

NUSO
Nationell Uppföljning av
Socialtjänstens Omställning

PM #5
Samtycke, hänvisningar och insatser

Birgitta Persdotter

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Vägen till insatser – en summering av tidigare PM	4
Samtycke, hänvisningar och insatser.....	7
Vårdnadshavares och barns samtycke	7
Hänvisningar som alternativ eller komplement till insatser	12
Biståndsbeslutade insatser och åtgärder	14
Omotiverad skillnad i tillgång till insatser?.....	16
Resultatens relevans för socialtjänstens omställning .	19
Professionella avvaktar och föräldrar bromsar	19
Befintliga verktyg används sällan vid bristande samtycke	21
Fördel tonårsflickor med svensk bakgrund	23
Omställningen kräver förändrade arbetssätt och fler insatser	24
Kommande PM.....	25
Referenser	26

Inledning

Det här PM:et är det femte i en serie av resultatsammanfattningar från det nationella forsknings- och utvecklingsprojektet NUSO (Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning). NUSO kombinerar individbaserad systematisk uppföljning (ISU) 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 och 2025 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 delstudie 1. Syftet med delstudie 1 är att undersöka vilka barn som utreds, hur utredningarna genomförs, vad utredningsprocessen resulterar i samt resultatet av insatser respektive hänvisningar. Aktuellt PM handlar om hur olika utsatthetsmönster och faktorer hos barnet påverkar graden av samtycke, hänvisningar och insatser.

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 och Vaves® på <https://nuso.se/>

Om delstudie 1

I NUSO delstudie 1 deltar 134 kommuner och stadsdelar. Uppgifter om ca 21 000 avslutade barnavårdsutredningar har samlats in. Denna omfattning av data har aldrig tidigare samlats in från socialtjänsten i Sverige. För mer information om populationen i delstudie 1 se PM#1.

Data har 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 inlett under pågående utredning, eller som rörde yttranden eller vårdnadsöverflytt exkluderades.

Ett centralt syfte med NUSO är att öka kunskapen om vägen till insatser. Det görs genom att undersöka olika faser i handlägningsprocessen och genom att undersöka skillnader mellan olika grupper av barn. Nedan summeras den kunskap som NUSO hittills har bidragit med när det gäller vägen till insatser och som ligger till grund för aktuellt PM.

Därefter presenteras resultat om:

- Vårdnadshavares och barns samtycke till insatser
- Hänvisningar till socialtjänstens icke behovsprövade insatser, andra verksamheter eller det privata nätverket.
- Biståndsbeslutade insatser och åtgärder som resultat av utredningen.
- Summerande analys av omotiverade skillnader i tillgång till insatser.

Det är viktigt att understryka att många analyser återstår att göra av det omfattande datamaterialet i NUSO. Resultat kommer därför fortfarande att presenteras även kommande år.

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/>

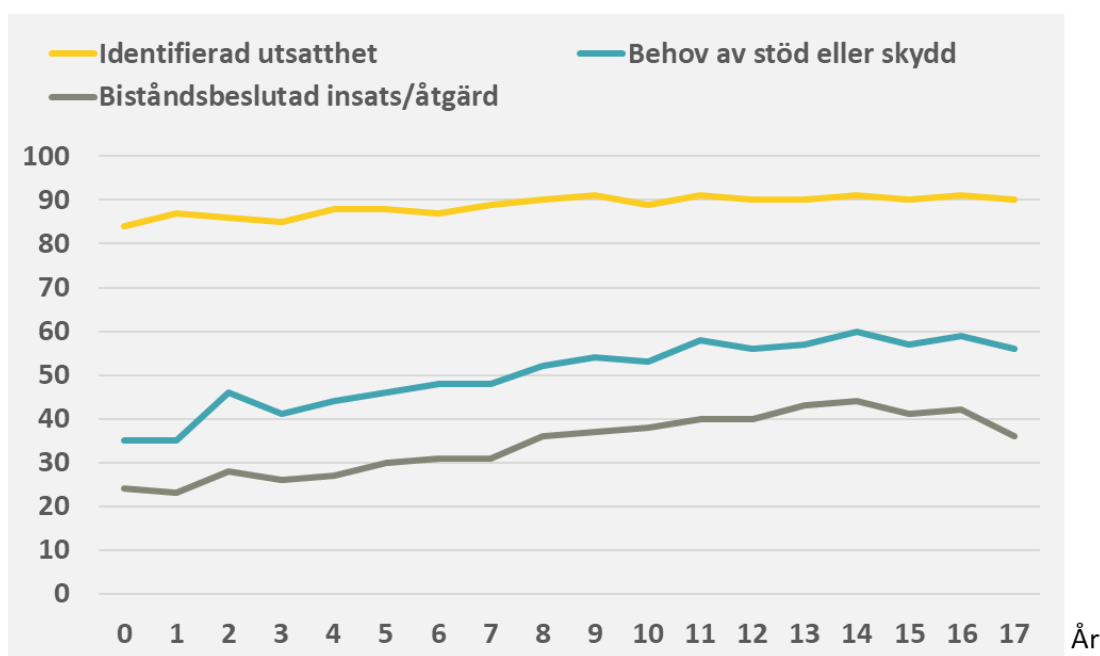
Vägen till insatser – en summering av tidigare PM

Den övergripande sorteringsprocessen

I PM#1 presenterades den övergripande sorteringsprocessen enligt figur 1; från identifierad utsatthet, bedömt behov av stöd till beslut om insats/åtgärd. 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. Sett 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 1. Identifierad utsatthet, bedömt behov av stöd eller skydd samt biståndsbeslutade insatser/åtgärder i relation till ålder (0-17 år). Andel i procent.

När bedömer socialtjänsten att det inte finns behov av stöd?

I PM#3 presenterades resultat om faktorer som påverkar socialtjänstens bedömning av barnets behov. Sammantaget finns ett mycket starkt samband mellan antalet dokumenterade risk- och skyddsfaktorer och socialtjänstens bedömning av barnets behov. Ju fler riskfaktorer desto mer behov, särskilt om dessa rör såväl barnets utveckling, föräldraförmåga och faktorer i familj och miljö. På motsvarande vis ju fler skyddsfaktorer desto mindre behov.

I PM#3 presenterades även typiska utsatthetsmönster, så kallade RoS-profiler. Dessa fångar en större komplexitet i utredningarna genom att undersöka dominerande kombinationer av de 30 riskfaktorer och sju skyddsfaktorer som undersökts i NUSO. Totalt identifierades femton RoS-profiler som beskrivs på nästa sida (tabell 1). Dessa utgör ett viktigt underlag för att utveckla utredningsarbetet, behovsbedömning liksom för planering och organisering av insatser.

Skillnaden mellan identifierad utsatthet och bedömt behov av stöd, d.v.s. gapet som illustreras i figur 1, undersöktes närmare utifrån RoS-profilerna.

I tolv procent av utredningar har få riskfaktorer dokumenterats i kombination med flera skyddsfaktorer (RoS 12). Att dessa utredningar inte leder till att socialtjänsten bedömer att barnet är i behov av stöd är därmed förväntat. Det som däremot är mer problematiskt är att det i gapet mellan identifierad utsatthet och bedömt behov också i hög grad återfinns utredningar som domineras av riskfaktorer som rör konflikter och upplevt våld i familjen (RoS 2) liksom utredningar som domineras av förälderns skadliga bruk eller beroende (RoS 15). Gemensamt för dessa är att det även bedöms finnas en fungerande och stödjande förälder medan övriga skyddsfaktorer sällan har dokumenterats.

