan ges under trygga och säkra former. HVB ska vidare beakta om placeringen kan innebära negativ påverkan mellan de placerade personerna. En sådan bedömning ska även göras i stödboende vid placering i ett eget boende som ligger nära andra boenden som ingår i verksamheten eller ett boende med utrymmen som delas med andra barn eller unga som är placerade. Vid detta ska även beaktas om placeringen kan medföra kränkningar, våld eller övergrepp.

## Rapportera och avhjälpa missförhållanden

Den som utför uppgifter inom socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse (SiS) eller inom verksamhet enligt LSS, ska genast rapportera om denne uppmärksammar



eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. Den som tar emot rapporter ska informera den som utför uppgifter inom dessa verksamheter om sin rapporteringsskyldighet.

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Den genomförda utredningen ska bifogas till anmälan.

## Systematiskt kvalitetsarbete

Vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt 3–4 kap. SOSFS 2011:9 ska ledningssystemet användas för att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning och i detta identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma deras inbördes ordning.

För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS också utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Det framgår av 4 kap 5 § SOSFS 2011:9 att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på verksamhetens insatser. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur arbetet med samverkan ska ske i den egna verksamheten och processerna och rutinerna ska också säkerställa att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

För vårdgivare återfinns motsvarande bestämmelser i 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9, där det framgår att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå även av vårdgivarens processer hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och att de säkerställer att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare, med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Det systematiska förbättringsarbetet rör bland annat utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Vårdgivare respektive den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på den egna verksamhetens kvalitet från bland annat brukare, närstående och personal. För att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS sammanställa och analysera rapporter, klagomål och synpunkter som kommer in. Utifrån resultatet av de aktiviteter som rör systematiskt förbättringsarbete ska nödvändiga åtgärder genomföras för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska de förbättras.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Det framgår även i 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. För hälso- och sjukvårdspersonal framgår det av 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) att de är skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet.

## Ej verkställda beslut

En kommun som inte inom skälig tid ger bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL, som någon har rätt till enligt ett beslut av socialnämnden, ska dömas att betala en särskild avgift i enlighet med 16 kap. 6 a § SoL. Motsvarande regler för insatser enligt 9 § LSS finns i 28 a § LSS. Om kommunen inte verkställer ett beslut som de har beviljat enligt 4 kap. 1 § SoL eller 9 § LSS inom tre månader är socialnämnden eller motsvarande skyldig att rapportera detta till IVO i enlighet med 16 kap. 6 f SoL respektive 28 f § LSS, samt fortsätta rapporteringen en gång per kvartal tills beslutet är verkställt eller avslutat utan verkställighet.

## Föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer

Den 1 november 2022 trädde nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer i kraft, som gäller för socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med våld i nära relationer. De nya föreskrifterna och allmänna råden ersätter från detta datum Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer. Socialstyrelsen har reviderat författningen utifrån vad som framkommit i myndighetens uppföljningar av SOSFS 2014:4, men också utifrån ny lagstiftning som trätt i kraft. Revideringarna rör bland annat socialnämndens ansvar för våldsutövare samt nya bestämmelser om hälso- och sjukvårdens ansvar att särskilt ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

I den nya författningen finns det i 2 kap. 4 § och 7 kap. 2 § nya krav på socialnämnden respektive vårdgivare att fastställa 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. För socialnämnden gäller även att nämnden ska fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende. Som i tidigare föreskrift har vårdgivaren ansvar för att fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Utifrån de nya bestämmelserna om hälso- och sjukvårdens ansvar att särskilt ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd har det dock i 7 kap. 4 § HSLF-FS 2022:39 tillkommit att vårdgivaren ska fastställa rutiner för detta.

Det framgår av 2 kap. 9–12 §§ och 7 kap. 6–9 §§ att socialnämnden och vårdgivare ska samverka internt för att samordna sina åtgärder så att de inte motverkar varandra. Samverkan ska också ske externt med berörda verksamheter, myndigheter och organisationer för att skapa förutsättningar för att samordna de olika aktörernas åtgärder och insatser så de inte motverkar varandra. En av förutsättningarna för en fungerande samverkan är att det är tydligt var ansvaret för detta ligger. Socialnämnden respektive vårdgivare ska därför fastställa var i verksamheten ansvaret för den interna och externa samverkan ska ligga.

## Genomförda aktiviteter

IVO har sammantaget under 2021–2023 genomfört tillsyn i nästan 3 100<sup>6</sup> ärenden relaterade till våldsutsatthet och våld. Förutom tillsynsaktiviteter har IVO genomfört dialoger med representanter för patienter och brukare, samarbetsträffar med andra myndigheter samt arbetat för att utveckla arbetet med datainsamling och analys, både inom aktuella tillsynsinsatser och inom hela IVO.

## Förstärkt tillsyn för utveckling och lärande

Tillsynens syfte är att granska att patienter och brukare får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med gällande lagar och andra föreskrifter. De exempel som beskrivs i denna rapport där vuxna och barn utsatts för våld eller barn bevittnat våld är exempel som framkommit i tillsynen. Då de flesta tillsynsinsatser kopplade till regeringsuppdraget rör verksamheter där kommunernas socialnämnd är huvudansvarig är de flesta exempel också från socialnämndens verksamhetsområden. Personer som är utsatta för våld i nära relationer eller på annat sätt våldsutsatta kan, förutom stöd och hjälp från socialnämnden, behöva vård eller behandling från hälso- och sjukvården. Även om endast enstaka exempel i denna rapport rör hälso- och sjukvården, är hälso- och sjukvårdens ansvar lika stort som socialnämndens. De tillsynsinsatser<sup>7</sup> IVO har genomfört relaterat till regeringsuppdraget innebär tillsyn av:

- kommuners och regioners följsamhet till föreskriften om våld i nära relationer,
- arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relationer inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården,
- våldsutsatthet i LSS-bostäder för vuxna,
- våldsutsatthet i boenden för barn och unga,
- lex Sarah- och lex Maria-ärenden med våld, samt
- beslut relaterade till våldsutsatthet och våld som ej verkställts.

I ovanstående tillsynsinsatser ryms även den tillsyn IVO genomfört efter underrättelse från Socialstyrelsen, utifrån Socialstyrelsens uppdrag att under vissa förutsättningar genomföra utredningar bland annat när ett barn dödas, utsatts för grov misshandel eller försök till dödligt våld eller när en vuxen dödas eller utsatts för försök till dödligt våld av en närstående.<sup>8</sup> Socialstyrelsen har, under perioden 1 juni 2021 – 15 maj 2023 och i enlighet med 3a lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, skickat 155 informationsbrev till berörda myndigheter om att en utredning har inletts. 60 sådana brev har skickats till

<sup>6</sup> 3 069 tillsynsärenden.

<sup>7</sup> Tillsynsmetoderna framgår av bilagan.

<sup>8</sup> Utredningsverksamheten regleras i lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall och i förordningen (2007:748) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall. Syftet med utredningsverksamheten är att identifiera brister i samhällets skyddsnät och ge regeringen underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga både att barn far illa och att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer.

IVO. IVO har meddelat Socialstyrelsen att myndigheten har genomfört tillsyn i fem ärenden med anledning av brotten, samt utöver dessa även genomfört en verksamhetstillsyn.

## Dialog för patient- och brukarperspektiv

Patienters och brukares perspektiv ska enligt IVO:s instruktion<sup>9</sup> genomsyra tillsynen. Det kan exempelvis ske genom att myndigheten granskar det som är mest angeläget utifrån patienters och brukares perspektiv eller fångar upp data från patienter och brukare. Uppgifter som kommer till IVO från patienter, brukare och närstående utgör en viktig del av underlaget för tillsynsarbetet.

IVO för dialog med patient- och brukarorganisationer i olika sammanhang. I detta regeringsuppdrag har myndigheten genomfört dialoger med brukarorganisationer i syfte att samla in uppgifter för riskbedömning inför tillsyn samt ge underlag för tillsynsfrågor. Myndigheten har även tagit hjälp av brukarorganisationerna för att sprida information om regeringsuppdraget. Under 2022 genomförde IVO individuella möten med 14 brukar- och intresseorganisationer inom funktionshinderområdet<sup>10</sup> samt 13 organisationer och yrkesverksamma inom äldreområdet<sup>11</sup> för att samtala om specifika frågeställningar relaterade till våldsutsatthet. IVO samtalade också individuellt med våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning, kring frågor om vad de ansåg är specifikt och viktigt kring att vara våldsutsatt och ha olika former av funktionsnedsättningar. IVO har använt informationen från möten och samtal i myndighetens fortsatta arbete med att förstärka och utveckla tillsynen, bland annat för att utarbeta intervjuunderlag i tillsynen av våldsutsatthet i LSS-bostäder för vuxna.

## Samarbete med andra aktörer

I enlighet med regeringsuppdraget har IVO, fram till hösten 2022, genomfört samarbetsträffar med Socialstyrelsen, Jämställdhetsmyndigheten och Länsstyrelsen i Östergötlands län (Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld och förtryck). Samarbetsträffarna fokuserade på att IVO kontinuerligt informerade om status i regeringsuppdraget. Övriga myndigheter gav sina reflektioner utifrån detta samt informerade om pågående aktiviteter inom området våld på respektive myndighet.

<sup>9</sup> Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

<sup>10</sup> Svenska Downföreningen, SRF – Synskadades riksförbund, Funktionsrätt Sverige, MIND – självmordslinjen, YPOS – Yrkesföreningen för personligt ombud, Attention, Grunden, IFA – Intressegruppen för assistansberättigade, FQ Kvinnor funktionshinder, Riksförbundet FUB – för personer med intellektuell funktionsnedsättning, Svenska Downföreningen, CP Sverige och NKJT - Teckenspråkig kvinnojour.

<sup>11</sup> Somaya stödjour, Bräcke diakoni, projektet "I nöd och lust", RFSU, Anhörigas Riksförbund, Anhöriglinjen, Svenskt Demenscentrum, forskare från Göteborgs Universitet, RFSL Stödmottagning, SKPF – Svenska KommunalPensionärernas Förbund, Tantjouren i Norrköping, Tantpatrullen och Världens mammor.

I samarbetsträffarna deltog under det första året även Myndigheten för delaktighet, som IVO hade ett särskilt samarbete med utifrån dess uppdrag kopplat till funktionsnedsättning och våldsutsatthet. IVO hade även ett särskilt samarbete med Nationellt kompetenscentrum för hedersrelaterat våld och förtryck i förberedelsen för den årliga tillsynen av boenden för barn och unga 2023, då hedersrelaterat våld och förtryck var ett av IVO:s fokusområden.

IVO genomförde under de första två åren även samarbetsträffar med Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, och Regeringskansliets utredning om prostitution och pornografi. Träffarna skedde inom ramen för myndigheternas specifika närliggande uppdrag till IVO:s regeringsuppdrag. Syftet med samtliga samarbetsträffar var att bidra till utveckling inom området utifrån olika perspektiv.

## Utveckling för datainsamling och analys

För en strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn och tillsynsprövning krävs förmågan att fånga, sammanställa och analysera relevant data. Digitalisering och datadriven analys är avgörande för att nå ökat genomslag i tillsynen. Under 2023 inrättades en digitaliseringsenhet som håller ihop myndighetens arbete med digitaliseringsfrågor.

IVO har sedan tidigare byggt upp en förmåga att i digitalt format ta in och läsa stora mängder journaler. Under 2023 har myndigheten även utvecklat förmågan till maskinell textbearbetning och analys av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. De digitala verktygen effektiviserar och möjliggör bättre analyser av inträffade händelser. En ökad förmåga till datadriven analys kan ligga till grund för myndighetens prioritering och planering av tillsyn.

IVO fortsätter att utveckla systemstödet för att på ett enhetligt, tydligt och ändamålsenligt sätt visualisera information om risker och brister för patienter och brukare som når myndigheten. IVO Insikt är myndighetens visualiseringsverktyg, som ger underlag för ökad träffsäkerhet i tillsyn och tillståndsprövning genom att visa information från IVO:s källsystem<sup>12</sup>. IVO Insikt möjliggör registrering av upplysningar om flera verksamheter för att synliggöra kedjor eller sammanhängande processer i ett vårdförlopp eller omsorgsprocess. Genom detta kan återkommande eller systematiska missförhållanden lättare identifieras.

Ett generellt utvecklingsområde inom området datainsamling är att förbättra arbetet med metadata i IVO:s ärendehanteringssystem, så att risker och brister kan synliggöras inom alla IVO:s tillsynsområden. Med nuvarande system fångar myndigheten endast risker och brister som rör våld i nära relation inom socialtjänstens verksamhetsområde barn och familj. För övrig socialtjänst, äldreomsorg och funktionshinderomsorg, kan IVO fånga risker och brister som rör våldsutsatthet och våld, men däremot inte för verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. För att identifiera, registrera och kunna återfinna tillsynsärenden som innehåller våld i nära relation, våldsutsatthet och våld har IVO under

---

<sup>12</sup> System för hantering av ärenden respektive upplysningar om risker (Public 360, Minut) och IVO:s register (exempelvis omsorgsregistret och vårdgivarregistret).

uppdragsperioden därför även använt sig av manuella metoder. Detta har möjliggjort sammanställning av en kompletterande mängd socialtjänstären som saknade metadata, men tyvärr bara av ett fåtal hälso- och sjukvårdsärenden. Myndighetens möjlighet att utan systemstöd identifiera, registrera och återfinna hälso- och sjukvårdsärenden som relaterar till regeringsuppdraget har varit minimal och manuella metoder för genomgång av uppdragsperiodens stora ärendemängd har inte varit genomförbar.

## Tillsynsresultat

### Övergripande iakttagelser

IVO:s tillsyn visar på brister i regelefterlevnad inom samtliga tillsynsområden. Den samlade tillsynen av socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens arbete mot våld visar att dessa allvarliga brister i bland annat följsamhet till gällande bestämmelser, handläggning, samverkan och uppföljning försvårar upptäckten av våld. Detta kan få allvarliga konsekvenser för våldsutsatta. I tre ärenden som IVO granskat har de våldsutsatta dött till följd av det våld de utsatts för.<sup>13</sup> I andra ärenden riskerar åtgärder och insatser att inte bli vare sig relevanta, träffsäkra eller tillräckliga.

### Tillsyn av följsamhet till föreskriften om våld i nära relationer

Den 1 november 2022 trädde nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer i kraft. Dessa gäller för socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med våld i nära relationer. Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är att fortsätta höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta barn och vuxna samt barn som bevittnat våld, samt att stödja våldsutövare med att ändra sitt beteende. De nya föreskrifterna och allmänna råden ersätter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer.

