

Rapport 2018:10

Lika läge för alla?

Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Johnér Bildbyrå AB

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-92-2



Lika läge för alla?

Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården

Beslut om den här rapporten har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutgiltiga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm 2018-10-02

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Peter Nilsson
Föredragande

Förord

Barn och unga som far illa ska få tillgång till socialtjänstens insatser på lika villkor, oavsett vem hen är, hens bakgrund eller hens kön. Men om socialtjänsten verkligen ger barn och unga tillgång till insatser på lika villkor vet vi väldigt lite om. Syftet med den här rapporten är därför att bidra med kunskap om hur den sociala barn- och ungdomsvården kan analyseras ur ett jämlikhetsperspektiv. Vi undersöker också förekomsten av det vi kallar för omotiverade skillnader mellan pojkar och flickor, det vill säga sådana skillnader som inte går att förklara av att det finns skillnader i behov, vem som ska eller kan tillgodose behovet, eller i åsikter och inställning eller samtycke.

Arbetet med rapporten har genomförts av utredaren Peter Nilsson, juristen Nadja Zandpour och utredaren Maria Branting. Rapporten är baserad på en forskningsstudie som planerats, genomförts och sammanställts av universitetslektor Birgitta Svenson vid Karlstad universitet på uppdrag av Vårdanalys. Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till alla de personer som har lämnat synpunkter på rapporten. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Stockholm i november 2018

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Barn och unga som far illa ska få tillgång till socialtjänstens insatser på lika villkor, men i vilken utsträckning det sker finns det lite kunskap om. I den här rapporten undersöker vi om det förekommer omotiverade skillnader mellan flickor och pojkar i tillgången till stöd och hjälp från socialtjänsten.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Det är möjligt att undersöka och följa upp omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården.
- ▶ Pojkar med utländsk bakgrund får i mindre grad beslut om insats.
- ▶ Bedömningen av risk för att fara illa har betydelse för om flickor beviljas insats eller inte.
- ▶ Barnens delaktighet i beslut och planering av insatser är låg.
- ▶ Få barn får insatser vid en förstagångsutredning.

Vi ger följande rekommendationer:

- ▶ Regeringen bör säkerställa att jämlikhet ingår i den nationella uppföljningen av den sociala barn- och ungdomsvården.
- ▶ Kommunerna bör erbjuda barn och unga stöd och hjälp på lika villkor och löpande följa upp att det inte uppstår omotiverade skillnader.
- ▶ Socialstyrelsen bör stärka införandet av ett nationellt dokumentationssystem inom barn- och ungdomsvården.
- ▶ Kommunerna bör stärka barnets delaktighet i hela utredningsprocessen.
- ▶ Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att undersöka hur socialtjänsten kan arbeta för att säkerställa en jämlik tillgång i insatser.

Sammanfattning

Barn och unga som far illa tillhör en av samhällets mest utsatta grupper. Det kan handla om barn och unga som far illa på grund av förhållanden i hemmet eller på grund av sitt egna riskfyllda beteende. Dessa barn och unga kan vara i en situation som utgör en omedelbar fara för barnet men de löper också större risk än andra barn att utveckla ohälsa, få svårigheter i relationer, hamna efter i skolan och att längre fram ha större svårigheter att komma in på arbetsmarknaden. Det är därför viktigt att ge rätt stöd och sätta in skyddande insatser i ett så tidigt skede som möjligt för att förhindra en negativ utveckling för det enskilda barnet. Enligt den senaste nationella statistiken fick cirka 30 500 barn och unga någon gång under 2016 insatser av socialtjänsten som innebar en placering utanför hemmet (enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU). Cirka 31 700 barn och unga fick minst en öppenvårdsinsats under samma period.

Oavsett vem man är och vilken bakgrund man har ska socialtjänsten erbjuda stöd och hjälp på lika villkor. Men i vilken utsträckning detta faktiskt sker vet vi än så länge mycket lite om. I den här rapporten undersöker vi om det finns skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller tillgången till insatser från socialtjänsten. Vi undersöker också om dessa skillnader är omotiverade, det vill säga om det går att hitta legitima förklaringar till varför skillnaderna har uppstått eller inte.

Syftet med rapporten är att ta fram och pröva kriterier för att bedöma förekomsten av omotiverade skillnader när det gäller flickors och pojkars tillgång till insatser inom social barn- och ungdomsvård – det vill säga vi undersöker jämställdheten på detta område. Utifrån det material som finns i vår studie, gör vi också en bedömning av om det förekommer omotiverade

skillnader i flickors och pojkars tillgång till insatser inom social barn- och ungdomsvård. Vi bedömer även möjligheterna att studera den sociala barn- och ungdomsvården i ett vidare jämlikhetsperspektiv.

Så har vi genomfört analysen

Vi har tagit fram kriterier för att bedöma om det förekommer omotiverade skillnader inom sociala barn- och ungdomsvården. I det arbetet har vi utgått från socialtjänstens verksamhet och för det relevant regelverk för att kunna bedöma när skillnader kan uppstå och när skillnader kan anses vara omotiverade.

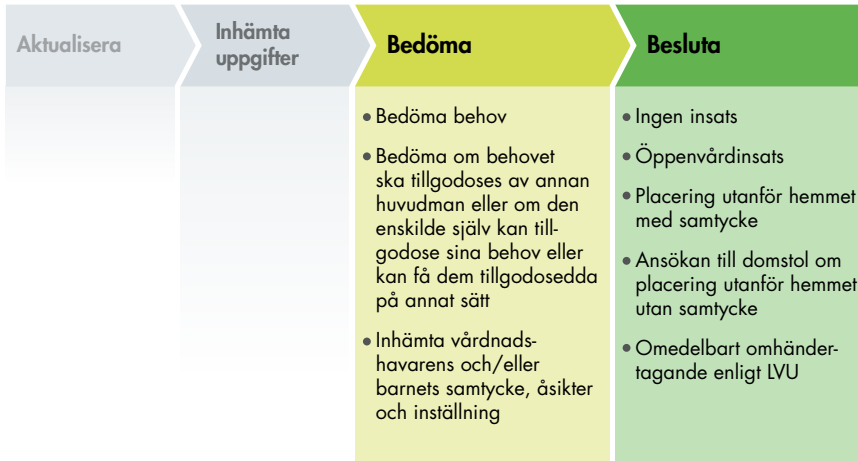
För att pröva kriterierna och bedöma eventuell förekomst av omotiverade skillnader har vi genomfört en kvantitativ analys av 223 beslutsunderlag som gäller förstagångsutredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi har i huvudsak fokuserat på att analysera skillnader mellan pojkar och flickor men vi har även inkluderat andra bakgrundsfaktorer som kan ha betydelse.

Beslutsunderlagen rör barn i åldern 0–6 år och 13–17 år, och har färdigställt under perioden januari 2017–oktober 2017. Utredningarna har genomförts och dokumenterats enligt Socialstyrelsens struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården, Barns behov i centrum (BBIC). Ärendena som beslutsunderlagen har aktualiserats efter att socialnämnd, genom anmälan från anmälningsskyldig personal inom förskola, skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller tandvård, fått kännedom om att barn kan vara i behov av stöd och skydd. De insatser som handlar om att ordna boendeomsorg till ensamkommande barn med anledning av anvisning från Migrationsverket ingår därmed inte i underlaget.

Underlagen kommer från fyra mindre kommuner, en medelstor kommun samt tre stadsdelar i en storstad. Både glesbygd och tätort är representerade samt områden med olika socioekonomiska förhållanden. Underlaget är inte tillräckligt stort för att generalisera resultaten till hela riket, vilket inte heller varit syftet. Rapporten ska snarare ses som studie av möjligheterna att undersöka omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Vad är en omotiverad skillnad inom barn- och ungdomsvården?

I arbetet med att ta fram en definition av vad som utgör en omotiverad skillnad har vi utgått från relevant regelverk på socialtjänstens område. Figuren nedan illustrerar, på en övergripande nivå, några av de centrala stegen i socialtjänstens utredning som är viktiga för vår analys av omotiverade skillnader.

Figur 1 Några generella processteg i en utredning inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Stegen visar utredningen från det att ett ärende om ett barn aktualiseras tills en utredning avslutas genom ett beslut. I rapporten undersöker vi socialtjänstens dokumentation inom dessa steg, med särskilt fokus på den del som handlar om socialtjänstens bedömningar och inhämtande av samtycke, åsikter och inställning. Vi redovisar sedan skillnader mellan pojkar och flickor. Avslutningsvis gör vi en sammanfattande analys av om eventuella skillnader i beslut kan bedömas som omotiverade eller inte. I analysen tar vi också hänsyn till ett antal bakgrundsfaktorer som kan tänkas öka eller minska risken för skillnader. I den här rapporten undersöks i vilken utsträckning flickors respektive pojkars ålder, bakgrund och bostadsort/kommunstorlek kan öka eller minska risken för en omotiverad skillnad.

I arbetet med att ta fram en definition av vilka skillnader i beslut som kan bedömas vara omotiverade har vi lagt särskild vikt vid de delar som rör socialtjänstens bedömning av barnets behov, om behovet ska tillgodoses av annan huvudman, om den enskilde själv kan tillgodose behoven eller få dem tillgodosedda på annat sätt samt barns och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter och inställning.

I den här rapporten definierar vi en omotiverad skillnad som en skillnad som inte går att förklara av någon eller några av följande punkter:

- Skillnaden kan förklaras av att det finns skillnader i barnens behov.
- Skillnaden kan förklaras av att barnets behov bättre tillgodoses eller ska tillgodoses av någon annan huvudman. Det kan till exempel handla om att behovet tillgodoses inom skolan eller inom hälso- och sjukvården.

- En annan förklaring kan vara att den enskilde kan tillgodose behovet själv eller få det tillgodosett på annat sätt av till exempel familjens eget nätverk.
- Skillnaden beror på sådana skillnader i samtycke eller åsikter och inställning hos vårdnadshavarna och/eller barnen, beroende på situation, som socialtjänsten ska beakta.

RESULTAT OCH SLUTSATSER

► *Det är möjligt att studera omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*

Vår analys visar att det med hjälp av strukturerad dokumentation går att undersöka och följa upp skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi ser också att det är möjligt att följa den analysram och de framtagna kriterier som vi har tagit fram för att bedöma vilka skillnader som kan anses vara omotiverade. Detta innebär också att det är möjligt att inkludera jämlikhetsperspektivet som en naturlig del i utvecklingen av systematisk uppföljning inom social barn- och ungdomsvård. Men det finns också behov av förbättringar; kommunernas dokumentation visade sig exempelvis sakna viktig information om utredningen, till exempel om bedömd risk att barnet far illa och barnets delaktighet i beslut om insats, som är nödvändig för att fullt ut undersöka om omotiverade skillnader förekommer.

I analysen framkom att risken att fara illa enbart bedömts i knappt hälften av utredningarna. Att göra riskbedömning enligt BBIC är frivilligt, men den utgör samtidigt en av de så kallade BBIC-variablerna. Variabeln är viktig för att få en bild av barnets behov av hjälp och stöd. Vi bedömer ändå att materialet är tillräckligt för att pröva om omotiverade skillnader förekommer.

Andra viktiga variabler för att kunna studera omotiverade skillnader är uppgifter om barnets kön, ålder, bakgrund, socioekonomiska förhållanden och kommunala förutsättningar, exempelvis kommunstorlek. Resultatet i den här rapporten visar att samtliga av dessa bakgrundsfaktorer har betydelse för att kunna identifiera ojämlikhet mellan grupper.

► *Pojkar med utländsk bakgrund fick i mindre grad beslut om insats*

Våra analyser visar att en större andel flickor än pojkar fick beslut om insatser. Pojkar med utländsk bakgrund var den grupp som både

socialtjänsten bedömde var i minst behov av stöd från socialtjänsten och den grupp för vilka samtyckte till insatser saknades i störst utsträckning.

Skillnaden i beslut om insatser mellan utlandsfödda pojkar och andra barn som hade behov av insats förklaras av att socialtjänsten i större utsträckning motiverat beslutet – att insats inte beviljas – med att samtycke till insatsen saknats. Varför det för pojkar med utländsk bakgrund i större utsträckning saknas samtycke till insatser än för andra barn kan vi inte inom ramen för den här analysen ge ett tydligt svar på och det har, såvitt vi känner till, inte tidigare studerats.

► *Bedömningen av risk för att fara illa hade betydelse för om flickor beviljades insats eller inte*

Vi har undersökt om det finns något samband mellan utredarens bedömning av barnets behov av insatser i förhållande till utredarens bedömda risk att barnet far illa enligt BBIC:s skala för bedömning av risk. Vårt resultat visar att utredarens bedömning att barnet far illa i nuvarande situation enbart hade betydelse för om flickor beviljades insatser och inte för pojkar. Detta gällde för flickorna oavsett ålder, bakgrund eller bostadsort. Resultatet visar på behovet av att få mer kunskap om socialtjänstens bedömningar utifrån centrala bakgrundsfaktorer.

► *Barnens delaktighet i beslut och planering av insatser är låg*

I dokumentationen saknades i de allra flesta fall information om utredaren hade samtalat med barnet om barnets önskemål om utformningen av insatser. Det var därför inte möjligt att ta hänsyn till detta inom ramen för kriteriet ”skillnader i samtycke eller åsikter och inställning”. Vårt resultat bekräftar här det som framkommit i tidigare studier, nämligen att barnets delaktighet i utredningen tenderar att handla om att barnet ska lämna information till utredaren under utredningen och inte om att barnet är en aktiv part vid utformning och uppföljning av insatser. Trots ett litet underlag tyder våra resultat också på att det är stora skillnader i barnens delaktighet i förhållande till både bakgrund, ålder och bostadsort.

I den dokumentation vi tagit del av har socialtjänsten tydligt dokumenterat avsaknaden av vårdnadshavarens samtycke som skäl till att beslut om insats inte fattas. Om barnet har tillfrågats om samtycke och hur barnet ställer sig till en eventuell insats framgår inte uttryckligen. Resultaten väcker därmed frågan om ifall socialtjänsten involverar barnet och tillmäter dess åsikter och inställning den betydelse som lagen kräver.



► *Få barn får insatser vid en förstagångsutredning*

Våra resultat visar att det är få av de barn som utreds inom den sociala barn- och ungdomsvården som får beslut om en insats. Av de 223 barn som utreddes, bedömdes 103 barn ha behov av insatser från socialtjänsten, varav 51 var flickor och 52 pojkar. Av dessa 103 barn beviljades 60 barn insatser efter samtycke eller genom ansökan om beredande av vård enligt LVU. I övriga 43 utredningar saknades samtycke till insatser och skäl för LVU saknades. Tidigare studier om utredningar och insatser inom social barn- och ungdomsvård visar att cirka en tredjedel av anmälningarna leder till utredning och att cirka hälften av utredningarna leder till insats.