NUSO har även visat att socialtjänstens bedömningar skiljer sig mellan olika grupper av barn, vilket aktuellt PM utvecklar vidare.

Tabell 1. Beskrivning av typiska utsatthetsmönster (RoS-profiler).

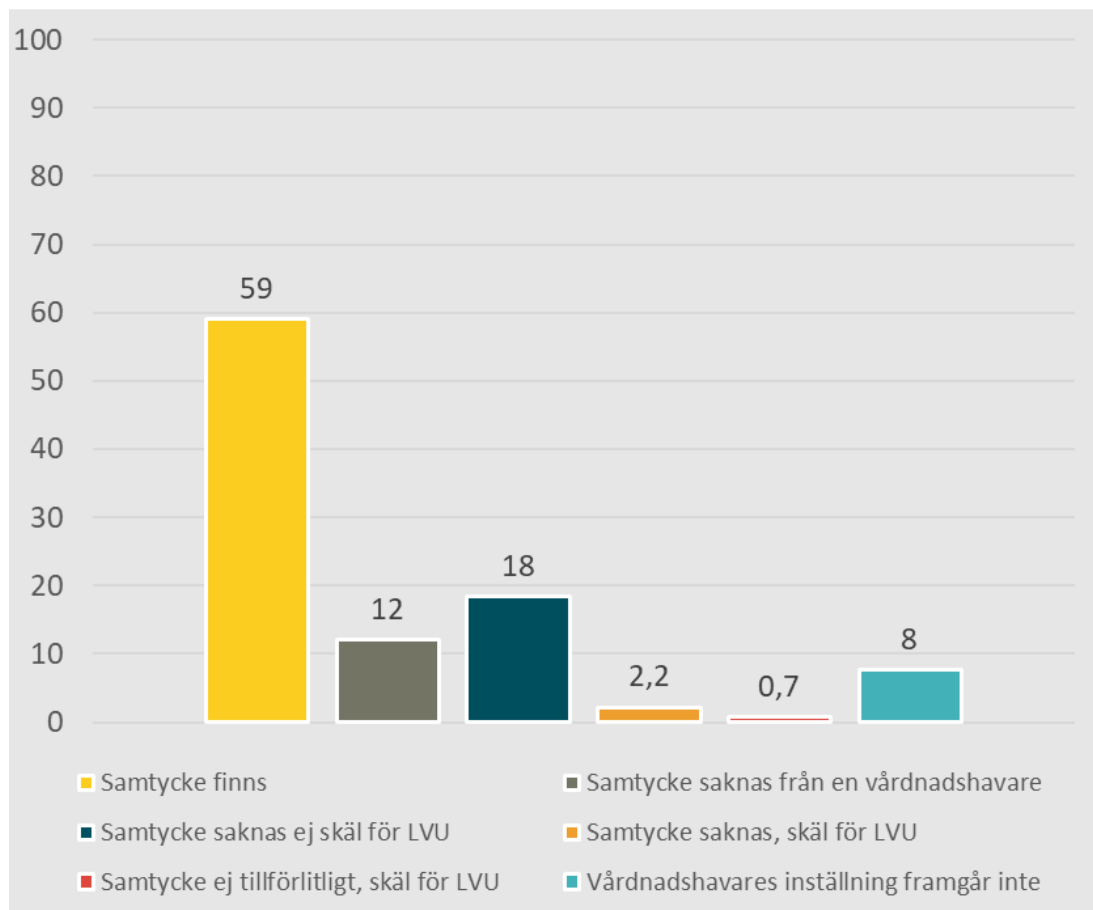
Nr	Dominerande riskfaktorer	Dokumenterade skyddsfaktorer	Ca %
1	Bristande föräldraförmåga (samtliga områden) utsatt boendesituation, ekonomisk utsatthet, förälder med ohälsa	Få skyddsfaktorer i nätverk, hos ena föräldern och hos barnet och på fritiden.	4 %
2	Upplevt våld mellan omsorgspersoner, allvarliga konflikter i nätverket, bristande säkerhet, i viss grad våld mot barn	Fungerande och stödjande förälder. Få skyddsfaktorer i nätverk och hos barnet och på fritiden.	8 %
3	Bristande grundläggande omsorg, utsatt boendesituation, ekonomisk utsatthet	Till viss del fungerande och stödjande förälder. Få skyddsfaktorer hos barnet och nätverk och på fritiden.	5 %
4	Skolproblematik, psykisk ohälsa och beteendeproblem	Fungerande och stödjande föräldrar Fungerande professionellt stöd	11 %
5	Fysiskt våld mot barn, bristande säkerhet	Fungerande och stödjande förälder Fungerande skolgång Få skyddsfaktorer hos nätverk och hos barnet och på fritiden.	6 %
6	Genomgående få eller inga dokumenterade riskfaktorer	Till viss del fungerande och stödjande förälder. I övrigt få eller inga dokumenterade skyddsfaktorer.	12 %
7	Skolproblematik och psykisk ohälsa, bristande stimulans och vägledning, bristande grundläggande omsorg. I viss grad förälder med ohälsa.	Till viss del fungerande professionellt stöd, Till viss del fungerande och stödjande förälder. I övrigt få skyddsfaktorer hos nätverk och hos barnet och på fritiden.	8 %
8	Fysiskt och psykiskt våld mot barn, upplevt våld och konflikter i familjen. Bristande samspel, barnet egen psykisk ohälsa. Bristande föräldraförmåga (samtliga områden), förälder med egen ohälsa.	Till viss del fungerande och stödjande förälder. I övrigt få skyddsfaktorer hos nätverk och hos barnet och på fritiden.	5 %
9	Egen kriminalitet, kriminellt umgänge, beteendeproblem, skolproblematik. I viss grad skadligt bruk.	Fungerande och stödjande förälder. I övrigt få skyddsfaktorer hos nätverk och hos barnet och på fritiden.	4 %
10	Förälder med egen ohälsa, konflikter i familjen. I viss grad bristande säkerhet och bristande känslomässig tillgänglighet.	Barnet har i samtliga fall en fungerande skolgång. Barnet har egna resurser Fungerande och stödjande förälder Fungerande och stödjande privat nätverk	7 %
11	Multiutsatthet; omfattande bristande föräldraförmåga, våldsutsatthet, egen beteendeproblematik, F/O egen ohälsa, utsatt boendesituation och ekonomi, svagt privat nätverk	Få skyddsfaktorer hos förälder, barn och nätverk och på fritiden.	1.5%
12	Få dokumenterade riskfaktorer	Stödjande förälder och fungerande skolgång, barnets egna resurser, Till viss del stödjande privat nätverk	12 %
13	Bristande känslomässig tillgänglighet och bristande stimulans och vägledning. F/O egen ohälsa. Till viss del konflikter i familjen.	Till viss del stödjande förälder, fungerande skolgång. I övrigt få skyddsfaktorer.	4 %
14	Egen beteendeproblematik, skolrelaterad problematik, psykisk ohälsa. Till viss del utövar själva våld, socialt nedbrytande beteende. Bristande stimulans, vägledning.	Till viss del fungerande och stödjande förälder. I övrigt få skyddsfaktorer hos nätverk, hos barnet och på fritiden.	5 %
15	F/O skadligt bruk eller beroende, F/O egen ohälsa. I viss grad bristande säkerhet.	Fungerande och stödjande förälder. Till viss del fungerande och stödjande privat nätverk. Få resurser hos barnet och på fritiden.	8 %

Samtycke, hänvisningar och insatser

Vårdnadshavares och barns samtycke

I utredningar där socialtjänstens bedömt att det finns behov av stöd eller skydd ställdes frågor om vårdnadshavares och barns samtycke (från 12 år).