IVO:s tillsyn utgick bland annat från de stärkta kraven i HSLF-FS 2022:39 för socialnämnder och vårdgivare att fastställa rutiner för att fråga om våld och för vårdgivare att fastställa rutiner för hur barns behov av information, råd och stöd ska beaktas. Tillsynen riktades även mot kraven på samverkan internt och externt för både socialnämnder och regioner. Kraven om samverkan är inte nytillkomna i HSLF-FS 2022:39 utan fanns även i den tidigare föreskriften<sup>14</sup>. Både IVO:s tidigare tillsynsresultat<sup>15</sup> och Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall<sup>16</sup> visar dock att detta fortfarande är ett utvecklingsområde.

---

<sup>13</sup> IVO har bedrivit tillsyn i nio ärenden relaterat till de tre ärenden som omfattat dödsfall.

<sup>14</sup> SOSFS 2014:4.

<sup>15</sup> Se bland annat rapporterna "Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013" (2014) och "Granskning av kommuners arbete med våld i nära relationer 2018" – En rapport med IVO:s iakttagelser från 14 kommuners arbete" (2019).

<sup>16</sup> Socialstyrelsen (2024).



I tillsynen begärde IVO uppgifter från socialnämnderna i landets samtliga kommuner<sup>17</sup> respektive uppgifter från vårdcentralerna<sup>18</sup> i samtliga regioner.<sup>19</sup> Tillsynen visar att både kommuner och regioner<sup>20</sup> har brister i följsamhet till HSLF-FS 2022:39. 201 av kommunernas socialnämnder (69 procent) och 431 av regionernas vårdcentraler (38 procent) uppger att de inte följer samtliga regler i föreskriften, eller att de inte vet om de gör det. Kommunerna är fördelade över hela landet och vårdcentralerna återfinns i landets samtliga regioner.

### **Brister i kommunernas följsamhet till föreskriften**

Det framgår av kommunernas uppgifter att 201 kommuner har brister i följsamhet till minst en av föreskriftens regler. 17 av kommunerna uppger att de endast följer någon eller några enstaka av föreskriftens regler.

### **Kommuner saknar rutiner för att upptäcka våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare**

I den nya författningen har det införts ett krav på socialnämnden att fastställa rutiner för när och hur personalen i dessa verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp, samt våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende. Det nya kravet har förts in i föreskriften bland annat som en följd av att socialnämndens särskilda ansvar för målgruppen är konkretiserat i en ny bestämmelse i 5 kap. 11 a § SoL. Bestämmelsen innebär ett krav på nämnden att arbeta för att personer som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende. Det framgår av bestämmelsen att nämnden i detta arbete ska ta särskild hänsyn till säkerheten för de som är våldsutsatta och deras närstående.

Tillsynen visar att 66 kommuner (23 procent) antingen saknar rutiner eller inte vet om de har sådana för när och hur personalen ska ställa frågor om våld för att upptäcka våldsutsatta som behöver stöd och hjälp. 91 kommuner (31 procent) saknar eller vet inte om de har rutiner för att ställa frågor för att upptäcka barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp. 124 kommuner (43 procent) saknar eller vet inte om de har fastställda rutiner för när och hur personalen ska ställa frågor om våld för att upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende. Figur 1 visar andel kommuner som saknar eller inte vet om de har rutiner för att kunna upptäcka personer som är i behov av stöd, hjälp eller insatser relaterat till våldsutsatthet och våld.

---

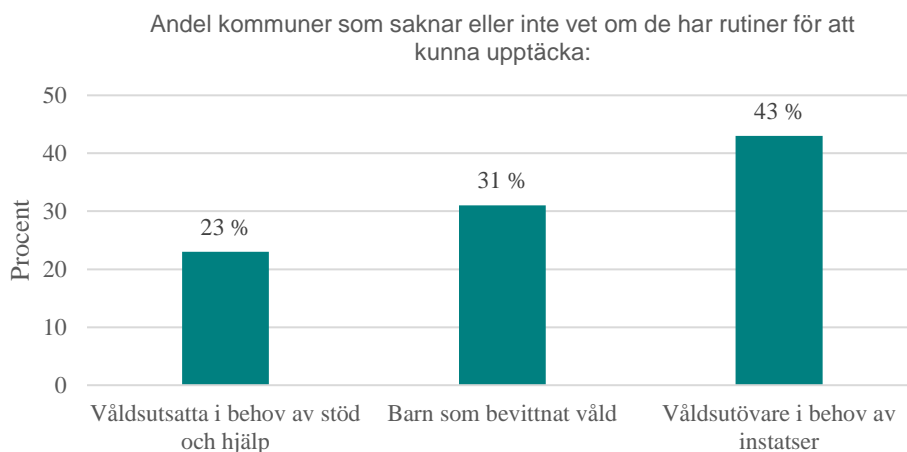
<sup>17</sup> 288 kommuner, elva stadsdelsområden (i Stockholm) samt fyra stadsområden (i Göteborg), sammanlagt 303 kommuner/stadsdelsområden/stadsområden. I denna rapport används fortsättningsvis begreppet kommun som ett samlingsnamn för dessa.

<sup>18</sup> 1 220 vårdcentraler.

<sup>19</sup> 291 kommuner respektive 1 136 vårdcentraler har kommit in med de uppgifter IVO begärt.

<sup>20</sup> Med regioner avses här regionernas vårdcentraler.

**Figur 1. Andel kommuner som saknar eller inte vet om de har rutiner för att kunna upptäcka personer som är i behov av stöd, hjälp eller insatser relaterat till våldsutsatthet eller våld**



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

När eller hur personalen ska ställa sådana frågor som rutinerna avser är upp till varje socialnämnd att avgöra utifrån hur verksamheten ser ut. Syftet med ändringen i den nya författningen är att stärka kraven på nämnderna att arbeta för att upptäcka våldsutsatthet och samtidigt ge utrymme för flexibilitet. Konkret kan det till exempel handla om att nämnden har rutiner för hur personalen i en verksamhet ställer frågor vid tecken på utsatthet för våld eller våldsutövande, att de ställer rutinmässiga frågor om våldsutsatthet eller våldsutövande till alla klienter vid ett visst tillfälle eller i samband med en viss aktivitet eller att de ställer frågor om våld vid vissa problem eller under vissa förutsättningar, som vid missbruk eller långvariga behov av ekonomiskt bistånd.

### **Flera kommuner kan ha inaktuella rutiner för att ställa frågor om våld**

De rutiner som socialnämnden ska fastställa som rör frågor om våld riktar sig mot tre olika målgrupper: våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare. Det innebär att socialnämnden kan behöva ha tre olika rutiner, eftersom målgrupperna för dem är olika. 229 kommuner (79 procent) uppger i tillsynen att de har minst en rutin för att ställa frågor om våld, men vilken målgrupp rutinen riktar sig mot skiljer sig åt. 93 av dessa kommuner (41 procent) har rutiner som är daterade innan HSLF-FS 2022:39 trädde i kraft. Det kan innebära att de inte är uppdaterade utifrån innehållet i den nya föreskriften och därmed inte omfattar samtliga krav.

## **Kommuner behöver fortsätta analysera om insatserna motsvarar behoven samt beakta särskild utsatthet och sårbarhet hos våldsutsatta**

För att kunna veta vilka insatser som behövs inom en kommun bör en problemanalys göras.<sup>21</sup> Det är också viktigt att kommunerna kontinuerligt följer upp insatserna, för att bedöma om det behövs ytterligare alternativt andra åtgärder och vilka aktörer som då kan behöva samverka. Det framgår av 2 kap. 8 § HSLF-FS 2022:39 att i syfte att våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare ska få lämpliga insatser ska socialnämnden analysera om utbudet av insatser och andra sociala tjänster som de erbjuder dessa grupper svarar mot behoven i kommunen. Exempel på utbud av insatser kan exempelvis vara rådgivning, samtalskontakter och boende dit våldsutsatta kan ta med sig barn. Det kan också vara insatser för barn som utsatts för eller bevittnat våld eller rådgivning och samtalskontakter för barn och vuxna som utövar våld. Analysen kan behövas för att exempelvis beräkna behov av handläggare eller planera för upphandling av skyddat boende och andra insatser. Kravet har funnits även i föregående föreskrift<sup>22</sup>, men trots detta uppger 91 kommuner (31 procent) till IVO att de inte analyserar eller inte vet om de analyserar om utbudet av deras insatser och sociala tjänster motsvarar behoven i kommunen.

Risken att utsättas för våld kan öka beroende på en persons livsvillkor. En person kan vara extra sårbar för att utsättas för våld, men kanske inte uppmärksammas på grund av brister i samhället. De som löper större risk att utsättas för våld än andra är exempelvis äldre kvinnor, kvinnor med funktionshinder, missbruk, utländsk bakgrund och kvinnor som tillhör en nationell minoritet. En och samma person kan beröras av flera sådana livsvillkor. Det framgår av de allmänna råden till 5 kap. 11 § SoL i 2 kap. HSFL-FS 2022:39 att socialnämnden bör se till att de metoder som används för att ge stöd och hjälp till våldsutsatta och barn som bevittnat våld är utformade med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Nämnden bör också, såväl i planeringen av verksamheten som i enskilda ärenden, beakta den särskilda utsatthet eller sårbarhet som en våldsutsatt person kan ha.

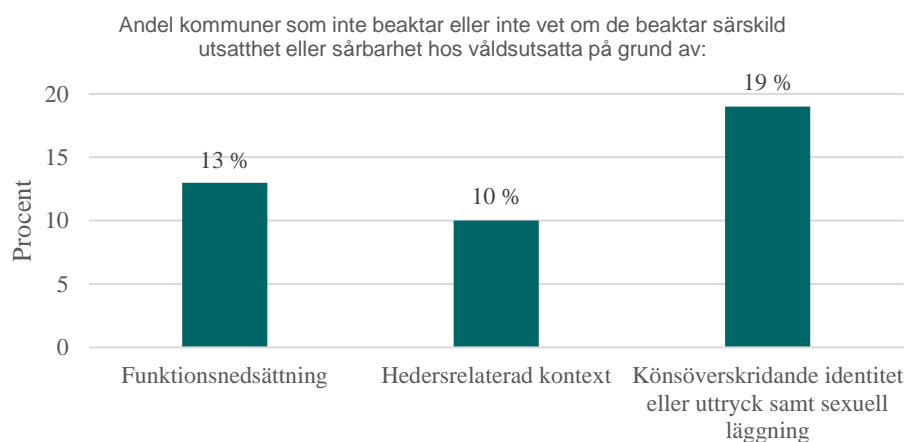
I tillsynen begärde IVO uppgifter från socialnämnderna om de, vid planering av verksamheten, beaktar den särskilda utsatthet eller sårbarhet som en våldsutsatt kan ha på grund av funktionsnedsättning, hedersrelaterad kontext, könsöverskridande identitet eller uttryck samt sexuell läggning. 37 kommuner (13 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta på grund av funktionsnedsättning. 28 kommuner (10 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar utsatthet och sårbarhet på grund av hedersrelaterad kontext. 54 kommuner (19 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar utsatthet och sårbarhet på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck samt sexuell läggning. Flera av bristerna i att beakta särskild utsatthet eller sårbarhet hos

<sup>21</sup> Se prop. 2006/07:38 s. 21.

<sup>22</sup> SOSFS 2014:4.

våldsutsatta kan förekomma i samma kommun. Andel kommuner som inte beaktar eller inte vet om de beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta framgår av figur 2.

**Figur 2. Andel kommuner som inte beaktar beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta**



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

### Kommuner har fortfarande brister i samverkan

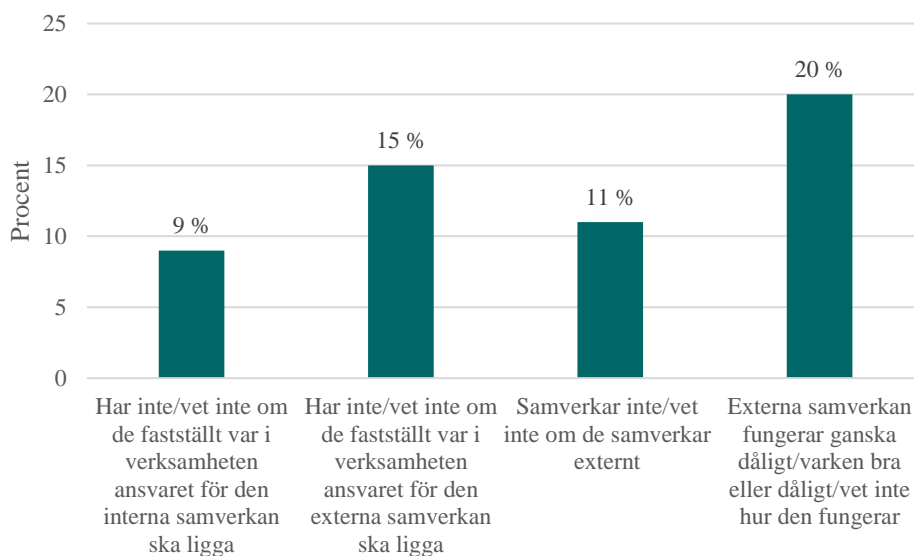
Våld i nära relationer är ett mångsidigt problem som kräver att många aktörer samverkar. Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med denne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.<sup>23</sup> Samverkan kan vara nödvändig för att både komma i kontakt med våldsutsatta vuxna och barn, barn som bevittnat våld och med våldsutövare och för att ge dem det stöd och den hjälp som de behöver. Samverkan kan också behövas för att utveckla insatser för målgrupperna.

Samverkan behövs ofta både i enskilda ärenden och på övergripande nivå. I enlighet med 2 kap. 9–10 §§ HSLF-FS 2022:39 ska socialnämnden samverka för att samordna sina insatser så att de inte motverkar varandra. Om insatser ges till flera personer i en familj ska nämnden samordna samtliga insatser. 26 kommuner (nio procent) uppger att de inte har eller inte vet om de har fastställt var i verksamheten ansvaret för den interna samverkan ska ligga. 44 kommuner (15 procent) har inte eller vet inte om de har fastställt motsvarande för ansvaret för den externa samverkan. 33 kommuner (elva procent) uppger till IVO att de inte samverkar eller inte vet om de samverkar externt med berörda verksamheter, myndigheter och organisationer för att skapa förutsättningar för att samordna de olika aktörernas insatser och åtgärder så att de inte motverkar varandra. 52

<sup>23</sup> 3 kap. 5 § SoL.

kommuner (20 procent) uppger att deras externa samverkan fungerar ganska dåligt, varken bra eller dåligt, eller vet inte hur den fungerar. Andel kommuner som har brister i samverkan framgår av figur 3.

