

NUSO
Nationell Uppföljning av
Socialtjänstens Omställning
PM #3

**Risk- och skyddsfaktorer, bedömning av behov av stöd och
betydelsen av utredningens genomförande**
2025-04-14

Birgitta Persdotter



Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Om delstudie 1	3
Resultat	5
Resultatens relevans för socialtjänstens omställning .	19
Kommande PM.....	29
Referenser	30

Inledning

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

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

Delstudie 1: Om avslutade barnavårdsutredningar och uppföljning av biståndsbeslutade insatser/åtgärder

Delstudie 2: Om icke biståndsbeslutade insatser

Delstudie 3: Om aktualiseringar

PM:et redovisar resultat från fördjupande statistiska analyser av data i delstudie 1. Syftet med delstudie 1 är att undersöka vilka barn som utreds, hur utredningarna genomförs, vad utredningsprocessen resulterar i och hur det går för de barn som beviljas insats/åtgärd.

NUSO genomförs av FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet på uppdrag av, och i nära samarbete med, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Birgitta Persdotter vid Karlstads universitet är ansvarig forskare och författar denna PM-serie. 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. För mer information om studiepopulationen i delstudie 1 se PM#1. Denna omfattning av data har aldrig tidigare samlats in från socialtjänsten i Sverige.

Resultaten i detta PM handlar om:

- Dokumenterade risk- och skyddsfaktorer och typiska utsatthetsmönster.
- Faktorer som har samband med bedömning av barnets behov.
- Utredningens genomförande med fokus på omfattning och tvärprofessionellt samarbete.
- Barnets önskemål och behov om eventuell insats.

Datainsamling

I delstudie 1 har data samlats in genom att socialsekreterare eller annan verksamhetsnära personal har besvarat webbenkäter om varje enskild avslutad utredning baserat på information i BBIC¹ 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 ytt- randen eller vårdnadsöverflytt exkluderades.

Mer information om metod, teoretiska perspektiv och etik kommer att beskrivas i en kommande metodrapport våren 2025.

Utgångspunkter för resultatavsnittet om risk- och skyddsfaktorer

Vid datainsamlingen efterfrågades dokumentation om 30 riskfaktorer och 7 skyddsfaktorer. Samtliga efterfrågade faktorer återfinns i BBIC- strukturen och kopplas till faktorer i familj och miljö, föräldraförmåga samt barnets utveckling. För respektive riskfaktorer efterfrågades om

¹ 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/>

det fanns dokumentation i beslutsunderlaget om den aktuella riskfaktorn och om eventuell allvarlighetsgrad. Det fanns även möjlighet att ange att graden av allvarlighet inte var dokumenterad. För respektive skyddsfaktor efterfrågades enbart om den var dokumenterad i beslutsunderlaget.

Genom så kallade klusteranalys undersöks kombinationer av risk- och skyddsfaktorer. På så vis kan typiska utsatthetsmönster, vilket fortsättningsvis även benämns som Risk- och skyddsprofiler (RoS-profiler), tas fram. Totalt framkom 15 olika profiler som beskrivs närmare i resultatavsnittet. När vi namnger och förklarar klasserna använder vi följande begrepp:

- Domineras av= den/de riskfaktorer eller skyddsfaktorer som är klart vanligast i profilen (vanligen i mer än 70 procent av utredningarna i profilen men kan också gå ner till 50 procent om det är få andra faktorer dokumenterade)
- Till viss del/viss grad: Förekommer i mindre än 50 procent av utredningarna i profilen
- Inga/få: Förekommer aldrig eller i mindre än ca 20 procent av utredningarna i profilen.

Det interna bortfallet för respektive riskfaktor liksom frågan om skyddsfaktorer är litet (ca. 3 - 5 procent för respektive riskfaktor). När vi undersöker kombinationer av risk- och skyddsfaktorer är det naturligt att bortfallet ökar. I underlaget är bortfallet ca. 20 procent. Det spelar dock ingen roll i tolkningen av det nationella resultatet. Bortfallsanalys visar att svar saknas i något högre grad ju äldre barnen är, när hänsyn tas till samtliga bakgrundsfaktorer som undersökts. Särskilt för barn i åldern 15-17 år. Bortfallet är även större i enskilda kommuner, vilket kan påverka det lokala resultatet.

Resultat

Dokumenterade risk- och skyddsfaktorer

Resultaten nedan baseras på frågor om dokumentationen i BBIC beslutsunderlag och inte all övrig dokumentation i journalanteckningar. Detta innebär en begränsning i vilken data som har samlats in. Men motiveras samtidigt av att beslutsunderlagen ska innehålla information om det som är väsentligt för att kunna bedöma barnets behov och barnets bästa.

Nedan visas resultat av dokumenterade risk- och skyddsfaktorer baserat på;

- Antalet dokumenterade risk- och skyddsfaktorer
- Dokumenterade riskfaktorer i relation till anledning till utredning
- Dokumentation om riskfaktorers allvarlighetsgrad
- Dominerande kombinationer av risk- och skyddsfaktorer, vilket kan beskrivas som risk- och skyddsprofiler (RoS-profiler) eller typiska utsatthetsmönster.

Antalet dokumenterade risk- och skyddsfaktorer

Totalt efterfrågades 30 olika riskfaktorer och sju olika skyddsfaktorer. I genomsnitt har fem riskfaktorer respektive 2,5 skyddsfaktorer dokumenterats i beslutsunderlaget. Se tabell 1 och 2.

Tabell 1. Antal dokumenterade riskfaktorer

Antal dokumenterade riskfaktorer	Andel utredningar
Inga dokumenterade riskfaktorer	11 %
En dokumenterad riskfaktor	9 %
Två dokumenterade riskfaktorer	12 %
Tre – fyra dokumenterade riskfaktorer	33 %
Fem eller fler dokumenterade riskfaktorer	35 %

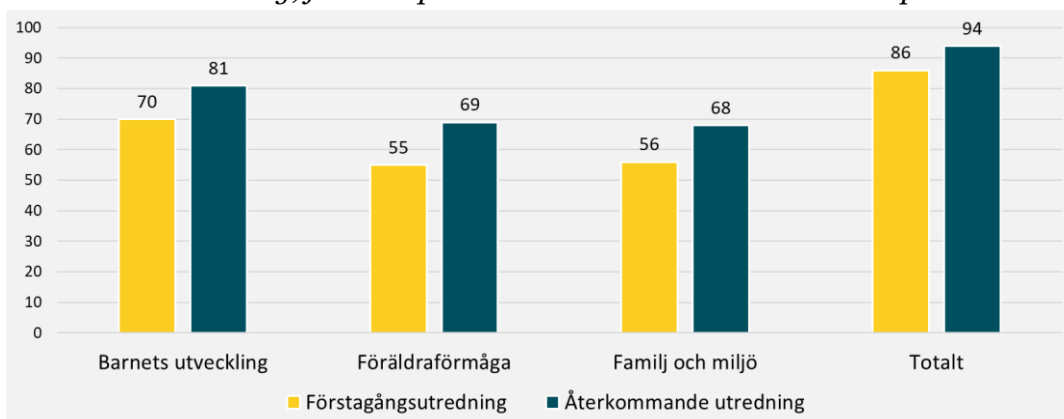
Tabell 2. Antalet dokumenterade skyddsfaktorer

