

**NUSO**  
**Nationell Uppföljning av**  
**Socialtjänstens Omställning**

**PM#1**

**Inledande nationella resultat från delstudie 1**  
**om avslutade barnavårdsutredningar**  
**2024-10-02**

Birgitta Persdotter



## **Innehållsförteckning**

<b>Inledning.....</b>	<b>2</b>
<b>Om delstudie 1 .....</b>	<b>3</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>4</b>
<b>Resultatens relevans för socialtjänstens omställning .</b>	<b>15</b>
<b>Kommande PM.....</b>	<b>18</b>

## Inledning

Detta PM är det första i en serie av resultatsammanfattningar från det nationella forsknings- och utvecklingsprojektet NUSO (Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning). NUSO kombinerar systematisk uppföljning med forskning med målsättningen att skapa nationell, regional och lokal kunskap om utgångsläget inför ny socialtjänstlag samt följa förändringar över tid. NUSO fokuserar på centrala delar i socialtjänstreformen avseende ökad tillgänglighet och förebyggande arbete, en jämställd och jämlik socialtjänst samt utvecklingen av socialtjänstens arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Under 2024 genomförs tre delstudier om socialtjänstens arbete med barn, unga och familjer.

Delstudie 1: Om avslutade barnavårdsutredningar

Delstudie 2: Om icke biståndsprövade insatser

Delstudie 3: Om aktualiseringar

Detta PM redovisar några inledande resultat på nationell nivå från delstudie 1, om avslutade barnavårdsutredningar. Syftet med studien är att undersöka vilka barn som utreds, hur utredningarna genomförs och vad utredningsprocessen resulterar i. Olika faktorer som kan påverka barnens väg till stöd eller skydd, både i relation till barnet själv, familjen, organisationen och kommunen kommer att analyseras. Under 2025 kommer samtliga barn som enligt denna undersökning beviljades insatser följas upp.

NUSO genomförs av FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet på uppdrag av, och i nära samarbete med, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Projektet leds av ansvarig forskare, Birgitta Persdotter, vid Karlstads universitet, som också författat detta PM. NUSO genomförs i nära samarbete mellan forskning och praktik genom processen Vaves®. Kommunerna får kunskap om den lokala situationen över tid, jämförelse med andra kommuner, analysstöd baserat på statistiska analyser, kunskap från tidigare forskning och teoretiska modeller.

Läs mer om NUSO på [SKR:s webbplats Framtidens socialtjänst](#).

## Om delstudie 1

I NUSO delstudie 1 deltar 134 kommuner och stadsdelar. Uppgifter om ca 21 000 avslutade barnavårdsutredningar har samlats in, vilket utgör ett helt unikt datamaterial. Någon liknade studie i den här omfattningen har aldrig tidigare genomförts i Sverige.

Resultaten i detta första PM handlar om:

- I vilken utsträckning utsatthet i hemmiljö och/eller eget beteende framkommer i utredningarna för olika grupper av barn.
- Hur barnens utsatthet varierar utifrån ålder och tidigare känedom med särskilt fokus på skillnader mellan flickor och pojkar.
- Barn med diagnosticerad funktionsvariation eller långvarig sjukdom, och med särskilt fokus på socialtjänstens information från andra professioner under utredningsprocessen.
- Utredningar som rör barn och ungas kriminalitet.
- Skillnader i bedömt behov av stöd och tillgång till insatser mellan olika grupper av barn (kön, ålder, ursprung, boendesituation, kommunstorlek hälsotillstånd).

### Datainsamling

Data har samlats in genom att socialsekreterare eller annan verksamhetsnära personal har besvarat webbenkäter om varje enskild avslutad utredning baserat på information i BBIC<sup>1</sup> beslutsunderlag.

Studien är en totalundersökning som rör avslutade utredningar för barn 0-17 år under en sexmånadersperiod (231001 - 240331). Utredningar som inletts under pågående utredning, eller som rörde yttranden eller vårdnadsöverflytt exkluderades.

Mer information om metod, teoretiska perspektiv och etik kommer att beskrivas i en kommande metodrapport.

---

<sup>1</sup> BBIC, Barns behov i centrum, är en nationell enhetlig struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av enskilda ärenden i den sociala barn- och ungdomsvården. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/>

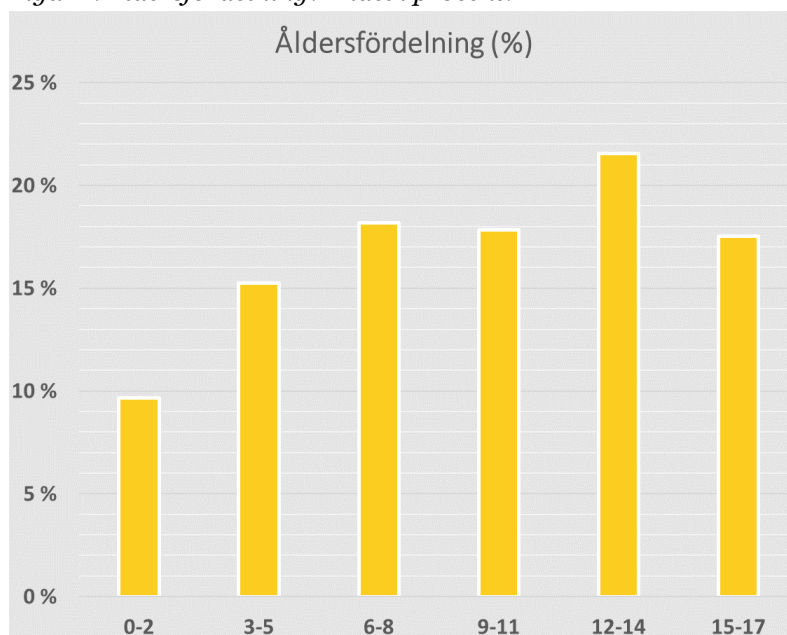
## Resultat

### Barnen som har utretts

Totalt har uppgifter om 21 858 utredningar registrerats. Hälften av barnen har utretts tidigare och var femte har enligt dokumentationen haft tidigare insats. Fyra av tio barn bor i storstad eller kommuner med mer än 100 000 invånare, tre av tio i kommuner med 40 000 – 100 000 invånare och lika stor andel bor i mindre kommuner.