I nio av tio utredningar identifierades någon form av problematik kopplad till barnets hemmiljö, eget beteende eller svårigheter hos vårdnadshavarna. I de utredningar där utredaren bedömde att det fanns behov av insatser hade i genomsnitt fler problem identifierats än när utredaren bedömde att det inte fanns behov av insatser, vilket är en rimlig grund för utredarens bedömning av barnens olika behov. Det som sedan avgjorde vilka ärenden som gick från bedömning till beviljade insatser var nästan enbart om samtycke gavs till insatsen.

Antalet beslutsunderlag är för litet för att kunna gå på djupet när det gäller samband mellan identifierad problematik och insatser men resultatet pekar ändå på intressanta tendenser. Insatser beviljades i störst utsträckning när problematiken rörde barnet direkt, till exempel i form av bristande omsorg, egen psykisk ohälsa eller skolrelaterad problematik. Trots att misstanke om fysiskt våld mot barnet var den enskilt vanligaste anmälningsorsaken så bekräftades detta endast i knappt var tionde fall. Samtidigt ledde anmälan om fysiskt våld i förhållandevis stor utsträckning till att insatser beviljades, med undantag för pojkar med utländsk bakgrund.

REKOMMENDATIONER

Kunskapen om jämlikheten inom den sociala barn- och ungdomsvården är i dagsläget mycket begränsad. Det är därför av stor vikt att på ett systematiskt sätt försöka följa upp och undersöka om det förekommer omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi ser att en sådan uppföljning är möjlig, och konstaterar att flera skillnader mellan olika grupper av barn, vars orsaker och förklaringar i sin tur behöver undersökas vidare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

► *Regeringen bör säkerställa att jämlikhet ingår i den nationella uppföljningen av den sociala barn- och ungdomsvården*

Eftersom en samlad nationell uppföljning av jämlikheten inom den sociala barn- och ungdomsvården idag saknas, bör regeringen se till att jämlikhetsperspektivet ingår som en väsentlig del i det pågående arbetet med att utveckla en sådan struktur. Det kan handla om att lämplig myndighet får i uppdrag att regelbundet sammanställa och följa upp jämlikhet i både tillgång till och innehållet i insatser – uppdelat på olika bakgrundsfaktorer som till exempel kön, ålder och socioekonomiska förhållanden. För att möjliggöra analyser av omotiverade skillnader kan det i ett första steg handla om att sammanställa uppgifter över tillgång till insatser. På sikt bör även en sådan insamling inkludera lämpliga variabler från BBIC, eller motsvarande system för dokumentation.

► *Kommunerna bör se till att barn och unga erbjuds stöd och hjälp på lika villkor och löpande följa upp att det inte uppstår omotiverade skillnader*

Kommunernas uppdrag är att se till att alla barn och unga erbjuds insatser på lika villkor. Vi ser därför att det är viktigt att kommunerna inkluderar jämlikhetsperspektivet som en naturlig och systematisk del i deras uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården. För att jämlikhetsperspektivet ska kunna belysas fullt ut bör centrala variabler i journalerna både dokumenteras och integreras i kommunernas verksamhetssystem, detta för att bland annat möjliggöra sammanställningar på gruppnivå. De variabler som ingår i BBIC kan vara användbara för detta, men också annan bakgrundsinformation skulle vara relevant i den utsträckning det är förenligt med gällande dataskyddslagstiftning. Genom att – utifrån det som löpande registreras i varje enskilt ärende – sammanställa relevanta variabler i de lokala



verksamhetssystemen, kan i nästa steg kriterier – liknande de som tagits fram i denna rapport – användas för att i den löpande uppföljningen bedöma eventuell förekomst av omotiverade skillnader. Kunskapsutvecklingen skulle även underlättas avsevärt om studier likt denna, kan göras utan manuell granskning av dokumentationen.

► *Socialstyrelsen bör stärka införandet av ett nationellt dokumentationssystem inom barn- och ungdomsvården och i det inkludera standardiserade bedömningsinstrument*

Vår analys visar att kommunernas följsamhet till dokumentationen i BBIC på flera sätt brister då vissa viktiga delar inte alltid har dokumenterats, exempelvis barnens delaktighet vid beslut och planering av insatser, liksom den sammanfattande riskbedömningen. Vi rekommenderar därför Socialstyrelsen att undersöka hur införandet av ett nationellt dokumentationssystem i linje med BBIC kan stärkas, både avseende följsamhetskrav till systemet samt i form av stöd till kommunerna så att de på bästa sätt kan arbeta och dokumentera enligt systemet. Det skulle också vara värdefullt att låta en oberoende aktör utvärdera hur väl BBIC motsvarar kraven på ett nationellt systematiskt dokumentationssystem.

Ett viktigt komplement till den övergripande riskbedömningen, som i nuläget kan göras i BBIC, är användningen av standardiserade bedömningsinstrument. I likhet med Socialstyrelsens metodstöd till BBIC ser vi att det finns ett antal bedömningsinstrument som är relevanta att använda i en barnavårdsutredning. Standardiserade bedömningsinstrument kan med fördel dels användas som stöd för att inhämta relevanta uppgifter under utredningen, dels för att kunna precisera omfattningen av relevanta risk- och skyddsfaktorer vid bedömning av barnets behov. I nio av de 223 ärendena som vi analyserat hade standardiserade bedömningsinstrument använts. Samtidigt saknades det i många av ärendena dokumenterad information om risk- och skyddsfaktorer omfattning. Det finns därför anledning att se vidare på hur det stöd som ges i BBIC för att inhämta uppgifter kan kombineras med relevanta bedömningsinstrument på ett ändamålsenligt sätt.

► *Kommunerna bör stärka barnets delaktighet i hela utredningsprocessen*

Vår analys pekar på att barn sällan är fullt delaktiga i samtal om kommande insatser och det är stora skillnader i barnens delaktighet utifrån såväl kön, ålder, bakgrund som bostadsort. Vi rekommenderar

därför kommunerna att stärka barnens delaktighet och se till att alla barn ges lika möjligheter till delaktighet i beslut och planering av insatser utifrån varje barns förutsättning. Vi rekommenderar också att kommunerna ser till att tillräckligt dokumentera barnets önskemål och åsikter.

► *Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att undersöka hur socialtjänsten kan arbeta för att säkerställa en jämlik tillgång i insatser*

Vår analys visar att det finns skillnader i beslut om insatser mellan pojkar med utländsk bakgrund och andra barn som inte går att förklara utifrån skillnader i behov eller skillnader i behov som kan hänvisas till annan verksamhet eller till den enskilde själv eller som kunde tillgodoses på annat sätt. Däremot kan skillnaden knytas till att utredaren inte fått samtycke till en insats som utredaren bedömt skulle behövas.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att stärka kunskapen om varför dessa skillnader uppstår och hur socialtjänsten ska arbeta för att säkerställa jämlik tillgång i insatser.

Inför att barnkonventionen inkorporeras i svensk lag och utifrån översynen av socialtjänstlagen finns det också anledning att utreda vad reglerna som i många fall förutsätter att vårdnadshavaren samtycker till insatser för barn får för effekter för de barn där barnets bästa skulle vara tidiga föräldrastödande insatser, framförallt vad gäller särskilt sårbara grupper.

Utifrån att vi funnit att det finns brister i dokumentationen kring barns delaktighet och att det också väckts frågor om huruvida barnets delaktighet och inflytande tas tillvara av socialtjänsten på det sätt som krävs, bör det också ses över hur det kan säkerställas att barnens rätt till delaktighet tillgodoses.





Innehåll

1	Inledning.....	23
1.1	Syfte och Frågeställningar	25
1.2	Metod	25
1.3	Datamaterial	26
1.4	Rapportens disposition	28
2	Hur omotiverade skillnader kan analyseras	31
2.1	Barnets bästa ska vara i främsta rummet	31
2.2	Alla ska ha tillgång till en omsorg på lika villkor	32
2.3	Socialtjänstens utredning ligger till grund för beslut om insats.....	33
2.4	Vad är en omotiverad skillnad inom den sociala barn- och ungdomsvården?.....	35
2.5	Vi har tagit hjälp av BBIC för att kunna analysera omotiverade skillnader	39
2.6	Omotiverade skillnader kan finnas i flera led	42
3	Olika tillgång till insatser mellan pojkar och flickor	47
3.1	Utredningarna genomfördes på liknande sätt för både flickor och pojkar	49
3.2	Skillnader i beslut om insats	63
3.3	Är skillnaderna omotiverade?	69
4	Slutsatser och rekommendationer.....	79
4.1	Resultat och slutsatser.....	79
4.2	Rekommendationer	82



5 Referenser	87
Bilagor	91
Bilaga 1 – Metodbeskrivning.....	91



Inledning

Barn och unga som far illa i sin hemmiljö eller på grund av eget riskfyllt beteende tillhör en av samhällets mest utsatta grupper. De löper större risk än andra barn att utveckla ohälsa, få svårigheter i relationer, i skolan och att komma in på arbetsmarknaden. Riskerna gäller för både pojkar och flickor, på kort och lång sikt (Gilbert m.fl. 2009; Socialstyrelsen 2015A). Det är därför viktigt att rätt insatser från socialtjänsten sätts in i ett så tidigt skede som möjligt för att förhindra en negativ utveckling för det enskilda barnet (Gilbert m.fl. 2009).

Enligt den senaste nationella statistiken (Socialstyrelsen 2017) fick cirka 30 500 barn och unga någon gång under 2016 insatser av socialtjänsten som innebar en placering utanför hemmet (enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU). Den vanligaste placeringsformen är familjehem. Majoriteten av alla insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården ges på frivillig väg. Cirka 31 700 barn och unga fick minst en öppenvårdsinsats under 2016, vilket är en siffra som legat i stort sett stabil sedan 2014.

Oavsett vem man är och var man bor ska varje barn känna sig trygg i att ha tillgång till en omsorg av god kvalitet. Att alla barn ska ha tillgång till omsorg på lika villkor följer bland annat av de grundlagsfästa objektivitets- och likhetsprinciperna som innebär att den offentliga förvaltningen ska iaktta saklighet och opartiskhet och beakta allas likhet inför lagen (1 kap. 9 § regeringsformen (1974:152), RF). Myndigheter ska alltså handla fritt från godtycke och inte särbehandla någon utan stöd i lagstiftningen (prop. 1973:90 s. 235). Ett av målen för socialtjänsten är också att främja människornas jämlikhet i livsvillkor (1 kap. 1 § SoL). Alla former av diskriminering är som huvudregel förbjudna inom socialtjänsten, och det inkluderar diskriminering



av barn (2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567)). I Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) slås det även fast att barn ska tillförsäkras de rättigheter som anges i konvention utan åtskillnad av något slag och utan att diskrimineras, till exempel utifrån barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares kön, etniska eller sociala bakgrund eller ställning i övrigt (artikel 2).

Vi vet i dag väldigt lite om barn får jämlik tillgång till insatser från socialtjänsten

Barn ska alltså erbjudas hjälp och stöd på lika villkor men i vilken utsträckning detta sker vet vi än så länge mycket lite om. Kunskapsläget för omotiverade skillnader inom socialtjänsten överlag är bristfälligt, och det har gjorts väsentligt färre jämlikhetsanalyser av socialtjänsten än av hälso- och sjukvården (Vårdanalys, 2016). För den sociala barn- och ungdomsvården framkom att andelen insatser för flickor hade ökat mellan åren 2002–2006, och att flickorna oftast får insatser i åldersgruppen 13–17 år. Som förklaring gavs att det skett en förändring i flickornas sociala villkor och att socialtjänsten troligtvis uppmärksammat det ökade behovet och anpassat sina insatser därefter.

Ett fåtal forskningsstudier har undersökt bedömningar och tillgång till insatser inom social barn- och ungdomsvård (Sundell m.fl. 2007; Östberg 2010). Studierna visar att majoriteten av ärendena inom social barn- och ungdomsvård rör tonåringar. Problembilden för tonårspojkar domineras av aggressivitet, kriminalitet och missbruk medan tonårsflickornas problem i större utsträckning rör psykisk ohälsa, sexuellt riskbeteende och utsatthet för övergrepp.

Samtliga studier visar att fler pojkar än flickor anmäls, utreds och får insatser. En av studierna (Östberg, 2010) har till skillnad från tidigare forskning gjort mer fördjupade analyser om skillnader mellan pojkar och flickor och visar att andelen flickor som utreds och beviljas insatser är större än andelen pojkar som utreds och beviljas insatser.

Om det finns skillnader mellan pojkar och flickor i tillgången till insatser, är det rimligt att ställa sig frågan om skillnaderna är omotiverade utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Resultaten i ovan nämnda studie tyder på att flickor skulle kunna ha lättare än pojkar att få tillgång till insatser inom social barn- och ungdomsvård, även om antalet pojkar som anmäls, utreds och beviljas insatser totalt sett är fler än antalet flickor. För att kunna studera frågan vidare behövs mer kunskap om hur omotiverade skillnader kan undersökas inom

den sociala barn- och ungdomsvården, i vilken utsträckning omotiverade skillnader förekommer och vilka faktorer som kan öka respektive minska risken för omotiverade skillnader.

1.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Det övergripande syftet med den här rapporten är att ta fram och pröva kriterier för att bedöma omotiverade skillnader när det gäller flickors och pojkars tillgång till insatser inom social barn- och ungdomsvård. Vi har utgått från följande frågeställningar:

- Vilka kriterier kan definiera en omotiverad skillnad inom social barn- och ungdomsvård?
- I vilken utsträckning beviljas insatser för flickor och pojkar vid förstagångsutredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården?
- Förekommer det skillnader i tillgång till insatser för flickor och pojkar i förhållande till ålder, bakgrund och bostadsort?
- Förekommer det omotiverade skillnader utifrån pojkars och flickors tillgång till insatser, baserat på framtagna kriterier?

1.2 METOD

Rapporten är baserad på ett forskningsuppdrag som genomförts av Karlstad universitet. Metoden har i huvudsak en kvantitativ ansats och utgörs av en teoretisk del och en kvantitativ analys baserat på dokumentation från socialtjänstens utredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Den teoretiska delen syftar till att ta fram en definition av omotiverade skillnader inom sociala barn- och ungdomsvården.