Antal dokumenterade skyddsfaktorer	Andel utredningar
Inga dokumenterade skyddsfaktorer	12 %
En dokumenterade skyddsfaktor	19 %
Två dokumenterade skyddsfaktorer	24 %
Tre eller fler dokumenterade skyddsfaktorer	45 %

Risikfaktorer ökar och skyddsfaktorer minskar över tid

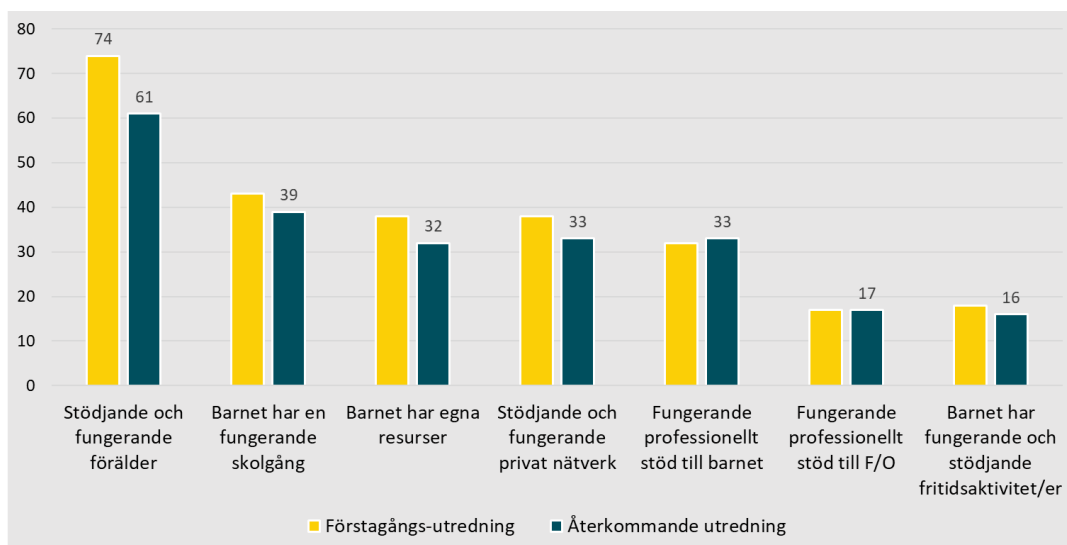
Antalet dokumenterade riskfaktorer ökar från förstagångsutredning till återkommande utredning. Totalt sett innehåller även en större andel av de återkommande utredningarna dokumenterade riskfaktorer jämfört med förstagångsutredningar. Se figur 1.

Figur 1. Andelen dokumenterade riskfaktorer i förstagångsutredning och återkommande utredning, fördelat på BBIC områden och totalt. Andel i procent.



På motsvarande vis minskar andelen dokumenterade skyddsfaktorer. Som framgår av figur 2 gäller detta särskilt när det gäller att det har bedömts finnas en fungerande och stödjande förälder. Se figur 2.

Figur 2. Andelen dokumenterade skyddsfaktorer i förstagsutredning och återkommande utredning. Andel i procent.



Från anledning till utredning till dokumenterad riskfaktor

Genom att undersöka vissa av de dokumenterade riskfaktorerna i relation till motsvarande anledning till utredning (se mer om de olika anledningarna i PM#2) framkommer tydliga skillnader i vilken oro som också leder till motsvarande dokumenterad riskfaktor. Oro för förälder och omsorgspersons egen problematik liksom oro för barnets eget beteende bekräftas i nära nio av tio fall i form av dokumenterad riskfaktor i beslutsunderlaget. I drygt hälften av fallen bekräftas våldsutsatthet och bristande grundläggande omsorg medan oro för psykiskt våld mot barn och flera brister i föräldraförmågan bekräftas i mindre än hälften av utredningarna, sett till dokumenterade riskfaktorer.

Vanligast med mindre allvarlig eller oklar allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad har angetts för ca. två tredjedelar av de dokumenterade riskfaktorerna. För samtliga riskfaktorer där allvarlighetsnivå angetts är det mest vanligt att "mindre allvarligt" angetts. Vissa mönster urskiljer sig när det gäller om allvarlighetsgrad har dokumenterats;

- Något högre andel för barn med skadligt bruk (71 procent), skolrelaterad problematik (70 procent)

- Något längre andel vid fysiskt våld (57), sexuellt våld (58), upplevt våld (59)
- Om riskfaktorer har bedömts som allvarliga är det vanligt att ha allvarliga riskfaktorer i samtliga sidor i BBIC-triangeln.

Skillnader i dokumenterade risk- och skyddsfaktorer mellan olika grupper av barn

Andelen dokumenterade skyddsfaktorer minskar ju äldre barnet blir och rör särskilt de vanligaste skyddsfaktorerna; en fungerande och stödjande förälder, ett fungerande och stödjande privat nätverk samt fungerande skolgång.

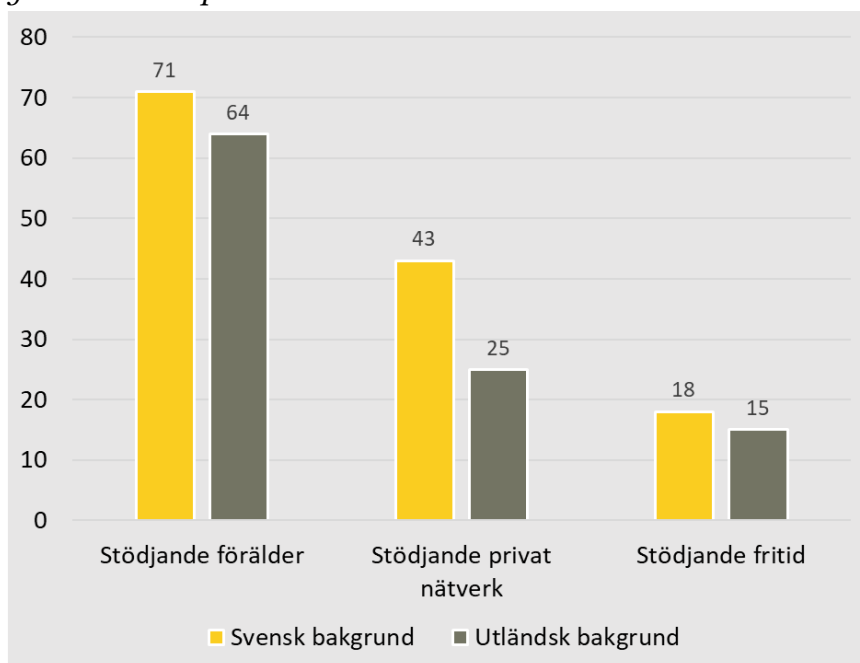
För flickor dokumenteras mer egna resurser och fungerande skolgång jämfört med för pojkar. I övrigt framkommer inga skillnader mellan könen.

För barn med diagnos har betydligt fler riskfaktorer inom området barnets utveckling dokumenterats jämfört med barn utan diagnos. Samtidigt framkommer i mindre grad att barnet har egna resurser och en fungerande skolgång. Skillnaderna syns genomgående oavsett anledning till utredning och kan anses vara förväntade utifrån att det finns ett tydligt samband mellan diagnos hos barnet och utsatthet som rör eget beteende.