Figur 1 visar att majoriteten av barnen är äldre än 9 år. Den minsta gruppen utgörs av barn i åldern 0-2 år och den största av barn i åldern 12-14 år. Totalt sett har fler pojkar än flickor utretts (53 procent jämfört med 47 procent). Fördelningen utifrån kön varierar beroende på ålder. I åldern 6-8 år är andelen pojkar betydligt högre än andelen flickor. Medan andelen flickor är högre än andelen pojkar i åldern 12-14 år.

Figur 1. Åldersfördelning. Andel i procent.



Majoriteten av barnen har svensk bakgrund (56 procent), oavsett ålder. Barn med utländsk bakgrund utgör 29 procent och i närmare 15 procent av utredningarna saknas information om barnets och/eller vårdnadshavares födelseland. Flest barn och unga oavsett svensk eller utländsk bakgrund bor med båda föräldrarna (41 procent), men det är

samtidigt betydligt lägre andel än genomsnittet i riket. Mer än en tredjedel bor med en ensamstående förälder, därefter är det vanligast att bo växelvis.

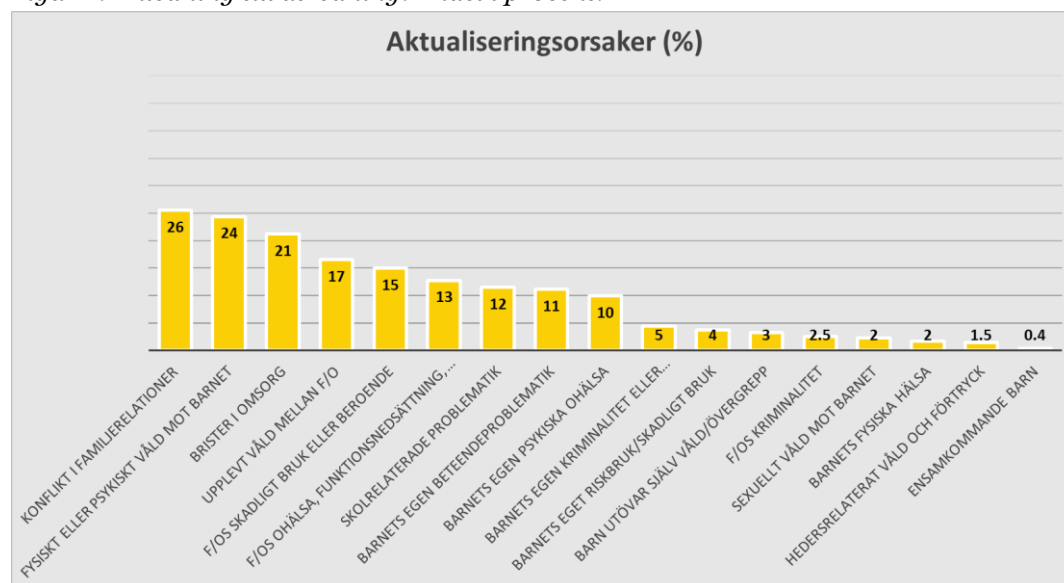
### Anledning till utredning

Närmare nio av tio utredningar har inletts efter orosanmälan och drygt en av tio efter ansökan. Figur 2 visar fördelningen av anledningar till att utredningen inletts. Konflikter i familjen och fysiskt eller psykiskt våld mot barnet är de vanligaste anledningarna till utredning.

Skolrelaterad problematik är den vanligaste anledningen till utredning utifrån barnens egen problematik. Barnets egen kriminalitet eller kriminellt umgänge liksom riskbruk/skadligt bruk och eget våldsutövande är sällan anledning till utredning.

I majoriteten av fallen har mer än en anledning till utredning angetts. Hur dessa kombinationer av anledningar ser ut, har ännu inte analyserats men kommer att presenteras i kommande PM.

Figur 2. Anledning till utredning. Andel i procent.



### Skillnader i utsatthet, behov och insatser/åtgärder

Någon form av utsatthet har framkommit i 89 procent av utredningarna. Den identifierade utsattheten baseras på socialsekreterarens dokumenterade bedömning och delas in i utsatthet som rör hemmiljön, utsatthet som rör barnets eget beteende samt utsatthet som rör både

hemmiljö och beteende. Som framgår av tabell 1 är det vanligast att enbart utsatthet i hemmiljö har framkommit. Samtidigt är det vid en kombination av utsatthet både i hemmiljön och på grund av barnets eget beteende som socialtjänsten i störst utsträckning har bedömt att barnet har behov av stöd och flest insatser har också beviljats för denna grupp.

**Tabell 1. Fördelning av identifierad utsatthet i relation till bedömning av behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutad insats/åtgärd.**

Identifierad utsatthet	Bedömt behov av stöd eller skydd	Biståndsbeslutad insats/åtgärd
Ingen utsatthet	11%	14 %
Hemmiljö	61 %	51 %
Eget beteende	13 %	58 %
Hemmiljö och eget beteende	15 %	75 %

Totalt bedöms 52 procent av barnen vara i behov av stöd eller skydd. 36 procent av utredningarna leder till biståndsbeslutad insats/åtgärd. Vid anmälan leder 32 procent av utredningarna till beslut om åtgärd/insats jämfört med 61 procent vid ansökan. Analyser av skillnader mellan olika grupper av barn sammanfattas i figur 3 och beskrivs närmare nedan.