Vid analyserna har sedan dokumentation från socialtjänsten baserat på Socialstyrelsens struktur för handläggning, genomförande och uppföljning, Barns behov i centrum (BBIC), varit utgångspunkt för att kunna bedöma när skillnader kan uppstå och på vilket sätt skillnader kan analyseras. BBIC lanserades av Socialstyrelsen år 2006 och används idag av 289 av 290 kommuner. Under 2014 och 2015 genomförde Socialstyrelsen på regeringens uppdrag en omfattande revidering av BBIC med syftet att möjliggöra systematisk uppföljning, förstärka den vetenskapliga och evidensbaserade basen samt göra BBIC effektivare och lättare att använda (Socialstyrelsen 2015A). Nytt i BBIC, och en förutsättning för våra analyser, är att analys och bedömning baseras på de så kallade risk-, behov- och



mottaglighetsprinciperna, se vidare sidan 10. Principerna kan, jämfört med tidigare, ge bättre förutsättningar för en mer enhetlig struktur i analys och bedömning av barnets behov och därmed förutsättningar för jämförelser.

Efter att vi tagit fram kriterier för att bedöma omotiverade skillnader, prövade vi dem i förhållande till socialtjänstens dokumentation av utredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården som färdigställdes under 2017 enligt BBIC. BBIC ger stöd för dokumentationen av samtliga steg som föregår ett beslut om insats. Inför beslut om insats sammanställs ett så kallat beslutsunderlag. Beslutsunderlaget sammanfattar utredningen och ska innehålla den information som krävs för socialnämnden att fatta ett beslut i ärendet. I det datamaterial vi har analyserat så har vi endast haft tillgång till socialtjänstens beslutsunderlag, vi har inte haft möjlighet att analysera samtlig dokumentation som socialtjänsten har fört.

Förutom att sammanställa beskrivande statistik genomförde vi sedan statistiska analyser för att bedöma om skillnader mellan flickor och pojkar i förhållande till kön, bakgrund och bostadsort var statistiskt signifikanta. Detta skrivs, om så är fallet, ut när resultatet redovisas i rapporten. Metoden beskrivs utförligare i bilaga 1.

1.3 DATAMATERIAL

Urvalet är avgränsat till barn i åldern 0–6 år och 13–17 år som hade utretts för första gången inom sociala barn- och ungdomsvården. Beslutsunderlagen hade färdigställts under perioden januari 2017–oktober 2017. Genom att det är två skilda åldersgrupper kan skillnader mellan pojkar och flickor studeras både i förhållande till tidig utsatthet i hemmet och eget destruktivt beteende. För barn 0–6 år rör problematiken nästan uteslutande utsatthet i hemmet medan problematiken för 13–17 åringar kan röra både utsatthet i hemmet och eget destruktivt beteende. Underlagen kommer från fyra mindre kommuner, en medelstor kommun samt tre stadsdelar i en storstad. Urvalet avser endast ärenden som skett genom anmälan från anmälningsskyldig personal inom förskola, skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller tandvård vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa (anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL). Genom denna avgränsning minskar risken att utredningsförfarande och bedömningar har påverkats av tidigare kännedom om barnet och familjen.

Totalt inhämtades 242 beslutsunderlag från kommuner och stadsdelar. Nitton av dessa togs bort på grund av att de inte var förstagångsutredningar, inte hade aktualiserats genom anmälan från anmälningsskyldig personal

eller utgjorde dubletter. I analyserna har därmed 223 beslutsunderlag slutligen granskats och analyserats. Beslutsunderlagen rörde 114 pojkar och 109 flickor.

I tabell 1 presenteras andelen flickor och pojkar i förhållande till åldersgrupp, bakgrund och bostadsort. En något större andel av flickorna var i åldern 0–6 år jämfört med andelen pojkar men dessa skillnader är inte statistiskt signifikanta. En något större andel pojkar hade utländsk bakgrund jämfört med andelen flickor men inte heller denna skillnad är statistiskt signifikant. I 24 beslutsunderlag saknades information om barnets bakgrund. Ett ärende som rör ett ensamkommande barn ingår i urvalet, då det aktualiserats på grund av misstanke om att barnet far illa, och därmed genom anmälan från anmälningsskyldig personal. Det var en något större andel barn med utländsk bakgrund i medelstor kommun och storstad jämfört med i mindre kommun men skillnaderna var inte statistisk signifikanta.

Tabell 1. Andel flickor och pojkar i förhållande till ålder, bakgrund och bostadsort.

	Flicka Antal (%)	Pojke Antal (%)
Ålder		
0-6 år	63 (58)	59 (52)
13-17 år	46 (42)	55 (48)
Totalt	109 (100)	114 (100)
Bakgrund		
Svensk bakgrund	55 (51)	49 (43)
Utländsk bakgrund*	44 (40)	51 (45)
Bakgrund framkom ej	10 (9)	14 (13)
Totalt	109 (100)	114 (100)
Kommunstorlek		
Mindre kommun	27 (25)	33 (29)
Medelstor kommun	27 (25)	24 (21)
Storstad	55 (50)	57 (50)
Totalt	109 (100)	114 (100)

* Född utanför Sverige eller minst en förälder född utanför Sverige



1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 presenterar vi tre kriterier som vi i rapporten använder för att definiera vad vi avser med en omotiverad skillnad i beslut om insats i den sociala barn- och ungdomsvården. Vi beskriver också övergripande några viktiga steg i en sådan utredning vad som föregår ett eventuellt beslut om insats. I kapitel 3 presenterar vi resultaten från vår analys av skillnader i pojkars och flickors tillgång till insatser. Slutligen presenteras i kapitel 4 de sammanfattande observationerna och slutsatserna som vi identifierar utifrån våra analyser. Där ger vi också ett antal rekommendationer till regeringen och huvudmännen.



Hur omotiverade skillnader kan analyseras

För att kunna analysera om barn erbjuds hjälp och stöd på lika villkor behövs mer kunskap om hur omotiverade skillnader kan undersökas inom den sociala barn- och ungdomsvården. I det här kapitlet presenterar vi tre kriterier som vi använder för att definiera vad vi avser med en omotiverad skillnad avseende beslut om insats i den sociala barn- och ungdomsvården. Innan vi kommer in på den definitionen beskrivs hur barnets bästa ska vara i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Sedan beskriver vi övergripande några viktiga steg i en sådan utredning som föregår ett eventuellt beslut om insats.

2.1 BARNETS BÄSTA SKA VARA I FRÄMSTA RUMMET

Barnkonventionen, som ger barn ett antal olika rättigheter, har undertecknats och ratificerats av Sverige. Det betyder att Sverige är folkrättsligt bundet av den och ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa- och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen (artikel 4). Det är bland annat med utgångspunkt i barnkonventionen som begreppet barnets bästa har införts i ett antal svenska lagar. Som exempel kan nämnas bestämmelsen om att barnets bästa särskilt ska beaktas vid åtgärder enligt SoL som rör barn och om att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn (1 kap. 2 § SoL). Även vid beslut om beredande av vård utan samtycke enligt LVU ska vad som är bäst för den unge vara avgörande (1 § LVU).

Den närmare innebörden av barnets bästa är inte definierad i lag. Vad som är barnets bästa får, enligt förarbetena till bestämmelsen i SoL, i



stället avgöras utifrån en bedömning av förhållandena i det enskilda fallet. Det framgår av förarbetena att inga andra intressen får ta över det som är bäst för barnet (prop. 2012/13:10 s. 126). Det sägs även att bedömningen av barnets bästa är en process med flera steg, där man dels ska beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt inhämta underlag från närstående och yrkespersoner som har kunskap om barnet, dels ska beakta det som barnet själv ger uttryck för. Utgångspunkten i barnets bästa anges vara respekten för barnets fulla människovärde och integritet. (Prop. 2012/13:10 s. 36)

Socialtjänsten ska dokumentera sin ärendehandläggning och genomförandet av beslut. Dokumentationerna ska visa beslutet och de åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (11 kap. 5 § SoL). Av förarbetena framgår det att det är angeläget att kommunerna, förutom barnets berättelse och önskemål, dokumenterar de analyser som ligger till grund för bedömningen av barnets bästa och att uppgifterna och analysen finns med som en del i beslutsunderlaget. Det underlättar också uppföljningen av hur bestämmelsen om barns bästa tillämpas i praktiken. (Prop. 2012/13:10 s. 37)

I sammanhanget kan det nämnas att riksdagen i juni 2018 beslutade att barnkonventionen ska inkorporeras och alltså ges ställning som svensk lag från och med 2020 (rskr. 2017/18:389, enligt förslag i prop. 2017/18:186). I förarbetena till inkorporeringslagen konstateras att svensk lagstiftning inte strider mot barnkonventionen och att den överlag ligger väl i linje med barnkonventionens bestämmelser och i många fall går längre än konventionen. Men det konstateras att konventionen inte fått tillräckligt genomslag i praktiken och i rättstillämpningen, vilket alltså inkorporeringen bland annat syftar till att åtgärda (prop. 2017/18:186 s. 72 f.f.).

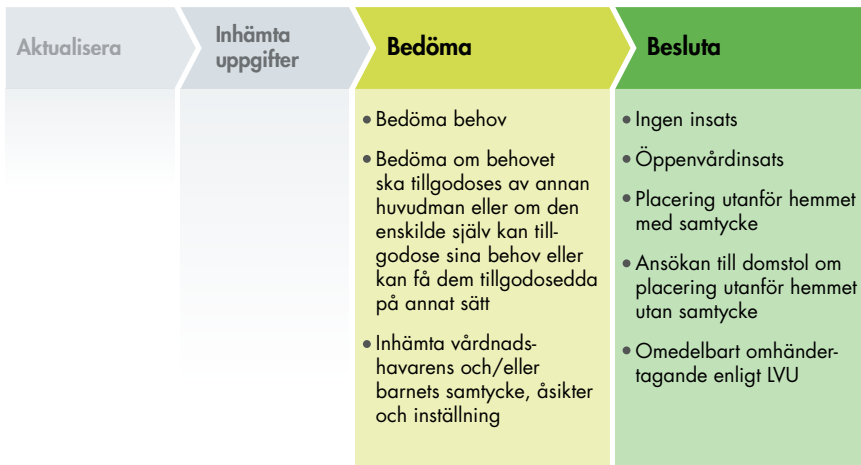
2.2 ALLA SKA HA TILLGÅNG TILL EN OMSORG PÅ LIKA VILLKOR

Alla barn, oavsett till exempel kön, ålder och etnicitet, ska ha tillgång till omsorg på lika villkor. Det framgår bland annat av de grundlagsfästa objektivitets- och likhetsprinciperna som innebär att den offentliga förvaltningen ska iaktta saklighet och opartiskhet och beakta allas likhet inför lagen (1 kap. 9 § RF). Myndigheter ska alltså handla fritt från godtycke och inte särbehandla någon utan stöd i lagen (prop. 1973:90 s. 235). Även i förvaltningslagen finns krav på saklighet och opartiskhet (5 § förvaltningslagen (2017:900)). Att omsorgen ska ges på lika villkor följer också av den kommunalrättsliga likställighetsprincipen som innebär att

kommuner och landsting ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat (2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725)). Vidare kan det understrykas att reglerna på omsorgsområdet i sig inte gör någon skillnad utifrån sådana typer av grunder som nämns ovan. Istället är ett av målen för socialtjänsten är att främja människornas jämlikhet i livsvillkor (1 kap. 1 § SoL). Alla former av diskriminering är som huvudregel förbjudna inom socialtjänsten, och det inkluderar diskriminering av barn (2 kap. 13 § diskrimineringslagen). I barnkonventionen slås det fast att barn ska tillförsäkras de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad av något slag och utan att diskrimineras, till exempel utifrån barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares kön, etniska eller sociala ursprung eller ställning i övrigt (artikel 2).

2.3 SOCIALTJÄNSTENS UTREDNING LIGGER TILL GRUND FÖR BESLUT OM INSATS

Figur 1 Några generella processteg i en utredning inom den sociala barn- och ungdomsvården.



Figuren ovan illustrerar, på en övergripande nivå, några av de centrala stegen i socialtjänstens utredning av barns behov av stöd och skydd som är av vikt för vår analys av omotiverade skillnader. I följande avsnitt beskriver vi övergripande de olika stegen från det att ett ärende om att ett barn aktualiseras tills en utredning avslutas genom ett beslut.



Aktualisera

En utredning av socialnämnden ska inledas utan dröjsmål när nämnden, genom ansökan, anmälan eller på annat sätt, får kännedom om något som kan leda till någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL). Vissa är skyldiga att anmäla till socialnämnden om de får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, till exempel de som jobbar i verksamheter som berör barn och unga, men även andra bör anmäla sådan misstanke eller kännedom (14 kap. 1 och 1 c §§ SoL).

Inhämta uppgifter

Under utredningen kan socialnämnden hämta in uppgifter från till exempel barnet, vårdnadshavare, anhöriga och andra personer eller professionella som har kännedom om barnet och familjen (11 kap. 2 § SoL).

Bedöma

När tillräcklig information har samlats in gör socialnämnden en bedömning av om barnet har behov av några insatser från socialtjänsten. En utgångspunkt är att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 § SoL). I första hand ska stöd och hjälp ges på frivillig väg, men under vissa förutsättningar kan barn och unga beredas vård med tvång (1 § LVU).

Inom ramen för utredningen behöver det bland annat beaktas om behovet ska tillgodoses av annan huvudman eller om den enskilde själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt (2 kap. 1 § och 4 kap. 1 § SoL). Det kan dock endast bli aktuellt om det alternativet bedöms ge barnet det stöd och den hjälp som barnet har behov av (se 2 kap. 1 § och 4 kap. 1 § SoL).

Inför beslut om insats och utformningen av insats ska socialnämnden också, beroende på situation, beakta barnets och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter och inställning till insatsen i fråga (se till exempel 1 kap. 1 § och 11 kap. 10 § SoL samt 1 och 36 §§ LVU). Dessa olika delar beskrivs närmare nedan i avsnitt 2.4.

Besluta

Socialnämnden avslutar utredningen genom att fatta ett beslut. Inom de ramar som lagstiftningen ger kan socialtjänstens individuellt anpassade hjälp och stöd ske på olika sätt. Bistånd kan till exempel ges i form av öppna insatser av olika slag. Vad som innefattas i ”öppna insatser” är inte tydligt specificerat i lagen. Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68)

använder beteckningen öppna insatser som ett samlande begrepp för alla insatser som ges till barn och unga som bor i det egna hemmet. Det kan avse kontaktpersoner, kontaktfamiljer, stöd- och behandlingsinsatser som ges av yrkesverksamma eller förebyggande insatser som riktar sig till individer och grupper. Socialtjänsten kan, utöver öppna insatser, också besluta om olika typer av placeringar i boenden utanför hemmet för barn, till exempel i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). En utredning kan också avslutas utan insats.