För barn med svensk bakgrund har betydligt fler riskfaktorer inom områdena föräldraförmåga och faktorer i familj och miljö dokumenterats jämfört med för barn med utländsk bakgrund². Skillnaderna framkommer i utredningar där anledningen till utredning domineras av oro för fysiskt/psykiskt våld mot barn, konflikter i familjen, förälders skadliga bruk eller beroende samt oro för bristande omsorg (se vidare om utredningsprofiler i PM#2). Även skyddsfaktorer har dokumenterats i högre grad för barn med svensk bakgrund jämfört med barn med utländsk bakgrund. Skillnaderna är särskilt tydliga när det gäller om det finns ett fungerande och stödjande privat nätverk eller inte, se figur 3.

² Enligt SCB:s definition innebär utländsk bakgrund att barnet eller båda föräldrar är födda utomlands.

Figur 3. Dokumenterade skyddsfaktorer i relation till svensk och utländsk bakgrund. Andel i procent.



Dominerande kombinationer av risk- och skyddsfaktorer - Hur kan typiska utsatthetsmönster förstås?

Som underlag för att utveckla utredningsarbetet, behovsbedömning liksom för planering och organisering av insatser är det värdefullt att inte enbart se till enskilda risk eller skyddsfaktorer utan snarare försöka förstå mer om olika grader av komplexitet. Därför har kombinationer av risk- och skyddsfaktorer undersökts, vilket har resulterat i typiska utsatthetsmönster/RoS-profiler.

15 olika RoS-profiler identifierats i NUSO-materialet och de kan i sin tur kategoriseras i åtta grupper. Tabell 3 ger en översikt över de olika RoS-profilerna i respektive grupp. Tre RoS-profiler, totalt 22 procent, rör utredningar där barnets utsatthet kombineras med att en fungerande och stödjande förälder i hög grad har dokumenterats som skyddsfaktor. I kombination med en fungerande och stödjande förälder framkommer utsatthet för fysiskt våld, allvarliga konflikter och/eller förälder med skadligt bruk och beroende. I tolv procent av utredningarna har en tydlig multiutsatthet framkommit. Detta innebär att

flera riskfaktorer som rör barnets utveckling, föräldraförmåga och faktorer i familj och miljö har dokumenterats i kombination med få eller inga dokumenterade skyddsfaktorer.

Tabell 3. Beskrivning av risk- och skyddsprofiler (RoS-profiler).

Dominerande karaktär	Omfattning
Tre RoS-profiler rör konflikter i familjen (2) fysiskt våld mot barn (5), eller förälder med skadligt bruk (15) i kombination med en fungerande och stödjande förälder.	22 %
Två RoS-profiler (4 och 9) rör eget beteende och visst skydd hos föräldrar och professionella men få skyddsfaktorer hos barnet.	15 %
Tre RoS-profiler med tydlig multiutsatthet/högriskgrupper: Flera risker i samtliga "BBIC-sidor" (8, 11) eller stort antal riskfaktorer i barnets utveckling i kombination med bristande föräldraförmåga (14). Inga eller få skyddsfaktorer.	12 %
En RoS-profil (1) domineras av bristande föräldraförmåga, utsatt boende och ekonomi med inga eller få skyddsfaktorer	9 %
En RoS-profil (7) domineras av skolproblematik och psykisk ohälsa hos barnet i kombination med bristande stimulans, känslomässigt stöd och till viss del ohälsa hos F/O. Till viss del skyddsfaktorer hos föräldrar och professionellt. I övrig få skyddsfaktorer.	8 %
En RoS-profil (10) domineras av förälder med egen ohälsa och konflikter i familjen med hög grad av flera skyddsfaktorer inkl. hos barnet	7 %
En RoS-profil (13) domineras av bristande föräldraförmåga och föräldrarnas egen ohälsa. Till viss del stödjande förälder och fungerande skolgång. I övrigt få skyddsfaktorer.	4 %
Två RoS-profiler (6 och 12) med få dokumenterade riskfaktorer.	24 %

Utredningarnas genomförande

I denna del presenteras resultat som rör:

- Inhämtning av information från andra professioner (fortsättning från PM#1)
- Barnets delaktighet med fokus på önskemål och behov vid eventuell insats (fortsättning från PM#2)
- Kombinationer av utredningsaktiviteter som inkluderar flera samtal med vårdnadshavare, att barnet varit delaktig och att information har hämtats in från andra professioner.

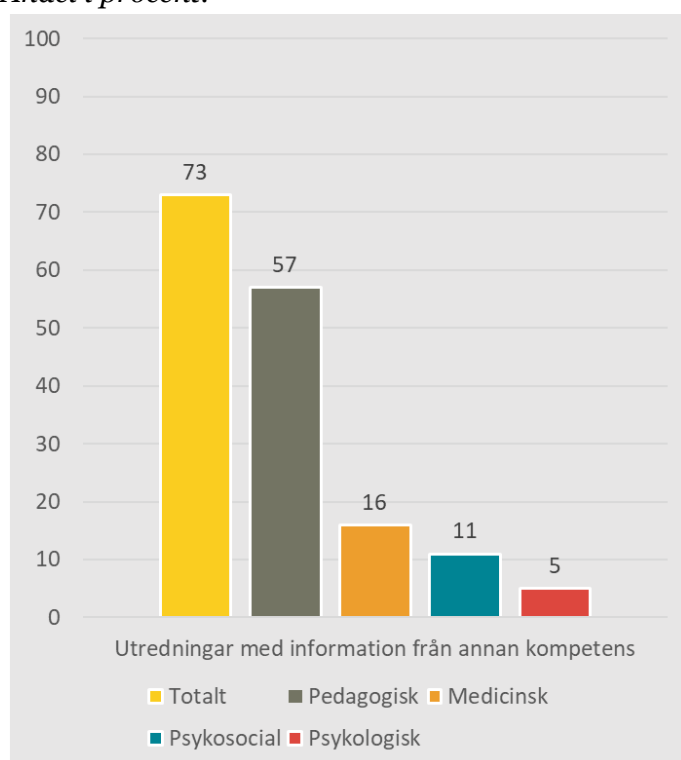
Information från andra professioner

Som presenterades redan i PM#1 är det tydligt att majoriteten av utredningarna enbart baseras på information från pedagogisk kompetens tillsammans med socialsekreterarens bedömning. Medicinisk, psykosocial och psykologisk kompetens är sällan involverade. Resultaten avser när socialtjänsten fått tillbaka information från respektive aktör och visar inte i vilken utsträckning socialtjänsten har efterfrågat men ej fått tillbaka information.

Figur 4 visar fördelningen mellan de olika professionerna baserat på samtliga utredningar. I var femte utredning har information hämtats in och dokumenterats från två eller flera olika kompetenser.

Sett till vilka specifika verksamheter som har lämnat information dominerar skolan. Det är tre gånger så vanligt att information hämtats in från skolan jämfört med förskolan. Förutom de resultat som rör olika kompetenser är det också värt att notera att information från tandvård har hämtats in i 700 av de 21 858 utredningarna (3 procent).

Figur 4. Andel utredningar med information från andra professioner.
Andel i procent.



Att förstå behovet av information från andra verksamheter

Genom att undersöka sambandet mellan information från annan verksamhet med bakgrundsfaktorer, typ av utredning och utredningens genomförande kan inhämtningen av information från andra verksamheter bättre förstås. Information från annan verksamhet hämtas in i större utsträckning;

- För barn med diagnos än för barn som inte har någon diagnos. I övrigt framkommer inga skillnader mellan olika grupper av barn.
- Om utredningen rör anmälan och om barnet har utretts tidigare (återkommande utredning).
- Om det funnits behov av tolk och om barnet inte varit delaktig i utredningssamtal.