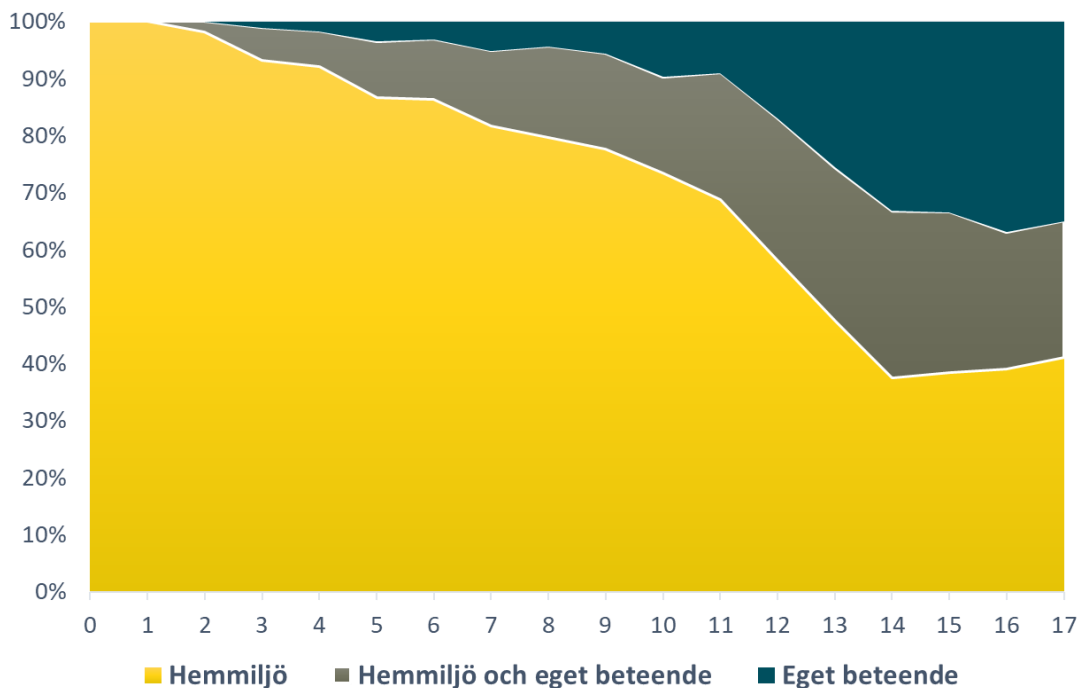
*Figur 3. Summering av skillnader mellan grupper i bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder.*

Bedömt behov av stöd eller skydd	Biståndsbeslutade insatser/åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen skillnad mellan flickor och pojkar</li> <li>• Ökar i takt med varje ålderssteg</li> <li>• Mer behov om fastställd diagnos</li> <li>• Mindre behov om föräldrarna bor tillsammans</li> <li>• Mindre behov om utländsk bakgrund</li> <li>• Mindre behov om storstad</li> </ul>	<p>Mer biståndsbeslutade insatser/åtgärder till:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn äldre än 9 år</li> <li>• Barn med diagnos</li> <li>• Barn i växelvis boende/barn till ensamstående förälder</li> <li>• Barn med svensk bakgrund</li> <li>• Barn som bor i kommuner med färre än 20 000 invånare</li> </ul>

## Förändrad utsatthet i relation till ålder och kön

Den sammantagna utsattheten i relation till barnets ålder visar att utsatthet i hemmiljön dominerar tydligt fram till 10 års ålder. Därefter sker en kraftig ökning av utsatthet på grund av eget beteende enskilt eller i kombination med hemmiljö. Se figur 4.

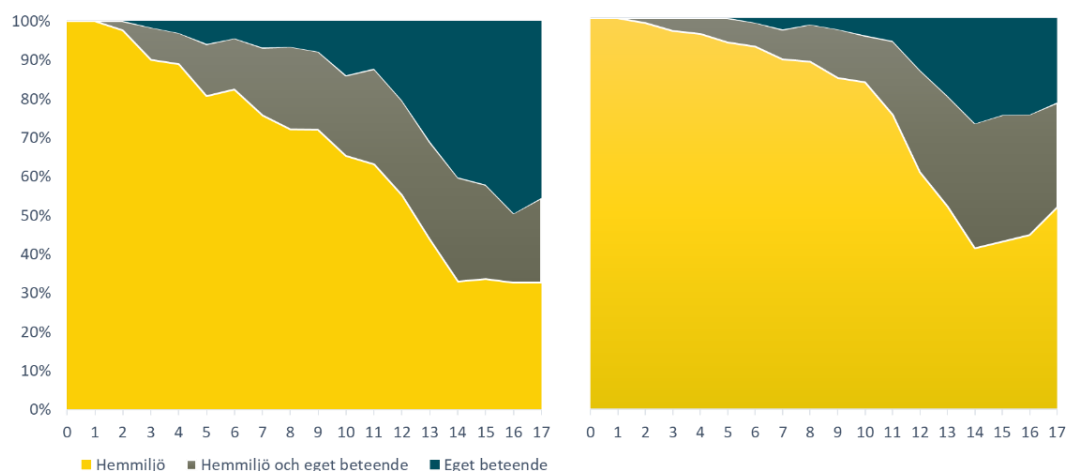
Figur 4. Förändring av identifierad utsatthet i hemmiljö respektive eget beteende i relation till barnets ålder. Andel i procent.



Flickors utsatthet kopplas till hemmiljön i betydligt högre utsträckning än pojkars. Skillnaderna mellan flickor och pojkar synliggörs redan från 3-års ålder. Även i tonåren anges en kombination av hemmiljö och eget beteende vanligtvis för flickor men sällan för pojkar. För pojkar vägs eget beteende in i bedömningen tidigare och i tonårstiden kommer eget beteende att dominera. Se figur 5.