Utgångspunkten är att insatser ska ges på frivillig väg så långt det går. Den som är under 18 år ska dock beredas vård med tvång om det på grund av något förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas eller om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av hens vårdnadshavare och, när den unge har fyllt 15 år, av hen själv (1 § LVU). Beslut om vård enligt LVU meddelas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden (4 §), men under vissa förutsättningar kan det bli fråga om ett omedelbart omhändertagande av socialtjänsten (6 §).

2.4 VAD ÄR EN OMOTIVERAD SKILLNAD INOM DEN SOCIALA BARN- OCH UNGDOMSVÅRDEN?

2.4.1 Vår definition av omotiverad skillnader

Vi har i vårt arbete med att ta fram en definition av ”omotiverade skillnader” fäst särskild vikt vid de lagar som reglerar vilket stöd och hjälp som kan eller ska ges av kommunen. Här presenterar vi de kriterier som vi utgår från i vår definition av omotiverade skillnader inom sociala barn- och ungdomsvården.

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

1. skillnader i behov
2. skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan huvudman eller i om den enskilde själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt
3. skillnader i barns och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter eller inställning, beroende på situation.



Skillnader i behov

En skillnad i beslut om insats mellan olika barn kan inte anses vara omotiverad om den kan förklaras av att barnen har olika behov som motiverar att barnen får olika insatser.

Utgångspunkten för kommunens hjälp och stöd är att den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 § SoL). Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § SoL). Lagen anger inte några begränsningar i vilka behov det kan vara fråga om. När det gäller andra insatser än ekonomiska får det enligt förarbetena göras en helhetsbedömning av den enskildes förhållanden och en bedömning av vilka insatser som kan anses behövliga och skäliga för att ge den enskilde möjlighet att på egen hand klara sin livsföring (prop. 1979/80:1 s. 526). Där anges också att valet av insats kan ske med beaktande av vad som är möjligt och rimligt med hänsyn till kommunens resurser. Skälig levnadsnivå är i någon mån ett dynamiskt begrepp och bedömningen av vad som är skälig levnadsnivå får ske utifrån förutsättningarna i varje enskilt fall (Mattsson, 2017). I fråga om bistånd till behandlingshem och särskilda boendeformer ska beaktas vikten av den enskildes önskemål, och att socialtjänstlagens mål att tillgodose den enskildes individuella trygghet (jfr 1 kap. 1 § SoL) bör ingå i bedömningen av skälig levnadsnivå (ibid.).

Skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan huvudman eller om den enskilde själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt

En skillnad är inte heller omotiverad om skillnaden kan förklaras av att barnets behov ska tillgodoses av någon annan huvudman. Det följer av att kommunens yttersta ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 1 § SoL). Det kan till exempel handla om att behovet ska tillgodoses inom skolan eller inom hälso- och sjukvården (se till exempel RÅ 2004 ref. 79). Kommunen kan dock i vissa fall vara skyldig att vidta vissa tillfälliga åtgärder i väntan på att ansvarig huvudman kan ge stöd och hjälp eller i väntan på att en fråga om vilken som är ansvarig huvudman löses (prop. 1979/80:1 Del A s. 524).

En annan förklaring till skillnader i beslut kan också vara den enskildes möjligheter att själv tillgodose behovet eller få det tillgodosett på annat sätt (4 kap. 1 § SoL), till exempel genom familjens egna nätverk. Det utvecklas

inte särskilt mycket i förarbetena hur bedömningen av möjligheterna att själv tillgodose behovet eller få det tillgodosett på annat sätt ska göras i de fall det är fråga om andra insatser än ekonomiskt hjälp och stöd. Klart är dock att hänvisning till sådana möjligheter endast är möjligt om det bedöms ge barnet det stöd och den hjälp som barnet har behov av (se 2 kap. 1 § och 4 kap. 1 § SoL).

Skillnader i barns och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter eller inställning

Slutligen kan en skillnad inte heller anses vara omotiverad om skillnaden går att förklara av att det finns skillnader i barns och/eller vårdnadshavares samtycke, åsikter eller inställning, beroende på situation.

Inför ett beslut om insats och utformningen av insatsen ska socialnämnden beakta barnets och vårdnadshavares åsikter och inställning. Det följer bland annat av att socialtjänstverksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL) och att insatser för den enskilde i första hand ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). Därför kan en skillnad i beslut inte anses omotiverad om den beror på att det finns skillnader i dessa avseenden.

Vårdnadshavares inställning behöver ofta beaktas i en analys av omotiverade skillnader, eftersom barn upp till 18 år står under vårdnad av vårdnadshavare, vilket kan vara föräldrar eller särskilt förordnad vårdnadshavare (6 kap. 2 § föräldrabalken (1949:381), FB). Vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Om barnet har två vårdnadshavare ska dessa utöva sina rättigheter och skyldigheter i förhållande till barnet tillsammans (6 kap. 11 och 13 §§ FB), men socialtjänsten kan besluta om vissa insatser till barnet även om den ena vårdnadshavaren inte samtycker, om det krävs med hänsyn till barnets bästa (6 kap. 13 a § FB). Vårdnadshavare ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 och 13 §§ FB).

Även socialtjänsten ska i ärenden som rör barn tillmäta barnets åsikter och inställning betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Barnet ska också få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor inom socialtjänsten som rör hen själv. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hens inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. (11 kap. 10 § SoL och 36 § LVU) Det har inte fastställts någon specifik gräns för när ett barn har tillräcklig ålder och mognad för att kunna fatta olika typer av beslut själv, utan det måste avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Som utgångspunkt krävs ofta vårdnadshavarnas, eller i vissa



fall en vårdnadshavares, samtycke för beviljande av många typer av insatser enligt SoL, och kanske särskilt när det gäller beslut om placeringar utanför det egna hemmet (se till exempel JO 2011/12 s. 415 och JO 2015/16 s. 399). För barn som har fyllt 15 år är det däremot särskilt reglerat att socialnämnden får besluta om öppna insatser även utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det (3 kap. 6 a § SoL). Även för beslut om kontaktperson räcker det med barnets samtycke (3 kap. 6 b § SoL). Ett barn som har fyllt 15 år har också rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt SoL och LVU (11 kap. 10 § SoL och 36 § LVU).

Även fast barns rätt att påverka beslut som rör dem personligen kan sägas ha ökat i takt med en förändrad syn på barns rättigheter och barnkonventionens påverkan på svensk rätt (jämförtill exempel prop. 2012/13:10 och Mattson 2002)), kan det konstateras att vårdnadshavarens eller vårdnadshavarnas samtycke i många fall är av stor betydelse för om och vilken insats som blir aktuell för barnet. Detta gäller särskilt för barn under 15 år och när problematiken inte bedöms så allvarlig att det kan vara aktuellt med vård utan samtycke utanför hemmet. Därför är samtycke, åsikter och inställning hos vårdnadshavarna och/eller barnet, beroende på situation, en viktig aspekt att beakta vid bedömningen av om det finns omotiverade skillnader.

Ur ett bredare perspektiv kan andra omotiverade skillnader uppstå för barnet

Vår definition av omotiverade skillnader tar fasta på om det finns omotiverade skillnader i socialtjänstens verksamhet vid bedömningar och beslut om olika typer av insatser enligt SoL och LVU. Definitionen kan användas för att upptäcka omotiverade skillnader kopplat till några centrala delar av socialtjänstens utredning. Det faktum att en skillnad inte är omotiverad utifrån denna definition betyder dock det inte i sig att det är en önskvärd skillnad sett ur ett bredare perspektiv för barnet. Det kan till exempel finnas ojämlikheter i vårdnadshavarnas relation till barnen, hur nätverken runt barnen ser ut och eller i samordningen mellan olika huvudmän.

I takt med att kunskapen på området förbättras kan definitionen behöva utvecklas

I rapporten *En mer jämlik vård är möjlig* (Vårdanalys, 2014) presenteras ett ramverk för att beskriva omotiverade skillnader inom hälso- och sjukvården. I arbetet med att ta fram en definition av omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården har vi hämtat inspiration från

definitionen inom hälso- och sjukvården men anpassat den till socialtjänstens verksamhet. En avgörande skillnad mellan de båda områdena som påverkar utformandet av definitionen är den generella bristen på evidens inom barn- och ungdomsvården. Inom hälso- och sjukvården finns till exempel detaljerad kunskap om exempelvis läkemedelseffekter eller kända riskgrupper för vissa typer av sjukdomar. Liknande detaljerad kunskap om barn som far illa och som blir aktuella inom den sociala barn- och ungdomsvården saknas. Även kunskapen om olika insatsers effekt är bristfällig och vilka insatser som finns tillgängliga varierar mycket mellan kommuner. I takt med att kunskapen om evidensbaserade metoder inom sociala barn- och ungdomsvården ökar så accelereras betydelsen av att inkludera sådan kunskap i analyser av omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården.

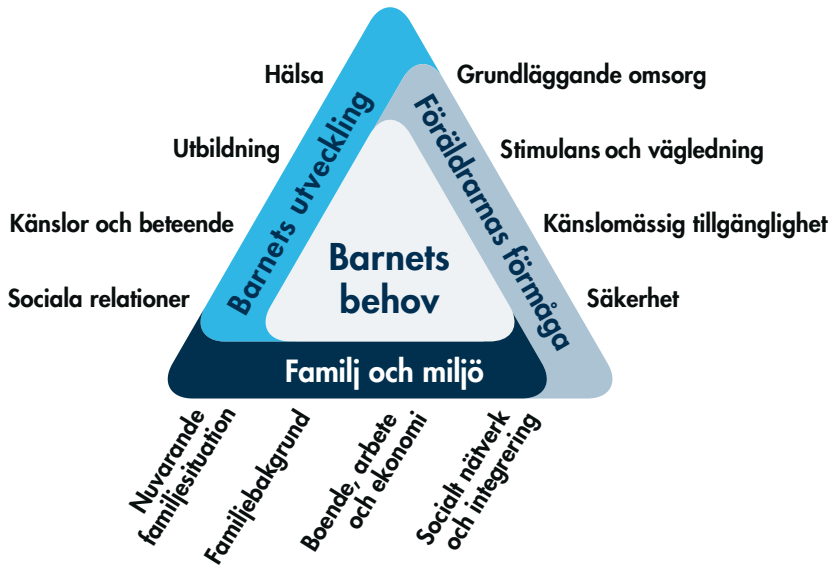
2.5 VI HAR TAGIT HJÄLP AV BBIC FÖR ATT KUNNA ANALYSERA OMOTIVERADE SKILLNADER

I verkligheten kan det många gånger vara komplext att fastställa de delar som vi definierat som omotiverade skillnader. Det beror på många olika faktorer och förutsättningar som är individuella i varje situation. Vi har inom ramen för vårt arbete inte själva utrett barnens behov, utan valt att i analyserna använda oss av socialtjänstens dokumentation enligt delar av Socialstyrelsens handläggnings- och dokumentationssystem Barns behov i centrum (BBIC). Det innebär att det har varit nödvändigt att förlita oss på vad som har dokumenterats av socialtjänstens handläggare, vilket innebär en viss osäkerhet i våra analyser. Det finns också en risk för att det finns vissa skillnader, mellan enskilda utredares syn, erfarenheter, metod osv som kan påverka utgången. Det kan till exempel skilja sig i hur insamlingen av uppgifter skett samt av den bedömning som den enskilde utredaren gör av till exempel familjens förmåga att hantera den problematik som framkommit.

För att kunna analysera om skillnader är omotiverade är det nödvändigt med någon form av enhetligt arbetssätt och dokumentation. Det är också viktigt för att minska risken för dessa osäkerheter som beskrivs ovan. Vi har därför i våra analyser utgått från socialsekreterarnas analys och bedömning av barnets behov, utifrån BBIC. BBIC är framtaget för socialtjänstens myndighetsutövning och beskriver i första hand ett sätt att arbeta och dokumentera som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. BBIC utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande, dokumentation och uppföljning (Socialstyrelsen 2015B).



Figur 2. BBIC-triangeln



Den så kallade BBIC-triangeln, se figur 2, illustrerar hur barnets behov analyseras och bedöms genom en sammanvägning av uppgifter som hämtats in om barnets utveckling, föräldrarnas förmåga och faktorer i familj och miljö.

Analysen och bedömningen av de olika insamlade uppgifterna görs sedan enligt tre olika principer, de så kallade risk-, behov- och mottaglighetprinciperna. Riskprincipen innebär att de inhämtade uppgifterna bedöms mot ett antal risk- och skyddsfaktorer för psykosocial problematik och mot olika tecken på att barn far illa. Faktorerna vägs sedan samman i en sammantagen riskbedömning. Dels bedöms risken att barnet far illa i nuvarande situation, dels risken för mer långvarig psykosocial problematik. Behovsprincipen innebär dels att bedöma om barnet är i behov av insatser från socialtjänsten, dels försöka förstå orsak och verkan i det enskilda fallet för att kunna utforma insatsens inriktning och mål. Det senare görs genom att försöka identifiera de riskfaktorer som upprätthåller barnets eller familjens problematik liksom de viktigaste motverkande skyddsfaktorerna. Mottaglighetsprincipen rör utformningen av en insats. Inför beslut om insats och utformningen av insats är det viktigt att ta hänsyn till barnets och vårdnadshavares önskemål och prioriteringar. Det kan till exempel handla om insatsens omfattning, när insatsen ska ges och om det finns några särskilda omständigheter att ta hänsyn

till, som språk eller funktionsnedsättning. Barnet ska utifrån ålder och mognad vara delaktig i planering och genomförande av insats. Socialtjänsten gör också för frivilliga insatser en bedömning av om samtycket är trovärdigt. Det vill säga om barnets vårdnadshavare är motiverad till förändring och kan antas medverka i insatsen. Detta är särskilt relevant i de ärenden där man överväger ansökan om LVU.

För att analysera om skillnader i beslut av insats beror på skillnader i behov har vi använt oss av socialsekreterarnas dokumentation av BBICs riskprincip. Riskprincipen innebär att insatsers intensitet och omfattning bör anpassas efter barnets risk för att fara illa. Ju högre risk, desto högre intensitet och större omfattning av insatser behövs generellt (Socialstyrelsen 2015B). Risken bedöms genom att väga samman de så kallade risk- och skyddsfaktorer för psykosocial problematik och tecken på att barnet far illa, som rör barnets utveckling, föräldrarnas förmåga samt familj och miljö. För riskbedömningen används en skala som består av följande steg:

- inte känt
- ingen eller låg risk,
- något förhöjd risk,
- hög risk,
- mycket hög risk.

