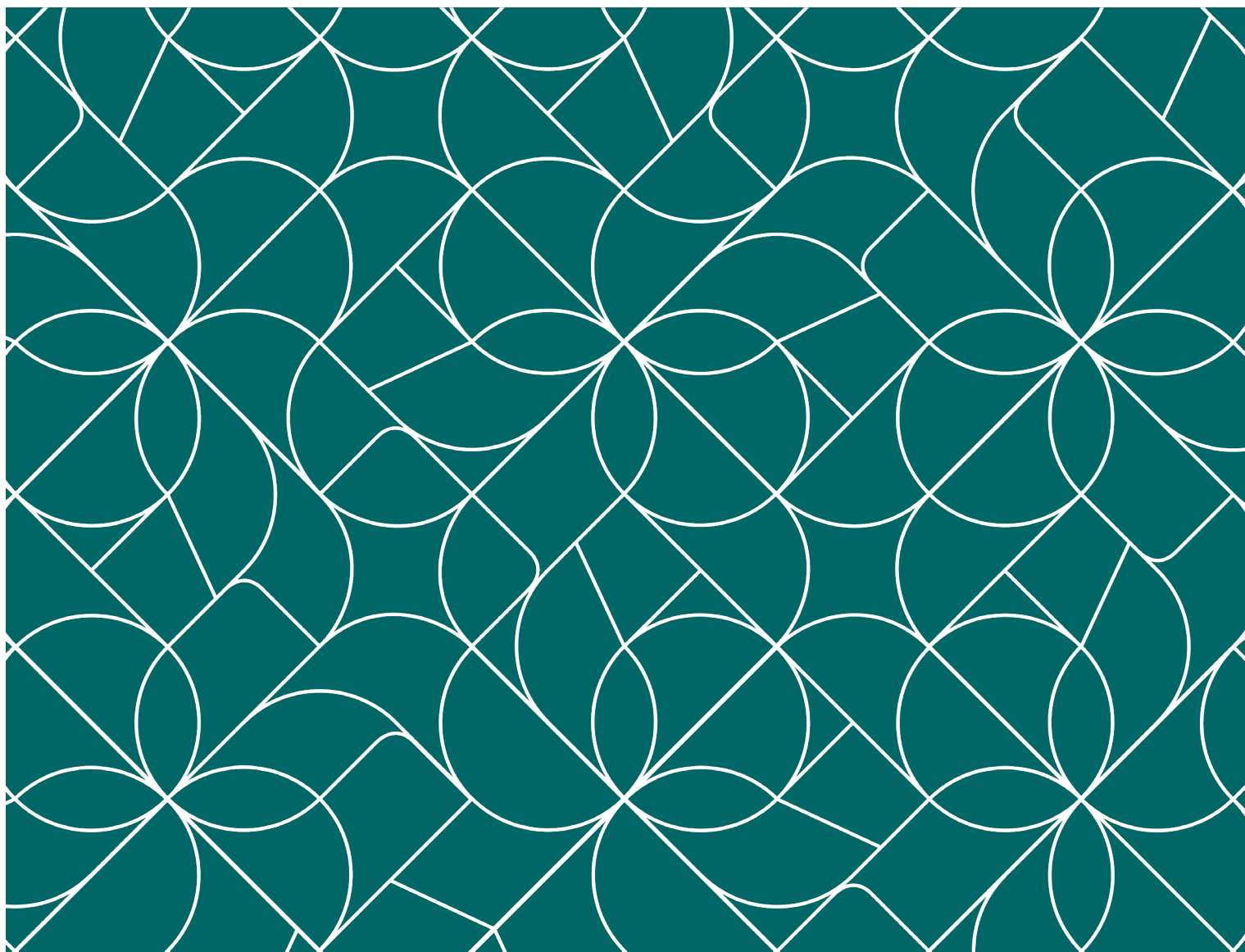


Utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar

Redovisning av regeringsuppdrag S2023/03257



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

Artikelnr • IVO 2025-16

Utgiven • November 2025, www.ivo.se

Sammanfattning

IVO har under 2024–2025 haft i uppdrag av regeringen att utveckla arbetet med skade- och dödsfallsutredningar, enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD. Under perioden 2019–2025 har IVO genomfört och fattat beslut i 18 tillsyner. I 15 av tillsynerna har IVO funnit så allvarliga brister i verksamheten att myndigheten har begärt att kommunen/vårdgivaren ska redovisa åtgärder för att komma till rätta med bristerna. I en av de 15 tillsynerna har IVO även fattat ett uppföljande beslut om att förelägga verksamheten för att åtgärderna inte har varit tillräckliga.

Samtliga granskade socialnämnder hade allvarliga brister i handläggningen, framför allt utifrån orosanmälningar, vilket innebar att socialnämnderna inte utredde uppgifter om våld eller barns behov av skydd och stöd i tillräcklig utsträckning. Tillsammans med otillräcklig följsamhet till gällande bestämmelser om bland annat barns bästa, omedelbar skyddsbedömning och lagstadgad utredningstid resulterade det i bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar. Återkommande bristområden i både kommuner och regioner var samverkan och systematiskt kvalitetsarbete hos huvudmän och vårdgivare. Det medförde att varken kommuner eller regioner identifierade sina brister och utvecklingsområden i tillräcklig grad.

IVO har ett pågående utvecklingsarbete för att kunna bidra med bättre underlag till Socialstyrelsens skade- och dödsfallsutredningar. Det innebär att IVO genomför egeninitierad riskbaserad tillsyn innan Socialstyrelsen informerar IVO om inledda ärenden. Samtliga av de 18 genomförda tillsynerna initierades av IVO baserat på analys och bedömning av hur akuta och allvarliga riskerna var utifrån IVO:s samlade underlag för respektive tillsyn. För samtliga 18 tillsyner hade IVO också bedömt att det fanns hög sannolikhet att information skulle komma från Socialstyrelsen om att ärenden inlett relaterat till dessa tillsyner. 