Figur 3. Andel kommuner som har brister i samverkan



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

Såväl våldsutsatta som våldsutövare kan vara aktuella på flera enheter inom socialtjänsten samtidigt, men de kan också samtidigt vara aktuella inom verksamheter i andra kommuner. Hanteringen av en persons säkerhet kan därför behöva samordnas både mellan enheter inom socialtjänsten och externt mellan berörda verksamheter. Eftersom insatser till våldsutsatta vuxna och barn och till barn som bevittnat våld ska grundas på nämndens utredning och riskbedömning<sup>24</sup> kan den interna samverkan behöva ske redan inom ramen för utredningen. Extern samverkan kan behöva ske om ett barn exempelvis har behov av barnpsykiatrisk vård samtidigt som barnet behöver en placering utanför det egna hemmet. Samverkan kan även behöva ske både internt och externt, exempelvis kring lokaler och tidpunkter för möten så att den eller de som varit utsatta inte behöver riskera att möta våldsutövaren. Det framgår av 2 kap. 10 § HSLF-FS 2022:39 att socialnämnden vid samordningen ska ta hänsyn till behovet av trygghet och säkerhet hos de våldsutsatta och de barn som bevittnat våld. 14 kommuner (sex procent) uppger att de vid extern samverkan tar hänsyn till dessa behov hos våldsutsatta och hos barn som bevittnat våld, samtidigt som de uppger att de inte vet i vilken utsträckning de gör det.

<sup>24</sup> 6 kap. 1–3 §§ HSLF-FS 2022:39.

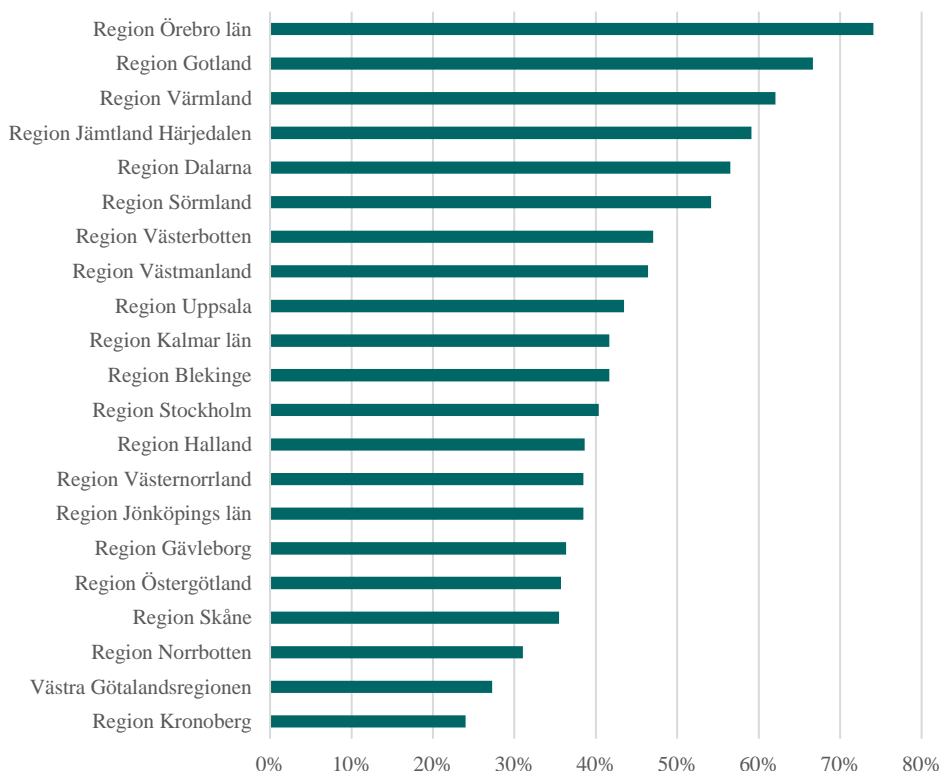
## Brister i regionernas följsamhet till föreskriften

Det framgår av regionernas<sup>25</sup> uppgifter att 431 av 1136 vårdcentraler (38 procent) har brister i följsamhet till minst en regel i föreskriften och att 24 vårdcentralerna inte följer, eller inte vet om de följer, några alls av reglerna. De 431 vårdcentralerna återfinns i landets samtliga 21 regioner. Det innebär att varje region har minst en vårdcentral som inte följer föreskriften.

## Skillnader i följsamhet mellan regionerna

Andelen vårdcentraler som har brister i följsamhet till minst en regel i föreskriften varierar över landet. Högst andel vårdcentraler med brister finns i Region Örebro län, där 20 av 27 vårdcentraler (74 procent) inte följer föreskriften. Region Kronoberg har lägst andel vårdcentraler med brister, med sex av 25 vårdcentraler (24 procent) som inte följer föreskriften. Figur 4 visar andel vårdcentraler per region som inte följer föreskriften.

Figur 4. Andel vårdcentraler per region som inte följer föreskriften



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

<sup>25</sup> IVO begärde uppgifter från verksamhetsansvarig vid samtliga vårdcentraler i de 21 regionerna.

## **Regioner saknar fortfarande rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld**

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.<sup>26</sup> I all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kvaliteten i verksamheten, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta gäller även för arbetet med våld i nära relationer. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls. Det är därmed vårdgivarens ansvar att det finns processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten även uppfyller de krav som ställs i HSFL-FS 2022:39.

Enligt 7 kap. 1 § HSFL-FS 2022:39 ska vårdgivaren fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Kravet är dock inte nytt i HSFL-FS 2022:39, utan snarare betonat som fortsatt viktigt då det även fanns i den föregående föreskriften.<sup>27</sup> I tillsynen uppger 131 vårdcentraler (12 procent) till IVO att de saknar eller inte vet om de har fastställda rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. 250 vårdcentraler (25 procent) uppger också att deras rutiner inte har uppdaterats sedan den nya föreskriften, HSFL-FS 2022:39, trädde i kraft. Då kravet inte har förändrats genom den nya föreskriften utan kvarstår betonar det behovet och den fortsatta betydelsen av att kravet uppfylls.

Ärenden som gäller våldsutsatthet kan aktualiseras i flera olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, såsom akutmottagningar, primärvården, vuxenpsykiatri, missbruks- och beroendevården, kvinnohälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsan, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, ungdomsmottagningar, rehabiliteringen, geriatrisk vård och den kommunala hälso- och sjukvården. Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården behöver därför fastställa rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld.

## **Regioner behöver också beakta särskild utsatthet och sårbarhet hos våldsutsatta**

Även inom hälso- och sjukvården är det viktigt med kunskap om en persons livssituation, bland annat för att kunna säkerställa att alla som behöver vård får det och ges ett gott bemötande. Maktstrukturer och normer i samhället kan medföra att en person kan vara extra sårbar för att utsättas för våld och förtryck, som kanske inte uppmärksammas på grund av brister i samhället. Exempel på brister kan vara rutiner för att fråga om våld som tar sikte på vissa former av våldsutsatthet och

---

<sup>26</sup> Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt ska vara lätt tillgänglig (5 kap 1 § HSL).

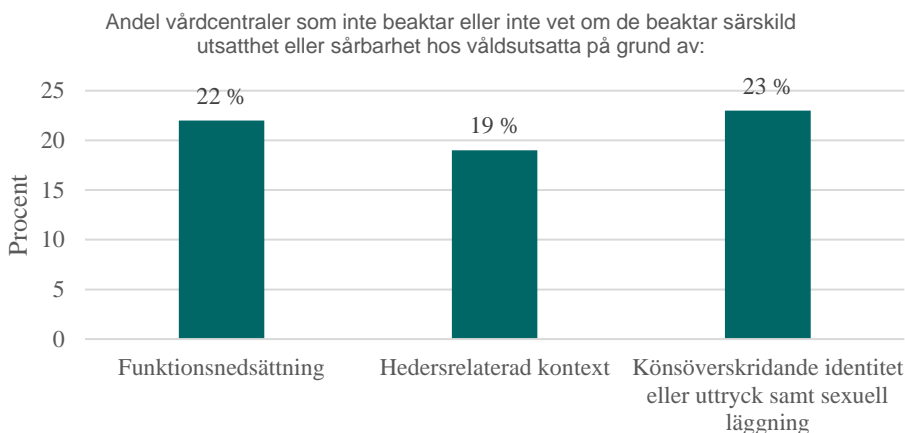
<sup>27</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer; SOSFS 2014:4.

missar andra, insatser som inte är tillgängliga för alla, eller brister i bemötande som gör att alla inte kan eller vill berätta om utsatthet och ta del av stöd.

För vårdgivaren finns inget allmänt råd i HSFL-FS 2022:39 som motsvarar det allmänna rådet att socialnämnden såväl i planering av verksamheten som i enskilda ärenden bör beakta den särskilda utsatthet eller sårbarhet som en våldsutsatt person kan ha. Däremot finns, i 7 kap. 10 och 12 §§ HSFL-FS 2022:39, krav för vårdgivaren som rör åtgärder för våldsutsatta vuxna respektive barn samt barn som bevittnat våld. Kraven innebär att om en vuxen, respektive ett barn, visar symtom eller tecken som väcker misstanke om att denne är våldsutsatt eller om ett barn har bevittnat våld ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar denne i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen. Vårdgivaren ska också se till att hälso- och sjukvårdspersonalen beaktar vilka behov den vuxne, respektive barnet, kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet.

Risken för att utsättas för våld kan öka beroende på en persons livsvillkor. Vissa faktorer som omger en person kan ge sämre förutsättningar och en ökad allmän sårbarhet, vilket kan medföra att det kan bli svårare att få samhällets skydd och stöd. Våldsutsattas behov kan även påverkas av exempelvis ålder, utländsk bakgrund, tillhörighet till en nationell minoritet, ekonomisk situation samt missbruk och beroende, eller av funktionsnedsättning, hedersrelaterad kontext, könsöverskridande identitet eller uttryck samt sexuell läggning. Relaterat till kraven i 7 kap. 10 och 12 §§ HSFL-FS 2022:39 begärde IVO därför uppgifter från vårdcentralerna om de, vid planering av verksamheten, beaktar den särskilda utsatthet eller sårbarhet som en våldsutsatt kan ha på grund av funktionsnedsättning, hedersrelaterad kontext, könsöverskridande identitet eller uttryck samt sexuell läggning.

Figur 5. Andel vårdcentraler som inte beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024



245 vårdcentraler (22 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta på grund av funktionsnedsättning. 219 vårdcentraler (19 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar utsatthet och sårbarhet på grund av hedersrelaterad kontext. 264 vårdcentraler (23 procent) beaktar inte eller vet inte om de beaktar utsatthet och sårbarhet på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck samt sexuell läggning. Flera av bristerna i att beakta särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta kan förekomma inom samma vårdcentral. Andel vårdcentraler som inte beaktar särskild utsatthet eller sårbarhet hos våldsutsatta framgår av figur 5.

### **Regioner saknar aktuella rutiner för att upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld**

Även för vårdgivare har det införts ett nytt krav i HSFL-FS 2022:39 att säkerställa att verksamheterna har rutiner för att fråga om våld. Regionen ska, liksom kommunen, fastställa 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 vård.<sup>28</sup> 119 vårdcentraler (tio procent) uppger att de saknar eller inte vet om de har rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård.

Syftet med den nyttillkomna bindande regeln i HSFL-FS 2022:39 är att stärka kraven även på vårdgivare att arbeta för att upptäcka våldsutsatthet och samtidigt ge utrymme för flexibilitet. Det är därför upp till vårdgivaren att avgöra när eller hur personalen ska ställa de frågor rutinerna avser. Konkret kan det exempelvis röra att vårdgivaren har rutiner för hur personalen i en verksamhet ställer frågor vid tecken på utsatthet för våld, att de ställer rutinmässiga frågor om våldsutsatthet till alla patienter vid ett visst tillfälle eller i samband med en viss aktivitet eller att de ställer frågor till en viss grupp, exempelvis till alla patienter som är sjukskrivna viss tid, söker vård ofta eller för oklar och långvarig smärtproblematik.

De rutiner som vårdgivaren ska fastställa som rör frågor om våld riktar sig mot två grupper: våldsutsatta samt barn som bevittnat våld som behöver vård. Det framgår av vårdcentralernas uppgifter att 282 vårdcentraler (28 procent) har rutiner som är daterade innan HSLF-FS 2022:39 trädde i kraft. Det kan innebära att rutinerna inte är uppdaterade mot innehållet i den nya föreskriften, med risk för att de inte omfattar samtliga delar som krävs.

---

<sup>28</sup> Det finns dock inget krav på vårdgivare att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutövare, motsvarande det nya krav som socialnämnden har i HSFL-FS 2022:39. Upptäcker hälso- och sjukvårdspersonalen att en person utövar våld kan de däremot informera patienten om att denne kan få stöd och hjälp av socialtjänsten, eller hjälpa patienten att få kontakt med socialtjänsten om denne lämnar samtycke till det.

## **Regioner saknar fortfarande rutiner för hur anmälningsskyldigheten för ett våldsutsatt barn eller ett barn som bevittnat våld ska fullgöras**

Hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av skyldigheten att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.<sup>29</sup> I HSLF-FS 2022:39 finns kravet att vårdgivaren ska fastställa särskilda rutiner för hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras när det gäller ett våldsutsatt barn eller ett barn som bevittnat våld. Kravet är dock inte nytt i HSLF-FS 2022:39, utan har funnits sedan föregående föreskrift.<sup>30</sup> Det framgår av tillsynen att trots detta saknar eller vet inte 76 vårdcentraler (sju procent) om de har rutiner för hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras vad gäller ett våldsutsatt barn eller ett barn som bevittnat våld. Enligt 14 kap. 1 § SoL är de som är anmälningsskyldiga också skyldiga att till socialnämnden lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd. IVO ser i annan tillsyn relaterad till regeringsuppdraget<sup>31</sup> att avsaknad av betydelsefulla uppgifter i utredningar kan påverka såväl socialnämndens beslut om insatser som verkställighet av insatser för våldsutsatta barn eller barn som bevittnat våld.

## **Regioner saknar rutiner för hur vårdgivaren ska ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd**

Barn som upplever våld i hemmet kan ha behov av att få information, råd och stöd. Dessa barn är mycket utsatta och de löper både en ökad risk att själva utsättas för våld och att fara illa på andra sätt, till exempel genom att de bevittnar våld i familjen. Det finns även risk att barnen själva i sin tur senare i livet kommer att utöva våld mot närstående eller andra. För barnens egen skull och för att motverka framtida våld behöver dessa barn därför uppmärksammas särskilt. I situationer där barnet eller närstående till barnet utsätts för våld kan barnet behöva få information, råd och stöd från hälso- och sjukvården. Tillägg om detta har gjorts i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.<sup>32</sup>

I HSLF-FS 2022:39 finns ett nytt krav på vårdgivaren att fastställa rutiner kring barns behov av information, råd och stöd, specifikt om det är barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med som exempelvis utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra

---

<sup>29</sup> 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>30</sup> SOSFS 2014:4.