Det finns en förväntad koppling mellan bedömd risk och beslut om insats. Vi kommer därför undersöka om skillnader i beslut om insats kan förklaras av att det finns skillnader i utredarens bedömning av barnets risk att fara illa enligt riskprincipen. Som komplement till riskprincipen kommer vi också se till omfattningen av de problem som identifierats då det även här finns en förväntad koppling till behov av insats.

För att analysera om skillnader beror på utredarens bedömning att barnets behov kan tillgodoses på annat sätt används vissa delar i behovsprincipen. Det vill säga att svara på frågan om barnet inte har några behov av insatser, om barnet har behov av stöd eller skydd från socialtjänsten, om barnets behov kan tillgodoses av annan verksamhet eller genom stöd av sitt eget nätverk.

För att analysera om skillnader beror på barnets och/eller vårdnadshavares samtycke eller åsikter och inställning används vissa delar av mottaglighetsprincipen. Dessa rör barnets önskemål och inställning till insats samt vårdnadshavares samtycke till insatser.

Vi har avgränsat oss till att undersöka skillnader i utredningsprocessen och i beslut av insats. Vi har därför inte undersökt hur insatserna är utformade

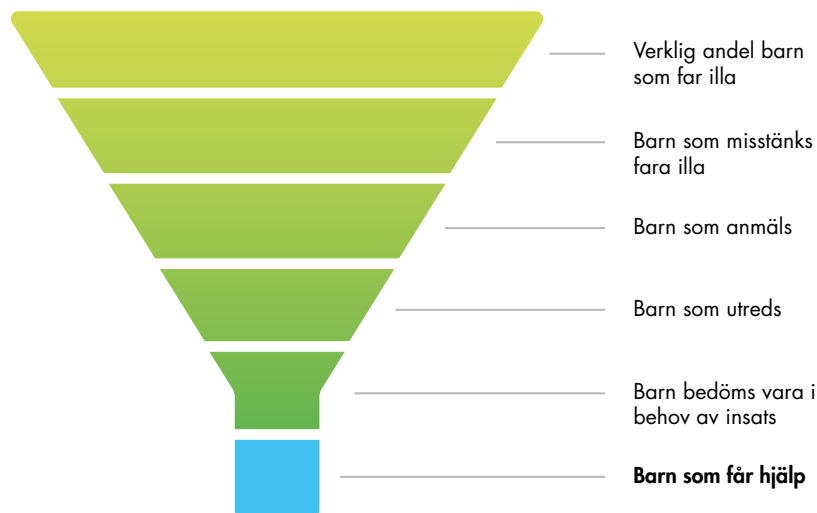


eller innehållet i dem. För en fördjupad analys av skillnader i innehållet i insatserna liksom mål med insatser, skulle samtliga delar i behovsprincipen och mottaglighetsprincipen kunna användas.

2.6 OMOTIVERADE SKILLNADER KAN FINNAS I FLERA LED

Endast en minoritet av alla barn som riskerar att fara illa får tillgång till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Sundell m.fl. 2007). Den så kallade "Barnavårdstratten" återkommer i studier och kunskapsöversikter som illustration över den sortering som sker före ett ärende kommer in till den sociala barn- och ungdomsvården liksom under själva utrednings- och beslutsprocessen, se figur 3 (Sundell m.fl. 2007). Den sammantagna bilden som ges utifrån tidigare studier är att cirka en tredjedel av anmälningarna leder till en utredning och att cirka hälften av utredningarna leder till insats. Av de barn och unga som utreds återkommer cirka 20 procent för ny utredning inom ett år och 40 procent inom tre år.

Figur 3. "Barnavårdstratten"



Omotiverade skillnader skulle därmed kunna uppstå i flera led och därmed få konsekvenser för nästa steg, till exempel att vissa barn i större utsträckning blir uppmärksammade än andra barn. Barn som far illa har också behov av stöd och hjälp från flera olika aktörer i samhället, det är möjligt att omotiverade skillnader också kan uppstå som konsekvenser av olikheter i

samordning mellan aktörer. Det är därför viktigt att tydliggöra vilka steg som undersöks för att bedöma omotiverade skillnader och i förhållande till vad.

Vissa skillnader mellan barn kan vara motiverade och det finns förklaringar till varför de uppstår. I den här rapporten undersöker vi skillnader i utredningsförfarande och i vilken insats som beslutas. I utredningsförfarandet kommer vi undersöka skillnader i underlag för beslut, delaktighet i utredningen och bedömning av behov och förutsättningar. Om skillnader i beslut identifieras analyserar vi sedan vilka av dessa som kan betraktas som omotiverade. Vår definition av vad som utgör en omotiverad skillnad beskrivs under avsnitt 2.4.

Det kan finnas vissa skillnader mellan kommuner

En annan typ av skillnader när det gäller beviljande insatser och utformning av insatser skulle kunna ha att göra med att kommuner har en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt över sina egna angelägenheter (se 14 kap. 2 § RF). Den kommunala självstyrelsen fråntar inte kommuner det yttersta ansvaret för att ge enskilda det stöd och den hjälp de behöver (2 kap. 1 § SoL) eller övriga skyldigheter enligt sociallagstiftningen. Olika kommunala beslut, till exempel i ekonomiska frågor, kan dock i mer eller mindre utsträckning påverka vilka insatser som blir aktuella i kommunen. I förarbetena till den förra socialtjänstlagen anges att valet av insats får ske med beaktande av vad som är möjligt och rimligt med hänsyn till kommunens resurser. Detta får dock inte, anges det samtidigt, tolkas så att socialnämnden får avvakta att ge bistånd i någon form om den enskildes förhållanden är sådana att hen behöver socialtjänstens bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt. (Prop. 1979/80:1 s. 526)

Likhet inför lagen, inte i lagen

Det kan noteras att det grundlagsfästa likabehandlingskravet (1 kap. 9 § RF) handlar om likabehandling inför lagen, men inte om vilken behandling av olika personer eller grupper som föreskrivs i själva lagen. Det har i förarbeten uttalats att särbehandlande lagstiftning på olika områden är ett ofrånkomligt inslag i rättsordningen, till exempel på de ekonomiska och sociala områdena (prop. 1975/76:209 s. 97 f.f.). Att det av lagstiftningen framgår att vissa grupper ska behandlas på olika sätt står alltså inte i strid med den grundlagsfästa likabehandlingsprincipen. Det kan också nämnas att barn som får insatser enligt SoL ska tillförsäkras en ”skäligen levnadsnivå”, medan barn som får insatser enligt LSS ska tillförsäkras ”goda levnadsvillkor” (4 kap. 1 § SoL och 7 § LSS). Det kan alltså sägas finnas en viss skillnad i vad



som ska uppnås för barn enligt de olika lagarna, en skillnad som beror på om barnet i fråga bedöms ha rätt till insatser enligt LSS eller inte. Det är dock en skillnad som är inbyggd i rättsordningen och som alltså beror på vissa omständigheter som skiljer sig åt. I denna rapport studerar vi endast insatser som ges enligt SoL, och inte de som ges enligt LSS. Dessutom bedömer vi inte i vilken mån dessa typer av skillnader är omotiverade, då denna rapport tar sikte på skillnader som uppstår i tillämpningen, inte på skillnader som finns i lagstiftningen.



Olika tillgång till insatser mellan pojkar och flickor

I det här kapitlet presenterar vi resultaten från vår analys av skillnader i pojkars och flickors tillgång till insatser. Analysen visar att pojkar med utländsk bakgrund beviljas insats i lägre utsträckning jämfört med övriga barn. Skillnaden visade sig vara omotiverad med avseende på behov då den inte kunde förklaras av varken identifierad problematik eller risk att barnet far illa. Skillnaden kunde inte heller förklaras av att pojkar med utländsk bakgrund hade behov som kunde hänvisas till annan verksamhet eller att deras behov kan tillgodoses av den enskilde själv eller på annat sätt, i större utsträckning än andra barn. Däremot kan skillnaden i beslut om insatser mellan utlandsfödda pojkar och andra barn förklaras av att socialtjänsten i större utsträckning för utlandsfödda barn motiverat beslutet - att insats inte beviljas – med att samtycke till insatsen saknats. Vår analys visar också att barnen oavsett ålder involveras i mycket liten utsträckning när det gäller att framföra önskemål om insatser.

Figur 4 illustrerar hur analysen är upplagd. Inledningsvis undersöks skillnader i utredningsförfarande mellan pojkar och flickor. Därefter presenteras en fördjupning vad gäller skillnader i beslut för flickor och pojkar och slutligen en bedömning av eventuella skillnader är att betrakta som omotiverade utifrån framtagna kriterier.

Ingången i analysarbetet är att undersöka skillnader mellan flickor och pojkar, särskilt om pojkar och flickor får beslut om insats i lika stor utsträckning. I analysen tar vi också hänsyn till ett antal geografiska och demografiska faktorer som kan tänkas öka eller minska risken för skillnader,



vilka faktorer beskrivs nedan. Det finns också antal förutsättningar för att göra jämförelserna möjliga, bland annat är analysen avgränsad till förstagångsutredningar.

Figur 4. Översikt av analysen.



Geografiska och demografiska faktorer som kan öka eller minska risken för en omotiverad skillnad

I jämlikhetsstudier är det centralt att studera villkor för olika befolkningsgrupper för sig, liksom samband mellan olika geografiska eller demografiska faktorer (Vårdanalys 2014). Genom sambandsanalyser ges en fördjupad bild av vilka faktorer som kan öka eller minska risken för ett visst utfall. I den här rapporten undersöks i vilken utsträckning flickors respektive pojkars ålder, bakgrund och bostadsort/kommunstorlek kan öka eller minska risken för en omotiverad skillnad.

Förutsättningar för att kunna göra jämförelser mellan flickor och pojkar

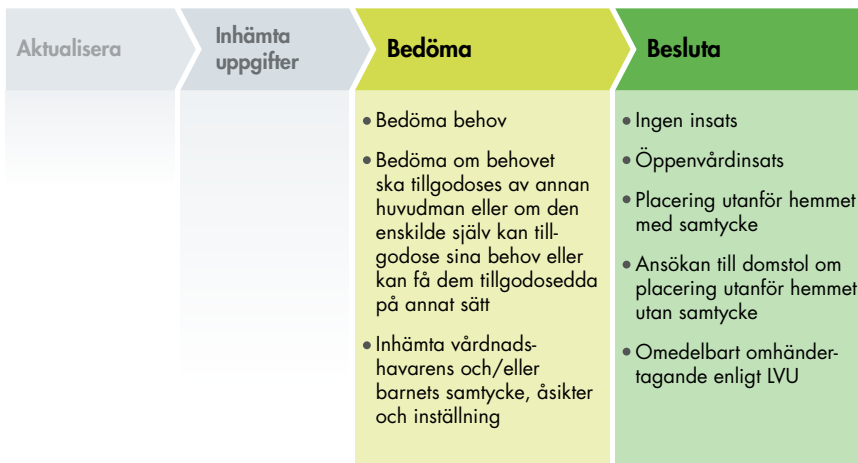
För att kunna jämföra flickors och pojkars tillgång till insatser är det viktigt att avgränsa analysen på ett sätt som gör jämförelser möjliga. Om vissa barn utretts tidigare och andra inte har gjort det, kan det vara svårt att jämföra utredningsförfarande och bedömningar eftersom detta kan påverkas av tidigare kännedom om barnet och av vårdnadshavares motivation till förändring. Urvalet är därför avgränsat till att enbart gälla barn som utreds för första gången inom den sociala barn- och ungdomsvården och där aktualiseringen skett genom anmälan från anmälningskyldig personal inom förskola, skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller

tandvård (anmälningsskyldighet enligt 14 kap. 1 § SoL). Förutsättning för jämförelse utifrån hela populationen är därmed "tillgång till insatser vid förstagsutredning baserad på anmälan från anmälningsskyldig personal". En ytterligare förutsättning för jämförelse som vi använder i den här rapporten är "tillgång till insatser vid misstanke om att barnet utsatts för fysiskt våld". Denna avgränsning görs utifrån att vi bedömer att den minimerar risken för bortfall eftersom socialtjänsten alltid ska inleda en utredning om barnets behov av stöd och hjälp när den får kännedom om att ett barn kan ha utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående (6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer).

3.1 UTREDNINGARNA GENOMFÖRDES PÅ LIKANDE SÄTT FÖR BÅDE FLICKOR OCH POJKAR

I det här avsnittet undersöker vi om det finns skillnader i utredningsförfarande mellan pojkar och flickor. Vi undersöker hur ärenden som rör barn aktualiserats, hur uppgifter inhämtats samt bedömning av behov och förutsättningar, se figur 5 nedan. Dessa steg ligger till grund för beslut om eventuell insats och är viktiga för att förstå eventuella skillnader i beslut om insats. Handlägningsstegens olika delar beskrivs närmare i kapitel 2. Sammantaget kan vi se att utredningarna genomfördes på liknande sätt för både pojkar och flickor även om det finns vissa skillnader.

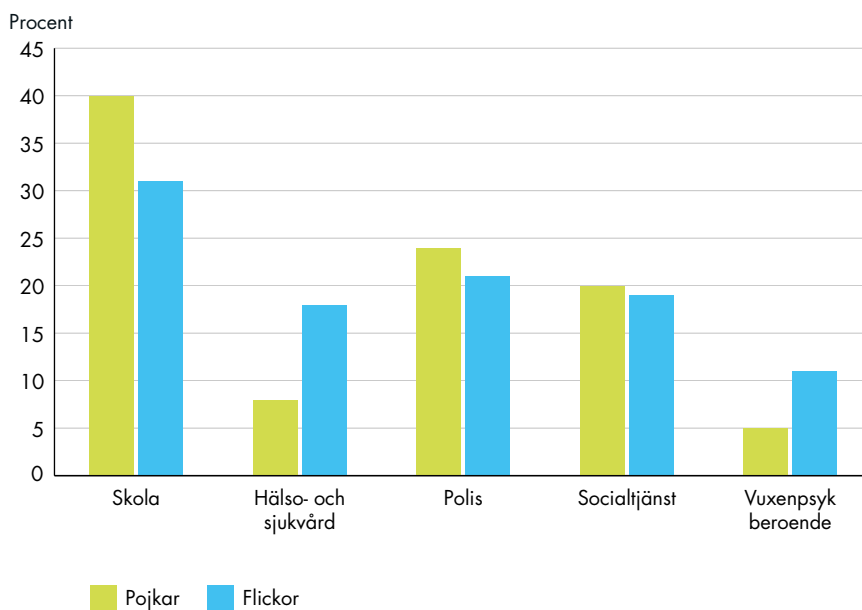
Figur 5. Processteg som föregår beslut om insats inom social barn- och ungdomsvård.