Ålder spelar stor roll för vilken kompetens som ger underlag

I relation till barnets ålder framträder tydliga mönster; Andelen utredningar där medicinsk kompetens lämnat information är högst i utredningar som rör de allra yngsta barnen. Andelen utredningar där psykologisk eller psykosocial kompetens lämnat information är högst i utredningar som rör barn över 12 år. Värt att notera är att det är dubbelt så vanligt att psykologisk eller psykosocial kompetens har inhämtats vid ansökningar som vid anmälningar, vilket kan förstås utifrån gruppen föräldrar som ansöker om stöd och som har barn med NPF-diagnos.

Anledning till utredning påverkar informationsinhämtningen

Information från annan verksamhet är mer sannolikt om anledningen till utredning (utredningsprofilen) domineras av:

- Våld mot barn
- Barnets eget beteende
- Multiutsatthet

Mindre sannolikt om utredningsprofilen domineras av:

- Förälder/omsorgsperson med skadligt bruk/beroende
- Konflikter och/eller upplevt våld i familjen
- "Annan anledning" (vilket i största delen rör riskfaktorer kopplat till boende och ekonomi)

Kombinationer av utredningsaktiviteter

Förutom information från annan verksamhet ger även NUSO ett utgångsläge när det gäller utredningssamtal med vårdnadshavare och barn samt observationer. I majoriteten av utredningarna (57 procent) har tre eller fler samtal med vårdnadshavare genomförts. Andelen minskar något när utredningen rör barn i åldern 15 – 17 år.

Observationer har genomförts i utredningar som rör de yngsta barnen:

- 0-2 år: 57 procent av utredningarna, sällan mer än en gång
- 3-5 år: 43 procent av utredningarna, sällan mer än en gång

Kombinationer av utredningsaktiviteter som involverar flera samtal med vårdnadshavare, barnets delaktighet i utredningssamtal samt information från annan verksamhet har dokumenterats i fyra av tio utredningar för barn över 3 år och rör främst barn i åldern 6 – 11 år;

3 – 5 år: 37 procent

6 - 8 år: 46 procent

9 - 11 år: 44 procent

12 - 14 år: 40 procent

15- 17 år: 32 procent

Det är mer vanligt med en kombination av utredningsaktiviteter i återkommande utredningar liksom om anledning till utredning har dominerats av våld mot barn, multiutsatthet eller kombinationer av psykisk ohälsa, skolproblematik och beteendeproblem.

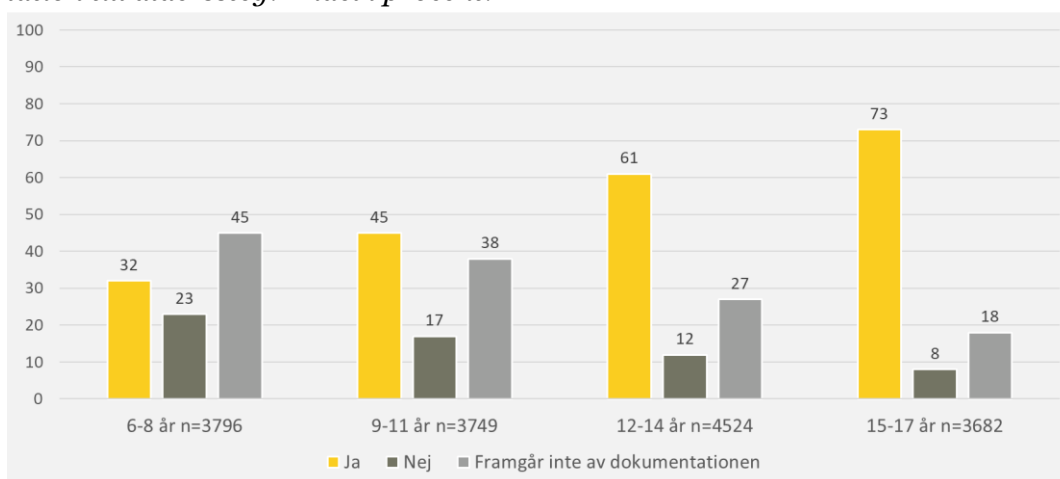
Har barnet fått framföra önskemål om behov och eventuella insatser?

I PM#2 presenterades resultat om barnet varit delaktig i utredningssamtal när det gäller att lämna information om sin situation. NUSO visar i linje med andra studier att barnets delaktighet i utredningssamtal generellt sett är hög medan enskilda samtal med barn genomförs mer sällan. Nedan presenteras resultat om barnets delaktighet i nästa steg i utredningsprocessen som handlar om barnet har fått framföra önskemål om behov och eventuella insatser.

Minskad dokumentation av barnets delaktighet

Jämfört med barnets delaktighet i utredningssamtal är det betydligt lägre andel barn som fått framföra önskemål om behov och eventuella insatser (43 procent jämfört med 75 procent). I knappt en tredjedel av utredningarna saknas även dokumentation om barnet har fått framföra önskemål om behov och eventuella insatser. I utredningar där socialtjänsten bedömt att det finns behov av stöd eller skydd är barnens önskemål om behov och eventuell insats dokumenterat i häften av fallen. Som framgår av figur 5 sker en tydlig ökning för varje ålderssteg.

Figur 5. Dokumentation av barnets önskemål och behov om eventuell insats i relation till ålderssteg. Andel i procent.



Delaktigheten påverkas av flera faktorer

Det totala resultatet liksom resultatet som enbart rör utredningar där socialtjänsten har bedömt behov av insatser följer samma mönster;

- Om enskilt utredningssamtal med barnet genomförts är det också mer sannolikt att det finns dokumentation om barnet har fått framföra önskemål och behov om eventuell insats.
- Flickors önskemål om behov och eventuella insatser har dokumenterats i betydligt större utsträckning än pojkars. Skillnaden gäller totalt sett mellan könen, men förklaras främst av att flickor med svensk bakgrund har gjorts delaktiga i betydligt högre grad än övriga barn. Skillnaderna gäller i samtliga ålderssteg.
- Barn som inte bor med båda föräldrar har i högre grad varit delaktiga.
- Högre grad av delaktighet kopplas till RoS-profiler som domineeras av eget beteende eller som innefattar tydliga skyddsfaktorer

hos barnet. Här finns samtidigt en skillnad mellan flickor och pojkar, där flickors i högre grad har gjorts delaktiga även när RoS-profiler domineras av riskfaktorer som rör hemmiljö.