<sup>31</sup> A2021/01714.

<sup>32</sup> I 5 kap. 7 § 4 HSL och 6 kap. 5 § 4 PSL har införts att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas inom hälso- och sjukvården, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp. Det kan exempelvis röra sig om situationer där det har förekommit allvarligt våld i nära relation, bland annat hedersrelaterat våld och förtryck.

övergrepp.<sup>33</sup> 237 vårdcentraler (21 procent) har uppgett att de saknar eller inte vet om de har rutiner för detta. Av de vårdcentraler som har uppgett att de har avsedda rutiner har 241 vårdcentraler (27 procent) också uppgett att rutinerna är daterade innan HSLF-FS 2022:39 trädde i kraft. Det kan innebära att de inte är uppdaterat mot innehållet i den nya föreskriften, med risk för att de inte omfattar det som krävs.

### Regioner har fortfarande brister i samverkan

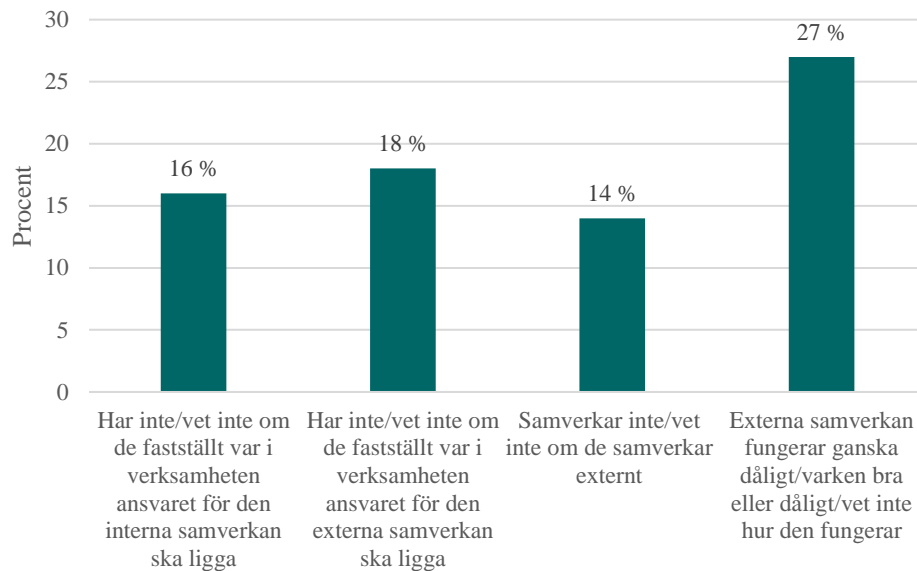
Även hälso- och sjukvårdens verksamheter behöver samverka, ofta både i enskilda ärenden och på övergripande nivå. I enlighet med 7 kap. 6–7 §§ HSLF-FS 2022:39 ska vårdgivaren samverka för att samordna sina åtgärder så att de inte motverkar varandra. Om åtgärder riktar sig till flera personer i en familj ska vårdgivaren samordna samtliga åtgärder. 183 vårdcentraler (16 procent) har inte fastställt eller vet inte om de har fastställt var i verksamheten ansvaret för den interna samverkan ska ligga. 204 vårdcentraler (18 procent), har inte eller vet inte om de har fastställt motsvarande för ansvaret för den externa samverkan. 163 vårdcentraler (14 procent) uppger till IVO att de inte samverkar eller inte vet om de samverkar externt med berörda verksamheter, myndigheter och organisationer för att skapa förutsättningar för att samordna de olika aktörernas insatser och åtgärder så att de inte motverkar varandra. 262 vårdcentraler (27 procent) uppger att deras externa samverkan fungerar ganska dåligt, varken bra eller dåligt, eller vet inte hur den fungerar.

Samverkan på individnivå utgår från den enskilda vuxnas eller barnets behov och är nödvändig så att åtgärder som riktas till våldsutsatta och barn som bevittnat våld inte motverkar varandra. Samordning av insatser till våldsutsatta och barn som bevittnat våld är viktig också för att undvika dubbelarbete mellan olika verksamheter och för att undvika feldiagnostisering och onödigt lidande för patienten. Våldsutsatta kan behöva remitteras mellan flera olika enheter inom hälso- och sjukvården och vårdgivaren ska då samverka internt för att samordna åtgärderna så att de inte motverkar varandra. Våldsutsatta barn och barn som bevittnat våld kan också få vård inom olika enheter för barn och unga, såsom barn- och ungdomspsykiatri, respektive annan barnhälsovård såsom BVC. Handlar det om en familj där det förekommer våld behöver vårdgivaren samordna åtgärderna för var och en, eftersom behoven kan se olika ut. Det framgår av 7 kap. 7 § HSLF-FS 2022:39 att vårdgivaren vid samordningen ska ta hänsyn till behovet av trygghet och säkerhet hos de våldsutsatta och de barn som bevittnat våld. 182 vårdcentraler (19 procent) uppger att de vid extern samverkan tar hänsyn till dessa behov hos våldsutsatta och hos barn som bevittnat våld, samtidigt som de uppger att de inte vet i vilken utsträckning de gör det. Andel vårdcentraler som har brister i samverkan framgår av figur 6.

---

<sup>33</sup> Vårdgivaren ska fastställa rutiner för hur barns behov av information, råd och stöd enligt 5 kap. 7 § första stycket HSL och 6 kap. 5 § andra stycket PSL ska beaktas.

Figur 6. Andel vårdcentraler som har brister i samverkan



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

## Tillsyn av arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relation inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården

Under 2021–2023 har IVO genomfört tillsyn och fattat beslut i 46 ärenden som rör socialnämndernas arbete med våldsutsatthet och våld i nära relation inom verksamhetsområdet barn och familj. Ärendena rör våldsutsatta barn och vuxna samt barn som bevittnat våld och är fördelade över hela landet. IVO har fattat beslut i samtliga 46 ärenden och konstaterat brister i 40<sup>34</sup>.

IVO har granskat tre ärenden där de våldsutsatta barnen och kvinnorna har dött till följd av våldet. Sammantaget har IVO genomfört tillsyn i nio ärenden relaterade till de tre ärenden som omfattar dödsfallen. Sju av IVO:s nio ärenden har rört socialtjänstens arbete och två ärenden har rört hälso- och sjukvårdens arbete.

I det ena ärendet utsattes två små barn för grovt våld av sin pappa. Barnen våldsutsattes vid samma tillfälle, vilket innebar att det var möjligt att de även bevittnade våldet mot sitt syskon. Ett av barnen dog på sjukhuset och det andra barnet fick allvarliga skador både fysiskt och psykiskt. I det andra ärendet blev en kvinna allvarligt våldsutsatt och dödad av sin före detta man. Kvinnan dog omedelbart av våldet. Även i det tredje ärendet blev en kvinna allvarligt våldsutsatt, i detta fall av sin sambo. Kvinnan hade en långt gången graviditet och

<sup>34</sup> De 40 ärenden där IVO konstaterat brister är fördelade på 34 kommuner.

både kvinnan och det ofödda barnet dog av våldet. Två av mannens barn var närvarande vid det dödliga våldet och även i detta fall var det troligt att de bevittnade våldet.

I ärendet med de två barnen som våldsutsatts och där ett av barnen dog av våldet bedömde IVO att den berörda socialnämnden inte hade handlagt anmälningar om oro för barnen korrekt samt dröjt med att fatta beslut om omedelbart omhändertagande. Nämnden hade inte heller fullgjort sin skyldighet att utreda eventuella missförhållanden i verksamheten.

Ärendet med kvinnan som dog av det våld hon utsattes för rörde två kommuner, varpå IVO granskade respektive socialnämnds hantering av ärendet. IVO bedömde att det fanns brister i båda nämndernas planering av barnens umgänge med föräldrarna och att viktiga bestämmelser om barn som utsatts för brott och bevittnat våld inte tillämpats fullt ut. IVO bedömde vidare att nämnderna inte i tillräcklig utsträckning värnat om ett barnrättsperspektiv i sin handläggning och att brister i nämndernas dokumentation i ärendet påverkat deras arbete med att värna barnens trygghet och säkerhet. IVO påpekade dessutom i besluten till båda kommunerna att de skulle verka aktivt för att skapa förutsättningar för samverkan.

I ärendet med den gravida kvinnan och det ofödda barnet som våldsutsatts och dog var fyra kommuner involverade och IVO granskade även här respektive socialnämnds hantering. IVO fann brister i samtliga fyra kommuner, såsom otillräckligt barnperspektiv i handläggningen, bristfällig hantering av orosanmälningar och skyddsbedömningar utifrån uppgifter om våld, inte tillräckligt skyndsamma utredningar som slutförts inom lagstadgad tid samt bristfällig hantering av att familjen flyttade till en annan kommun under pågående utredning.

I samtliga tre ärenden som slutade med dödligt våld genomförde IVO tillsynen *efter* att de allvarliga händelserna skett<sup>35</sup> och tillsynsresultatet har därför endast kunnat medverka till lärande i andra ärenden än dessa. I övriga 39 tillsynsärenden inom området barn och familj genomfördes tillsynen *innan* så allvarliga händelser som dödligt våld skett och tillsynsresultatet har därmed haft större möjlighet att medverka till lärande, utveckling och förbättring i både de aktuella ärendena och i nämndernas övriga ärenden. I besluten ovan och i sammantaget 22 av besluten med brister (55 procent) begärde IVO återredovisning, där socialnämnden ska redovisa genomförda och planerade åtgärder för att komma till rätta med bristerna, samt tidsplan för åtgärderna. Beslut med sådan begäran om återredovisning innebär att bristerna är så allvarliga att IVO fortsätter granskningen av aktuella verksamheter till dess att de har genomfört åtgärder som har fått effekt. Om en verksamhet inte avhjälper bristerna kan IVO fatta beslut om föreläggande med eller utan vite eller ytterst förbud (vid icke tillståndspliktig verksamhet) alternativt återkallelse av tillstånd (vid tillståndspliktig verksamhet). Tabell 1 visar antal beslut per beslutstyp.

---

<sup>35</sup> I samtliga tre ärenden initierades tillsynen utifrån uppgifter i media om den dödliga utgången av våldet.

Tabell 1: Antal beslut per beslutstyp

Beslutstyper	Antal
Beslut om föreläggande med vite	3
Beslut med brister och begäran om återredovisning	22
Beslut med brister	15
Beslut utan brister	6
<b>Totalt</b>	<b>46</b>

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

I tre ärenden har IVO fattat beslut om föreläggande med vite<sup>36</sup>, utifrån bedömning att det förekommer allvarliga missförhållanden som har betydelse för barns möjligheter att få de insatser de har rätt till.<sup>37</sup> I ett av ärendena har socialnämndens handläggning genomgående brister i alla delar, såsom i skydds- och förhandsbedömning, utredning, bedömning och uppföljning. Det har lett till att två barn utsatts för onödiga risker då nämnden haft kännedom om, alternativt stark misstanke om, våld i barnens hemmiljö. I ett annat ärende har socialnämnden, på ett systematiskt och omfattande sätt, brutit mot gällande bestämmelser om att utredning av barns behov av skydd eller stöd ska ske skyndsamt<sup>38</sup>, samt överskrider systematiskt lagstadgad utredningstid<sup>39</sup>. I ytterligare ett ärende har nämnden, upprepade gånger och under lång tid, endast hanterat allvarliga uppgifter genom förhandsbedömning<sup>40</sup> och avstått från att inleda utredning trots kännedom om uppgifter om att barn kan ha utsatts för våld eller andra övergrepp av närstående, eller bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående.

<sup>36</sup> Om IVO finner att det i verksamhet enligt SoL förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får IVO förelägga den som svarar för verksamheten att rätta till missförhållandet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite (13 kap. 8 § SoL).

<sup>37</sup> Respektive socialnämnd har kommit in till IVO med en redovisning av genomförda och planerade åtgärder. IVO:s bedömning är att redovisningarna är relevanta.

<sup>38</sup> När en anmälan enligt 1 § rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. En sådan bedömning ska dokumenteras (11 kap. 1a § SoL).

<sup>39</sup> I enlighet med 11 kap. 2a § SoL ska utredningen vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid.

<sup>40</sup> En förhandsbedömning är inte en mindre utredning utan en bedömning av om socialtjänsten ska inleda en utredning eller inte utifrån exempelvis uppgifter i en anmälan, tidigare kännedom eller genom kontakt med individen.

## Brister i socialnämndernas handläggning

Tillsynen visar att samtliga granskade socialnämnder har allvarliga brister i handläggningen. Tillsammans med otillräcklig följsamhet till gällande bestämmelser resulterar det i bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar. Nämnderna hämtar inte alltid in uppgifter om våld eller bedömer och utreder dem i tillräcklig omfattning eller inom lagstadgad utredningstid.

I utredningssamtalen med barn berörde nämnden inte alltid anledningen till utredningen, vilket var uppgifter om våld eller bevittnande av våld. I 14 av de 40 ärendena med brister (35 procent) lät inte nämnden barn komma till tals eller såg till att de fick nödvändig information, som lagstiftningen kräver<sup>41</sup>. I ett ärende, där IVO granskade nämndens dokumentation i nio utredningar som gällde barn, hade sex barn inte fått någon inledande information om socialtjänsten. Nämnden hade inte heller genomfört enskilda samtal med något av de berörda barnen, vilket innebär att de inte fått möjlighet att berätta om sin situation, sin upplevelse av våld eller av att bevittna våld.

I 23 av de 40 ärenden (58 procent) där IVO funnit brister har inte socialnämnden haft ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning av om det finns omedelbart behov av skydd för barn. Inte heller har socialnämnden utrett barnets behov av skydd och stöd. I 13 ärenden (33 procent) har nämnden inte inlett utredning i enlighet med 11 kap. 1 § SoL vid kännedom om att barn kan ha utsatts för eller bevittnat våld. I nio ärenden (23 procent) har nämnden överskridit den lagstadgade utredningstiden, utan att ha fattat beslut om förlängd utredningstid. I vissa av de ärenden där det framkommer uppgifter om våld och nämnden inlett utredning har inte uppgifterna om våld utretts, eller inte utretts i tillräcklig omfattning. IVO konstaterar att bedömningar om barnets bästa enligt barnkonventionen<sup>42</sup> ibland är otydliga och ibland saknas helt i de granskade nämndernas utredningsmaterial. I elva ärenden (28 procent) framgår det inte att nämnden gjort någon bedömning av barnets bästa. Tabell 2 visar bristernas fördelning i de 40 ärendena. Flera brister kan förekomma i samma ärende.

---

<sup>41</sup> Det framgår av 11 kap. 10 § SoL att när en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och få möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör denne. Om barnet inte gör det ska nämnden ändå klarlägga dennes inställning på annat sätt så långt det är möjligt. Barnets åsikter och inställning ska också tillmätas betydelse i förhållande till dennes ålder och mognad.