3.1.1 Flest anmälningar från skola och polis

Figur 6 illustrerar från vilka verksamheter anmälningarna kommit in i förhållande till pojkar och flickor. Sammantaget stod förskola, grundskola och gymnasium för drygt en tredjedel av anmälningarna medan var femte anmälan kom från polis och en femtedel från någon verksamhet inom socialtjänsten. Mer sällan hade anmälningarna kommit in från hälso- och sjukvård och tandvård. Vid en jämförelse mellan flickor och pojkar framkom att andelen anmälningar från hälso- och sjukvården, inklusive vuxenpsykiatri och beroendeklinik, i större uträkning rörde flickor än pojkar; 29 procent jämfört med 13 procent. Denna skillnad är statistiskt signifikant. Anmälningar från förskola, skola och gymnasium rörde i något större utsträckning pojkar än flickor men dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta.

Figur 6. Andel anmälningar från olika anmälare i förhållande till pojkar och flickor. Andel i procent.



3.1.2 Misstanke om fysiskt våld mot barnet den enskilt vanligaste anmälningsorsaken

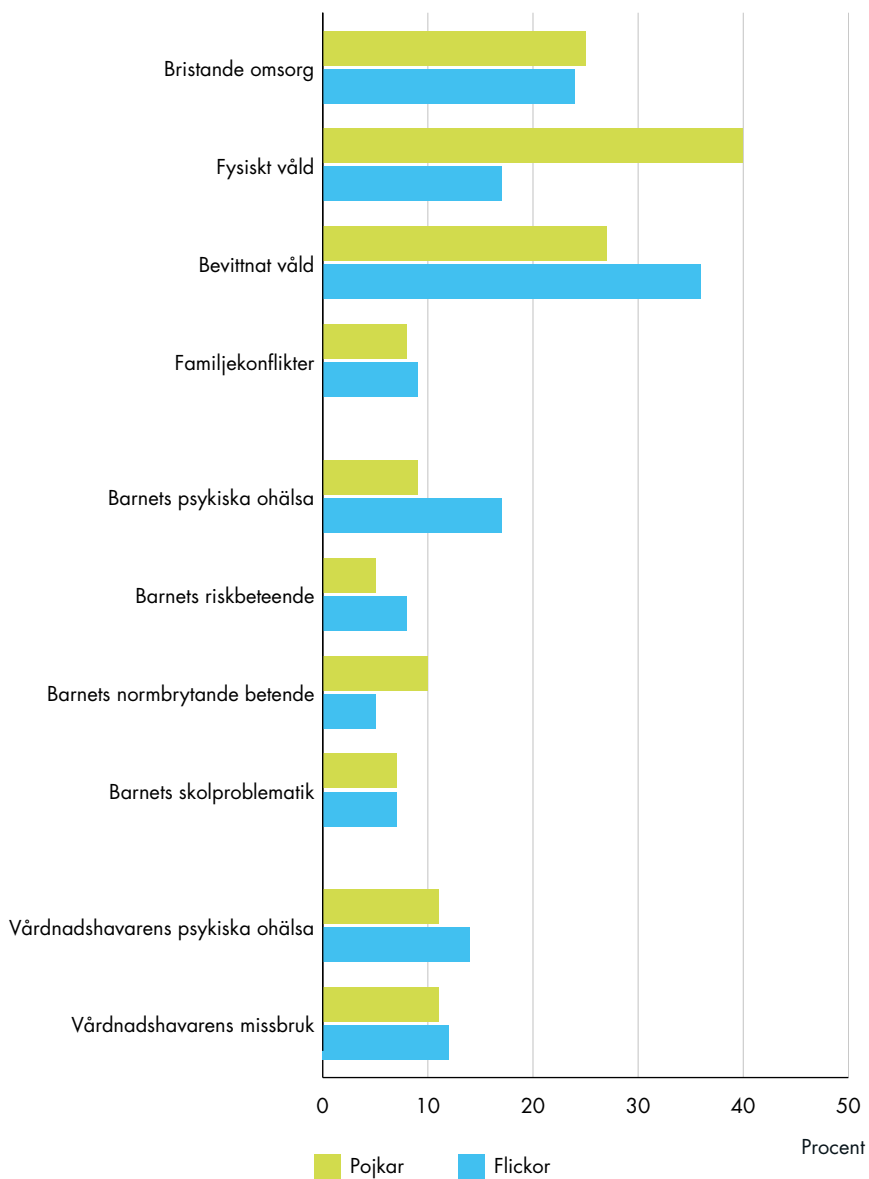
Anmälningarna som rörde misstanke om att barnet far illa i sin hemmiljö på grund av bristande föräldraförmåga handlade till allra största delen om misstanke om fysiskt våld mot barnet, misstanke om bristande omsorg samt misstanke om att barnet bevittnat våld. Anmälan om fysiskt våld mot barnet rörde i betydligt större utsträckning pojkar än flickor; 40 procent jämfört med 17 procent. Skillnaden är statistiskt signifikant.

Anmälningarna som rörde misstanke om att barnet far illa på grund av eget beteende rörde främst barnets psykiska ohälsa, normbrytande beteende och skolrelaterad problematik. Anmälningar som rörde barnets psykiska ohälsa var vanligare för flickor än för pojkar, 17 procent jämfört med 8 procent, skillnaderna var dock inte signifikanta.

Anmälningar som handlade om vårdnadshavares egna svårigheter rörde nästan uteslutande oro för vårdnadshavares psykiska ohälsa och risk/missbruk. Dessa anmälningar var något vanligare för flickor än för pojkar, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta. Se figur 7.



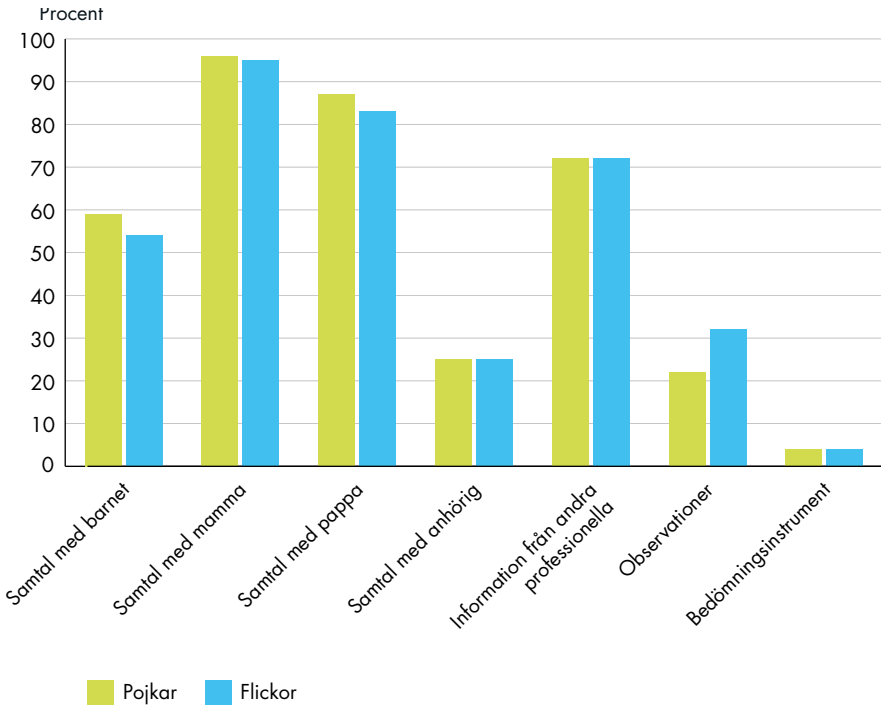
Figur 7. Anmälningsorsak avseende flickor och pojkar och i förhållande till oro för bristande föräldraförmåga, barnets eget beteende samt vårdnadshavares egen problematik. Andel i procent.



3.1.3 Utredningarna genomfördes på liknande sätt för både flickor och pojkar

Utredningarna genomfördes på ett mycket likartat sätt för både flickor och pojkar, oavsett bakgrund och bostadsort. Uppgifter hämtades in främst genom samtal med vårdnadshavare, konsultation med professionella från andra verksamheter samt genom samtal med barnet. Observationer och samtal med anhöriga var förhållandevis vanligt och genomfördes i en fjärdedel av utredningarna. I 8 av de 223 ärendena (4 procent) hade något bedömningsinstrument använts och inte i något fall genomfördes utredning med hjälp av utredningshem. Se figur 8. Ett bedömningsinstrument är ett formulär med fastställda frågor. De bygger på forskning och beprövad erfarenhet som visar vilka områden som är viktiga för det som ska bedömas, till exempel risk- och skyddsfaktorer för barns utveckling. Informationen kan samlas in genom exempelvis självskattning, intervjuer, observationer eller sökningar i akter och register (Socialstyrelsen, 2012).

Figur 8. Källor för informationsinsamling under utredningen för pojkar och flickor. Andel i procent.



Det framkom inga skillnader mellan flickor och pojkar varken vad gäller andelen eller antalet utredningssamtal som genomförts med barn respektive vårdnadshavare. I genomsnitt genomfördes ett utredningssamtal med både flickor och pojkar, två utredningssamtal med papporna och tre utredningssamtal med mammorna.

Konsultationer gjordes främst med pedagogisk kompetens inom förskola, skola eller gymnasium. Detta gjordes något oftare för pojkar än för flickor; 58 procent jämfört med 48 procent. Konsultation med medicinsk kompetens gjordes något oftare kring flickor än pojkar; 36 procent jämfört med 28 procent. Men skillnader är inte statistiskt signifikanta. Konsultationer med psykologisk kompetens, inom skola eller inom barn- och ungdomspsykiatri, gjordes däremot betydligt oftare kring flickor än pojkar; 16 procent jämfört med 6 procent. En rimlig förklaring till denna statistiskt signifikanta skillnad är att anledningen till anmälan rörde psykisk ohälsa i större utsträckning för flickor än för pojkar. Information från socialtjänstens andra verksamheter hämtades in i vart femte ärende för både pojkar och flickor och från tandvården i knappt var tionde ärende för både pojkar och flickor.

Vissa anpassningar utifrån barnets ålder

Utredningarnas genomförande skilde sig åt i vissa avseenden beroende på barnets ålder. Utredningssamtal med barnet genomfördes i betydligt mindre utsträckning för barn i åldern 0–6 år jämfört med 13–17 åringarna; 36 procent jämfört med 71 procent. Skillnaden förklarades av att samtal med de yngre barnen inte bedömdes aktuellt på grund av barnets ålder och mognad. Observationer gjordes däremot betydligt oftare i utredningar som rörde 0–6 åringar än för 13–17 åringar, 28 procent kring barn i åldern 0–6 år och i fem procent för 13–17 åringarna. Informationsinhämtning från andra professioner gjordes totalt sett lika ofta i de båda åldersgrupperna. Konsultation med psykologisk kompetens gjordes däremot nästan enbart för 13–17 åringar. Detta gjordes i var femte utredning rörande 13–17 åringar jämfört med 4 procent i utredningar om 0–6 åringar.

3.1.4 Bristande omsorg, familjekonflikter och psykisk ohälsa vanligaste problematiken

I nio av tio ärenden beskrevs någon form av problematik kopplad till barnets hemmiljö, barnets egna svårigheter eller vårdnadshavares svårigheter. Det var vanligt att flera problem hade identifierats av utredaren. I 60 procent av ärendena hade 1–2 problem identifierats, i 20 procent av ärendena hade

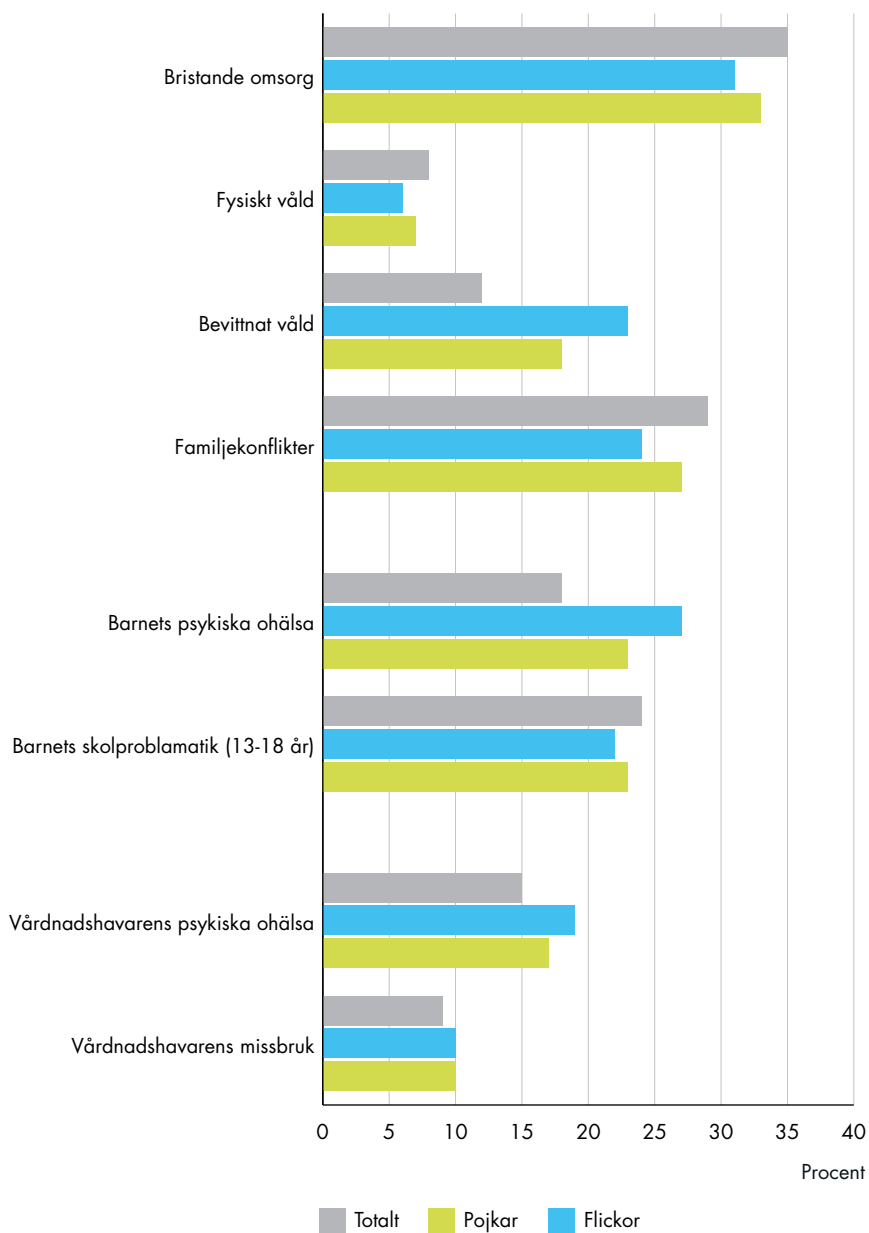
3 problem identifierats och i vart tionde ärende hade mer än 3 problem identifierats. I genomsnitt identifierades 2 problem för både flickor och pojkar.