15 av de 18 tillsynerna har vid tidpunkten för denna slutredovisning kunnat kopplas till information från Socialstyrelsen. För de tre återstående tillsynerna bevakar IVO inkommande information från Socialstyrelsen så att även dessa tillsyner ska kunna kopplas till Socialstyrelsens inledda ärenden.

IVO ser vissa svårigheter med tillämpningen av delar av 3 a § LUD, för tillsyn som inleds endast utifrån information från Socialstyrelsen. Svårigheterna är relaterade till tidsfaktorn som innebär att tillsyn efter inkommen information från Socialstyrelsen i regel kan inledas först lång tid efter händelsen. Detta beror främst på faktorer relaterade till rättskedjan, men medför svårigheter för IVO att få fram tillräcklig information som grund för tillsyn. För majoriteten av de informationer om inledda ärenden som kommit från Socialstyrelsen har IVO därför inte inlett tillsyn. Efter bedömning av informationen har IVO svarat Socialstyrelsen att IVO inte inleder tillsyn eller har genomfört tillsyn som kan kopplas till informationen. IVO har därefter avslutat ärendet.

Innehåll

Sammanfattning	3
Uppdraget	5
Bakgrund.....	5
Redovisning och analys av bedömningar	6
IVO:s bedömningar	6
Analys	7
Tillämpningen av 3 a § LUD.....	8
Pågående utvecklingsarbete.....	8
Svårigheter med tillämpningen	9
Referenser	10
Bilaga 1	11
Genomförda tillsyner – beslut och bristområden	11

Uppdraget

IVO fick i myndighetens regleringsbrev för 2024 uppdrag från regeringen om utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar. Uppdraget innebär att redovisa och analysera de bedömningar som myndigheten har gjort vid tillsyn samt redogöra för eventuella svårigheter med lagens tillämpning. IVO ska vid behov också presentera en plan för hur arbetet med tillsyn i fråga ska utvecklas.¹