<sup>42</sup> Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- och behandlingsinsatser för barn inom socialtjänsten ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Detta kan variera från fall till fall och tillämpningen av principen om barnets bästa kan innebära svåra ställningstaganden. Vid en intressekonflikt mellan barnets bästa och andra intressen är det barnets bästa som har företräde vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- och behandlingsinsatser för barn (<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/om-barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/>).

Tabell 2: Bristernas fördelning i de 40 ärendena

Brist	Antal ärenden
Barnet ej kommit till tals/fått information	14
Brister i skyddsbedömningar	23
Inleder inte utredning utan dröjsmål när barn kan ha utsatts för eller bevitnat våld	13
Överskridit tidsgränsen för utredning/ inte avslutat utredning i tid	9
Barnets bästa framgår inte	11

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

## Brister i socialnämndernas systematiska kvalitetsarbete

I åtta ärenden (20 procent) framkommer det brister som innebär att socialnämnder behöver förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. I ett ärende har nämnden inte fullgjort sin skyldighet att utreda eventuella missförhållanden i verksamheten. I ett annat ärende saknade nämnden de processer och rutiner som behövs för ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden hade även brister i det systematiska kvalitetsarbetet som gällde att genomföra riskanalyser och egenkontroller samt att hantera avvikelser. I ett tredje ärende hade nämnden inte hanterat samtliga klagomål från klienter gällande våld i nära relation och hade inte tillräckligt utrett vissa av klagomålen.

Bristerna i socialnämndernas systematiska kvalitetsarbete får en direkt påverkan på arbetet med våldsutsatta och barn som bevitnat våld. IVO:s bedömning är att socialnämnderna behöver följa upp att de åtgärder de genomför är relevanta och vid behov genomföra ytterligare åtgärder samt se över om nämndens egenkontroll är av den omfattning och av den kvalitet att den kan fånga upp bristerna.



## Brister i samverkan och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården

IVO har genomfört tillsyn i fyra ärenden inom hälso- och sjukvårdsområdet som rör våldsutsatthet och våld. Ett tillsynsärende<sup>43</sup> rör ett av de tre ärenden där en våldsutsatt dog till följd av våldet. IVO granskade samverkan mellan psykiatri och primärvården<sup>44</sup> samt vårdgivarens arbete med våld i nära relation. Tillsynen hade sin utgångspunkt i hur de berörda verksamheterna handlagt en patient i nära anslutning till att barn utsattes för våld i hemmet i patientens familj. IVO:s bedömning i ärendet var att samordningen mellan primärvård och psykiatri inom de berörda verksamheterna brast i omhändertagandet av patienten, samt att det systematiska arbetet för att förebygga våld i nära relation inom verksamheterna var bristfälligt.

Ett annat tillsynsärende rörde en barnmorskemottagning, där IVO granskade vårdgivarens rutiner för att ställa frågor om våld i syfte att kunna upptäcka våldsutsatthet. Tillsynen var initierad av ett dödsfall som skett på grund av våld i nära relation, där en gravid kvinna och hennes ofödda barn hade utsatts för våld och dött. IVO bedömde att vårdgivaren vid tillfället för händelsen hade de rutiner som behövdes för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta enligt SOSFS 2014:4, som var den gällande föreskriften vid tiden för händelsen.

Två av tillsynsärendena är kopplade till området hedersrelaterat våld och förtryck. Tillsynen initierades i båda fallen utifrån anonyma klagomål till IVO om att verksamheter utförde oskuldskontroller på kvinnor och flickor under 18 år. I ärendena hämtade IVO in uppgifter från respektive vårdgivare, genomförde oanmälda inspektioner i verksamheterna samt granskade ett antal journaler på plats. IVO avslutade båda tillsynsärendena med bedömningen att verksamheterna, utifrån lämnade uppgifter och resultat av oanmälda inspektioner och journalgranskning, uppfyller kraven om god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

## Tillsyn efter underrättelse från Socialstyrelsen

I tillsynen efter underrättelse från Socialstyrelsen<sup>45</sup> har IVO meddelat Socialstyrelsen om identifierade brister i fyra av de fem tillsynsärendena<sup>46</sup>. IVO har bland annat identifierat att:

---

<sup>43</sup> IVO inledde tillsynen under 2022 och fattade beslut 2024. Ärendet är kopplat till ett av de ärenden som slutade med dödligt våld och finns därav med i sammanställningen.

<sup>44</sup> Avser en specifik psykiatrienhet och en specifik vårdcentral i en region.

<sup>45</sup> Utifrån Socialstyrelsens uppdrag att under vissa förutsättningar genomföra utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall enligt 3a § lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

<sup>46</sup> Dessa tillsynsärenden ingår i de 46 ärenden som rör socialnämndernas arbete med våldsutsatthet och våld i nära relation inom verksamhetsområdet barn och familj.

- Socialnämnden har brustit i att tillgodose barns behov vid planering, genomförande och uppföljning av insatser, samt
- brustit i att barn inte alltid får komma till tals eller har fått relevant information.
- Vårdgivare har brustit i bedömningen av patientens hälsotillstånd och fara för annan person.

Socialstyrelsen har även meddelats att IVO har begärt att berörda verksamheter redovisar sin inställning till bristerna samt de åtgärder som verksamheterna genomfört eller planerat att genomföra för att komma till rätta med bristerna. IVO har även meddelat Socialstyrelsen att IVO för en kommun fattat ett beslut om föreläggande med vite att redovisa vilka åtgärder socialnämnden har genomfört utifrån identifierade brister.

## Tillsyn av våldsutsatthet i LSS-bostäder för vuxna

Vid IVO:s nationella tillsyn av LSS-bostäder<sup>47</sup> granskade myndigheten arbetet med våldsutsatthet i 32 gruppboendestäder.<sup>48</sup> Tillsynen visar att vuxna personer som bor i gruppboendestäder enligt LSS utsätts för våld i sina boenden och att förekomsten av våld är utbredd. I 14 av de tillsynade gruppboendestäderna (44 procent) har brukare utsatts för våld. Våldet har förekommit i olika former, allt från skrik, bråk och verbala kränkningar till fasthållning, slag och sexuella övergrepp. Det har resulterat i att brukare upplever otrygghet och rädsla i boendet, sitt eget hem och den miljö som ska ge dem trygghet och säkerhet.

### Flera former av våld förekommer

IVO har funnit brister i 14 av de 32 granskade gruppboendestäderna. Tillsynen visar att brukare har utsatts för kränkningar, hot, våld eller övergrepp i sina boenden, oftast av andra brukare i boendet, men även av personal eller närstående. Tabell 3 visar förekomst av våld mot brukare i de granskade gruppboendestäderna. Flera förekomster av våld kan förekomma i samma gruppboendestad.

De vanligaste former av våld som framkom i tillsynen var fysiskt våld samt bråk och skrik mellan brukare, följt av kränkningar och hot från brukare mot andra brukare. Kränkningar från personal mot brukare förekom i lika hög grad som kränkningar från brukare mot andra brukare. Personal har även utsatt brukare för funktionshinderrelaterat våld<sup>49</sup>, det vill säga handlingar som riktar sig mot brukarens funktionsnedsättning, där någon genom våldshandlingar fördjupar brukarens redan befintliga utsatthet. Det framkom exempelvis i tillsynen att

<sup>47</sup> Inspektionen för vård och omsorg (2023).

<sup>48</sup> LSS-tillsynen var redan pågående då regeringsuppdraget startade. För att förstärka och utveckla tillsynen på bästa sätt beslutad myndigheten därför att granska arbetet med våldsutsatthet i tillsynens sista fas, där 32 gruppboendestäder ingick.

<sup>49</sup> Myndigheten för delaktighet, *Våld mot personer med funktionsnedsättning – Om utsatthet och förekomst av våld* (2023), s. 9.

personal i en gruppbostad hällt vatten på en brukare när denne hade ett epileptiskt anfall. Brukaren fick sedan åka till sin dagliga verksamhet med blöta kläder och fick inte heller någon frukost, trots att denne var diabetiker och i behov av den.

**Tabell 3: Förekomst av våld mot brukare i de granskade gruppbostäderna**

Våldsutövare	Form av våld	Antal gruppbostäder
Annan brukare	Fysiskt våld	9
	Bråk, skrik	9
	Kränkningar	7
	Hot	4
	Sexuella handlingar	1
	Sexuella övergrepp	1
Personal	Kränkningar	6
	Fasthållning av brukare	3
	Fysiskt våld	2
Närstående	Fysiskt våld	2
	Kränkningar	3

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

De brister IVO funnit i tillsynen av våldsutsatthet i LSS-bostäder innebär att verksamheterna inte alltid erbjuder brukarna en trygg boendemiljö av god kvalitet. Det framkom i tillsynen att brukare upplever rädsla och otrygghet i sina egna hem och att personal och ledning inte alltid rapporterar och utreder allvarliga händelser i verksamheten. Det framkom också att brister i bemanningen kan ge risk för våldsutsatthet och att brister i ledning och styrning påverkar verksamhetens kvalitet.

### Brukare upplever rädsla och otrygghet i sina egna hem

Vid IVO:s brukarsamtal under inspektionerna berättade flera brukare att det våld de utsatts för resulterat i att de upplever rädsla och otrygghet i boendet, i sitt eget hem. I sju gruppbostäder framkom det i samtal med brukare att de var oroliga, ledsna och rädda för andra brukare i sitt boende. Några brukare berättade också om

hur de uppfattat att personalen har skällt på och skrikit åt brukare eller betett sig olämpligt på andra sätt.

I en gruppbostad hade personalen en handlingsplan för att förebygga utmanande beteenden, men då boendet inte alltid var bemannat utifrån brukarnas behov kunde personalen inte alltid arbeta utifrån handlingsplanen. Det medförde att flera brukare i boendet blev utsatta för våld. Även personalen som arbetade i boendet utsattes för våld av brukaren och det framkom i tillsynen att kommunen haft väktare i boendet under åtta dygn, för att trygga personalen. Brukarna blev dock inte tryggare av väktarnas närvaro utan snarare tvärtom. IVO bedömde att bemanningen i gruppboستaden inte motsvarade brukarnas behov och att den också kunde medföra risk för att brukarna i boendet kunde utsättas för kränkningar, våld och övergrepp.

### **Brister i ledning och styrning påverkar verksamhetens kvalitet**

I 13 av de 14 boenden (93 procent) där IVO funnit brister framgår det att personalen saknade utbildning i att upptäcka våldsutsatthet. I sju av dessa boenden saknade personalen även rutiner, metoder och arbetssätt för att förebygga och upptäcka våld. I sju av de granskade verksamheterna saknade personalen även enhetliga arbetssätt för att förebygga och hantera utmanande beteenden. I en gruppbostad fanns rutiner för arbetet med utmanande beteenden men personalen hade svårt att ha ett enhetligt arbetssätt på grund av stor personalomsättning och många vikarier i boendet. IVO bedömde att ledning och styrning i verksamheten varit otillräcklig och påtalade i beslutet vikten av att ledningen säkerställer att det trots personalomsättning finns gemensamma arbetssätt och metoder för hur personalen ska arbeta med brukarna.

I en annan gruppbostad bedömde IVO att långvariga brister i ledning och styrning påverkat tryggheten och säkerheten för brukarna i boendet. Ansvarig chef saknade tillräcklig insyn i boendet och i hur personalen arbetade och hade därför inte gett nödvändigt stöd och vägledning i arbetssätt som gynnar brukarna. Det hade inträffat flera incidenter som påverkat en eller flera brukare negativt. Personal hade också undvikit att dokumentera, liksom att rapportera avvikelser, missförhållanden eller risk för missförhållanden, vilket IVO bedömer är en återkommande konsekvens av brister i ledning och styrning.

### **Bristar i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete**

I fem av gruppboستäderna fann IVO brister i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Bristerna innebar att personal inte kände till sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och inte alltid hade rapporterat missförhållanden som kränkningar och våld. Ledningen hade inte heller alltid genomfört några åtgärder efter utredning av rapporter enligt lex Sarah som innehöll uppgifter om våld. Det framkom i tillsynen att i en gruppbostad hade brukare vid upprepade tillfällen berättat för personal att de varit rädda för andra brukare i boendet och att de utsatts för kränkningar, hot, våld och sexuella handlingar av

dem. Personalen hade dokumenterat detta i brukarnas sociala journaler men inte rapporterat det som ett missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah<sup>50</sup>. I en annan gruppbostad fanns det bara en rapporterad avvikelse som rörde våld och ingen lex Sarahrapport, trots återkommande hot om våld mellan brukare i boendet och händelser där personal kränkt brukare.

## Tillsyn av våldsutsatthet i boenden för barn och unga

Barn och unga som får vård och omsorg utanför hemmet är särskilt utsatta, kan ha extra svårt att påtala övergrepp eller att påkalla hjälp. Genom socialtjänsten har samhället fattat eller deltagit i beslut om var vissa barn och unga ska vistas och bo. Samhället har därför ett särskilt ansvar för att förhindra att barn och unga utsätts för övergrepp, hot eller kränkningar under vistelsen i sina boenden.

Under 2023 års tillsyn av boenden för barn och unga<sup>51</sup> fann IVO brister i 438 av 920 ärenden (48 procent). I 215 av ärendena (23 procent) fattade IVO beslut med brister och begäran om återredovisning, den åtgärd myndigheten vidtar när bristerna är allvarliga och det är möjligt att i förlängningen fatta beslut om ett föreläggande med vite. 55 ärenden av denna typ (26 procent) har uppgifter om att barn och unga varit våldsutsatta i sitt boende.