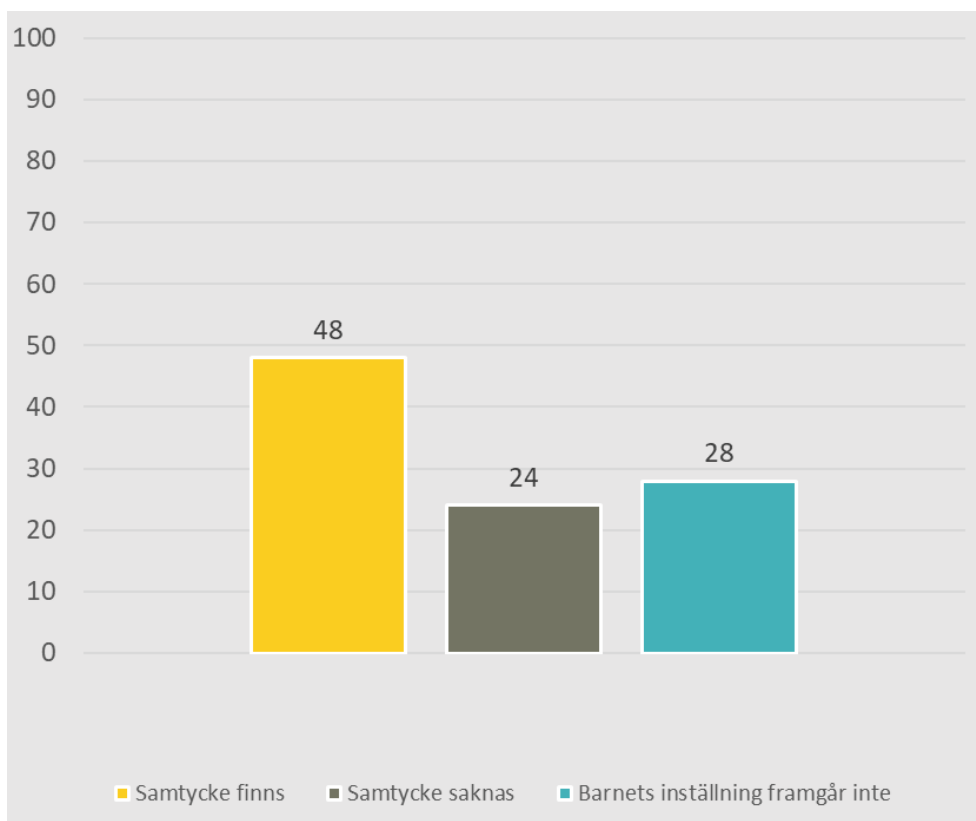
Figur 2 visar utgångsläget för vårdnadshavares respektive barns samtycke. Vanligast är att både vårdnadshavare och barn samtycker till insatser när socialtjänsten bedömt att barnet är i behov av stöd eller skydd. När vårdnadshavares samtycke saknas avslutas de flesta utredningar utan beslut om insats eller åtgärd. Skäl för LVU anges i totalt tre procent av utredningarna.



Figur 2. Vårdnadshavares inställning till insatser vid bedömt behov av stöd eller skydd.

Figur 3 visar att för barn över 12 år är vanligt att barnets inställning till insatser inte framgår av dokumentationen. Detta ska jämföras med den

avsaknad av dokumentation som även presenterats tidigare. I PM #3 redovisades att information om barnets behov och önskemål saknas i 30 procent av utredningarna.



Figur 3. Barnets inställning till insatser vid bedömt behov av stöd eller skydd. För barn 12 år eller äldre.

Olika faktorer påverkar graden av samtycke

Den fortsatta resultatpresentationen är avgränsad till utredningar som inletts efter anmälan (18 647 utredningar) och centrala faktorer som har samband med att samtycke finns från samtliga vårdnadshavare och/eller samtycke från barn över 12 år.

Resultatet som presenteras gäller för det totala antalet utredningar som inletts efter anmälan, i samtliga deltagande kommuner och stadsdelar i NUSO. Andelen utredningar där vårdnadshavare samtycker varierar i huvudsak från 52 procent till 68 procent bland medverkande kommuner/stadsdelar. Samtycke från barnen varierar i huvudsak från

40 till 61 procent. För såväl samtycke från vårdnadshavare som samtycke från barn finns ett mindre antal kommuner som ligger utanför dessa spann.

Typ av utsatthet spelar roll

Vårdnadshavare tackar ja till insatser i betydligt högre grad när utsattheten rör barnets eget beteende jämfört med hemmiljön.

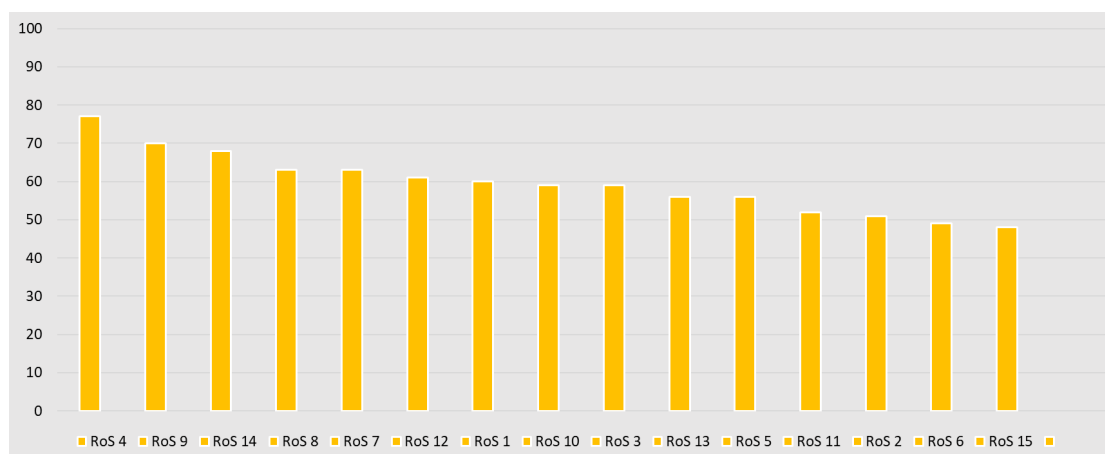
- När utsattheten enbart rör hemmiljön har vårdnadshavare samtyckt till insatser i 51 procent.
- Vid utsatthet både i hemmiljö och på grund av eget beteende är motsvarande andel 63 procent.
- Vid enbart eget beteende har vårdnadshavare samtyckt till insatser i 70 procent av utredningarna när socialtjänsten har bedömt behov av stöd eller skydd.

I PM#3 visades hur socialtjänstens bedömning av behov av stöd eller skydd varierade i förhållande till RoS-profil. Detta gäller även vårdnadshavares samtycke vilket illustreras i figur 4.