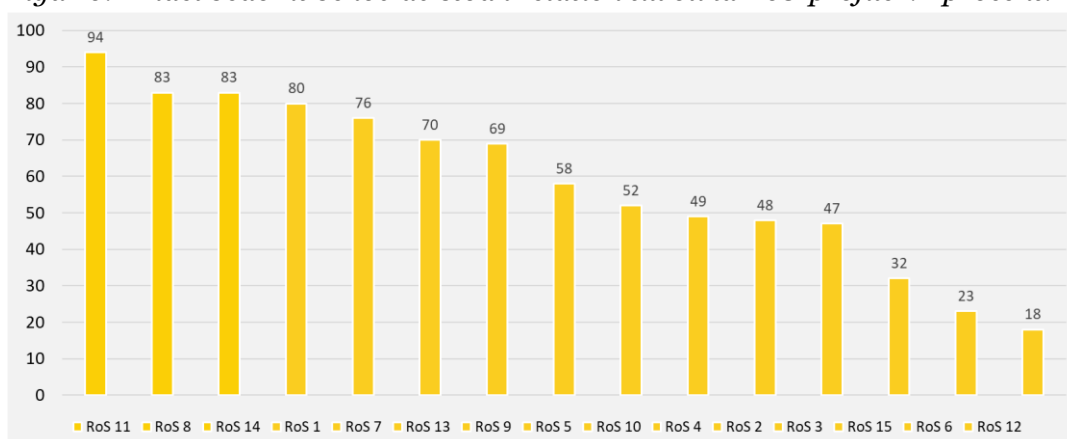
- RoS-profil som domineras av fysiskt våld mot barn är ett undantag där både åldersskillnader och könsskillnader utjämnas.

Faktorer som har samband med bedömning av behov av stöd

I PM#1 presenterades övergripande resultat när det gäller skillnader i bedömning av barnets behov av stöd mellan olika grupper av barn. Sannolikheten att socialtjänsten bedömer att barnet är i behov av stöd ökar i takt med barnets ålder. Barn med diagnos bedöms i högre grad vara i behov av stöd än barn utan diagnos. Tydliga skillnader framkom även mellan barn med svensk och utländsk bakgrund, där barn med svensk bakgrund bedöms vara i behov av stöd i störst utsträckning.

I fortsatta analyser har socialtjänstens bedömning undersökts inom respektive RoS-profil. Detta ligger i linje med den så kallade riskprincipen³, där en sammanvägning av risk- och skyddsfaktorer ska vara vägledande för vilka barn som är i behov av insatser. Figur 6 visar andelen utredningar där socialtjänsten bedömt behov av stöd för respektive RoS-profil.

Figur 6. Andel bedömt behov av stöd i relation till olika RoS-profiler. I procent.



³ Risk-, behov och mottaglighetsprinciperna utgör ramen för analys och bedömning av barnets behov i BBIC (Socialstyrelsen, 2023). Riskprincipen innebär att en sammanvägning av riskfaktorer och skyddsfaktorer ska vara vägledande i vilka barn som är i behov av stöd, liksom intensiteten i stödet.

Utifrån riskprincipen finns det en logisk förklaring till varför socialtjänsten bedömer att en stor andel barn är i behov av stöd i RoS-profil 11, 8 och 14. Dessa profiler kategoriseras som tydlig multiutsatthet, med flera riskfaktorer inom samtliga sidor i BBIC-triangeln i kombination med få eller inga dokumenterade skyddsfaktorer. I motsats till dessa RoS-profiler så bedöms få barn vara i behov av stöd i utredningar med få dokumenterade riskfaktorer (RoS-profil 6 och 12). Ytterligare en grupp där få utredningar leder till att socialtjänsten bedömer att barnet är i behov av stöd är i RoS-profil 15 som domineras av förälder med skadligt bruk och beroende i kombination med en fungerande och stödjande förälder.

Som ytterligare steg i analysen har även betydelsen av utredningens genomförande undersökts. Detta ger en än mer nyanserad bild av vad som ligger till grund för socialtjänstens bedömning. Skillnaderna i bedömning av barnets behov i relation till boendesituation och om barnet har en diagnos, (som presenterades i PM#1) kvarstår inte inom de olika RoS-profilerna. Snarare är det av större betydelse om barnet varit delaktig eller inte, liksom om information har hämtats in från annan verksamhet.

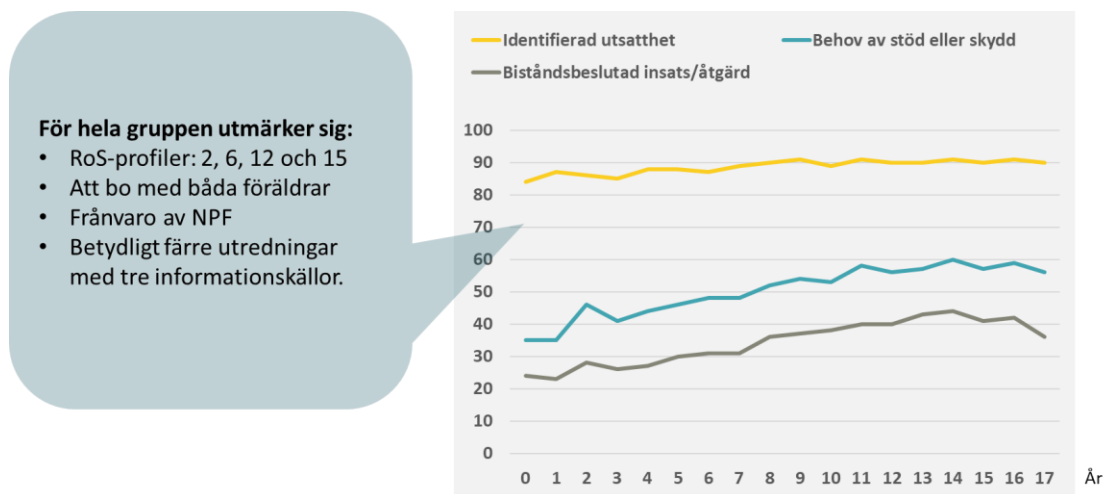
Skillnader mellan svensk och utländsk bakgrund kvarstår i utredningar som inletts efter anmälan för två RoS-profiler. RoS-profil 4, som domineras av riskfaktorer som rör barnets psykiska ohälsa, skolproblematik och beteendeproblematik, samt RoS-profil 2 som domineras av upplevt våld och konflikter mellan omsorgspersoner.

Inom en profil (RoS 14) framkommer att flickor bedöms vara i behov av stöd i större utsträckning än pojkar.

Glappet mellan identifierad utsatthet och behov av stöd

I PM1 presenterades resultat som visade att glappet mellan identifierad utsatthet och bedömt behov av stöd minskade i takt med barnets ålder. Det vill säga trots en identifierad utsatthet så bedöms yngre barn vara i mindre behov av stöd än äldre barn. Närmare analyser visar att vissa faktorer särskilt utmärker gruppen där utsatthet har identifierats men socialtjänstens inte har bedömt att barnet är i behov av stöd, se figur 7.

Figur 7. Förklarande faktorer för skillnader mellan identifierad utsatthet och bedömt behov av insats.



Analyserna synliggör dels utredningar där få riskfaktorer och få skyddsfaktorer har dokumenterats, dels utredningar där få riskfaktorer har dokumenterats i kombination med flera skyddsfaktorer. Att dessa utredningar inte leder till att socialtjänsten bedömer att barnet är i behov av stöd kan därmed förstås utifrån riskprincipen. För RoS-profil 2 och 15 är det troligt att bedömningen av en fungerande och stödjande förälder spelar stor roll. RoS-profil 2 domineras av riskfaktorer som rör konflikter i familjen medan RoS-profil 15 domineras av föräldrarnas skadliga bruk eller beroende. Gemensamt för de båda RoS-profilerna är att det också bedöms finnas en fungerande och stödjande förälder. Övriga skyddsfaktorer har sällan dokumenterats.