De vanligaste problemen som identifierades var bristande omsorg, familjekonflikter och psykisk ohälsa hos barnet. Det var också förhållandevis vanligt att utredningen visade att barnet bevittnat våld, hade en skolrelaterad problematik eller hade behov utifrån vårdnadshavare psykiska ohälsa eller missbruk. Trots att fysiskt våld mot barnet var den enskilt vanligaste anmälningsorsaken så identifierades detta endast i 7 procent av ärendena. Anledningen till detta var att föräldrarna i stor utsträckning nekade till att barnet utsatts för våld. Övriga problem rörde mindre än 5 procent av barnen (se bilaga för hela listan över typer av problematik).

Figur 9 illustrerar problematik som identifierats i utredningen i förhållande till pojkar och flickor. Det fanns störst skillnader mellan pojkar och flickor i de problem som rörde barn som bevittnat våld och psykisk ohälsa hos barnet. Andelen flickor som enligt utredningarna bevittnat våld var betydligt högre än andelen pojkar och rörde betydligt oftare barn i åldern 0–6 år än barn i åldern 13–17 år. Att bevittna våld identifierades i 25 procent av utredningarna som rörde barn 0–6 år och i 9 procent av utredningarna som rörde 13–17 åringar, vilket är en statistiskt signifikant skillnad. Psykisk ohälsa hos barnet identifierades till allra största delen hos 13–17 åringarna, främst flickor, och endast i ett fåtal fall hos de mindre barnen; 44 procent av 13–17 åringarna jämfört med 5 procent hos 0–6 åringar.



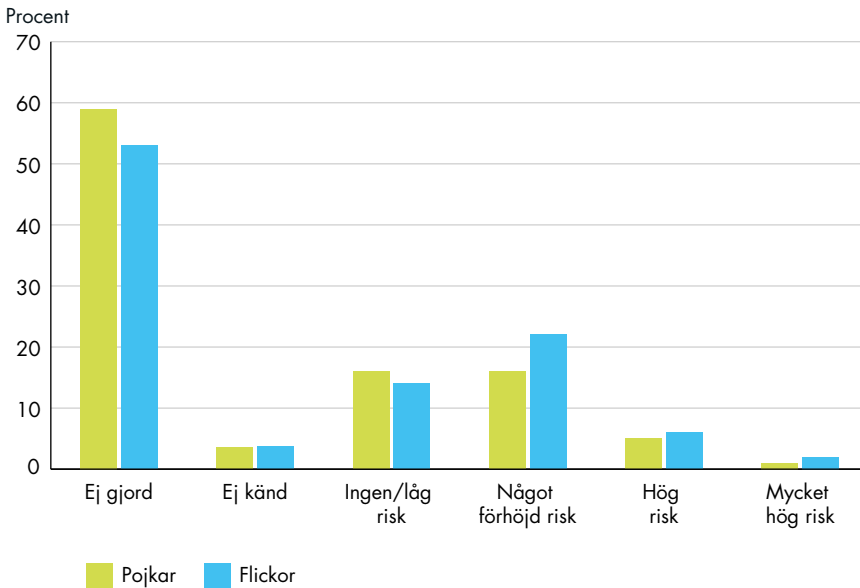
Figur 9. Identifierad problematik för flickor och pojkar i förhållande till bristande föräldraför-
måga, barnets egen problematik samt vårdnadshavares egen problematik. Andel i procent.



3.1.5 Riskbedömning i mindre än hälften av ärendena

Ett urvalskriterium för analysen var att det i beslutsunderlaget skulle finnas en dokumenterad riskbedömning. Det visade sig att detta endast var gjort i 90 av de 223 ärendena. Det är frivilligt att göra detta steg i BBIC, vi vet därför inte om det inte görs överhuvudtaget eller görs men inte dokumenteras. Figur 10 illustrerar i vilken utsträckning riskbedömning inte hade gjorts, inte kunnat göras på grund av för lite information samt bedömning av ingen/låg risk, något förhöjd risk, hög risk samt mycket hög risk. Bedömningen gällde risken att barnet far illa i sin hemmiljö eller på grund av eget beteende. I de ärenden där riskbedömning hade gjorts var den genomsnittliga risknivån lika för pojkar och flickor: 1,9 för flickor och 1,8 för pojkar (1=ingen/låg risk, 4=mycket hög risk). Detta innebär att utredaren i majoriteten av de ärenden där riskbedömning hade gjorts bedömde att det var ingen/låg risk eller något förhöjd risk att barnet far illa i sin hemmiljö eller på grund av eget beteende.

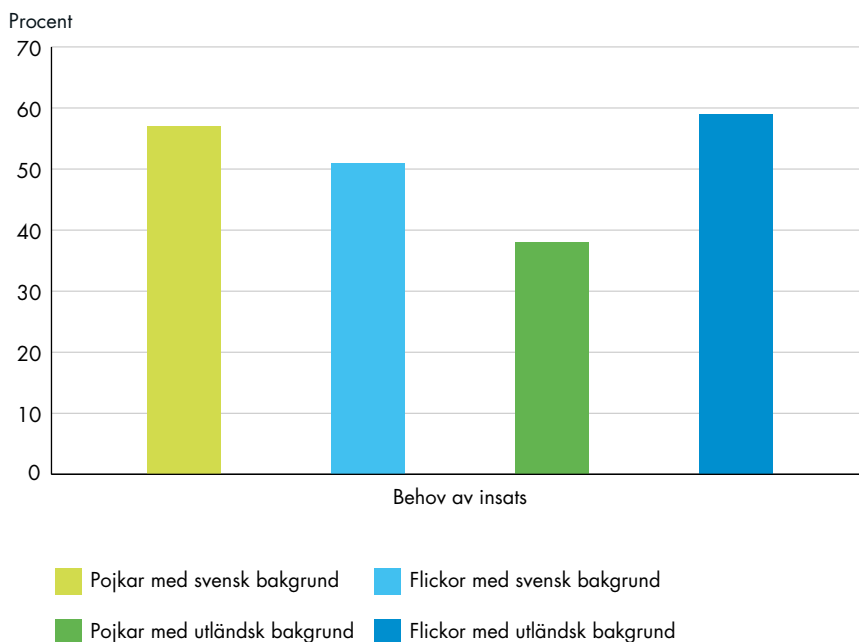
Figur 10. Bedömning av risk att pojkar respektive flickor far illa i sin hemmiljö eller på grund av eget beteende. Andel i procent.

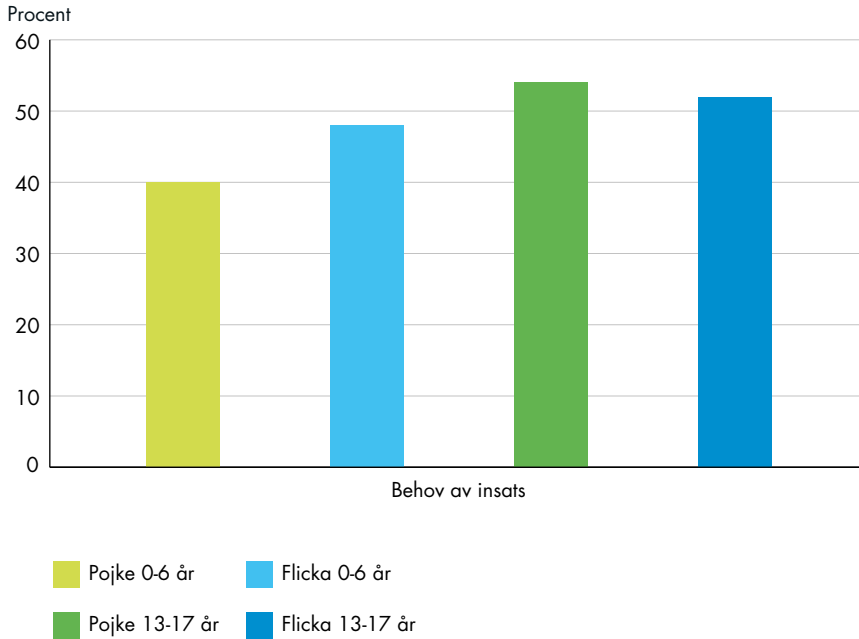


3.1.6 Behov av insatser från socialtjänsten i knappt hälften av ärendena

Utredaren bedömde att det fanns behov av insatser från socialtjänsten i knappt hälften av ärendena för både pojkar och flickor. Pojkar med utländsk bakgrund bedömdes vara i behov av insatser från socialtjänsten i betydligt mindre utsträckning än övriga barn, se figur 11. Äldre barn, 13–17 år, bedömdes i något större utsträckning vara i behov av insatser jämfört med yngre barn, 0–6 år men dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta. Se figur 12. Andelen flickor och pojkar som bedömdes vara i behov av stöd var totalt sett likvärdig i de olika kommungrupperna. Dock utmärkte sig en de tre stadsdelarna som ingår i analysen, genom att endast 4 av 36 barn bedömdes vara i behov av insatser.

Figur 11. Andel flickor och pojkar i behov av insats i förhållande till bakgrund. Andel i procent.



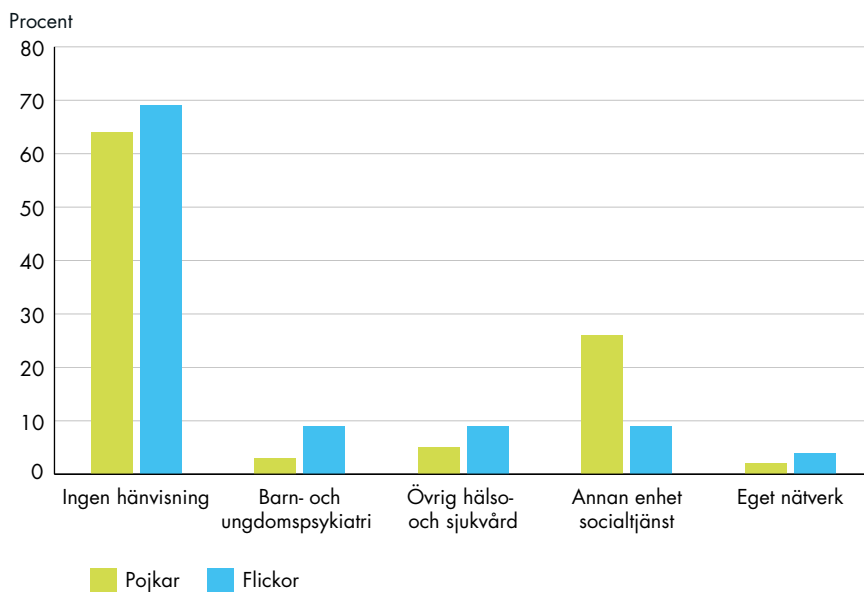
Figur 12. Andel flickor och pojkar i behov av insats i förhållande till ålder. Andel i procent.

Behov av insats från annan verksamhet

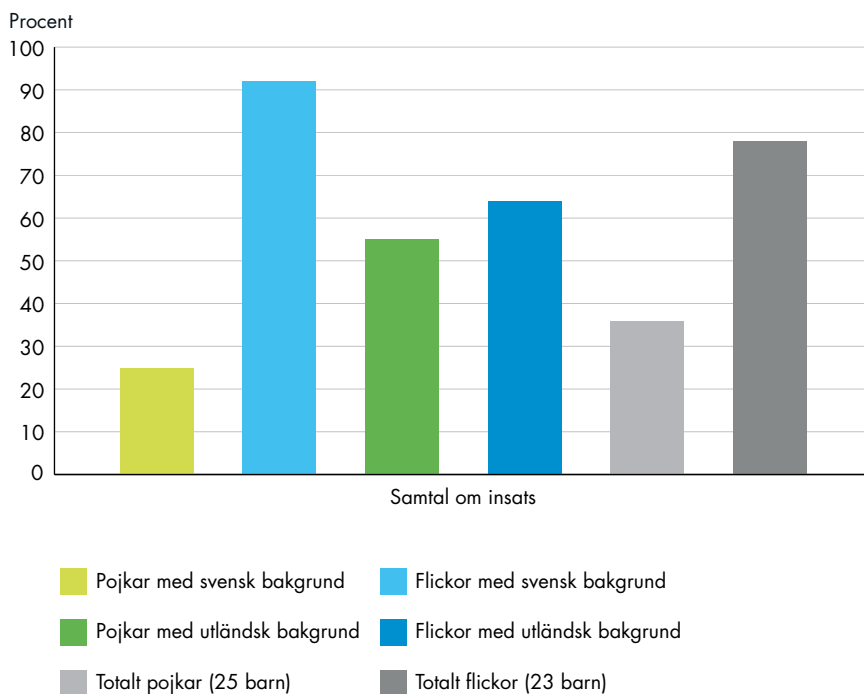
I en tredjedel av ärendena framgick att utredaren bedömde att barnets behov kunde tillgodoses av annan verksamhet eller inom det egna nätverket, se figur 13. För pojkar gjordes denna bedömning i 36 procent av ärendena och för flickor i 31 procent av ärendena. Flickor hänvisades i större utsträckning än pojkar till BUP medan för pojkarna så hänvisades främst deras vårdnadshavare till annan ej biståndsbedömd verksamhet inom socialtjänsten, till exempel föräldrautbildningar eller stödgrupper. Hänvisning till annan verksamhet kunde antingen vara som alternativ till insats inom socialtjänsten eller som komplement till insats.



Figur 13. Behov av stöd från annan verksamhet för pojkar och flickor. Andel i procent.



Figur 14. Andel 13–17 åriga barn i förhållande till kön och bakgrund, som varit delaktiga i samtal om insatser. Andel i procent.