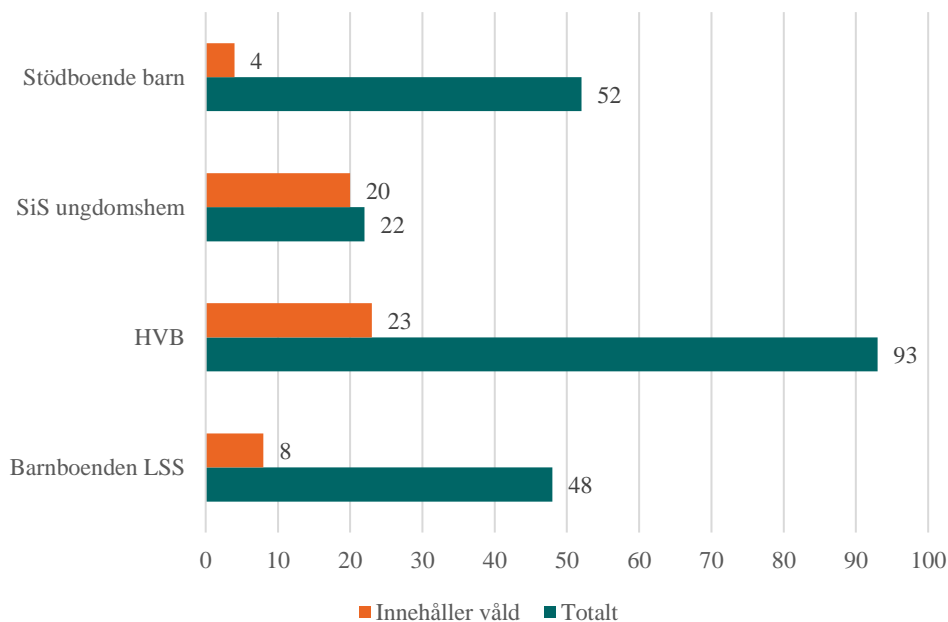
Störst andel beslut<sup>52</sup> med uppgifter om våldsutsatthet rör SiS ungdomshem, där 20 av 22 beslut (91 procent) innehåller sådana uppgifter. För HVB innehåller 23 av 93 beslut (25 procent) och för LSS-boenden åtta av 48 beslut (17 procent) uppgifter om våldsutsatthet. För stödboende för barn och unga innehåller fyra av 52 beslut sådana uppgifter. Figur 7 visar förhållandet mellan totalt antal beslut av beslutstypen och antal beslut med uppgifter om våldsutsatthet.

---

<sup>50</sup> Den som utför uppgifter i verksamhet enligt LSS ska genast rapportera om denne uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får insatser enligt LSS (24 b § LSS).

<sup>51</sup> Särskilda ungdomshem hos Statens institutionsstyrelse (SiS), stödboenden respektive hem för vård och boende (HVB) enligt SoL samt bostäder med särskild service för barn och unga enligt 9 § 8 LSS.

<sup>52</sup> Avser för samtliga boendeformer beslut med brister och begäran om återredovisning.

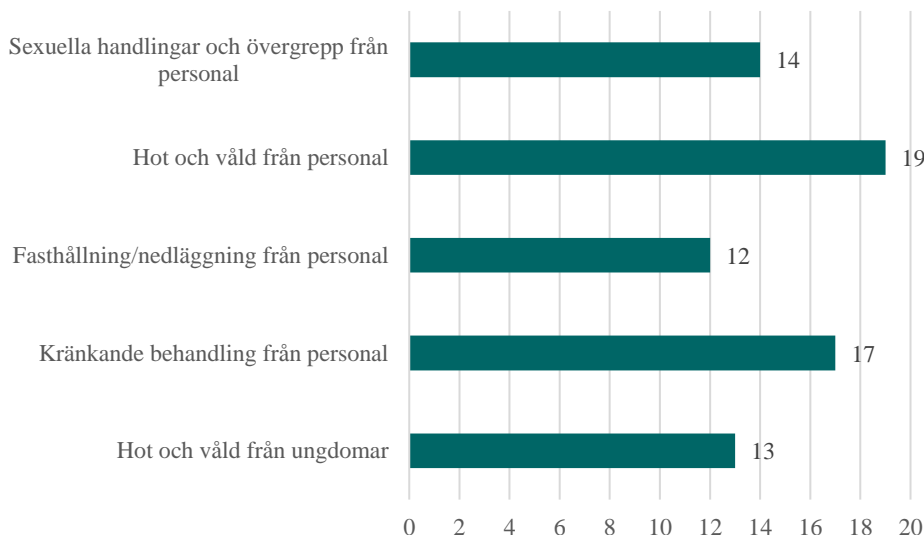
**Figur 7. Förhållandet mellan totalt antal beslut av beslutstypen och antal beslut med uppgifter om våld**

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

### Våld mot barn och unga i SiS ungdomshem

I VO har fattat beslut med brister och begäran om återredovisning för SiS ungdomshem i 22 ärenden under 2023. I 20 av dessa finns uppgifter om att barn och unga varit utsatta för olika former av våld, både från personal och från andra barn eller ungdomar.

I besluten finns uppgifter som sträcker sig från sexuella handlingar till våldtäkt. Personal har erbjudit snus i utbyte mot sexuella tjänster eller hotat med sexuellt våld, berört/klappat barn på rumpan, tagit på håret, gett kramar och kittlat, eller använt oanständigt språk och ställt olämpliga frågor om barnets privatliv. Uppgifter om oproportionerligt våld i samband med fysiskt ingripande av personal framgår också av flera beslut. Ungdomar beskriver att personal varit hårdhänta, våldsamma eller använt övervåld och att det har förekommit omotiverade fasthållningar mot golvet och nedläggningar. Personal har upplevts vara aggressiva, skrikit och slitit i ungdomar, sparkat, tagit stryptag, boxat i magen, vridit om en arm eller dragit i håret. Det finns också beslut som innehåller beskrivningar från barn och unga att personal hotat med våld, haft ett kränkande bemötande med onödiga kommentarer, använt olämpligt språkbruk eller gett barn öknamn.

**Figur 8. Förekomsten av de olika formerna av våld i de 20 besluten för SiS ungdomshem**

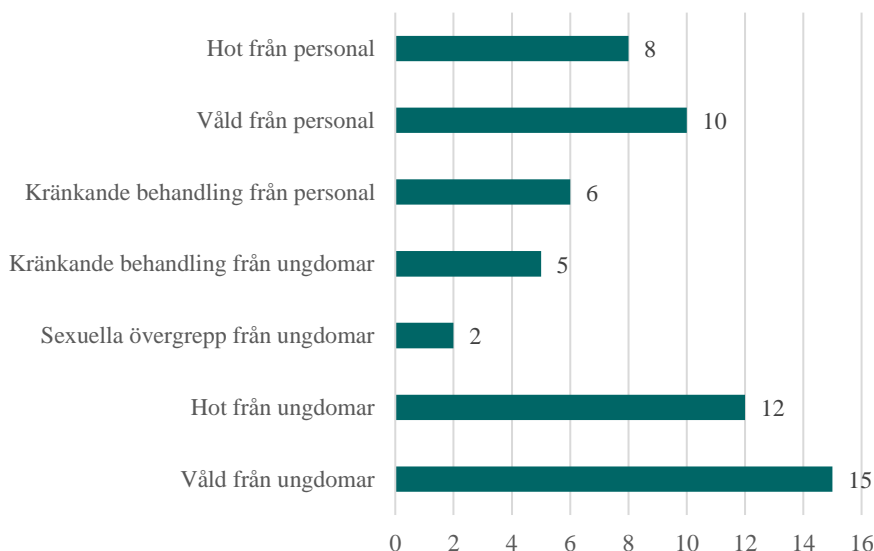
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

Tillsynen visar också att barn och unga på olika sätt utsätter varandra för övergrepp i sin boendemiljö. Barnen har mobbat, kränkt, hotat och använt våld mot varandra, i vissa fall allvarligare våld som beskrivs som misshandel. Figur 8 visar förekomsten av olika former av våld i de 20 besluten för SiS ungdomshem. Flera former av våld kan förekomma i samma boende.

### Våld mot barn och unga i hem för vård eller boende (HVB)

Av 93 beslut med brister och begäran om återredovisning för HVB-hem innehåller 23 beslut uppgifter om våld. Det är allvarliga händelser som består av att barnen under sin vistelsetid i HVB blivit utsatta för fysiskt våld, hot, kränkningar eller sexuella övergrepp. Flera former av våld kan förekomma i samma boende. Vid IVO:s samtal med ungdomar i ett HVB-hem berättade flera av dem att de känt sig otrygga i boendet med anledning av bland annat hot, våld och kränkningar från personalen. I de granskade ärendena förekommer hot, våld eller sexuella övergrepp personal sammantaget 24 gånger. Kränkande behandling, sexuella övergrepp, hot eller våld från ungdomar mot andra ungdomar förekommer sammantaget 34 gånger. Figur 9 visar förekomsten av våld i de 23 besluten för HVB.

Figur 9. Förekomsten av våld i de 23 besluten för HVB



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

I 12 av de 23 ärendena bedömde IVO att verksamheterna inte kunde säkerställa en trygg och säker vård för de inskrivna barnen och ungdomarna. Verksamheterna hade brister i arbetssätt och rutiner för att kunna förebygga, upptäcka och hantera allvarliga händelser. I ett ärende hade IVO på olika sätt mottagit signaler om allvarliga brister i trygghet och säkerhet för de barn som var inskrivna i HVB-hemmet. Uppgifterna hade kommit till IVO från placerade barn, från klagomål och tips till IVO, i samtal med barnen vid IVO:s inspektion i verksamheten samt från placerande kommuner. Det handlade bland annat om att personal varit hårdhänta, använt våld eller haft ett kränkande språk. IVO bedömde att verksamheten inte arbetade systematiskt med att säkerställa barnens rätt till en trygg och säker vård och underströk i beslutet betydelsen av att verksamheten utreder enstaka händelser för att kunna få ett tillförlitligt underlag<sup>53</sup> i det systematiska kvalitetsarbetet.

I nio av de 23 ärendena var IVO:s bedömning att huvudmannen har brister i det systematiska kvalitetsarbetet, genom att inte utreda allvarliga händelser. Klagomål och synpunkter har heller inte hanterats korrekt och riskanalyserna har varit ofullständiga. I ett ärende där ett barn hade uppgett att denne hade blivit utsatt för våld av både föreståndaren och av ett annat barn konstaterade IVO att verksamheten inte utredde klagomål som kom från barn och ungdomar i boendet. IVO påtalade i beslutet att verksamheten ska ta hand om och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat de barn och ungdomar som

<sup>53</sup> Det underlag som verksamheten ska sammanställa och analysera måste vara tillförlitligt för att kunna visa på trender och mönster som rör brister i verksamhetens kvalitet.



finns i verksamheten.<sup>54</sup> IVO påtalade också att det finns en risk att ansvariga kan förbise sådant som är av vikt för verksamhetens kvalitet om barn och unga som ofta klagar på insatserna inte tas på allvar och ansvariga inte hanterar klagomål korrekt.

## Våld mot barn och unga i boenden enligt 9 § 8 LSS och i stödboenden

Åtta av 48 beslut med brister och begäran om återredovisning för boenden enligt 9 § 8 LSS innehåller uppgifter om våld mot barn och unga. Det rör missförhållanden såsom fasthållning och nedläggning, att personal knuffat barn, skrikit åt barn eller brukat våld och slagit barn. Besluten innehåller även uppgifter om våld, hot och sexuella handlingar mellan barn och ungdomar. I fyra av 52 beslut med brister och begäran om återredovisning från stödboenden för barn finns också uppgifter om händelser med hot, våld, sexuella övergrepp och kränkningar.

## Tillsyn i lex Sarah- och lex Maria-ärenden med våld

Under 2021–2023 har IVO bedömt och fattat beslut i 535 lex Sarah-ärenden som rör huvudmannens utredning och åtgärder där ärendet gäller våld i någon form<sup>55</sup>. IVO har även fattat beslut i nio ärenden som rör våld i nära relationer samt i två lex Maria-ärenden som relaterar till våld.

## Våld och övergrepp inom flera olika verksamhetsområden

Det förekommer uppgifter i lex Sarah-anmälningar och utredningar under 2021–2023 som rör kränkningar, våld och sexuella övergrepp där främst personal utsatt brukare inom funktionshinderområdet, äldreomsorg, barn och familj samt övrig socialtjänst för övergrepp. Figur 10 visar antal förekomster av våld inom lex Sarah-ärendena fördelade utifrån fem kategorier. Ett ärende kan innehålla flera kategorier av våld.<sup>56</sup>

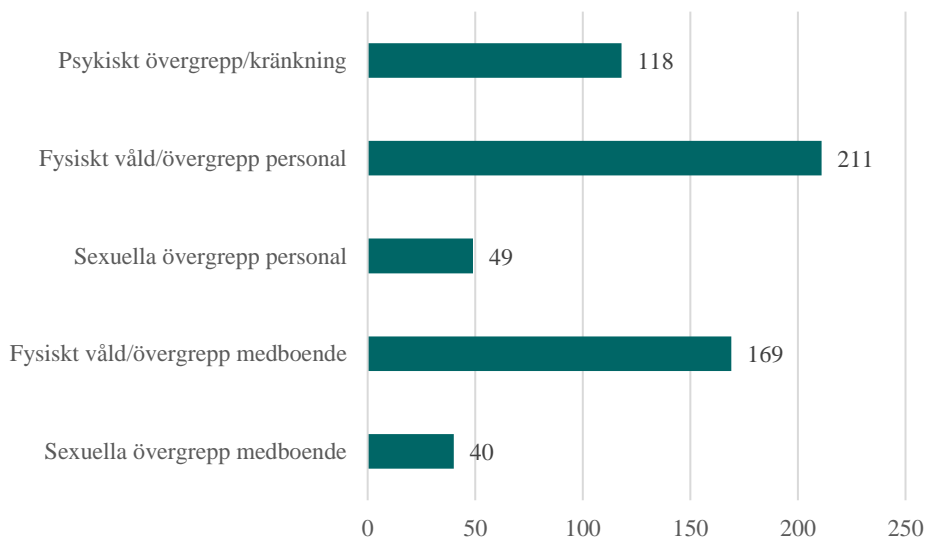
---

<sup>54</sup> I enlighet med 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9.

<sup>55</sup> Avser fem kategoriseringar av våld och vem som utövar våldet: Psykiskt övergrepp/kränkning, fysiskt våld/övergrepp personal, sexuella övergrepp personal, fysiskt våld/övergrepp medboende samt sexuella övergrepp medboende.

<sup>56</sup> Sammanlagt för alla kategorier finns det 587 förekomster av våld inom ärendena. 260 av dessa (44 procent) rör förekomst av våld och sexuella övergrepp från personal. Summan av antalet förekomster motsvarar därför inte unika antal lex Sarah ärenden.

Figur 10. Antal förekomster av våld inom lex Sarah-ärendena fördelade utifrån fem kategorier



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

### Funktionsnedsättning LSS

Inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning rör 211 lex Sarah-ärenden (39 procent) kränkningar, våld och sexuella övergrepp från personal eller medboende. Inom verksamhetsområdet finns det 234 förekomster av våld i ärendena. Av dessa finns 96 förekomster (41 procent) där personalen utsatt brukaren för fysiskt våld/övergrepp eller begått sexuella övergrepp. Det förekommer även att brukare blivit utsatta för hot om våld och fysiskt våld från andra brukare i verksamheten.

### Äldreomsorg

Kränkningar, våld och sexuella övergrepp från personal mot brukare och från brukare mot andra brukare framkommer i 192 ärenden (36 procent). Det finns uppgifter om att en brukare släpats till sitt rum av en personal och att personalen skrikit på en brukare och slagit denna i bakhuvudet. 18 ärenden avser bland annat sexuella övergrepp från personal. I dessa ärenden finns exempelvis uppgifter som att personal gjort sexuella anspelningar, antastat eller utfört sexuella handlingar mot brukare. Det finns även ärenden som innehåller uppgifter om våld mellan brukare, i tre fall kraftigt våld som lett till frakturer.