Vårdnadshavare samtycker i högst utsträckning när socialtjänsten definierar utsattheten som barnets egen kriminalitet eller kriminellt umgänge och det bedöms finnas en fungerande och stödjande förälder (RoS 9) samt vid en kombination av barns psykisk ohälsa, skolproblematik och beteendeproblem med varierande föräldrastöd (RoS 4 och RoS 14).

Vårdnadshavare samtycker i lägst utsträckning å ena sidan vid allvarlig och multipel utsatthet (RoS 11), å andra sidan i utredningar där få riskfaktorer framkommit i kombination med flera skyddande faktorer (RoS 6).

Vårdnadshavare samtycker även i lägre grad när utsattheten rör barn som anhöriga; det vill säga i utredningar som domineras av en fungerande och stödjande förälder i kombination med konflikter och upplevt våld i familjen (RoS 2) eller föräldrar med skadligt bruk och beroende (RoS 15).



Figur 4. Samtycke i relation till typiska utsatthetsmönster (RoS-profiler). Andel i procent. Beskrivning av RoS-profiler se tabell 1.

Skillnader utifrån ålder, kön, ursprung och diagnos

Oavsett identifierad utsatthet i hemmiljö eller på grund av eget beteende samtycker vårdnadshavare med svensk bakgrund i högre utsträckning till insats än vårdnadshavare med utländsk bakgrund (totalt 65 procent jämfört med 51 procent). Detta gäller särskilt när utsattheten rör RoS-profil 2, 7, 8, 10 och 13. Gemensamt för dessa RoS-profiler är förekomst av konflikter, våld och olika aspekter av bristande föräldraförmåga.

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

Vårdnadshavare till barn med någon form av diagnos samtycker i högre grad till insatser jämfört med vårdnadshavare till barn utan diagnos (70 procent jämfört med 56 procent). Detta gäller främst när problematiken domineras av våld mot barn i kombination med en stödjande och fungerande förälder (RoS 5) eller barnets egen kriminalitet i kombination med en fungerande och stödjande förälder (RoS 9).

Vårdnadshavares samtycke ökar tydligt i takt med barnets ålder. Skillnaden mellan flickor och pojkar ökar från 12 års ålder, se tabell 2. Vårdnadshavares benägenhet att samtycka till insatser ökar om utsattheten rör barnets eget beteende, om barnet har varit delaktig i utredningen och om barnet själv samtycker till insats. Samtliga dessa tre aspekter är mer vanliga ju äldre barnet blir.

Tabell 2. Vårdnadshavares samtycke för flickor och pojkar i olika åldrar i utredningar som inletts efter anmälan.

Ålder	Pojkar (%)	Flickor (%)
0-2 år	52	50
3-5 år	52	52
6-8 år	57	55
9-11 år	61	60
12-14 år	61	68
15 – 17 år	58	65

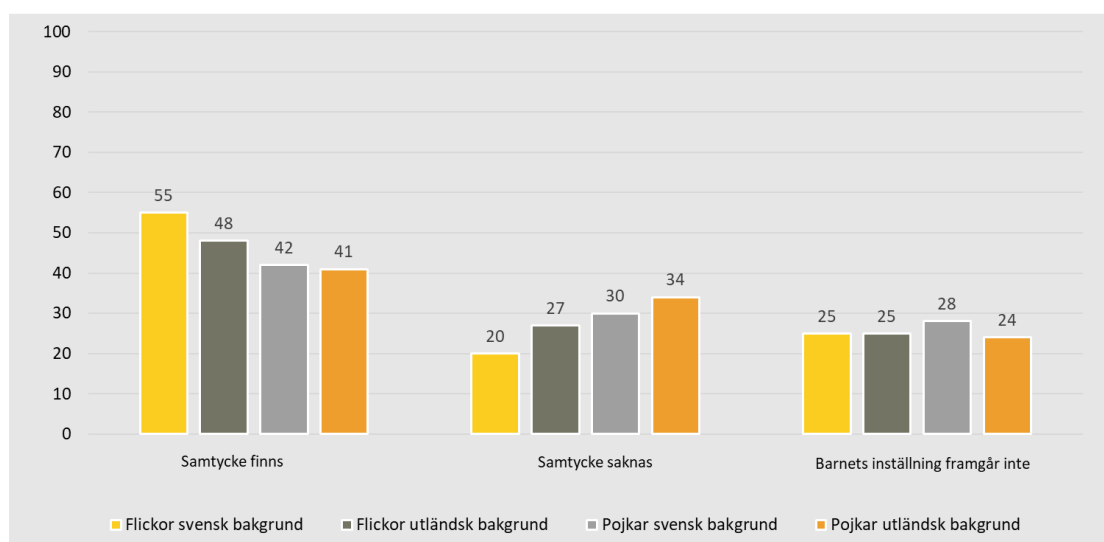
Vårdnadshavares samtycker även i högre grad för flickor än pojkar när utsattheten domineras av flera riskfaktorer i barnets utveckling i kombination med bristande föräldraförmåga (RoS 14). Ytterligare en problematik som sticker ut när det gäller skillnader mellan flickor och pojkar är högre grad av samtycke för flickor när utsattheten i hemmiljön domineras av föräldrars skadliga bruk och beroende i kombination med en fungerande och stödjande förälder (RoS 15).

Vårdnadshavare och barns samtycke samvarierar

Resultatet visar genomgående en tydlig samvariation mellan vårdnadshavares och barns samtycke. När barnet har samtyckt till insats, har även vårdnadshavare samtyckt till insatser i hög utsträckning (89 procent). Omvänt har barnet samtyckt till insatser i 70 procent av fallen när vårdnadshavare samtyckt. Oavsett andra bakgrundsfaktorer samtycker flickor i betydligt högre grad än pojkar, skillnaderna är tydligast mellan flickor och pojkar med svensk bakgrund.

Figur 5 visar skillnader i samtycke för flickor och pojkar med svensk respektive utländsk bakgrund, liksom i vilken utsträckning information om barnets inställning saknas. Flickor samtycker i betydligt högre

grad till insatser jämfört med pojkar. Flickor med svensk bakgrund samtycker till insatser i högst utsträckning medan pojkar med utländsk bakgrund samtycker i lägst utsträckning. Noterbart är även att information om barnets inställning till insatser saknas i var fjärde utredning, trots att frågan enbart rör utredningar där socialtjänsten har bedömt att det finns behov av stöd.



Figur 5. Samtycke till insatser i relation till kön och ursprung för barn över 12 år.

Hänvisningar som alternativ eller komplement till insatser

Tabell 3 ger en överblick över andelen hänvisningar till socialtjänstens icke behovsprövade insatser, hälso- och sjukvård, förskola/skola, privat nätverk samt ideell verksamhet. Hänvisning till socialtjänstens icke behovsprövade insatser har angetts i 18 procent av utredningarna och görs sällan i kombination med annan biståndsbeslutad insats.

När socialtjänsten hänvisar till andra verksamheter innebär det främst hänvisning till hälso- och sjukvården. Detta har angetts i 17 procent av utredningarna. I likhet med hänvisning till socialtjänstens icke behovsprövade insatser utgör hänvisningar främst den enda åtgärden snarare än en åtgärd i kombination med socialtjänstens biståndsbeslutade insatser.

Tabell 3. Hänvisningar vid avslut av utredning till socialtjänstens icke behovsprövade insatser samt hänvisningar till andra verksamheter, privat nätverk och ideell verksamhet.