Figur 5. Förändring av identifierad utsatthet i hemmiljö respektive eget beteende i relation till barnets ålder och kön. Pojkar i vänster bild, flickor i höger bild. Andel i procent.

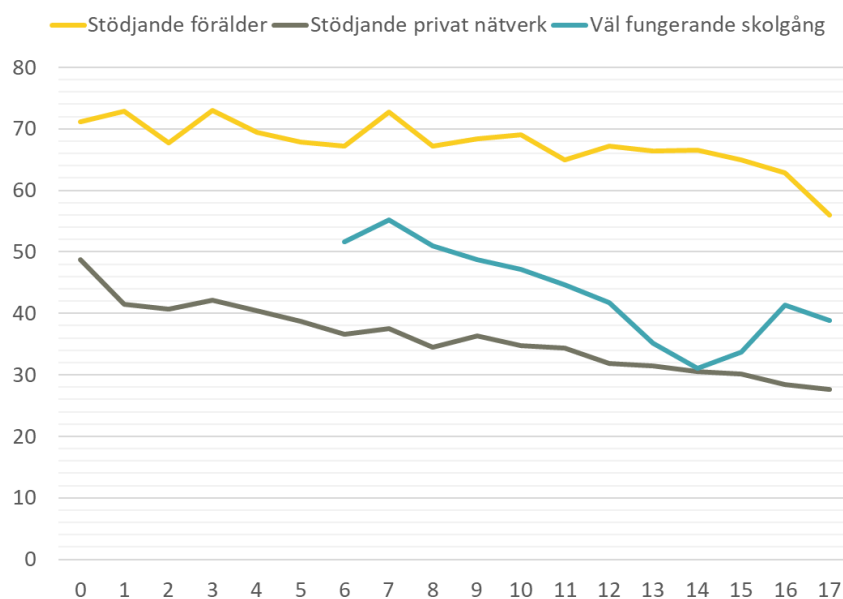


### Minskning av skyddsfaktorer i takt med ökad ålder

Parallellt med en förändring i bedömd utsatthet sker en successiv minskning av de vanligast dokumenterade skyddsfaktorerna. Dessa faktorer är ”en stödjande förälder med insikt och förmåga att tillgodose barnets behov”, ”stödjande privat nätverk som känner till barnets situation” samt välfungerande skolgång vad gäller trivsel, närvaro och skolresultat”. Figur 6 visar att en stödjande förälder har bedömts vara en skyddande faktor i ca tre av fyra utredningar fram till skolstart, därefter sker en minskning ner till drygt hälften av utredningarna i åldern 16-17 år. Ett stödjande privat nätverk dokumenteras som skyddande faktor i hälften av utredningarna som rör spädbarn men sjunker sedan successivt över tid. När det gäller barnets egna resurser dokumenteras ”välfungerande skolgång” i högst utsträckning vid skolstart men avtar sedan påtagligt fram till 14 års ålder för att sedan öka något igen. Ytterligare skyddsfaktorer har undersökts i NUSO men presenteras vidare efter fortsatta analyser.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Fortsatta analyser kommer att göras vad gäller kombinationer av olika riskfaktorer och skyddsfaktorer som grund för bedömning av barnets behov. Resultat från dessa analyser presenteras i kommande PM.

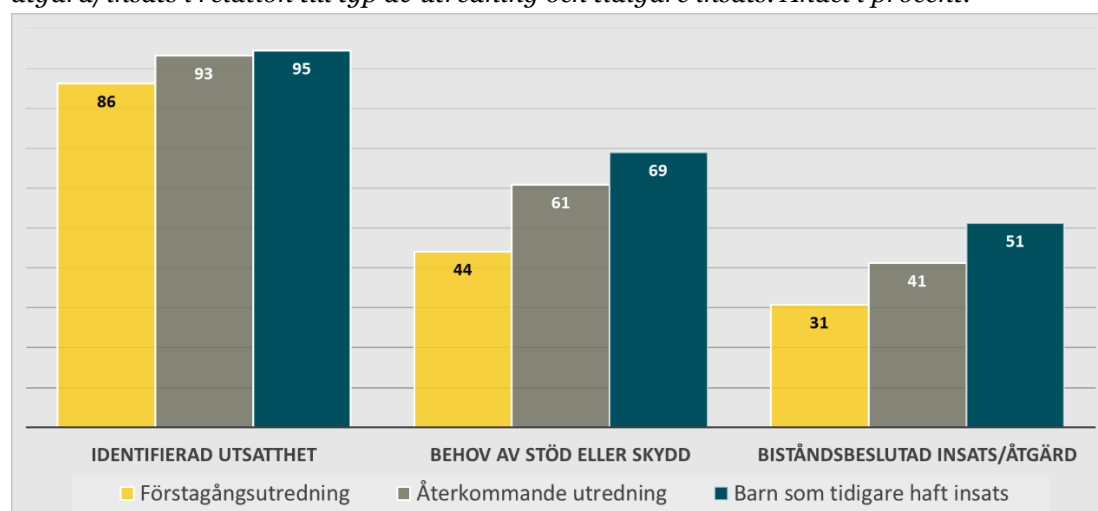
Figur 6. Förändring av dokumenterade skyddsfaktorer i relation till barnets ålder (0-17 år). Andel i procent.



### Tidigare kännedom: små skillnader i utsatthet, men mer insatser

Barn som har utretts tidigare bedöms i högre utsträckning vara i behov av stöd eller skydd än barn som utretts för första gången. Andelen utredningar som leder till biståndsbeslutad insats/åtgärd är också betydligt högre vid återkommande utredning än vid förstagångsutredning. Samtidigt är det förhållandevis små skillnader i identifierad utsatthet i relation till tidigare kännedom, se figur 7.