### Barn och familj

Inom området barn och familj rör 126 ärenden (24 procent) kränkningar, våld eller sexuella övergrepp av olika slag, både från personal mot brukare och från brukare mot andra brukare. I ett ärende har socialnämnden inte säkerställt att ett jourhem

blivit ordentligt utrett eller dokumenterat handlägningsprocessen korrekt. Till följd av detta misstänks barn ha utsatts för våld av jourhemsföräldern. Ett annat ärende rör att en brukare på ett utredningshem utsatts för sexuella anspelningar och övergrepp från en manlig personal. Det finns även uppgifter om våldtäkter på HVB där könsblandade målgrupper tillåts samt uppgifter om sexuella handlingar från personal mot ungdom, som ungdomen uppmanats hemlighålla.

### Övrig socialtjänst

Sex ärenden (en procent) inom verksamhetsområdet rör kränkningar, våld eller sexuella övergrepp av olika slag. I ett ärende blev en klient på skyddat boende sexuellt utnyttjad av sin terapeut respektive utsatt för våld på boendets gård. I ett annat ärende framkom uppgifter som innebär risk att verksamheten bidragit till att hedersrelaterat våld och maktstrukturer kunnat upprätthållas.

## Ärenden som rör våld i nära relation anmäls till IVO i låg grad

IVO tar emot tips och klagomål från brukare som indikerar att socialtjänstens handläggning av våld i nära relationer har brister. Under 2021–2023 har myndigheten tagit emot nio lex Sarah-anmälningar som huvudsakligen gäller våld i nära relationer. Fyra ärenden rör rättssäkerhet och tre rör att beviljad insats är felaktigt utförd. Utifrån de brister som framkommer i IVO:s tillsyn av arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relationer inom socialtjänsten, bedömer IVO att kommuner och andra huvudmän inte anmäler alla allvarliga missförhållanden som inträffar och som rör våld i nära relation till IVO.

### Komplettering och fortsatt tillsyn efter lex Sarah-anmälningar

I 246 av 544 ärenden (45 procent) som rör någon form av våld<sup>57</sup> och våld i nära relationer har IVO begärt komplettering av huvudmannens utredning. Under 2021–2023 har IVO även inlett egeninitierad tillsyn utifrån lex Sarah-anmälningar i 36 fall. 16 av dessa har rört fysiskt våld eller övergrepp från personal. Åtta lex Sarah-anmälningar har rört sexuella övergrepp från personal. Av dessa åtta är fem inom verksamhetsområdet barn och familj, två inom funktionsnedsättning LSS och ett inom äldreomsorg. I samtliga fall har IVO, utifrån en bedömning att brukare riskerar att fara illa, inlett de egeninitierade tillsynsinsatserna.

### Komplettering efter lex Maria-anmälningar

Under 2023 har IVO också bedömt och fattat beslut i två lex Maria-ärenden som rör vårdgivarens utredning och åtgärder inom området våld. Ärendena rör en olämplig relation mellan personal och patient respektive brister i kommunikation när vårdnadshavare sökte akutmottagningen med ett sjukt spädbarn som sedan

---

<sup>57</sup> Avser fem kategoriseringar av våld inom verksamhetsområdena funktionsnedsättning, äldreomsorg, barn och familj, övrig socialtjänst, samt verksamhetstyp övrig socialtjänst, våld i nära relationer.

visade sig vara våldsutsatt av dessa. I ett av ärendena bedömde IVO att vårdgivarens utredning inte var tillräcklig utan begärde komplettering.

## Tillsyn av ej verkställda beslut relaterade till våldsutsatthet och våld

IVO har sammanställt och granskat 94 ärenden relaterade till våldsutsatthet och våld där myndigheten under 2022 och 2023 ansökt om särskild avgift hos förvaltningsrätten utifrån ej verkställda beslut<sup>58</sup>. Myndigheten har granskat ärenden där ansökan om särskild avgift upprättats utifrån våldsutsatthet och våld, kommunernas hantering och motivering till att de inte verkställt insatserna samt domstolarnas beslut utifrån IVO:s ansökan. Domstolarna har i 92 av 94 ärenden bifallit IVO:s ansökan och utdömt särskild avgift. Summan av särskild avgift för dessa ärenden uppgick till 3,6 miljoner kronor.

## Insatser som kommunerna inte verkställer i skälig tid

57 ärenden (61 procent) rör ej verkställda beslut om insatser inom öppenvård<sup>59</sup> och 30 ärenden (32 procent) ej verkställda beslut om insatsen kontaktfamilj<sup>60</sup> enligt SoL. Resterande ärenden rör ej verkställda beslut om insatserna boendestöd (fyra ärenden), dagverksamhet inom äldreomsorg enligt SoL (ett ärende) och bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS (två ärenden).

Det framgår i granskningen att insatser beslutats antingen utifrån behov hos både våldsutsatta och barn som bevittnat våld eller utifrån behov hos en av dem. Barnet är oftast är den som står som sökande i ett ärende, även om insatsen riktar sig mot barnets föräldrar eller syskon. I 64 ärenden (68 procent) har barn varit våldsutsatta. I 73 ärenden (78 procent) har vuxna varit våldsutsatta. Våldsutsatthet och att barn har bevittnat våld kan förekomma i samma ärende. 61 ärenden (65 procent) rör barn som har bevittnat våld. Tabell 4 visar antal ärenden per ej verkställd insats där barn respektive vuxna är våldsutsatta eller barn bevittnat våld.

---

<sup>58</sup> En kommun som inte inom skälig tid verkställer ett biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som någon har rätt till enligt ett beslut av socialnämnden, ska dömas att betala en särskild avgift i enlighet med 16 kap. 6 a § SoL. Motsvarande regler för insatser enligt 9 § LSS finns i 28 a § LSS.

<sup>59</sup> Insatser inom öppenvården kan exempelvis röra stöd till föräldrar enskilt eller i grupp för att stärka föräldraförmågan eller familjesamtal i form av gemensamma samtal för barn och föräldrar.

<sup>60</sup> En kontaktfamilj tar emot ett barn i sitt hem någon eller några dagar i månaden för att vara ett extra stöd och ge barnet trygghet i en ny miljö, ibland även för att föräldrarna behöver hjälp för att kunna ta sitt föräldraansvar.

**Tabell 4: Ärenden per ej verkställd insats där vuxna respektive barn är våldsutsatta eller barn bevittnat våld**

Insats	Antal ärenden där barn varit våldsutsatta	Antal ärenden där vuxna varit våldsutsatta	Antal ärenden där barn bevittnat våld
Öppenvårdsverksamhet	40	44	39
Kontaktfamilj	24	24	21
Övriga insatser	0	5	1
<b>Totalt</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>61</b>

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024

## Våldsutsatthet och våld som orsak bakom beslut om insatserna

I de granskade ärendena framkommer allvarliga situationer i familjer, där socialnämnden beviljat insatser utifrån våldsutsatthet och våld men sedan inte verkställt insatserna, varpå våldet kunnat fortsätta. I ett ärende där socialnämnden beviljat insatsen öppenvård med stödsamtal inleddes utredning av barnets situation utifrån en orosanmälan från polisen om våld mellan barnets föräldrar samt oro för att även barnen utsattes för våld i hemmet. Flera orosanmälningar kom in från olika håll, vilket gjorde att nämnden i samband med förhandsbedömningen pausade verkställigheten. Trots nya orosanmälningar och nämndens egen bedömning att det fanns förhöjd risk att barnet for illa i sin livssituation ansåg nämnden det inte lämpligt att påbörja insatsen innan förhandsbedömningen blev klar. Då verkställigheten av insatsen dröjde blev barnet kvar i den våldsamma familjesituationen. I ett ärende där ett barn beviljats insatsen kontaktfamilj hade denne bevittnat våld mellan sina föräldrar och kunde inte sova på grund av oro för att pappan skulle skada mamman. Verkställigheten av insatsen dröjde dock, så barnet blev kvar i den våldsamma familjesituationen.

I ett annat ärende hade en kvinna stannat länge i en relation med sitt barns pappa trots våldsutsatthet, men fick sedan reda på att pappan även utsatte deras lilla barn för våld. Kvinnan lämnade då mannen och levde med barnet under skyddad identitet. Insatsen kontaktfamilj syftade till att barnet skulle få positiva manliga förebilder och mamman avlastning, men insatsen verkställdes först efter oskäligt lång tid.

## Fysiskt och psykiskt våld

Det våld som vuxna och barn utsätts för eller som barn bevittnar tar sig olika uttryck. I 53 av de 56 ärenden där barn varit våldsutsatta framgår att de har blivit utsatta för fysiskt våld, såsom slag med öppen handflata eller med någon form av tillhygge. Psykiskt våld, såsom exempelvis öknamn, förminskande eller hot om

våld, förekommer mer mellan föräldrar eller från den ena föräldern mot den andra, än från en eller båda föräldrar mot ett barn. Barn som bevittnat våld har många gånger bevittnat både fysiskt och psykiskt våld. Förutom dessa former av våld innehåller tre ärenden uppgifter om ekonomiskt våld<sup>61</sup> och två ärenden uppgifter om sexuellt våld.

I ett ärende berättade ett barn att den ena föräldern var hårdhänt, elak och utsatte barnet för våld. Enligt den sociala dokumentationen hade barnet berättat i skolan att pappan tagit strygrepp med en plastpåse runt halsen på barnet när denne inte ville duscha. Barnet och dennes syskon hade varit aktuella för utredning inom socialtjänsten vid flertalet tillfällen med anledning av orosanmälningar om allvarliga händelser om hot och våld i familjen. Det kom också in ytterligare allvarliga orosanmälningar i slutet av socialnämndens pågående utredning för insatsen. Socialnämnden beslutade då att förlänga utredningstiden, vilket även förlängde barnets väntetid på insatsen, som var kontaktfamilj. Det framkom i handlingarna att barnet var i stort behov av insatsen och riskerade att fara illa. IVO bedömde att det oskäligen dröjsmålet med att verkställa insatsen uppgick till sex och en halv månad. Förvaltningsrätten biföll ansökan och utdömde särskild avgift.

### Särskilt utsatta grupper

I tillsynen finns även ärenden som rör särskilt utsatta grupper som funktionsnedsatta eller äldre. I ett ärende där socialnämnden inte hade verkställt ett beslut om bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS hade en kvinna med autism blivit utsatt för grovt våld av sin pojkvän. När IVO ansökte om särskild avgift hade det gått nästan två år sedan socialnämnden fattat beslut om insatsen bostad med särskild service enligt LSS men inte verkställt den, trots kvinnans kombination av funktionsnedsättningar och utsatthet för våld. Förvaltningsrättens biföll ansökan och utdömde särskild avgift.

I ett annat ärende fick en kvinna vänta oskäligt lång tid på verkställighet av sin insats om dagverksamhet för äldre. Kvinnan, som var dement, bodde hemma tillsammans med sin man och hemtjänsten hade slagit larm om att mannen använt psykiskt våld mot kvinnan, men trots det hade nämnden, utöver hemtjänstinsatserna, inte någon kontakt med kvinnan under dröjsmålet på verkställighet. IVO fann detta anmärkningsvärt med tanke på kvinnans utsatta situation. Förvaltningsrätten biföll IVO:s ansökan och utdömde särskild avgift.

---

<sup>61</sup> Exempel på ekonomiskt våld är att inte betala tillbaka lånade pengar, stjäla pengar, stjäla saker, slå sönder möbler och andra saker som tillhör den enskilde.

## Slutsatser

Den samlade tillsynen visar brister i kommuners och regioners regelefterlevnad och handläggning. Bristerna försvårar att våld upptäcks och kan i värsta fall dölja pågående våld. Detta ger allvarliga konsekvenser för barn och vuxna som utsätts för våld och barn som bevittnar våld.

IVO har återkommande identifierat betydelsen av ett närvarande ledarskap för att säkerställa att en verksamhet drivs med god kvalitet och enhetliga arbetssätt som utgår från brukarnas behov. Bristfällig ledning och styrning medför i värsta fall att barn och vuxna blir kvar i destruktiva relationer eller sociala situationer där våldet kan fortgå fram till att någon dödas. Det är kommuners och regioners ansvar att säkerställa en ledning och styrning som ska komma till rätta med bristerna.

## Brister i regelefterlevnad döljer våld

Att upptäcka våld är viktigt för att barn och vuxna som utsatts för våld och barn som bevittnat våld ska kunna få stöd och vård. Även barn och vuxna som utövar våld ska få insatser för att kunna förändra sitt beteende. Genom att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är uppmärksam på och frågar om erfarenheter av våld kan våldet upptäckas, förhindras och förebyggas. IVO:s tillsyn av följsamheten till den gällande föreskriften om våld i nära relationer<sup>62</sup> samt tillsynen av socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens arbete mot våld visar sammantaget att brister i regelefterlevnad försvårar upptäckten av våld och i värsta fall döljer våld. I tre ärenden som IVO granskat hade de våldsutsatta dött till följd av våldet.

## Bristfälliga rutiner leder till att våld inte upptäcks

Kommunernas socialnämnder respektive regionernas vårdcentraler har på begäran från IVO lämnat uppgifter om följsamheten till kraven i den nya föreskriften. Uppgifterna visar att många kommuner saknar rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta (66 kommuner) eller för att upptäcka barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp (91 kommuner). Många saknar också rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende (124 kommuner). IVO:s tillsyn inom verksamhetsområdet barn och familj visar att socialnämnderna inte alltid hämtade in uppgifter om våld i tillräcklig omfattning och att utredningssamtalen med barn inte alltid berörde anledningen till utredningen, uppgifter om våld eller bevittnande av våld. I ett flertal tillsynsärenden med brister framkom också att nämnden inte lät barn komma till tals.

Även ett stort antal vårdcentraler saknar rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård (119

---

<sup>62</sup> HSLF-FS 2022:39.

vårdcentraler). Många saknar också rutiner för hur de ska beakta barns behov av information, råd och stöd, om barnets förälder eller annan vuxen som barnet bor med har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp (237 vårdcentraler). Vidare saknar ett stort antal vårdcentraler rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld eller rutiner för fullgörandet av anmälningsskyldigheten när ett barn utsatts för våld eller bevittnat våld (131 respektive 76 vårdcentraler).

En orsak till att många socialnämnder och vårdcentraler inte frågar om våld kan vara att personal och ledning i verksamheter som primärt inte arbetar med våldsutsatthet eller våld i nära relationer saknar kunskap om och inte uppmärksammar våldsutsatthet som ett förekommande problem. I stället är fokus på verksamhetens huvuduppdrag, att handlägga ärenden inom socialtjänstens område eller att bedriva hälso- och sjukvård. Verksamheter kan också sakna rutiner eller annan vägledning för när och hur frågor ska ställa om våldsutsatthet. Vidare kan det förekomma att rutiner inte är kända av personal, eller att rutinerna inte är tillräckligt konkreta för att personalen ska kunna använda dem.