Resultatens relevans för socialtjänstens omställning

Målsättningen med NUSO är att skapa lokal, regional och nationell kunskap om nuläget inför ny socialtjänstlag samt följa förändringar över tid. Genom NUSO utvecklas en nationell infrastruktur för att kontinuerligt följa upp centrala delar av nya socialtjänstlagen.

I PM:et har resultat presenterats som ger ett utgångsläge när det gäller:

- Dokumenterade risk- och skyddsfaktorer och typiska utsatthetsmönster.
- Faktorer som har samband med bedömning av barnets behov.
- Utredningens genomförande med fokus på omfattning och tvärprofessionellt samarbete.
- Barnets önskemål och behov om eventuell insats.

Förebyggande arbete och att nå barn i ett tidigt skede

Utifrån perspektivet att förebygga och tidigt nå barn i behov av stöd är gapet mellan identifierad utsatthet och socialtjänstens bedömning av behov av stöd särskilt intressant. En grupp som utmärker sig och som utgör mer än var femte utredning är barn som i någon grad exponeras för konflikter i hemmiljön eller föräldrarnas skadliga bruk och beroende. Stor vikt läggs vid att det finns en fungerande och stödjande förälder, vilket innebär att socialtjänsten i majoriteten av dessa utredningar inte bedömer att barnet är i behov av stöd från socialtjänsten.

En fungerande och stödjande förälder – hur omfattande och hur länge?

Det går att argumentera för att stöd inte behövs när det finns en fungerande och stödjande förälder. Samtidigt kan utsattheten vara starten på en negativ utveckling för barnet med fler tillkommande riskfaktorer över tid och långsiktiga negativa konsekvenser (Fleury mfl., 2016). Detta är extra viktigt att uppmärksamma eftersom resultatet i NUSO också visar att en fungerande och stödjande förälder är den skyddsfaktor som minskar i störst utsträckning ju äldre barnet blir, liksom minskar mellan förstagsutredning och återkommande utredning.

För att verka för att insatser når barn och familjer i ett så tidigt skede som möjligt är det viktigt att vid ärendegenomgångar diskutera vad

risk för fortsatt exponering innebär för barnet och hur väl det direkta skyddet har utretts (i form av en fungerande och stödjande förälder). På vilket sätt kan den fungerande och stödjande förälder skydda barnet från fortsatt exponering och bidra till förutsägbarhet över tid? Vilka mer känner till barnets situation och kan fungera som stöd utöver föräldern? I linje med kommande omställning och ett stärkt förebyggande arbete skulle det också kunna vara så att barnets situation fångas upp inom beroendevården och att barn och familj kan få tillgång till familjestöd eller barngrupper utan biståndsbeslut. Om föräldern i praktiken utgör det skydd som barnet behöver så borde steget till att söka och ta emot icke biståndsbeslutade insatser inte heller vara alltför stort. I PM#5 kommer vi att återkomma med resultat om dessa ärenden i större utsträckning hänvisas till stöd från icke biståndsbeslutad insats, hälso- och sjukvård och/eller privat nätverk.

Socialstyrelsen har nyligen publicerat kunskapsstöd om barns behov och rätt till stöd när föräldrar har ett skadligt bruk eller beroende (Socialstyrelsen, 2025). Detta kan ge ytterligare vägledning för dessa diskussioner.

Förutsättningar att se hela barnets situation och behov

När det gäller förutsättningar att se hela barnets situation och stärka samverkan, visar resultatet på ett reaktivt tvärprofessionellt samarbete med psykologisk kompetens. Att endast fem procent av utredningarna innefattar information från psykologisk kompetens kan inte ses som annat än problematiskt. För barn med fastställd psykiatrisk diagnos saknas information från psykologisk kompetens i fyra av fem utredningar.

Ett annat resultat som bör uppmärksammas när det gäller förutsättningar att se hela barnets situation, är att bara drygt var tredje utredning innefattar en kombination av utredningsaktiviteter (flera samtal med vårdnadshavare, samtal med barnet och information från annan verksamhet).

Att förstå informationsinhämtningens utmaningar

Socialtjänstens informationsinhämtning från andra professioner inom den svenska barnvården har endast studerats i en tidigare kvalitativ

studie (Greve m.fl. 2023). Studien baseras på intervjuer med socialsekreterare och visar på betydelsen av att förstå informationsinhämtningen utifrån tre olika nivåer av så kallad kunskapsintegrering (Jang, 2013). Förenklat innebär dessa nivåer följande;

1. Syfte, innehåll och förståelse för vilken information som ska överföras är tydligt för båda parter.
2. Syfte och innehåll i vilken information som ska överföras är tydligt för båda parter. Däremot krävs en dialog för att förstå innehållet i informationen.
3. Syfte, innehåll och förståelse för vilken information som ska överföras tolkas olika av de båda parterna. Dialog krävs för att komma överens både om informationsöverföringen och hur informationen kan tolkas. Kan även innebära att det finns tydliga meningsskiljaktigheter i bedömningen av informationen.

Vikten av att synliggöra komplexiteten

Den grundläggande idén med informationsinhämtningen, sett till instruktioner i BBIC och i föreskrifter, är att detta är en oproblematiserad process. Socialtjänsten förväntas kontakta andra verksamheter och professioner som i sin tur lämnar konkreta och tydliga svar på det som efterfrågas. Det vill säga utgångspunkten är kunskapsintegrering enligt nivå 1. I motsats till detta visar dock Greve mfl (2023) att överföringen av information påverkas av flera faktorer och synliggör flera olika scenarier.

Den okomplicerade informationsöverföringen var bara ett av flera scenarier som framkom i intervjuerna. De exempel som motsvarade lyckosamt samarbete på nivå 1 rörde information från skolan och pedagogisk kompetens. I kontakt med medicinsk och psykologisk kompetens framkom en mer komplex bild (nivå 2 och 3). Socialsekreterare gav exempel på upplevelser av bristande engagemang liksom utmaningar i vilken information som skulle ges och i vilken form. Den efterfrågade informationen gavs i vissa fall inte alls. I andra fall gavs informationen i form av journalanteckningar istället för enligt BBIC-formulär. Socialsekreterare beskrev då svårigheter i hur informationen skulle tolkas och förstås.

Andra aspekter som påverkade informationsöverföringen var rädsla hos informationslämnaren om vad informationen kunde få för konsekvenser. Detta gällde oavsett verksamhet och innebar att socialtjänsten inte alltid uppfattade informationen som heltäckande.

Sammantaget ger Greve mfl (2023) en djupare förståelse för resultaten i NUSO. Studierna pekar tillsammans på behov att diskutera nya former för det tvärprofessionella samarbetet. Hit hör även hur det nationella stödet för informationsinhämtning bör utformas framåt.

Inte utreda mer än nödvändigt?

Ytterligare perspektiv som behöver lyftas när det gäller att se hela barnets situation och behov är utredningens omfattning. En minoritet av utredningarna baseras på flera utredningsaktiviteter där också flera samtal med vårdnadshavare inkluderas. I en norsk studie framkommer liknande mönster som i NUSO, och där antalet utredningssamtal, framför allt med barnet, beskrivs som få (Vis mfl. 2020).