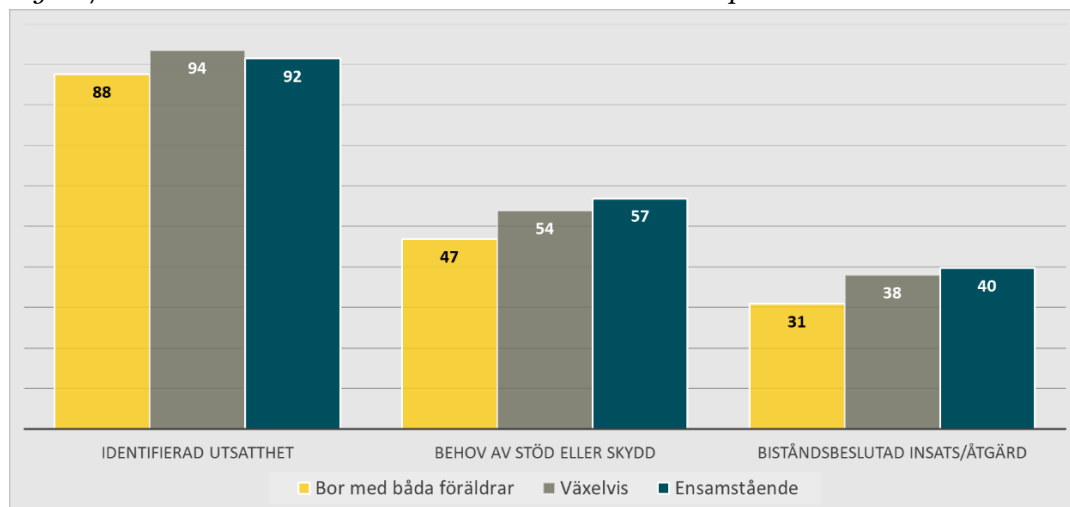
Figur 7. Identifierad utsatthet, bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutad åtgärd/insats i relation till typ av utredning och tidigare insats. Andel i procent.



### Barn som bor med båda föräldrar får färre insatser och senare

Barn som bor med båda föräldrar får färre insatser jämfört med barn till ensamstående föräldrar och barn som bor växelvis, vilket illustreras av figur 8. Andelen ansökningar är även högre bland ensamstående vilket delvis förklarar skillnaderna. En annan förklaring är att barn som bor med båda föräldrar i betydligt mindre utsträckning får biståndsbeslutade insatser/åtgärder vid förstagångsutredningar och att det i stor utsträckning bedöms finnas en fungerande och stödjande förälder.

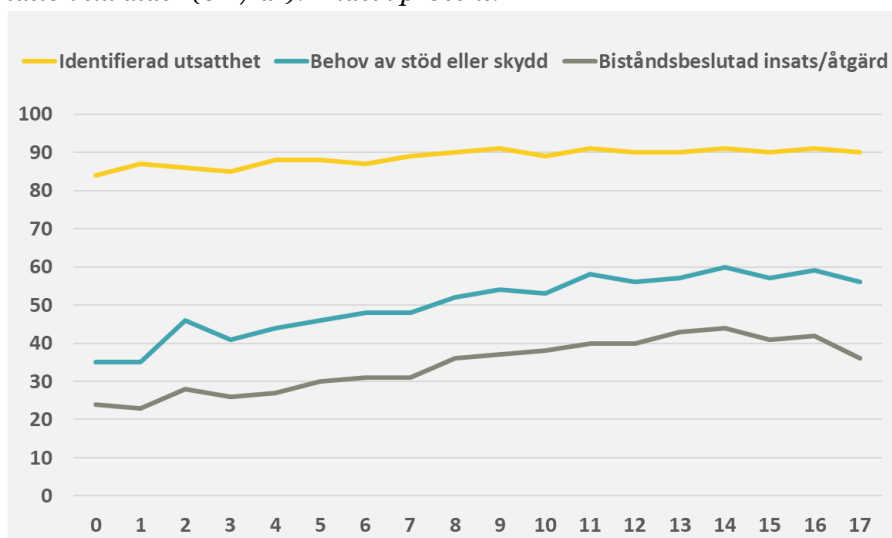
Figur 8. Identifierad utsatthet, bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutad åtgärd/insats i relation till barnets boendesituation. Andel i procent.



### Gapet mellan identifierad utsatthet och insatser är som störst för de yngsta barnen och minskar upp till 14 års ålder

Figur 9 visar att det sker en tydlig och kontinuerlig ökning av bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder upp till 14 års ålder. Utredningar som rör barn i 1 års ålder leder i 23 procent av utredningarna till biståndsbeslutade insatser/åtgärder jämfört med nära dubbelt så hög andel för barn i 14-års åldern. Ser man enbart till anmälningar är motsvarande siffror 20 procent för barn i 1 års ålder och 41 procent i 14-års åldern. Från 15-års ålder sker en minskning både vad gäller behov och insatser/åtgärder. Omfattningen av identifierad utsatthet ökar endast i små steg i relation till barnets ålder, från 85 procent i åldern 0-5 år till 90 procent från 6 – 17 år, vilket innebär att gapet mellan identifierad utsatthet och insatser är som störst för de yngsta barnen.

Figur 9. Bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder i relation till ålder (0-17 år). Andel i procent.



### Barn med diagnos: Mer utsatta, mer behov och mer insatser

I 20 procent av utredningarna anges att barnet har diagnosticerad funktionsvariation eller långvarig sjukdom. De allra flesta har neuropsykiatrisk diagnos (NPF) i form av ADHD (12 procent) eller Autism (6 procent). Psykiatriska tillstånd och intellektuell funktionsnedsättning (IF) har angetts i sex procent av utredningarna, medan somatiska sjukdomar och fysiska funktionsvariationer har angetts mer sällan (2 procent).