Bakgrund

Syftet med utredningsverksamheten enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD, är att ge regeringen underlag för beslut om åtgärder för att förebygga att barn far illa eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av en närstående eller tidigare närstående person. Socialstyrelsen är utsedd utredningsmyndighet.² För att göra utredningsverksamheten mer effektiv och ändamålsenlig tillfördes bland annat en ny bestämmelse 2019 om att vissa statliga förvaltningsmyndigheter, däribland IVO, bör genomföra tillsyn av verksamhet som berörs av en utredning enligt LUD.³ Bestämmelsen innebär att Socialstyrelsen ska informera IVO att ett ärende har inletts. När IVO har genomfört tillsyn eller inleder tillsyn med anledning av sådan information ska IVO också underrätta Socialstyrelsen om resultat och åtgärder utifrån tillsynen.

¹ Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Inspektionen för vård och omsorg, S2023/03257.

² 1 § Förordning (2007:748) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

³ 3 § Lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD.

Redovisning och analys av bedömningar

Under perioden 2019–2025 har IVO genomfört 15 tillsyner av verksamheter som berörts av en utredning enligt LUD. 12 tillsyner har rört socialtjänstverksamheter och tre tillsyner har rört hälso- och sjukvårdsverksamheter. Samtliga tillsyner har varit riskbaserade egeninitierade tillsyner. Det innebär att de initierats av IVO utifrån en bedömning av hur akuta och allvarliga riskerna var enligt IVO:s samlade underlag för respektive tillsyn. Utöver riskbedömningen har IVO bedömt att det fanns hög sannolikhet att information skulle komma från Socialstyrelsen om att ärenden inletts relaterat till samtliga 15 tillsyner. Under tiden som respektive tillsyn har genomförts har IVO bevakat inkommande information från Socialstyrelsen om inledda ärenden. Vid tidpunkten för respektive tillsyns avslut hade ännu ingen information relaterad dessa 15 tillsyner inkommit. IVO har därför fortsatt bevakningen även efter att tillsynerna avslutats, tills information har inkommit. Vid tidpunkten för denna slutredovisning har samtliga 15 tillsyner kunnat kopplas till information från Socialstyrelsen och IVO har underrättat Socialstyrelsen om resultat och åtgärder utifrån respektive tillsyn.

Utöver dessa 15 tillsyner har IVO genomfört ytterligare tre riskbaserade egeninitierade tillsyner som har rört socialtjänst. Tillsynerna har initierats utifrån samma grunder som de 15 tidigare tillsynerna, även här med bedömningen att information kommer att inkomma från Socialstyrelsen om att ärenden har inletts. IVO fortsätter därför att bevaka information från Socialstyrelsen med förväntan om att kunna koppla även dessa tre tillsyner till Socialstyrelsens inledda ärenden enligt LUD.

IVO:s bedömningar

I 15 av de totalt 18 genomförda tillsynerna har IVO funnit så allvarliga brister i verksamheten att myndigheten har begärt återredovisning från kommunen/regionen om socialnämndens/vårdgivarens genomförda och planerade åtgärder för att komma till rätta med bristerna. Beslut med begäran om återredovisning innebär att IVO fortsätter granskningen av verksamheterna till dess att myndigheten bedömer att tillräckliga åtgärder har genomförts. I en av de 15 tillsynerna av socialtjänst har IVO även fattat ett uppföljande beslut om att förelägga verksamheten för att åtgärderna inte har varit tillräckliga. Tabell 1 visar antalet tillsynsbeslut per beslutstyp.

Tabell 1. Antal tillsynsbeslut per beslutstyp enligt LUD 2019–2025.

	Antal
Beslut om föreläggande med vite	1
Beslut med brister och begäran om återredovisning	15
Beslut med brister	2
Beslut utan brister	1
Totalt	18

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025

Analys

Samtliga granskade socialnämnder hade allvarliga brister i handläggningen. Tillsammans med otillräcklig följsamhet till gällande bestämmelser om bland annat barns bästa, omedelbar skyddsbedömning och lagstadgad utredningstid resulterade det i bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar. Tillsynerna visade att i flera ärenden där nämnden inlett en utredning efter att uppgifter om våld framkommit så utreddes uppgifterna antingen inte alls eller inte i tillräcklig omfattning.