Resultatet understryker vikten av att nyansera den återkommande diskussionen om att allt för mycket tid läggs på utredningsarbete och dokumentation. Svaret är inte alltid att utredningsarbetets omfattning ska minska. Resultatet i NUSO pekar på att det är viktigt att inte enbart fokusera på att utreda mindre, utan lika viktigt är en ökad tydlighet i hur utredningarna bör genomföras och dokumenteras. Detta handlar exempelvis om att se till behovet av att 1) utredningar bygger på en kombination av utredningsaktiviteter, 2) skillnader i dokumentationen mellan grupper av barn minskar, 3) det tvärprofessionella samarbetet med medicinsk och psykologisk kompetens blir mer regel än undantag.

En jämställd och jämlik socialtjänst

NUSO har återkommande lyft resultat med relevans för att främja en jämställd och jämlik socialtjänst. Aktuellt PM är inget undantag. Särskilt uppmärksammas skillnader mellan barn med svensk och utländsk bakgrund när det gäller dokumentation om riskfaktorer och skyddsfaktorer och bedömning av behov av stöd. Skillnader i dokumentationen om pojkars och flickors önskemål och behov av eventuell insats befäster ytterligare bilden av skillnader i delaktighet utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

Motsvarar skillnader i dokumentationen det faktiska utredningsarbetet?

Den sammantagna bilden av dokumentationen av risk- och skyddsfaktorer pekar på att beslutsunderlag som rör barn med svensk bakgrund är mer innehållsrika än beslutsunderlag som rör barn med utländsk bakgrund. Detta sett till de sammanlagt 30 riskfaktorer och sju skyddsfaktorer som efterfrågats. Med tanke på att bedömningen av ett barns behov baseras på en sammanvägning av identifierade riskfaktorer och skyddsfaktorer är det därför viktigt att undersöka dessa skillnader vidare.

Dessa skillnader i relation till barnets ursprung framkom även i den senaste SAVE-studien där dokumenterade riskfaktorer för fortsatt våld undersökts (Persdotter, Eriksson & Kassman, 2024). I både SAVE-studien och NUSO rör skillnaderna föräldraförmåga och faktorer i familj och miljö. NUSO ger samtidigt en mer nyanserad bild. Skillnaderna följer i stort alla ålderssteg och rör främst utredningar som domineras av; oro för fysiskt/psykiskt våld mot barn, konflikter i familjen, förälders skadliga bruk/beroende eller oro för bristande omsorg. Resultaten i NUSO visar även att fler skyddsfaktorer har dokumenterats i beslutsunderlagen för barn med svensk bakgrund jämfört med barn med utländsk bakgrund. Detta har inte tidigare studerats men behöver fokuseras mer i fortsatta studier och uppföljningar.

För att närmare förstå om skillnaden i dokumentationen speglar skillnader i det faktiska utredningsarbetet behövs fördjupade studier, alternativt egen lokal aktgranskning. Fokus bör då vara på att följa innehållet i anmälningar och förhandsbedömningar, liksom innehållet i utredningsplanering och utredningssamtal. Skillnaderna skulle också kunna förklaras av olika utmaningar i delaktighet och samtal med vårdnadshavare och barn samt om socialsekreterarens medvetna eller omedvetna avvägningar i vad som dokumenteras i beslutsunderlaget (DO, 2021).

Skillnader i bedömning kvarstår trots lika utsatthetsmönster

I detta PM har den identifierade utsattheten dels beskrivits utifrån antal dokumenterade risk- och skyddsfaktorer, del utifrån typiska utsatthetsmönster, så kallade RoS-profiler.

Totalt framkommer ett tydligt och förväntat samband mellan bedömning av barnets behov och antalet riskfaktorer respektive antalet skyddsfaktorer. Utifrån antalet riskfaktorer kan det därmed vara motiverat att barn med svensk bakgrund i högre grad bedöms vara i behov av stöd än barn med utländsk bakgrund. Liksom att barn med diagnos bedöms vara i behov av stöd i högre grad än barn utan diagnos. Dessa skillnader har även visats i flera tidigare studier (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2018; Persdotter & Andersson, 2020; Persdotter, Kassman & Eriksson, 2024). Samtidigt har dessa studier inte vägt in förekomst av skyddsfaktorer, vilket är nödvändigt för att förstå barnets hela situation.

Genom att undersöka socialtjänstens bedömning av barnets behov av stöd inom respektive RoS-profil får vi en mer nyanserad bild av vilka faktorer som har samband med att ett barn bedöms vara i behov av stöd eller skydd. Skillnaden mellan barn med svensk bakgrund och utländsk bakgrund kvarstår i vissa RoS-profiler även när hänsyn tas till utredningens genomförande och övriga bakgrundsfaktorer. Att barn med svensk bakgrund i högre grad bedöms vara i behov av stöd även när problematiken är densamma skulle därmed kunna vara omotiverad. Detta handlar exempelvis om utredningar där konflikter i familjen eller psykisk ohälsa hos barnet framkommit.

Tidigare studier och teorier om faktorer som påverkar socialtjänstens bedömningar visar att det finns olika tröskelvärden för vad socialtjänsten bedömer som allvarligt för olika grupper av barn (Feely & Bosk, 2021; Baumann mfl., 2011). Baumann visar genom den så kallade beslutekologin att beslut påverkas av en sammanvägning av faktorer hos familjen, socialsekreteraren, organisationen och externa faktorer. I en svensk intervjustudie med socialsekreterare framkom att tröskeln för vad som anses allvarligt kan upplevas olika beroende på om utred-

ningen rör barn med svensk eller utländsk bakgrund (DO, 2021). Skillnaderna förklarades både utifrån familjens motstånd, socialsekreterares bemötande och organisationens resurser att kunna anpassa utredningsarbetet och insatser.

För att främja jämlikhet i bemötande, bedömning och insatser är det därför angeläget att uppmärksamma dessa skillnader och diskutera analys och bedömning vid ärendegenomgångar. Exempelvis om det 1) finns faktiska skillnader i utredning och bedömning av skyddsfaktorers omfattning och funktion, 2) finns faktiska skillnader i utredning och bedömning av riskfaktorers omfattning och allvarlighetsgrad.

Förutsättningar att bedöma barnets bästa – fördel för flickor och tonåringar

Resultatet i NUSO visar att dokumentationen om barnets önskemål och behov om eventuell insats ofta saknas. Barnets delaktighet är påtagligt lägre i denna del av utredningen jämfört med utredningssamtal som rör informationsinhämtning. Det gäller särskilt för yngre barn och för pojkar. Flickor med svensk bakgrund är den grupp där önskemål och behov om eventuell insats oftast finns dokumenterat. Skillnaderna innebär att det i många utredningar saknas en viktig dimension för att kunna bedöma barnets bästa och att förutsättningen för detta dessutom riskerar att vara både ojämlik och ojämsställd.

För att kunna avgöra vad som är barnets bästa måste det enskilda barnet som ärendet gäller sättas i centrum och dess berättelse och inställning synliggöras. Det vill säga det berörda barnet ska inte enbart lämna information i utredningen utan har också rätt att få uttrycka behov och önskemål utifrån sin egen upplevelse av vad som är det bästa.

Dessa olika aspekter av barnets delaktighet motsvarar samtidigt olika nivå av delaktighet (Shier, 2001). Shiers delaktighetsmodell visar fem nivåer av delaktighet; från att bli lyssnad till – till att dela makt och ansvar över beslut. Modellen bidrar till att tydliggöra på vilket sätt barnet varit delaktig och vilket inflytande barnet har haft för resultatet av utredningen. Resultatet i NUSO kan med fördel diskuteras med stöd av delaktighetsmodellen med fokus på hur barnets delaktighet kan stärkas. Detta oavsett om utredningen leder till insats eller inte.