I 93 procent av utredningarna som rör barn med diagnos har någon form av utsatthet framkommit jämfört med 88 procent i utredningar som rör barn som inte har någon diagnos. Utsatthet på grund av eget beteende enbart eller i kombination med hemmiljö är vanligaste utsatthetsformerna till skillnad från barn utan diagnos där enbart utsatthet i hemmiljö dominerar. Barn med diagnos bedöms vara i behov av stöd eller skydd i betydligt högre grad än barn utan diagnos (61 procent jämfört med 50 procent). Utredningarna leder även i högre grad till biståndsbeslutade insatser/åtgärder (46 procent jämfört med 33 procent).

### **Andra professioner utöver pedagoger involveras sällan**

Information från andra professioner har hämtats in i totalt i 73 procent av utredningarna, oavsett om barnet har diagnos eller inte. Resultatet visar tydligt att andra professioner utöver pedagoger sällan involveras.

I de utredningar där socialtjänsten dokumenterat att information har hämtats in från andra professioner framkommer att pedagogisk kompetens har lämnat information i 80 procent av utredningarna, oavsett om barnet har diagnos eller inte. Medicinsk kompetens har lämnat information i ca 25 procent av utredningarna och enbart i något högre utsträckning i utredningar som rör barn med diagnos. Psykosocial kompetens (till exempel kurator) har lämnat information i ca 25 procent av utredningarna som rör barn med diagnos jämfört med ca 10 procent om barnet inte har haft någon diagnos. Psykologisk kompetens har lämnat information i ca 20 procent av utredningarna som rör barn med diagnos och i 5 procent om barnet inte har haft någon diagnos.

### **Kriminalitet: Liten andel av utredningarna, men leder i hög grad till insatser**

Som framgick av anledning till utredning utgör barnet eller den unges egen kriminalitet eller kriminellt umgänge endast 5 procent av utredningarna. Egen kriminalitet har därefter framkommit i totalt 6 procent av utredningarna. Av dessa är 76 procent pojkar och 24 procent flickor. 32 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna har någon diagnos. I nio fall av tio har pojkar en NPF-diagnos och i åtta fall av tio har flickor en NPF-diagnos. 39 procent av barnen har utländsk bakgrund.

Ser man till den sammantagna utsattheten bedöms pojkar i påtagligt låg grad vara utsatta även i hemmiljön. Pojkars utsatthet bedöms i 68 procent enbart som eget beteende medan motsvarande siffra för flickor är 34 procent. Den tidigare beskrivna skillnaden mellan hur pojkars och flickors utsatthet bedöms (figur 5) är alltså för barn som utreds med anledning av kriminalitet ännu mer markant.

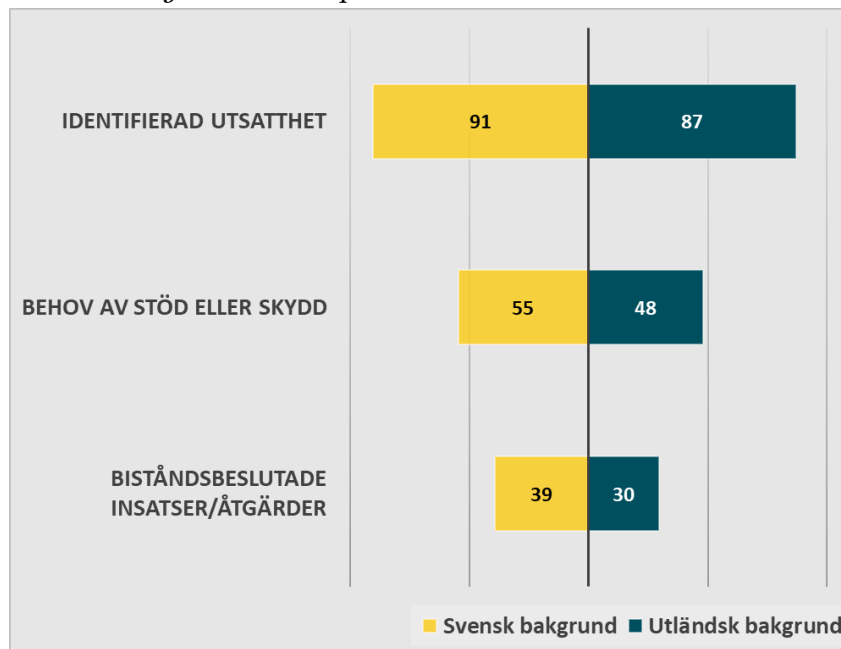
Både flickor och pojkar bedöms vara i behov av stöd eller skydd i ca tre av fyra fall och betydligt fler biståndsbeslutade insatser ges till dessa barn jämfört med övriga (55 procent jämfört med 33 procent).

## Stora skillnader mellan barn med svensk och utländsk bakgrund

I linje med tidigare studier bekräftas skillnaden i tillgång till biståndsbeslutade insatser mellan barn med svensk och utländsk bakgrund. Flickor med svensk bakgrund beviljas insatser i högst utsträckning.

Figur 10 visar skillnader i identifierad utsatthet, bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder. I samtliga ålderskategorier framkommer en något högre grad av enbart utsatthet i hemmiljön för barn med utländsk bakgrund jämfört med barn med svensk bakgrund.

Figur 10. Sorteringssteg från utsatthet till insats/åtgärd för barn med svensk respektive utländsk bakgrund. Andel i procent.