Hänvisning	Totalt av samtliga utredningar %	Enbart hänvisning %	I kombination med insats %
Icke behovsprövade insatser	18	14	4
Individuellt stöd förälder	12	10	2
Individuellt stöd barn	2,5	2	-
Barngrupp	2	1,6	-
Föräldragrupp	3,5	2,5	1
Hälso- och sjukvård	17	11	6
Förskola/skola	6	4	2
Privat nätverk	7	5	2
Ideell verksamhet	1,4	1,1	-

Totalt sett görs hänvisning till socialtjänstens icke behovsprövade insatser i högre grad för barn som bor växelvis hos föräldrarna jämfört med övriga barn liksom för barn upp till 12 års ålder. Hänvisning görs även i högre grad vid förstagsutredningar.

Det är också tydligt att hänvisningar görs förhållandevis ofta i de utredningar där socialtjänstens bedömt att det finns behov av stöd men där vårdnadshavare tackat nej till insats utan skäl till LVU. I dessa utredningar hänvisar socialtjänsten vidare till socialtjänstens icke behovsprövade insatser i var fjärde fall (25 procent). Detta innebär alltså att socialtjänsten använder hänvisningar till icke behovsprövade insatser som ett verktyg vid bristande samtycke.

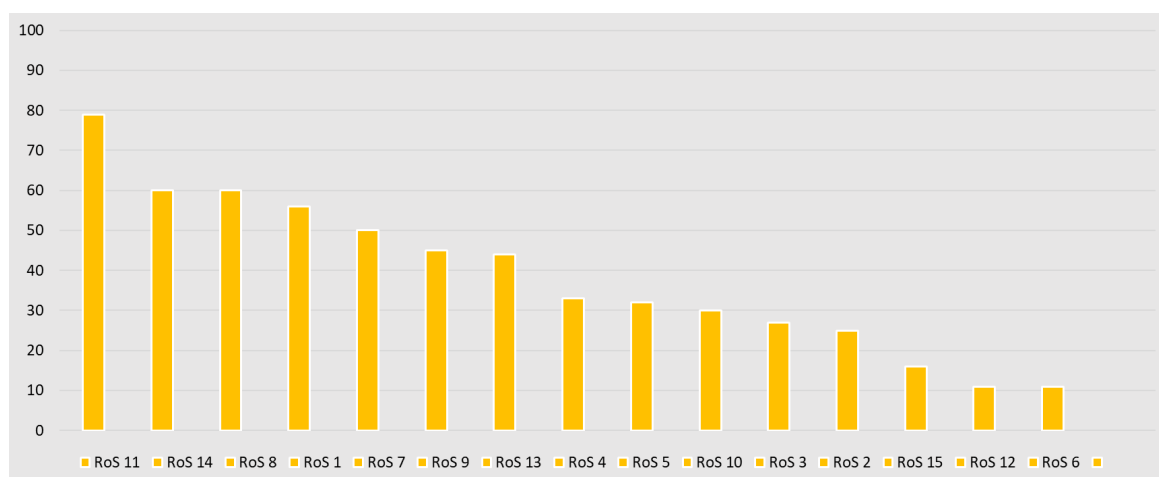
Till hälso- och sjukvården hänvisas oftare barn med svensk bakgrund än barn med utländsk bakgrund, barn med diagnos samt när utsatt-heten rör både hemmiljön och eget beteende. Hänvisning till förskola och skola görs främst för barn med diagnos och egen beteendeproblematik. När det gäller hänvisning till det privata nätverket finns inga skillnader mellan grupper, utan hänvisningen sker främst vid utsatt-het enbart i hemmiljön.

Biståndsbeslutade insatser och åtgärder

I genomsnitt har 32 procent av utredningarna som inletts efter anmälan lett till någon form av biståndsbeslutad insats eller åtgärd. Andelen varierar tydligt beroende på vilken utsatthet som framkommit i utredningarna. Figur 6 visar andelen utredningar som lett till någon form av insats eller åtgärd i förhållande till de olika RoS-profilerna.

Högst andel biståndsbeslutade insatser/åtgärder rör barn som upplever allvarlig och multipel utsatthet (RoS 11). Utredningarna har i vart fjärde fall lett till tvångsåtgärder på grund av bristande samtycke från vårdnadshavare. Det är viktigt att här vara medveten om att det i dessa utredningar framkommit en kombination av flera risker i barnets utveckling och eget beteende, liksom omfattande bristande föräldraförmåga och risker i familj och miljö.

När det gäller utredningar där barnets egen beteendeproblematik dominerar i kombination med en fungerande och stödjande förälder är det tydligt att barn i egen kriminalitet beviljas insatser eller åtgärder i högre utsträckning än när problematiken rör psykisk ohälsa och skolproblematik (RoS 9 jämfört med RoS 4). Totalt sett har 55 procent av utredningarna som rör barn i egen kriminalitet lett till insatser, vilket presenterades i PM#1.



Figur 6. Andel insatser i förhållande till kombinationer av risk- och skyddsfaktorer (RoS-profiler). Se RoS-profiler tabell 1 sid 7.

Typ av insats

Tabell 4 visar i vilken utsträckning utredningarna lett till olika former av insatser/åtgärder. Den vanligaste insatsen är familjebehandling (22 procent). I ca 10 procent har utredningarna resulterat i annan strukturerad öppenvård, kontaktperson eller kontaktfamilj. Placering enligt SoL eller ansökan om LVU rör nära fem procent av utredningarna. Utredningarna har mycket sällan resulterat i beslut om uppföljning av ett barns situation (1,4 procent) eller §22 LVU (0,1 procent).

Den mycket låga andelen uppföljningar av ett barns situation bör särskilt uppmärksammas eftersom detta utgör ett av socialtjänstens verktyg vid bristande samtycke och som därmed skulle kunna bidra till att minska gapet mellan bedömt behov av stöd och biståndsbeslutade insatser och åtgärder enligt figur 1.

Vid bedömt behov av stöd men bristande samtycke har uppföljning av ett barns situation beslutats i totalt fyra procent.

Tabell 4. Andel insatser och åtgärder.

Insats/åtgärd	Total andel %
Familjebehandling	22
Annan strukturerad öppenvård	7
Placering SoL	2
Kontaktperson	2
Uppföljning av ett barns situation	1.4
Kontaktfamilj	1.3
Ansökan LVU §2	1.3
Omedelbart omhändertagande	0.9
Särskilt kval. kontaktperson	0.4
Ansökan LVU §3	0.3
§22 LVU	0.1

Olika insatsmönster för olika grupper av barn

Totalt sett leder utredningarna till insatser i högst utsträckning till flickor med svensk bakgrund insatser (36 procent), därefter pojkar med svensk bakgrund (33 procent), flickor med utländsk bakgrund (29 procent) och i lägst grad pojkar med utländsk bakgrund (27 procent).

Typ av insats eller åtgärd varierar även utifrån barnets ålder, ursprung och om barnet har en diagnos. Familjebehandling eller annan strukturerad öppenvård ökar i takt med barnets ålder och beviljas i högre grad för barn med svensk bakgrund och för barn med utländsk bakgrund.

När utredningen har resulterat i placering (oavsett SoL eller LVU) så är detta mer vanligt för barn med utländsk bakgrund och för barn med diagnos, antingen tidigt i barnets liv (0-2 år) eller i senare tonår (15-17 år). Skillnader mellan grupper när det gäller skäl för LVU beror på att socialtjänsten i olika grad kompenserar för bristande samtycke när utsattheten bedöms särskilt allvarlig.