Utveckling av socialtjänstens arbete baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet

Ovanstående diskussioner visar på flera behov framåt när det gäller att utveckla socialtjänstens arbete baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessa sammanfattas nedan.

Behov av nya kunskapsstöd eller implementering av redan befintliga

Utredning och bedömning utifrån risk- och skyddsfaktorer

Risk-, behov- och mottaglighetsprinciperna (RBM) infördes i den reviderade versionen av BBIC (Socialstyrelsen 2015) men har sedan inte implementerats fullt ut. I nuläget finns tillgängliga och relevanta utbildningar på Kunskapsguiden⁴ och SKR⁵.

Utbildningarna ger en grund för arbete med RBM. Samtidigt pekar resultaten i aktuellt PM på behov av ökad kunskap om olika typer av riskfaktorer och skyddsfaktorer samt bedömning av dess allvarlighetsgrad. Utifrån detta är det därför angeläget med:

- Vägledning om utredningens genomförande ex, hur riskfaktorerers allvarlighetsgrad respektive skyddsfaktorerers omfattning och funktion utreds och dokumenteras.
- Vägledning i bedömning av allvarlighetsgrad med fokus på hur risk- och skyddsfaktorerers sammanvägs.

Främja jämställdhet och jämlikhet i handlägningsprocessen

Resultaten som rör skillnader mellan olika grupper av barn visar på behovet av att medvetandegöra skillnader som kan leda till ojämställdhet och ojämlikhet i handlägningsprocessen. De frågor som lyfts i diskussionsdelen aviseras i SKR:s metodstöd med Öppna ögon som tagits fram i samarbete med kommuner⁶.

⁴ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-och-unga-som-begar-brott/risk--och-skyddsfaktorer-for-normbrytande-beteende/>

⁵ <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/forebyggaungdomskriminalitet/bedomariskbehovochmottaglighetwebbutbildning.88112.html>

⁶ <https://skr.se/framtidenssocialtjanst/kunskapochstod/jamstalldsocialtjanst/jamstalldhandlaggningbarnochunga.80080.html>

Bedömning och dokumentation av barnets bästa

Befintliga stöd om hur barnets bästa bedöms och dokumenteras behöver fortsatt implementeras. Detta med särskilt fokus på barnets rätt att framföra önskemål och behov om eventuell insats samt hur detta dokumenteras i den sammantagna bedömningen av barnets bäst⁷.

Ökat fokus på tvärprofessionella samarbetsformer

Baserat på omfattande kunskap om sambandet mellan barn- och ungdomstrauma och barns utveckling på kort och lång sikt (Webster, 2022), är frånvaron av psykologisk och medicinsk kompetens i utredningarna problematisk. Nuvarande struktur för samarbete genom informationsinhämtning innehåller flera utmaningar (Greve mfl. 2023).

Socialtjänsten lutar sig i hög grad på sin egen bedömning av barnets psykiska och fysiska hälsa baserat på information från i första hand vårdnadshavare, barn och pedagoger. När informationsinhämtning sker från medicinsk eller psykologisk kompetens kan detta dessutom innebära att det är upp till socialsekreteraren att tolka andra professioners journalanteckningar. Information från psykologisk och psykosocial kompetens inhämtas främst från 12 års ålder. Samtidigt vittnar kommunerna om svårigheter att nå ett fungerande samarbete med BUP när barnen blivit äldre och behoven stora.

I en fortsatt utveckling och differentiering mellan första och andra linsens socialtjänst behövs därför även ett fokus på utvecklingen av nya tvärprofessionella samarbetsformer. Ska socialtjänsten fortsätta vara den enda barn- och ungdomsverksamheten som inte är tvärprofessionell? Vad skulle det innebära om socialtjänsten hade tillgång till egna psykologer och sjuksköterskor i utredningsarbetet och i uppföljning av insatser? Med stöd i teorier om kunskapsintegrering (Jang, 2013), skulle detta troligen innebära bättre förutsättningar både i det interna arbetet inom socialtjänsten och vid informationsinhämtning från andra verksamheter.

⁷ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/om-barnets-basta-och-ratt-till-delaktighet/>

Kommande PM

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

PM#4: Aktualiseringar, aktualiseringsorsaker och åtgärder i relation till kön, ålder, kommundillhörighet (fortsättning delstudie 3).

PM#5: Vårdnadshavares och barns samtycke till insatser, beslutade insatser och hänvisningar i relation till tidigare resultat samt med särskilt fokus på analys av omotiverade skillnader. (Delstudie 1).

PM#6: Om icke biståndsbeslutade insatser (delstudie 2).

Referenser

Baumann, D.J., Dalgleish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). *The decision-making ecology*. American Humane Association.

Diskrimineringsombudsmannen (2021). *Skillnader som kan innebära risk för diskriminering? En kvalitativ studie om faktorer som påverkar socialsekreterares bedömningar och beslut inom sociala barn- och ungdomsvården*.

Fleury, M. J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J. M., & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 168, 293-306.

Feely, M., & Bosk, E. A. (2021). That Which is Essential has been Made Invisible: The Need to Bring a Structural Risk Perspective to Reduce Racial Disproportionality in Child Welfare. *Race and Social Problems*, 13(1), 49-62. <https://doi.org/10.1007/s12552-021-09313-8>

Jang, K. (2013) 'An understanding of optimal knowledge management for social work practice: Based on a process-oriented conceptualisation of knowledge integration'. *British Journal of Social Work*, 43(7), pp. 1364-83.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Persdotter, B., & Andersson, M. (2020). *SAVE-Support and protection Against Violence, on Equal terms for all children: Ett forsknings- och utvecklingsprojekt om barnavårdsutredningar vid anmälan om misstänkt våldsutsatthet*.

Persdotter, B., Eriksson, M., & Kassman, A. (2024). *SAVE-studien 2023 i en nationell kontext: Ett forsknings- och utvecklingsprojekt om barnavårdsutredningar efter anmälan om misstänkt våldsutsatthet*. <https://doi.org/10.59217/sttm4071>

Rakel Aasheim Greve, Birgitta Persdotter, Øivin Christiansen, Tone Jørgensen, The Importance of Information Processing in Child Protection Cases—A Study of Social Workers' Integration of Other Professionals' Knowledge, *The British Journal of Social Work*, Volume 54, Issue 4, June 2024, Pages 1516–1534,
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad227>

Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the rights of the child. *Children & Society*, 15, 107-117. Artikel översatt till svenska: http://www.harryshier.net/docs/Shier-Vagar_till_delaktighet.pdf

Socialstyrelsen (2023). BBIC Grundbok. Barns behov i centrum.

Socialstyrelsen (2025). Att växa upp med alkohol eller andra droger i familjen. Kunskapsstöd om barns behov och rätt till stöd när föräldrar har ett skadligt bruk eller beroende.

Vis, S.A., Christiansen, O., Havnen, K.J., Lauritzen, C., Iversen, A., Tjelflaat, T. (2020). *Barnevernets undersøkelsearbeid – fra bekymring til beslutning. Samlede resultater og anbefalinger*. UIT, NORCE, UIB, NTNU.

Webster E.M. (2022). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children. *Glob Pediatr Health*. doi: 10.1177/2333794X221078708.