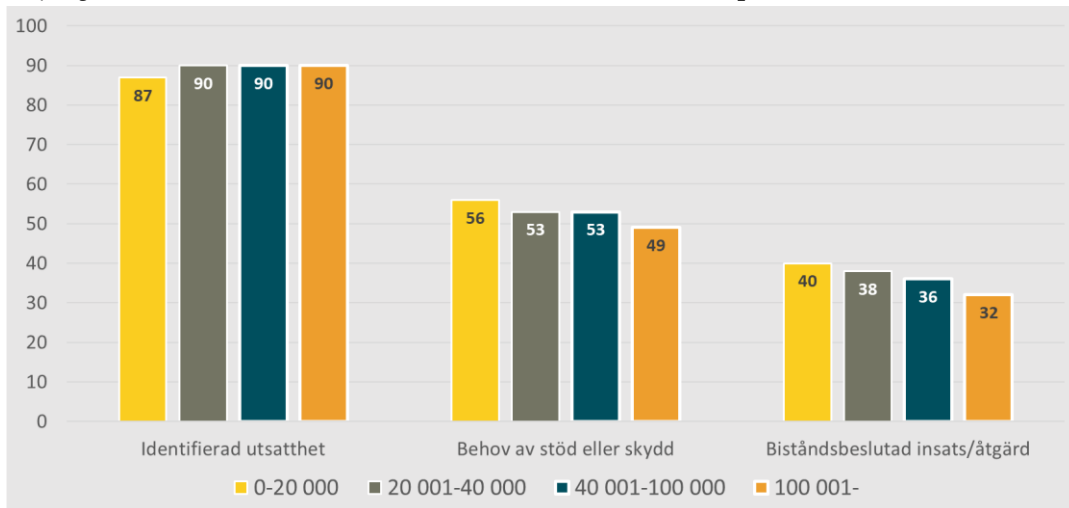


Det är dubbelt så vanligt att vårdnadshavare med svensk bakgrund ansökt om stöd jämfört med vårdnadshavare med utländsk bakgrund (14 procent jämfört med 7 procent). Vårdnadshavare med utländsk bakgrund tackar i samtliga ålderskategorier nej till insats i betydligt högre grad än vårdnadshavare med svensk bakgrund. Det är också tydliga skillnader i samtycke från barnet/den unge. Flickor tackar ja till insatser i betydligt högre utsträckning än pojkar, oavsett bakgrund. I drygt fyra procent av utredningarna anges skäl för LVU för barn med utländsk bakgrund jämfört med drygt två procent för barn med svensk bakgrund.

### Mindre behov och färre insatser ju större kommun

Oavsett anmälan eller ansökan framkommer stegvisa skillnader i relation till kommunstorlek. Barn som bor i mindre kommuner och landsbygd bedöms i högre utsträckning vara i behov av stöd eller skydd och får mer biståndsbeslutade insatser/åtgärder än barn i större kommuner. Andelen barn som bedöms vara i behov av stöd eller skydd samt andelen barn som får biståndsbeslutade insatser/åtgärder minskar i takt med ökat invånarantal. Andelen identifierad utsatthet är samtidigt lägst i kommuner med längst invånarantal och helt lika i övriga kommuner. Se figur 11.

Figur 11. Identifierad utsatthet, behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder i relation till kommunens invånarantal. Andel i procent.



Mönstret vad gäller skillnader i bedömt behov av stöd eller skydd liksom skillnaderna i biståndsbeslutade insatser är detsamma oavsett om utredningarna inletts på grund av anmälan eller via ansökan. Samtidigt har en större andel utredningar inletts via ansökan i kommuner med mindre invånarantal jämfört med större kommuner.

## Resultatens relevans för socialtjänstens omställning

Målsättningen med NUSO, är som beskrevs inledningsvis, att skapa nationell, regional och lokal kunskap om nuläget inför ny socialtjänstlag samt följa förändringar över tid. Genom NUSO utvecklar vi en nationell infrastruktur för att kontinuerligt följa upp centrala delar av socialtjänstreformen.

I detta första PM har vi visat på resultat som på övergripande nationell nivå ger ett utgångsläge när det gäller:

- Hur tidigt socialtjänsten kommer in med stöd, hur barnens totala utsatthet och behov förändras i relation till barnets ålder och tidigare kännedom
- Socialtjänstens samarbete med andra professioner
- Skillnader i utsatthet, behov och insatser utifrån ett jämställdhet- och jämlikhetsperspektiv.

Det ska understrykas att många analyser återstår att göra och att en alltmer nyanserad bild om socialtjänstens utredningar kommer att växa fram efter hand.

### **Önskad omställning: att förebygga och tidigt nå barn i behov av stöd**

Resultatet visar att socialtjänsten når förhållandevis få barn i ett tidigt skede, båda i relation till barnets ålder men också i relation till om det är första gången som barnen utreds. Gapet mellan identifierad utsatthet och insatser är som störst för de yngsta barnen och minskar för varje ålderssteg upp till 14 års ålder. Den höga andelen återkommande utredningar liksom utvecklingen av egen beteendeproblematik indikerar att mer behöver göras tidigare. Det ligger också i linje med önskad omställning till mer tidiga insatser och ett stärkt förebyggande arbete. Resultaten som presenteras i detta PM visar även att de vanligaste skyddsfaktorerna (en förälder med insikt och förmåga att tillgodose barnets behov och/eller ett stödjande privat nätverk) bedöms vara mest närvarande för de yngre barnen men avtar tydligt över tid. Det finns därför anledning att närmare undersöka hur socialtjänsten utreder och bedömer dessa faktorer när barnet är litet, liksom hur de förhåller sig till olika riskfaktorer som framkommit under utredningarna. Genom fortsatta uppföljningar kommer det gå att kunna utvärdera om



andelen yngre barn som får insatser efter utredning ökar och om färre utredningar leder till återaktualiseringar.