Beslut om kontaktfamilj är ovanligt och rör i högst utsträckning barn med svensk bakgrund i åldern 3-8 år medan kontaktperson beviljas senare under barnets uppväxt.

Omotiverade skillnader i tillgång till insatser?

Ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv är en central fråga om skillnader som framkommer i tillgång till insatser mellan olika grupper av barn är motiverade eller omotiverade. Som stöd för en sådan analys används framtagna och empiriskt prövade kriterier enligt Myn-digheten för vård och omsorgsanalys (MYVA, 2018).

Definition av omotiverad skillnad

En skillnad i beslut om insats är omotiverad om den inte kan förklaras av någon av följande faktorer:

1. Skillnader i behov – exempelvis olika problemtyngd eller risk att barnet far illa.
2. Skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan huvudman eller av barnet/nätverket.
3. Skillnader i barns och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter eller inställning.

Skillnader i behov är motiverade om barnen har olika omfattning eller typ av problem som kräver olika insatser. Bedömningen av behov är individuell och ska ta hänsyn till barnets situation och *problemtyngd*.

Problemtyngd innebär att man ser till antalet och typen av problem som identifierats i utredningen.

Skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan huvudman är motiverade om barnet får stöd från skola, hälso- och sjukvård eller andra aktörer. Kommunens ansvar begränsas inte det ansvar som vilar på andra aktörer. Hänvisning till annan verksamhet kan ske som alternativ eller komplement till insats.

Skillnader i samtycke eller inställning är motiverade om vårdnadshavare eller barnet inte samtycker till insats. Socialtjänsten ska beakta barnets och vårdnadshavarens åsikter inför beslut om insats.

Återkommande skillnader mellan vissa grupper

I tidigare och aktuellt PM framkommer att handlägningsprocessen genomsyras av skillnader i relation till barnets ålder, kön, ursprung och om barnet har en diagnos eller inte. En större andel och fler riskfaktorer dokumenteras för barn med svensk bakgrund jämfört med barn med utländsk bakgrund. Detsamma gäller för barn med diagnos jämfört med barn utan diagnos. Antalet dokumenterade riskfaktorer ökar ju äldre barnet är, och särskilt för flickor där kombinationen av utsatthet i hemmiljö och eget beteende identifieras i betydligt högre grad än för pojkar. Dessa skillnader i problemtyngd motiverar därmed på en övergripande nivå motsvarande skillnader i bedömt behov av stöd liksom i tillgång till insatser.

Omotiverade skillnader när utsattheten är densamma

När skillnader i tillgång till insatser undersöks vidare i relation till de olika utsatthetsmönstren kvarstår endast vissa mönster.

Skillnader mellan svensk och utländsk bakgrund kvarstår endast 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. Resultatet tyder på omotiverade skillnader utifrån behov och problemtyngd.

Skillnaderna i relation till om barnet har en diagnos, kvarstår inte när de olika utsatthetsmönstren undersöks var och en för sig. Snarare är det av större betydelse om barnet varit delaktig, liksom om information har hämtats in från annan verksamhet. Detta är faktorer som bidrar till att socialtjänsten bedömer att barnet är i behov av stöd.

Motiverade skillnader när vårdnadshavare inte samtycker

Sett till kriteriet om den enskildes inställning och åsikter är skillnaderna utifrån ålder, ursprung och diagnos motiverade. Vårdnadshavare till barn med svensk bakgrund tackar i högre utsträckning ja till insatser än vårdnadshavare till barn med utländsk bakgrund. Det samma gäller vårdnadshavare till barn med diagnos jämfört med barn utan diagnos. Samtycke från vårdnadshavare ökar också när barnet blir äldre, särskilt när utsattheten rör barnets eget beteende. Sammantaget förstärks skillnaderna i tillgång till insatser på grund av bristande samtycke. Utifrån barnets perspektiv och rätt till stöd är detta problematiskt, men alltså inte att betrakta som omotiverade utifrån gällande lagstiftning.

Hänvisning förklarar inte skillnaden i tillgång till insatser

Skillnaderna i tillgång till insatser skulle slutligen kunna förklaras av att barn som inte får insatser från socialtjänsten istället bedöms vara i behov av stöd från annan huvudman. Detta framkommer dock inte i resultatet. Snarare är det så att barn med svensk bakgrund, barn med diagnos och äldre barn är de som i högre grad än övriga barn även hänvisas till stöd från exempelvis skola och hälso- och sjukvård.

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.

Detta PM är det sista som presenterar övergripande resultat från delstudie 1 om avslutade utredningar. Under 2026 fortsätter PM serien rörande delstudie 1 i NUSO barn, unga och familjer. Dels med vissa fördjupningar baserat på avslutade utredningar, dels med resultat om uppföljning av insatser och hänvisningar.

I PM:et har resultat presenterats som ger ett utgångsläge när det gäller vägen till insatser baserat på:

- Vårdnadshavares och barns samtycke till insatser
- Beslut om öppenvårdsinsatser och ansökan om placering enligt SoL/LVU.
- Hänvisningar till socialtjänstens icke behovsprövade insatser, andra verksamheter eller privata nätverket.

Nedan diskuteras resultatens relevans för socialtjänstens omställning till en mer lätt tillgänglig, förebyggande, jämställd och jämlik samt kunskapsbaserad socialtjänst.

Professionella avvaktar och föräldrar bromsar

Tidig utsatthet i hemmiljön har en stark koppling till ökad risk för psykisk ohälsa, fysisk sjukdom och social problematik senare i livet (Webster, 2022). Insatser till yngre barn är därför avgörande för att bryta den negativa spiralen och förebygga långvariga konsekvenser. Socialtjänsten har samtidigt svårt att nå barn i ett tidigt skede. Detta beror på en kombination av särskilda utmaningar i utredningsarbetet, en reaktiv socialtjänst och föräldrar som tackar nej till insatser.

Socialtjänsten bedömer att ca en tredjedel av de yngsta barnen är i behov av stöd jämfört med närmare två tredjedelar av tonåringar. När bristande samtycke adderas till socialtjänstens bedömning, och enbart

till viss del uppvägs av LVU, är det endast 23 procent av utredningar för 1-åringar som leder till beslut om insats, jämfört med 44 procent för 14-åringar.

Graden av samtycke ligger totalt sett i linje med tidigare studier (Heimer, 2023; Persdotter, mfl. 2024). Samtidigt framkommer stora skillnader mellan kommuner, mellan olika grupper av barn och i förhållande till olika utsatthetsmönster. Den kraftiga utsorteringen som socialtjänsten står för när det gäller de yngsta barnen samt när utsattheten enbart rör hemmiljön förstärks av att även vårdnadshavare är mindre benägna att tacka ja i dessa fall.

Vårdnadshavare samtycker i högre grad till insatser om utsattheten rör barnets eget beteende, om barnet har varit delaktig i utredningen och om barnet själv samtycker till insats. Samtliga dessa tre aspekter är mer vanliga ju äldre barnet blir. I Diskrimineringsombudsmannens studie om skillnader som kan utgöra risk för diskriminering (2021) sätter socialsekreterare ord på detta dilemma; *”Så detta med barnperspektiv... och att förebygga är svårt... För sen när det kommer till ungdomar då behöver vi lägga massa energi och resurser på ungdomarna... då finns inte utrymme att fokusera på de små barnen. Det blir en ond cirkel av alltihop för vi vet att dom kommer sen.”*

Kända riskfaktorer tidigt i barnets liv riskerar att missas

Socialtjänsten har ett stort ansvar att ge stöd eller skydd vid väl kända riskfaktorer som försummelse och våld i hemmet, förälders skadliga bruk eller beroende, psykisk ohälsa hos förälder eller kriminalitet i familjen (Webster 2022; Engström & Lucas, 2022). Därför är det viktigt att uppmärksamma resultat i NUSO som genomgående visat på en särskild utsatthet för barn som exponeras för denna problematik i hemmiljön.