I 14 av 15 kommuner har socialnämnderna haft omfattande brister i hanteringen av orosanmälningar. Det handlar till exempel om att nämnderna inte har inlett utredning alls eller inlett utredning för sent efter en mottagen orosanmälan för barn. I flera fall hade nämnderna inte heller genomfört utredningen skyndsamt och inom lagstadgad tid.

Socialnämnderna i 13 kommuner har även haft brister i handläggningen av ärenden som gäller barns behov av skydd och stöd. Det handlar till exempel om att nämnderna inte har utrett barns behov av skydd och stöd eller inte haft ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning om det fanns ett omedelbart behov av skydd för barn.

Hälften av de granskade socialnämnderna, sju av 15, har haft ett otillräckligt barnrättsperspektiv i handläggningen. Till exempel framkom det i tillsynerna att barnutredningar inte har kartlagt barnens situation tillräckligt, att barn inte har gjorts tillräckligt delaktiga i utredningsprocessen och att nämnderna inte har pratat med de berörda barnen.

IVO bedömer att socialnämndernas utredningar inte fångar hela problemet eller identifierar samtliga bakomliggande orsaker. Det innebär att brister kvarstår i flera fall, att arbetssätten inte förbättras och att nämndernas insatser riskerar att bli irrelevanta, missriktade eller otillräckliga.

IVO konstaterar att ett återkommande bristområde i både kommuner och regioner var samverkan, både internt och mellan huvudmän och vårdgivare. IVO har också konstaterat återkommande brister i huvudmännens och vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete, till exempel i arbetet med lex Sarah, lex Maria och egenkontroll. Bristerna medförde att varken kommuner eller regioner identifierade sina brister och utvecklingsområden i tillräckligt hög grad.

IVO:s bedömningar i de 18 tillsynerna visar samma typ av brister som myndigheten tidigare har identifierat i sin tillsyn, särskilt i en riktad tillsynsinsats 2021–2023 av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.⁴

Tillämpningen av 3 a § LUD

Pågående utvecklingsarbete

Sedan bestämmelsen i 3 a § LUD trädde i kraft har IVO arbetat med att skapa förutsättningar för att bidra med underlag⁵ till förväntade underrättelser om dödsfallsutredningar. Arbetet har inneburit att identifiera behov och skapa en samordnad hantering för IVO:s deltagande i utredningsverksamheten, bland annat genom att belysa hur IVO arbetar utifrån att den tillsyn som myndigheten genomför ska vara riskbaserad och effektiv. Det har även inneburit att föreslå hur IVO:s arbete med utredningsverksamheten enligt 3 a § LUD ska följas upp för att säkerställa att de aktiviteter som följer av LUD sker effektivt, ändamålsenligt och med hög kvalitet.

En utmaning är att Socialstyrelsens aktiviteter⁶ i skade- och dödsfallsutredningar utgår från individer, medan IVO:s tillsyn utgår från ett verksamhetsperspektiv. IVO ser möjligheter att kombinera dessa perspektiv och därmed bidra till de behov som finns, både utifrån Socialstyrelsens aktiviteter och utifrån IVO:s inriktning mot att arbeta riskbaserat med ett verksamhetsperspektiv.

IVO:s tillsyn inom ramen för LUD är riskbaserad. Det innebär att tillsyn initieras efter en sammanvägd bedömning av hur akuta och allvarliga riskerna är utifrån IVO:s samlade underlag i ärendet. Underlaget kan till exempel innehålla uppgifter från media, tips eller andra signaler till IVO samt resultat och iakttagelser från tidigare tillsyner, framför allt tillsyner som rör våld i nära relation. När IVO bedömer om tillsyn ska inledas granskar myndigheten om de berörda personerna har haft aktuella kontakter med socialtjänst eller hälso- och sjukvård samt om det

⁴ Regeringsuppdrag A2021/01714 redovisas i rapporten Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck, Inspektionen för vård och omsorg, 2024

⁵ Avser bland annat resultat och åtgärder utifrån tillsyn.