### ***Att se hela barnet och stärka tvärprofessionellt samarbete***

Socialtjänstens omställning till att nå barn i behov av stöd i ett så tidigt skede förutsätter också ett stärkt samarbete med andra verksamheter och professioner. Detta gäller inte minst för barn med funktionsvariation och/eller långvarig sjukdom. I var femte utredning har barn med diagnostiserad funktionsvariation eller långvarig sjukdom uppmärksammas. Majoriteten rör neuropsykiatrisk funktionsnedsättning där andelen barn med autism är klart överrepresenterade jämfört med befolkningen i övrigt. En grupp barn som sticker ut extra här är barn med egen kriminalitet, där en hög andel av barnen har någon form av neuropsykiatrisk diagnos. I utredningar om barn med olika typer av diagnoser eller långvariga sjukdomar är det extra viktigt att samverka med andra professioner för att få en så nyanserad bild av barnets behov som möjligt och för att kunna bedöma och planera insatser. Resultatet visar dock att samverkan främst sker med pedagogisk kompetens medan medicinsk och psykologisk kompetens sällan involveras i utredningarna. Det tvärprofessionella samarbetet i såväl utredningsarbete som insatser blir därför viktigt att analysera närmare och att följa över tid. Sociala barn- och ungdomsvården är idag den enda barn- och ungdomsverksamhet som inte har egen tvärprofessionell kompetens<sup>3</sup>, vilket möjligen försvårar socialtjänstens utredningsarbete liksom vissa barns förutsättningar att få samordnade insatser i rätt tid.

### **Önskad omställning: en jämställd och jämlik socialtjänst**

I detta PM påvisas ett antal faktorer som ökar sannolikheten för att socialtjänsten bedömer att barn är i behov av stöd liksom ökar sannolikheten att barn får tillgång till insatser/åtgärder. Resultaten pekar på vikten av fortsatta jämställdhets- och jämlikhetsanalyser för att bedöma om skillnader är motiverade eller omotiverade och vilket stöd och vilka resurser som behövs för att åstadkomma förändring över tid.

---

<sup>3</sup> Jämfört med familjecentraler, elevhälsa, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabitering, barn- och ungdomspsykiatri och första linjen verksamheter som alla har tvärprofessionell kompetens.

Utifrån ett jämställdhetsperspektiv går det att notera att fler pojkar än flickor utreds och att det är tydliga skillnader i om utsattheten bedöms röra enbart hemmiljö, enbart eget beteende eller både och. Flickors utsatthet kopplas till hemmiljön i betydligt högre utsträckning än pojkars. Skillnaderna mellan flickor och pojkar synliggörs redan från 3-års ålder. I gruppen barn med eget kriminellt beteende blir det slående i hur stor omfattning som pojkars utsatthet enbart ses som eget beteende jämfört med flickors.

Socialtjänsten bedömer att flickor och pojkar är i lika stort behov av stöd eller skydd men i slutändan är det ändå så att flickor har något ökad sannolikhet att få insatser/åtgärder. Detta förklaras främst av skillnader i samtycke både från vårdnadshavare och från den unge själv.

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv visar resultatet på skillnader i behov och tillgång till insatser både utifrån barnets ålder, boendesituation, hälsotillstånd, bakgrund och kommund tillhörighet. Barn över 9 år har ökad sannolikhet att få tillgång till insatser/åtgärder, liksom barn till ensamstående föräldrar, barn med svensk bakgrund och barn som har en diagnostiserad funktionsvariation eller långvarig sjukdom. Intressant är också att det framkommer stegvisa skillnader i relation till kommunernas invånarantal. Barn i kommuner med lägst invånarantal (under 20 000) bedöms vara i mest behov av stöd och skydd och får mer biståndsbeslutade insatser eller åtgärder.

### **Önskad omställning: utveckling av socialtjänstens arbete baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet**

Det har aldrig tidigare i Sverige – eller i Norden – genomförts en så här omfattande studie om socialtjänstens barnavårdsutredningar. NUSO ger en nyanserad bild av vilken problematik som kommer till socialtjänstens kännedom och vad som kommer fram under utredningsprocessen. Det ger oss unika möjligheter till fördjupade analyser och jämförelser, både om utredningarna i sig men också i relation till kommande uppföljning om insatsers genomförande och resultat. Tack vare ett så omfattande datamaterial finns tillräckligt underlag för att även genomföra analyser om mindre vanlig problematik, liksom separat om

varje ålderssteg från 0 till 17 år. NUSO skapar därmed också unika förutsättningar för socialtjänsten att kunna utveckla sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, oavsett målgrupp. Ett exempel på detta som lyfts i PM:et rör barn med eget kriminellt beteende som framkommer i enbart sex procent av utredningarna men som ändå rör fler än 1000 barn. Detta gör att vi kan undersöka och visa på skillnader både inom gruppen och i jämförelse med hela materialet. Omfattningen av data möjliggör också uppföljningar av insatser som getts för vanlig och mindre vanlig problematik, hur exempelvis samverkan ser ut kring de allra yngsta barnen jämfört med äldre barn, vilka insatser som ges vid komplex problematik och vad insatser resulterar i för olika grupper av barn i olika delar av landet. Genom fortsatt nära samarbete mellan nationella aktörer, forskare och praktik skapas sammantaget en unik bild av vilket stöd och vilka resurser som behövs för att utveckla socialtjänstens utredningsmetodik och insatser framåt.

## **Kommande PM**

Under 2024-2025 planerar NUSO att löpande presentera några PM som visar både övergripande resultat och mer fördjupande. De som hittills är planerade är följande:

PM #2: Fördjupning om anledning till utredning, tidigare kännedom samt utredningarnas genomförande med särskilt fokus på barnets delaktighet och tvärprofessionellt samarbete.

PM#3: Risk- och skyddsfaktorer för psykosocial problematik och tecken på att barnet far illa som framkommit och hur dessa har sammanvägts för bedömning av barnets behov.

PM#4: Vårdnadshavares och barns samtycke till insatser, beslutade insatser och hänvisningar i relation till tidigare resultat samt med särskilt fokus på analys av omotiverade skillnader.