Tidigare PM har visat att barnen i dessa fall är mindre delaktiga i utredningen, information hämtas i mindre utsträckning in från andra verksamheter, barnen bedöms i lägre grad vara i behov av stöd och beviljas sällan insatser. Vidare utreds sällan det privata nätverkets förutsättningar att stödja och skydda barnet. Enligt kommunerna beror detta på att de inte utreder mer än nödvändigt, om en förälder bedöms

kunna tillgodose barnets behov. Risken är dock påtaglig att dessa barn återkommer till socialtjänsten och då med mer omfattande behov.

Befintliga verktyg används sällan vid bristande samtycke

Den vanligaste utgången vid bristande samtycke är att utredningen avslutas utan åtgärd. I de mest allvarliga fallen används tvångsåtgärder i form av omhändertagande och placering. Möjligheten till mellantvång används i bara ett fåtal ärenden och i mindre allvarliga fall lämnas de allra flesta barn helt utan åtgärd. Socialtjänsten beslutar mycket sällan om uppföljning av barnets situation (23 kap. 1§ SoL), trots att det är ett verktyg som är särskilt viktigt vid bristande samtycke. Resultatet ligger i linje med tidigare studier, som dock enbart rört utredningar efter anmälan om misstänkt våldsutsatthet (Persdotter & Andersson, 2020; Persdotter mfl., 2024).

Bättre förutsättningar för uppföljning av ett barns situation

Uppföljning av ett barns situation är ett verktyg för att hantera fortsatt oro när insats inte kan ges på grund av bristande samtycke, men där tvångsvård inte är aktuell. Syftet är att socialtjänsten ska kunna följa barnets situation och agera om riskerna ökar. En nödvändig fråga att lyfta är varför inte socialtjänsten i högre grad använder sig av denna möjlighet.

Kommuner lyfter själva problem med att tidsramen för uppföljning av ett barns situation tidigare varit för kort och att detta har varit en anledning till att åtgärden inte har använts. Enligt nuvarande lagstiftning är tidsgränsen sex månader vilket borde kunna leda till ökad användning av åtgärden (23 kap. 1§ SoL). Uppföljning är särskilt viktig när det gäller de yngsta barnen utifrån utmaningen i att utreda föräldraförmåga och hemmiljö när barnet inte själv kan delta i utredningssamtal.

Vikten av att arbeta motiverande och relationsskapande

När det gäller de äldre barnen bekräftar samtidigt aktuellt PM betydelsen av barnets delaktighet i utredningen. När barnet själv varit delaktig innebär det att vårdnadshavare i betydligt högre grad tackar ja till insatser än om barnet inte varit delaktig. I linje med detta syns tydligt

överlapp mellan vårdnadshavares och barns samtycke från 12 år. Resultatet pekar på vikten av att socialtjänsten ges förutsättningar att kunna arbeta motiverande och relationsskapande med både barn och vårdnadshavare. Tidigare studier har även visat på att vårdnadshavares förståelse och insikt om barnets behov liksom om behov av förändringar i familjens situation ökar om vårdnadshavare får ta del av barnets berättelser och önskemål till socialtjänsten (DO, 2021; Heimer mfl. 2017).

Hänvisning som nödlösning?

Aktuellt PM visar ny kunskap om socialtjänstens hänvisningar. Detta har inte tidigare studerats i denna omfattning, men utgör ett viktigt bidrag för att bättre förstå flödet mellan socialtjänstens olika insatsnivåer, liksom till andra verksamheter. Tidigare studier har förhållit sig till hänvisningar som något som görs som separat åtgärd och oberoende av vårdnadshavares samtycke (Lundström mfl. 2025).

NUSO visar snarare att hänvisningar dels görs till hälso- och sjukvård och skola i kombination med socialtjänstens egna biståndsbeslutade insatser. Dels i förhållandevis hög grad till icke behovsprövade insatser inom socialtjänstens som ett alternativ när vårdnadshavare inte samtyckt till insats. För de yngre åldersgrupperna är det vanligt att hänvisning i dessa fall görs till individuellt föräldrastöd eller till föräldragrupper.

Hänvisningarna skulle kunna tolkas som att socialtjänsten inte vill släppa taget, att det kan finnas fortsatt oro för barnet och familjen. Förhoppningen blir då att föräldrarna självmant tar den hjälp som de behöver. Med tanke på att vårdnadshavare redan tackat nej till insats är det dock inte särskilt troligt att de i nästa steg skulle söka stöd på egen hand. I vilken utsträckning dessa ärenden återkommer genom anmälan till socialtjänsten undersöks i den uppföljande studien i NUSO om insatser och hänvisningar och som kommer att publiceras under 2026.

Fördel tonårsflickor med svensk bakgrund

I linje med tidigare forskning visar NUSO på skillnader i tillgång till insatser mellan olika grupper av barn och där faktorer som ålder, ursprung, kön och om barnet har en diagnos spelar roll (MYVA, 2018; Loebs & Persdotter, 2025; Persdotter, mfl., 2024). Skillnad i beslut om insatser är motiverad om de förklaras av att den enskilde tackar nej. Detta eftersom socialtjänstens insatser i grunden bygger på frivillighet. Ur ett barnrättsperspektiv är det samtidigt problematiskt. När vårdnadshavare motsätter sig insats riskerar barn att stå utan stöd trots dokumenterat behov, vilket strider mot principen om barnets bästa och ambitionen om tidiga insatser (MYVA, 2018; Heimer, 2023).

Som tillägg till kriterierna för att bedöma skillnader i tillgång till insatser och för att stärka barnets rättigheter, menar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022) att kriterier även behövs för att bedöma motiverade och omotiverade skillnader i utredningarnas genomförande och dokumentation. Resultaten i NUSO ger stöd för detta eftersom det är tydligt att skillnaden i både socialtjänstens bedömning av flickor och pojkars behov av stöd liksom tillgången till insatser tydligt samvarierar med skillnader i flickor och pojkars delaktighet.

Tonårsflickor med svensk bakgrund är en grupp som tycks ligga före övriga barn när det gäller att både få och ta plats i utredningsprocessen. Flickors utsatthet kopplas oftare till hemmiljön, medan pojkars utsatthet i högre grad tolkas som ett resultat av eget beteende. Dessa skillnader syns redan från tre års ålder och förstärks i tonåren. Särskilt tydligt är detta i gruppen barn med egen kriminalitet, vilket tidigare PM presenterat. Flickor är också mer delaktiga i utredningssamtal än pojkar, särskilt när det gäller att uttrycka behov och önskemål om insatser.

NUSO bekräftar också tidigare resultat om att flickor med svensk bakgrund är de som får tillgång till insatser i högst utsträckning och pojkar med utländsk bakgrund i lägst utsträckning (MYVA 2018; Persdotter & Andersson, 2020; Persdotter, mfl. 2024).