⁶ Avser här Socialstyrelsens förfrågningar om tillsynsinsatser samt analysmöten där resultat och åtgärder delges Socialstyrelsen.

finns hög sannolikhet att information kommer att komma från Socialstyrelsen om att ett ärende har inletts.

För att kunna bidra med bästa möjliga underlag till Socialstyrelsens utredningar fokuserar tillsynen på bakomliggande orsaker till händelsen och brister på systemnivå. IVO använder händelseanalys för att identifiera risker och brister, både i enskilda verksamheter och på systemnivå. Händelseanalys innebär att tillsynen utgår från en tidslinje fram till händelsen. Den fokuserar på hur ansvariga aktörer har följt bestämmelser om att förebygga, upptäcka och agera vid våld i nära relationer och annat våld, hur de har arbetat enligt föreskriften för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur de har följt andra tillämpliga regelverk. En viktig aspekt i tillsynen är att IVO kopplar ihop iakttagelser med konsekvenser för berörda personer och gör en analys som synliggör händelserna i ärendet.⁷ Det gör att tillsynen blir fokuserad och kan bidra med värdefull kunskap till Socialstyrelsens utredning.

Den riskbaserade egeninitierade tillsynen med koppling till LUD hjälper IVO att avgränsa och inrikta granskningen utifrån IVO:s uppdrag och nyttan för Socialstyrelsens utredning enligt LUD. Den information som framkommer i tillsynen genom intervjuer och genom utredningar inom lex Maria eller lex Sarah samt annan efterfrågad information från huvudmannen eller vårdgivaren är nödvändig för att komplettera iakttagelser från Socialstyrelsens utredningar, vilka hittills främst baserats på journalgranskning. IVO:s tillsyn, inklusive händelse- och orsaksanalys, har därför ofta tillfört värdefulla uppgifter till Socialstyrelsens utredning och analys.

Svårigheter med tillämpningen

Trots ett antal insatser under flera års tid ser IVO fortfarande svårigheter med tillämpningen av vissa delar av 3 a § LUD, specifikt för tillsyn som initieras enbart utifrån information från Socialstyrelsen om inledda ärenden. Sådan tillsyn inleds i regel relativt lång tid efter den inträffade händelsen, vilket främst beror på att Socialstyrelsen själva inte har tillgång till informationen tidigare utifrån faktorer relaterade till rättskedjan⁸. Tidsfaktorn påverkar också när Socialstyrelsen kan skicka information till IVO om att ett ärende har inletts enligt LUD. När händelsen har skett långt bakåt i tiden har IVO haft svårt att få fram tillräcklig information om händelsen för att ha grund för tillsyn.⁹ Detta har inneburit att för majoriteten av de inledda ärenden som Socialstyrelsen har informerat om har IVO inte inlett tillsyn. Efter bedömning av informationen har IVO svarat Socialstyrelsen att IVO inte

⁷ Analysen kan exempelvis peka på att huvudmannen/vårdgivaren inte fick viss information, vilket ledde till att fel insats gavs, vilket i sin tur gav allvarliga eller till och med dödliga konsekvenser för de berörda personerna.

⁸ Socialstyrelsen kan informera IVO först efter dom i ärendet. Överklaganden och domstolsprocesser kan pågå under lång tid.

⁹ Exempelvis information i form av uppgifter från media, tips och andra signaler till IVO samt information från andra ärenden hos IVO.

inleder tillsyn eller har genomfört tillsyn som kan kopplas till informationen. IVO har därefter avslutat ärendet.

Under perioden 2019–2025 har IVO därför endast inlett tillsyn utifrån information från Socialstyrelsen i fem ärenden. Ingen av tillsynerna har dock kunnat avslutas med beslut, utan samtliga har avskrivits på grund av att det saknats tillräcklig grund för tillsyn. I tillsynerna har IVO initialt konstaterat att de berörda personerna endast har haft korta, avgränsade kontakter med hälso- och sjukvård eller socialtjänst och att berörda vård- och omsorgsgivare inte haft någon kännedom om utsatthet för våld eller våldsutövande. IVO konstaterade därför att det inte fanns möjlighet att utreda händelserna.