Samhället har ett särskilt ansvar för att förhindra att barn, unga och vuxna utsätts för övergrepp, hot eller kränkningar i sina boenden. Tillsynen av våldsutsatthet i LSS-bostäder visade dock att personalen vid 13 av 14 boenden med brister inte hade utbildning i att upptäcka våldsutsatthet. I flera boenden saknades också rutiner, metoder och arbetssätt för att förebygga och upptäcka våld. I tillsynen av våldsutsatthet i HVB fanns uppgifter om våld i 23 av 93 tillsynsbeslut med brister och begäran om återredovisning. Att brister är så vanligt förekommande i denna typ av verksamheter är extra allvarligt, eftersom vuxna med funktionsnedsättningar och barn och unga som får vård och omsorg utanför hemmet kan ha extra svårt att påtala övergrepp eller påkalla hjälp.

Socialstyrelsens utredningar<sup>63</sup> av vissa skador och dödsfall tydliggör ytterligare det som framkommer i IVO:s tillsyn. Såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten är i kontakt med många brottsoffer för våld och en del av våldet hade kunnat gå att förebygga eller förhindra. I likhet med IVO:s tillsynsresultat fann Socialstyrelsen att våldet inte upptäcktes då vare sig vården eller socialtjänsten frågade om våld.

## Otillräcklig samverkan inom och mellan huvudmän

Våld i nära relationer och våldsutsatthet är komplexa problem som ofta kräver insatser från flera samhällsaktörer. Samverkan inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är därför av stor vikt i arbetet mot våld. Båda parter behöver fullgöra sin uppgift och samverka. IVO:s tillsyn, liksom Socialstyrelsens utredningar, visar att hela kedjan av insatser och åtgärder för våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare måste säkerställas.

---

<sup>63</sup> Socialstyrelsen (2024).



De flesta socialnämnder (224) respektive vårdcentraler (791) bedömer själva att de vid samordning av åtgärder och insatser i ganska hög eller hög utsträckning tar hänsyn till behovet av trygghet och säkerhet hos våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Detta motsägs av resultatet från IVO:s tillsyn, som visar att brister i trygghet och säkerhet visar sig på flera olika sätt inom samtliga tillsynade verksamhetsområden och att bristerna i flera fall relaterar till brister i samverkan.

## Brister i handläggning påverkar våldsutsatthet och våld

Brister i socialnämndernas handläggning bidrar till att socialtjänstens arbete inte i tillräcklig grad förebygger eller hindrar våld. IVO:s tillsyn i lex Sarah- och lex Maria-ärenden med våld och tillsynen av beslut om insatser som kommunerna inte har verkställt bekräftar bristerna och problembilden.

## Bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar

IVO:s tillsyn inom verksamhetsområdet barn och familj visar att socialnämndernas bristfälligt genomförda utredningar, åtgärder och uppföljningar ger konsekvenser både för våldsutsatta vuxna och barn och för barn som bevittnat våld. Av 40 tillsynsärenden som avslutats med beslut med brister avsåg 22 ärenden så allvarliga brister att IVO begärde återredovisning av nämndens åtgärder och effekten av dessa.

IVO har bland annat identifierat att socialtjänsten haft brister i handläggningen av ärenden gällande barns behov av skydd och stöd. Det rörde exempelvis att barnutredningar inte på ett tillräckligt sätt kartlade barnets situation, eller att barnen inte gjordes tillräckligt delaktiga i utredningsprocessen. I 14 ärenden finns inga uppgifter om att barnen fått berätta om sin situation eller om problemen som rörde våld i hemmet.

Tillsynen visar att i vissa ärenden där det framkom uppgifter om våld och nämnden inlett utredning utreddes inte uppgifterna, alternativt utreddes inte i tillräcklig omfattning. Det innebär att brister i flera fall kvarstår och att arbetsätten inte förbättras. Det är också allvarligt att socialtjänsten i flera fall haft kännedom om och fått in orosanmälningar om barn som utsatts för våld eller bevittnat våld utan att agera. Resultatet från IVO:s tillsyn är samstämmigt med Socialstyrelsens utredningar<sup>64</sup>.

När socialnämndernas utredningar inte fångar hela problemet och därmed inte heller identifierar samtliga bakomliggande orsaker, riskerar åtgärder och insatser att bli varken relevanta, träffsäkra eller tillräckliga. De riskerar också att inte verkställas i tid eller inte verkställas alls. IVO:s granskning av 94 beslut om insatser relaterade till våldsutsatthet eller våld som kommuner inte verkställt i tid styrker den beskrivna problembilden. Det framgår av tillsynsinsatserna att barns,

<sup>64</sup> Socialstyrelsen (2024).

ungas och vuxnas våldsutsatthet och våldet som var grund för beslut om insatsen genom väntan på verkställighet fick möjlighet att fortgå, med socialnämndernas kännedom.

### **Bristfällig ledning och styrning**

Brister i huvudmännens ledning och styrning har i flera ärenden påverkat tryggheten och säkerheten negativt och kan därmed ha bidragit till den våldsutsatthet och det våld som framkommer i boenden för barn och unga och för vuxna. Tillsynen visar på verksamheter där personalen saknar utbildning, rutiner och arbetssätt för att förebygga och upptäcka våld.

Socialnämnders otillräckliga ledning och kontroll innebär, tillsammans med verksamheters upplevda oförmåga att ge insatser med god kvalitet, att enskilda drabbas. En samlad iakttagelse från IVO:s tillsyn av våldsutsatthet i LSS-boenden för vuxna i 32 verksamheter och över 900 tillsynsärenden i SiS särskilda ungdomshem och boenden enligt SoL och LSS för barn och unga är att brister i ledning och styrning påverkar verksamheters kvalitet och att otillräcklig bemanning, kunskap och kompetens kan utgöra risk för våldsutsatthet. Bristfällig kvalitet, ledning och styrning medför i värsta fall att vuxna och barn blir kvar i destruktiva relationer eller sociala situationer där våldet kan fortgå.

### **Brister i det systematiska kvalitetsarbetet**

I samtliga tillsynsinsatser framkommer brister i det systematiska kvalitetsarbetet, främst i egenkontroll och avvikelshantering. Bristerna medför att kommuner och regioner inte alltid identifierar mönster och uppmärksammar bakomliggande orsaker till händelser. Inte heller uppmärksammas allvaret i händelserna eller i konsekvenser av dessa för enskilda.

IVO:s tillsyn riktad mot socialnämndens utredning och åtgärder vid allvarliga missförhållanden (lex Sarah), visar att arbetet är otillräckligt inom flera av socialnämndens verksamhetsområden när de gäller våldsutsatthet och våld i nära relation. En aggregerad analys av 544 ärenden tydliggör brister i nämndernas arbete i flera avseenden, Bristerna återfinns i verksamheter för både barn och vuxna och ger allvarliga konsekvenser för de som varit utsatta för eller har bevittnat våld.

Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Lex Sarah och lex Maria är viktiga delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att utreda och åtgärda brister skapas större trygghet och högre kvalitet i verksamheten. Ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete möjliggör att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser kan förebyggas. Bara då kan verksamheter ge barn, unga och vuxna det stöd och den hjälp som de har rätt till.

## Referenser

Inspektionen för vård och omsorg (2023). *Att inte få rätten att leva som andra. Redovisning av den nationella tillsynen av gruppboheter för vuxna enligt LSS.*

Myndigheten för delaktighet (2023). *Våld mot personer med funktionsnedsättning – Om utsatthet och förekomst av våld.*  
(<https://www.mfd.se/contentassets/99b5e573babb46aea36688d1417109e7/vald-mot-personer-med-funktionsnedsattning-2023-12.pdf>)  
(Hämtad 2024-02-27)

Socialstyrelsen (2022). HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.*

Socialstyrelsen (2023). *Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*  
(<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2023-6-8592.pdf>)  
(Hämtad 2024-02-27)

Socialstyrelsen (2024). *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023.* (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-1-8880.pdf>)  
(Hämtad 2024-02-27)

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

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011). SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

Svensk författningssamling (2013). SFS 2013:176. *Förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.*

## Bilaga

### Metoder för tillsyn

De tillsynsinsatser IVO genomfört inom regeringsuppdraget har skett på olika sätt utifrån IVO:s uppdrag inom respektive ärendeslag. Tabell 5 visar metod per tillsynsinsats inom regeringsuppdraget.

Tabell 5: Metod per tillsynsinsats inom regeringsuppdraget

Besluts- år	Tillsyn	Metod
2024	Tillsyn av följsamhet till föreskriften om våld i nära relation	Tillsynen omfattade samtliga kommuner i landet respektive samtliga vårdcentraler i landets 21 regioner och hade fokus på följsamhet till Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer. Syftet med föreskrifterna och de allmänna råden är att fortsätta höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta barn och vuxna samt barn som bevittnat våld, samt att stödja våldsutövare med att ändra sitt beteende. Tillsynen riktades bland annat mot de stärkta kraven på socialnämnder och vårdgivare om fastställda rutiner för att fråga om våld, samt kraven på samverkan internt och externt. För kommunerna begärde IVO uppgifter från verksamhetsansvarig vid socialnämnden/motsvarande i samtliga kommuner utom Stockholm och Göteborg. För Stockholm begärde IVO uppgifter från ansvarig nämnd för vart och ett av stadens elva stadsdelsområden och för Göteborg från ansvarig nämnd för vart och ett av stadens fyra stadsområden. För regionerna begärde IVO uppgifter från verksamhetsansvarig vid samtliga vårdcentraler i de 21 regionerna. De uppgifter IVO begärde skiljde sig något åt mellan kommun och vårdcentral.
2021– 2023	Tillsyn av arbetet med våldsutsatthet och våld i nära relation inom socialtjänstens verksamhetsområde barn och familj samt inom hälso- och sjukvård	IVO:s egeninitierade tillsyn bedrivs effektivt och strategiskt samt på ett enhetligt sätt inom landet och genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Tillsynen utgår från IVO:s riskanalyser, om inte annat följer av särskilt regeringsbeslut om viss tillsyn.
2022– 2023	Tillsyn av arbetet med våldsutsatthet i LSS-bostäder	För 32 gruppboende enligt LSS har IVO inom ramen för en större nationell tillsynsinsats av 90 LSS-bostäder för vuxna, bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS, granskat arbetet med våldsutsatthet genom granskning av dokumentation, granskning av gruppboendena

och intervjuer med föreståndare respektive personal. IVO genomförde även brukarsamtal, men utan specifika frågor om våld eller våldsutsatthet utifrån bedömning att sådana frågor kunde ge negativa i stället för positiva effekter för berörda brukare. IVO:s bedömning av gruppbostädernas arbete med våldsutsatthet bygger därmed inte på underlag från brukarsamtal.

2023	Tillsyn av våldsutsatthet i boenden för barn och unga – Särskilda ungdomshem hos Statens institutionsstyrelse (SiS), stödboenden respektive hem för vård och boende (HVB) enligt SoL samt bostäder med särskild service för barn och unga enligt 9 § 8 LSS	Barn och unga i samhällets vård eller barn som bor på boenden utan vårdnadshavare är en särskilt utsatt grupp. Tillsynen är författningsreglerad och genomförs årligen i samtliga boendeformer för barn och unga. Tillsynen innebär en granskning av att verksamheterna uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I tillsynen samtalar IVO med de barn och ungdomar som samtycker till det.
2021–2023	Tillsyn av huvudmännens handläggning av lex Sarah	Den huvudman som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, vid SiS eller enligt LSS är, enligt de bestämmelser i socialtjänstlagen och LSS som omnämns Lex Sarah, skyldig att anmäla ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO. Anmälan ska inkludera den utredning som huvudmannen gjort med anledning av det inträffade. IVO bedömer inte innehållet i sig i huvudmannens anmälan och utredning enligt lex Sarah, utan om huvudmannen har fullgjort sina skyldigheter enligt gällande bestämmelser. IVO kontrollerar att huvudmannen har undanröjt eller avhjälpt missförhållanden samt genomfört eller planerat åtgärder för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden inträffar igen. Om IVO bedömer huvudmannens åtgärder som rimliga avslutas ärendet med ett beslut.
2021–2023	Tillsyn av vårdgivarnas handläggning av lex Maria	Vårdgivare är skyldiga att utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Anmälan ska också göras till IVO för händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en allvarlig vårdskada. Tillsammans med anmälan ska vårdgivaren lämna in sin interna utredning. IVO tar del av vårdgivarens utredning och slutsatser beträffande händelseförlopp, möjliga orsaker och åtgärdsbehov. IVO ska säkerställa att vårdgivaren har utrett anmälda händelser i nödvändig omfattning, bland annat att vårdgivaren har klarlagt händelseförloppet och identifierat bakomliggande orsaker. IVO ska även säkerställa att vårdgivaren har genomfört de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet, för att liknande händelser inte ska inträffa igen. IVO granskar också om vårdgivaren låtit patienten vara delaktig och få information i enlighet med författningarnas krav samt spridit lärdomar från händelsen till hälso-

		<p>och sjukvårdpersonal. Om IVO bedömer vårdgivarens åtgärder som rimliga avslutas ärendet med ett beslut.</p>
<p>2022– 2023</p>	<p>Tillsyn av ej verkställda beslut för insatser relaterade till våld</p>	<p>Ett beslut om bistånd eller insats ska verkställas skyndsamt. Om insatsen inte verkställs inom skälig tid finns risk för missförhållande och behovet av stöd kan öka. Vid ansökan och beslut om insats utifrån våldsutsatthet eller utifrån att ha bevittnat våld är behovet av insatsen brådskande. Om kommunen inte verkställer ett beslut som de har beviljat enligt 4 kap. 1 § SoL eller 9 § LSS inom tre månader är socialnämnden eller motsvarande skyldig att rapportera detta till IVO och fortsätta rapporteringen en gång per kvartal tills beslutet är verkställt eller avslutat utan verkställighet. IVO bevakar verkställigheten för att kunna bedöma om den enskildes väntan utifrån dennes situation och omständigheterna i ärendet är skäligt. Om och när dröjsmålet bedöms vara oskäligt ansöker IVO om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten. Den särskilda avgiften är direkt riktad mot kommunerna, som en sanktionsåtgärd för att säkerställa att beslutade insatser enligt SoL eller LSS verkställs. Syftet med den särskilda avgiften är att öka rättssäkerheten för enskilda och öka medvetenheten och uppföljningen av verkställigheten i kommunerna. Syftet är även att kommunerna inte ska uppnå ekonomisk vinning genom att inte verkställa ett beslut.</p>

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024