Omställningen kräver förändrade arbetssätt och fler insatser

Inom forskningen har det länge varit vedertaget att använda sig av den så kallade barnavårdstratten för att illustrera sorteringsprocessen och vägen till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Östberg, 2014; Stranz mfl., 2016; Kalin mfl. 2021; 2022; Rustad, 2024; Loeb & Persdotter, 2025; Lundström mfl 2025). Barnavårdstratten har även använts i designen av NUSO.

NUSO har samtidigt bidragit med ny och mer nyanserad kunskap om vägen till socialtjänstens insatser, liksom om sorteringsprocessen. De samlade resultaten visar på en större komplexitet i vägen till insatser än vad som ryms i barnavårdstratten. Utifrån socialtjänstens ambitioner att nå barn tidigt är det inte heller särskilt fruktbart att hålla fast vid denna modell, då den i sin teoretiska grund uppmuntrar till ett reaktivt förhållningssätt (Parton, mfl., 1997).

I stället behöver socialtjänsten ställa självkritiska frågor till den kraftiga utsortering som sker. Idag leder endast hälften av alla aktualiseringar till utredning, och ca en av tre utredningar till insats eller åtgärd. En stor andel barn återkommer i nya utredningar på grund av fortsatt oro och förvärrad problematik. Om alla barn som bedömts vara i behov av stöd skulle få insatser, krävs samtidigt nästan dubbelt så många insatser som idag. Om insatser skulle ges till alla barn där någon form av utsatthet framkommit krävs nära tre gånger fler insatser än idag. Det finns därmed omfattande behov av utökade resurser, fler insatser liksom behov av förändrade arbetssätt.

Centralt för omställningen är att insatser ska nå fler barn tidigt. Familjebehandling bör kunna initieras inom flera verksamheter. Redan idag görs detta i kommuner genom stärkt samverkan mellan BVC och socialtjänst eller via Familjecentraler. Ett exempel är modellen Barnsäkert som är utvecklad för att tidigt identifiera psykosociala riskfaktorer i små barns uppväxtmiljö, såsom ekonomisk utsatthet, föräldrastress, nedstämdhet, riskbruk av alkohol och våld i nära relationer (Engström & Lucas, 2022; Golsäter & Andersson, 2024).

Motsvarande strukturerade arbetssätt skulle, utifrån resultaten i NUSO, även behöva utvecklas vid vårdcentraler, inom psykiatri och

socialtjänstens vuxenenheter. Verksamheterna har en viktig roll i att upptäcka barnen och initiera stöd eftersom de har kunskap om föräldrarnas tillstånd. Barn som anhöriga till föräldrar med egen problematik har rätt att få information om sin situation, få hjälp att förstå vad som händer, ges möjlighet att uttrycka sina åsikter och få förutsättningar att utvecklas (Priebe mfl., 2024; Socialstyrelsen, 2024). Ett förändrat arbetssätt där insatser till hela familjen kan sättas in tidigt, skulle även innebära bättre möjligheter att synliggöra och mobilisera skyddsfaktorer i barnets liv och i det privata nätverket.

För att nå fler barn tidigt är det också nödvändigt att säkerställa ett mer proaktivt och likvärdigt utredningsarbete över landet. Bedömningsinstrument skulle troligen behöva integreras tydligare i BBIC (Socialstyrelsen, 2023) liksom ett mer strukturerat tvärprofessionellt samarbete. Resultat i NUSO och tidigare forskning pekar på stora skillnader i hur utredningsarbetet genomförs liksom begränsningar i den struktur för informationsinhämtning från andra verksamheter som gäller idag (Greve mfl. 2025; DO, 2021).

Det finns sammantaget all anledning att nyansera både debatten om vägen till socialtjänstens insatser och förståelsen för sorteringsprocessen. Målsättningen är att det kommande året utveckla en modell som beskriver sorteringsprocessen och möjliga nivågraderingar i såväl utredningsprocessen som i insatser. Detta arbete kommer att genomföras tillsammans med ett urval av medverkande kommuner i NUSO där kvantitativa och kvalitativa data kombineras.

Kommande PM

PM#6: Om icke behovsprövade insatser, baserat på resultat från delstudie 2 i NUSO. Publiceras i januari 2026.

Under 2026 fortsätter även PM serien rörande delstudie 1 i NUSO barn, unga och familjer. Dels med vissa fördjupningar baserat på avslutade utredningar, dels med resultat om uppföljning av insatser och hänvisningar.

Referenser

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*.

Engström, M. & Lucas, S. (2022). *BarnSäkert – Slutrapport från forskningsstudien och blickar framåt*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Golsäter M, & Andersson AC.(2024). The Safe Environment for Every Kid Model in the Swedish Child Health Services: Adoption and Introduction in a Healthcare Region. *Health Expect.* 27(5):e70078. doi: 10.1111/hex.70078. PMID: 39440460; PMCID: PMC11497052.

Greve, R., Persdotter, B., Christiansen, O., Jørgensen, T. (2024) 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, Pages 1516–1534, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad227>

Heimer, M., Näsman, E., Palme, J. (2018). Vulnerable children's rights to participation, protection, and provision: The process of defining the problem in Swedish child and family welfare. *Child & Family Social Work*, 23 (2) (2018), pp. 316-323.

Heimer, M. & Pettersson, C. (2023) The unfinished democratisation of family service systems: parental consent and children's viewpoints on receiving support in child and family welfare in Sweden, *European Journal of Social Work*, 26:2, 310-322, DOI: 10.1080/13691457.2022.2117137

Kalin, T., Persdotter, B., Ahlgren, T., Gerdner, A. (2021). How do child welfare referrals in Sweden match children's self-reporting of severe exposure? *Child and Family Social Work*, 2021: 1-12. DOI: 10.1111/cfs.12856.

Kalin, T., Ahlgren, T., & Persdotter, B. (2022). Gender disparities in child welfare services' assessments of referrals. Findings from Sweden. *Child abuse & neglect*, 134, 105918.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105918>

Loebs, L. A., & Persdotter, B. (2025). Disparities in child welfare investigations of suspicion of violence. *Nordic Social Work Research*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2025.2496738>

Lundström, T., Sallnäs, M., Pålsson, D., & Wiklund, S. (2025). People processing in the Swedish child welfare system: services to whom, on what grounds and what type? *European Journal of Social Work*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13691457.2025.2553100>.

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

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2022). *Ljuset på skillnader. En studie om omotiverade skillnader i LSS-verksamhet, äldreomsorg och socialpsykiatri*. Rapport 2022:6

Parton, N., Thorpe, D. & Wattam, C. (1997). *Child protection risk and the moral order*. Basingstoke: MacMillan Press.

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>

Priebe, G., Nyqvist, A., Karlsson, Å. (2024). *Barn som anhöriga i primärvården. En enkätstudie med kliniskt verksamma medarbetare i Region Värmland*. Karlstads universitet.

Rustad, K. B. (2024). *Decision-making in Norwegian child welfare services-The impact of case characteristics on decision-making from referral to concluded investigation*. Artic University.

Stranz, H., Wiklund, S., & Karlsson, P. (2016). People processing in Swedish personal social services. On the individuals, their predicaments and the outcomes of organisational screening. *Nordic Social Work Research*, 6(3), 174–187.

<https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1134630>

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

Östberg, F. 2014. Using “Consensual Ideology”: A Way to Sift Reports in Child Welfare. *The British Journal of Social Work* 44 (1): 63–80. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs094>.