Utifrån detta bedömer IVO att myndigheten har svårt att bidra till Socialstyrelsens utredningar utifrån tillsyner som initieras enbart utifrån information från Socialstyrelsen om inledda ärenden.

Referenser

IVO (2024) Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. IVO 2024-04.

Prop. 2017/18:215. Utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

SFS (2007:606) Lag om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

SFS (2007:748) Förordningen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

SFS (2013:176) Förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

SFS (2018:1375) Lag om ändring i lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall.

Bilaga 1

Genomförda tillsyner – beslut och bristområden

Beslut	Bristområden Socialtjänst
Beslut med begäran om återredovisning	Brister i umgängesplanering, barnrättsperspektiv, dokumentation, samt brister i att vidta åtgärder utifrån bestämmelser om barn som brottsoffer/som bevitnat våld.
Beslut med begäran om återredovisning	Brister i umgängesplanering, barnrättsperspektiv, dokumentation, samt brister i att vidta åtgärder utifrån bestämmelser om barn som brottsoffer/som bevitnat våld.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte handlagt orosanmälningar korrekt, dröjt med omedelbart LVU, brister utifrån bestämmelserna om lex Sarah. Borde inhämtat mer information vid anmälningar, inte dokumenterat bedömningar eller hur de gjorts, inte pratat med barnen eller annan vårdnadshavare.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte skyndsamt genomfört tillräckliga åtgärder till skydd. Inte hanterat inkommande oro på adekvat sätt, inte inhämtat tillräckligt med information för bedömningar under pågående utredning där oro tillkommit.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte utrett tillräckligt skyndsamt, otillräckligt barnperspektiv i handläggningen, inte tillgodosett barns delaktighet, samt brister i skydds- och riskbedömningar vid våld.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte utrett tillräckligt eller skyndsamt nog, inte inlett utredning efter anmälan, inte gjort orosanmälan vid flytt, inte utrett inom tidsgränser.
Beslut med begäran om återredovisning	Brister i hantering av orosanmälan och i utredningar.
Beslut med begäran om återredovisning, samt beslut om föreläggande	Inte utrett uppgifter om våld, inte polisanmält brott mot barn, inte följt upp efter att utredning avslutats utan insats, inte motiverat skyddsbedömning, inte inlett utredning när orosanmälan inkommit. Efter nämndens återredovisning fattade IVO beslut om föreläggande.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte utrett och bedömt uppgifter om våld, inte utrett tillräckligt skyndsamt, brister i skyddsbedömningar.
Beslut med begäran om återredovisning	Brister i utredningar, brister i umgängesutredning.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte inlett utredning och inte motiverat beslutet, dokumentationsbrister i utredning, inte utrett tillräckligt eller skyndsamt, brister i barns delaktighet, brister utifrån bestämmelser om lex Sarah.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte inlett utredning vid orosanmälningar, brister utifrån bestämmelser om lex Sarah. Skyddsbedömningar saknas.
Beslut med begäran om återredovisning	Brister i utredning, inte inhämtat tillräckligt med information i förhandsbedömning.
Beslut med begäran om återredovisning	Inte tillförsäkrat trygg och säker vård vid LVU i hemmet.

Beslut med brister	Inte inlett utredning utan dröjsmål, brister i skyddsbedömningar.
Beslut	Bristområden hälso- och sjukvård
Beslut med begäran om återredovisning	Inte säkerställt att patienten fått en god vård, brister i samverkan med socialtjänst och skola.
Beslut med brister	Brister i samordning mellan verksamheter och i systematiskt arbete för att förebygga våld i nära relationer. Påpekande om vikten av tydlighet i orosanmälningar om barn och sammanhållna händelseanalyser när en händelse rör flera verksamheter.
Beslut utan brister	(Inga brister inom granskningsområdet)