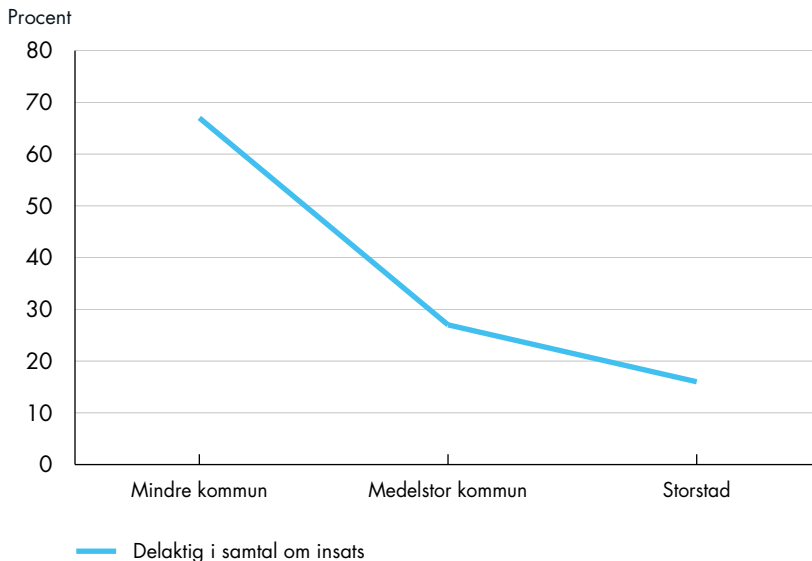


Barnet sällan delaktig i samtal om insatser

Endast ett av barnen i åldern 0–6 år hade varit delaktig i samtal om kommande insatser. Bland 13–17 åringarna var det framför allt flickor med svensk bakgrund som varit delaktiga och totalt sett var flickor i betydligt större utsträckning än pojkar, delaktiga i detta steg. Skillnaderna mellan flickor och pojkar med svensk bakgrund liksom skillnaden mellan flickor och pojkar totalt sett är, trots ett litet antal barn i varje grupp, statistiskt signifikanta, se figur 14.

Både flickor och pojkar från de mindre kommunerna var mer delaktiga än flickor och pojkar från medelstora kommuner och storstad. Totalt sett framkommer här stegvisa statistiska samband vilket innebär att barnens delaktighet minskade ju större bostadsort de kom ifrån, se figur 15.

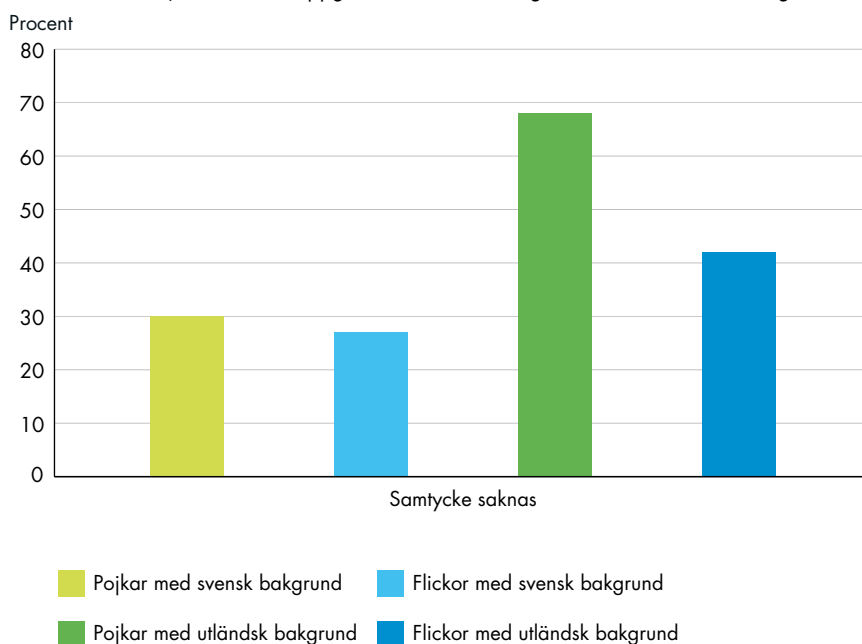
Figur 15. Andel 13–17 åriga barn i förhållande till bostadsort, som varit delaktiga i samtal om insatser. Andel i procent.



Samtycke till insatsen

I nästan samtliga beslutsunderlag, 213 av 223, fanns dokumentation om samtycke till insatser. I den dokumentation vi tagit del av har socialtjänsten endast tydligt dokumenterat avsaknaden av vårdnadshavares samtycke som skäl till att beslut om insats inte fattas. Om barnet har tillfrågats om samtycke och hur barnet ställer sig till insats framgår oftast inte men i de fall de gör det så är det inte dokumenterat på ett tydligt och systematiskt sätt. Det har därmed inte varit möjligt att genomföra ytterligare analyser av detta. Vårdnadshavare samtyckte till insatser i totalt 63 ärendena. I 5 av dessa ärenden beviljades inte bistånd trots vårdnadshavares samtycke. I 1 av fallen flyttade familjen inför beslut om insats, i 2 av fallen beskrevs att insats beviljades för syskon och indirekt inkluderade det aktuella barnet, i 2 fall framkom att kontakt med familjerätt eller annat föräldrastöd var tillräckligt trots vårdnadshavares samtycke till annan insats. Vårdnadshavare samtyckte i något större utsträckning till insatser för flickor än för pojkar, vilket förklaras av att samtycke saknades i betydligt större utsträckning för pojkar med utländsk bakgrund jämfört med övriga barn. Se figur 16.

Figur 16. Andel ärenden där samtycke till insats saknas trots att utredaren bedömt att det finns behov av insats. (Ärenden där uppgifter om barnets bakgrund saknades har inte tagits med.)



3.2 SKILLNADER I BESLUT OM INSATS

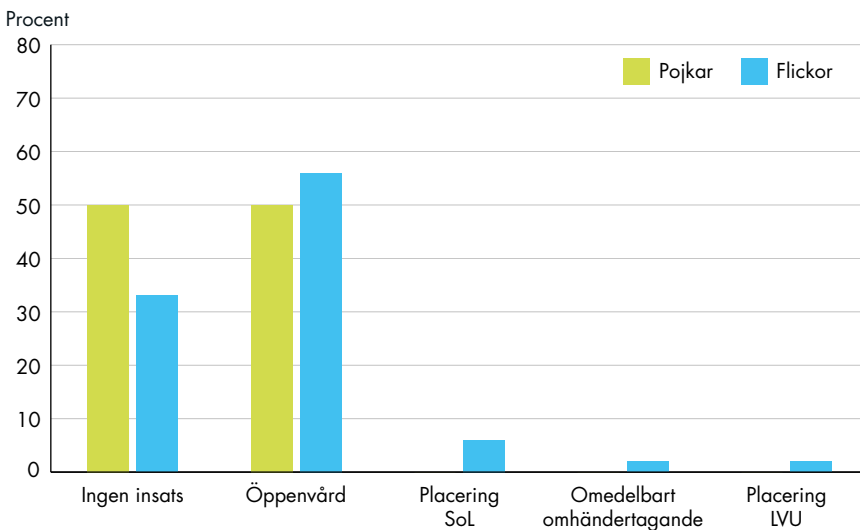
I det här avsnittet undersöker vi om det finns skillnader i vilka barn som fick beviljade insatser. Totalt var det 223 barn som utreddes, och av dem bedömdes 103 barn ha behov av insatser från socialtjänsten, varav 51 flickor och 52 pojkar. Av dessa 103 barn beviljades 60 barn insatser, se figur 17. Totalt beviljades insatser för 34 flickor (31 procent) och 26 pojkar (22 procent). Övriga ärenden avslutades utan insats.

Figur 17. Illustration av utsorteringen av ärenden från antal barn som utreds till antal barn som får tillgång till insatser.



Av pojkar som beviljades insats handlade det uteslutande om någon form av öppenvårdsinsats medan insatser för flickor även i några fall rörde olika typer av placering. Se figur 18.

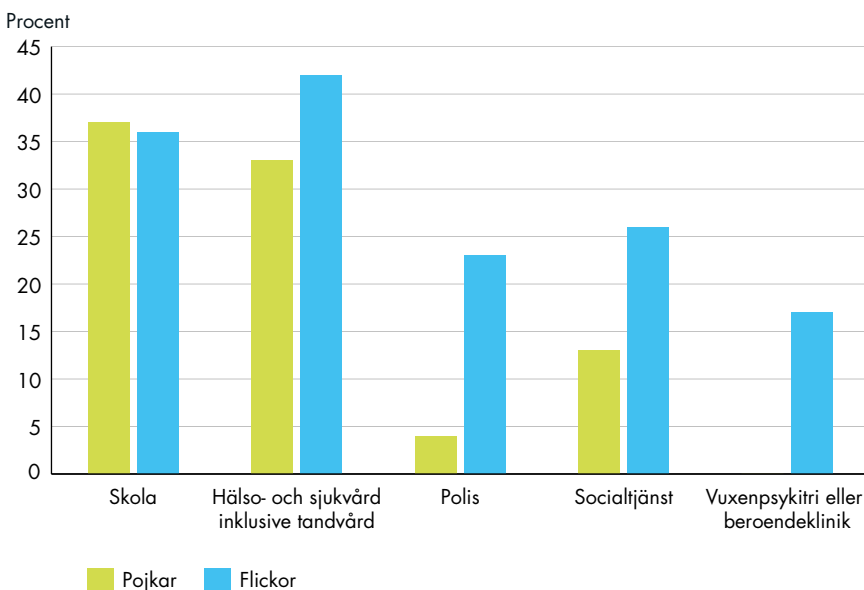
Figur 18. Andel beviljade insatser för flickor och pojkar vid bedömt behov av stöd från socialtjänsten (n=103).



3.2.1 Flest insatser efter anmälan från skolan och hälso- och sjukvården

För pojkar beviljades insatser i betydligt mindre utsträckning när anmälan kommit från polis, oavsett barnets ålder, jämfört med när anmälan kommit från förskola, skola eller hälso- och sjukvård. För pojkar beviljades endast insatser i 1 av 27 fall när anmälan kommit från polisen. Noterbart är också att pojkar inte beviljades insatser i något fall när anmälan inkommit från vuxenpsykiatri eller beroendeklinik. Dessa rör dock så få fall totalt sett, att det inte går att påvisa statistik signifikans. Se figur 19.

Figur 19. Andel beviljade insatser för pojkar och flickor utifrån respektive anmälare. Andel i procent.

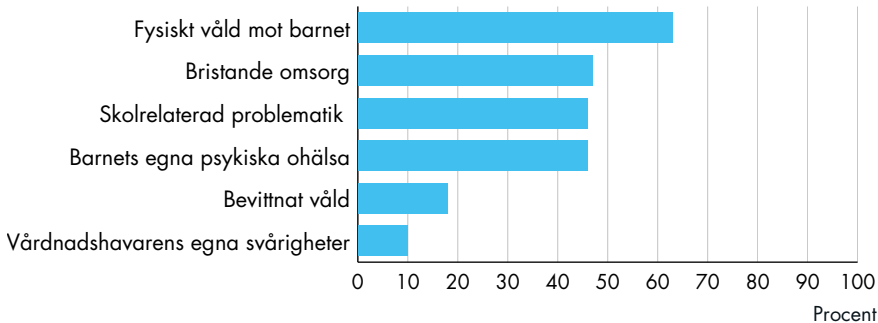


3.2.2 Fler beviljade insatser i ärenden med flera identifierade problem

Insatser beviljades i högre utsträckning i de ärenden där flera olika problem identifierats. Den genomsnittliga skillnaden i identifierade problem i förhållande till om insats beviljades eller inte var tydlig för både flickor och pojkar. De flickor som beviljades insats hade i genomsnitt 2,6 problem och pojkarna som beviljade insats hade i genomsnitt 2,8. Flickorna som inte beviljades insats hade i genomsnitt 1,8 problem respektive 1,75 för motsvarande pojkar. Skillnaderna i genomsnittliga problem var statistiskt signifikant för både flickor och pojkar.

Insatser beviljades i störst utsträckning i de ärenden där den identifierade problematiken rörde bristande omsorg, fysiskt våld mot barnet, barnets egna psykiska ohälsa eller skolrelaterad problematik, se figur 20. Insatser beviljades i mindre utsträckning i ärenden som rörde att barnet bevittnat våld, eller när vårdnadshavaren hade egna svårigheter till exempel i missbruk av droger eller alkohol.

Figur 20. Andel beviljade insatser fördelat på typ av identifierad utsatthet. Andel i procent.



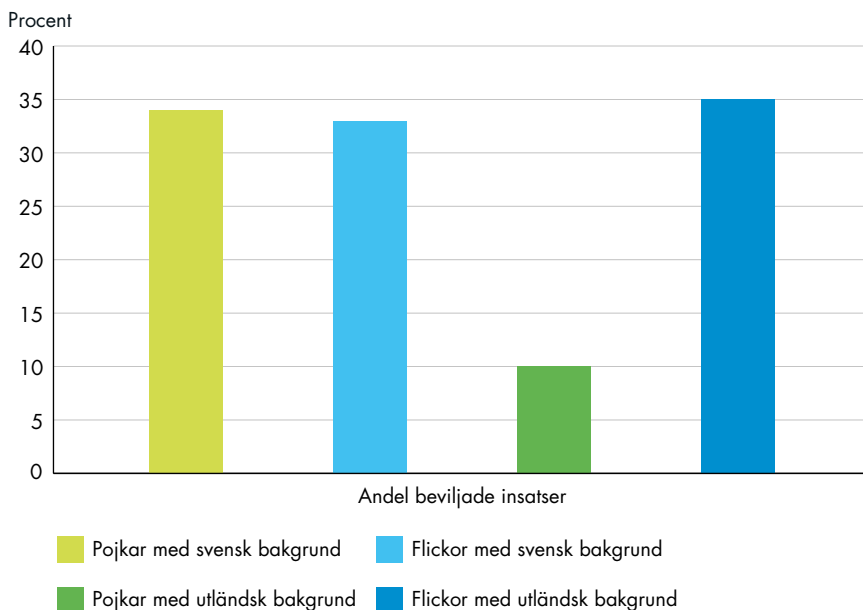
Anmälan om fysiskt våld mot barnet var som framgått tidigare, den enskilt vanligaste anmälningsorsaken och rörde i större utsträckning pojkar än flickor. I endast 7 procent av utredningarna bekräftade vårdnadshavare att de använt fysiskt våld mot barnet. De flesta av de utredningarna identifierades istället problematik i form av svårigheter i gränssättning eller familjekonflikter. Samtidigt ledde anmälan om fysiskt våld i förhållandevis stor utsträckning till att insatser beviljades, med undantag för pojkar med utländsk bakgrund, se nedan.

3.2.3 Nästan inga insatser beviljades till pojkar med utländsk bakgrund

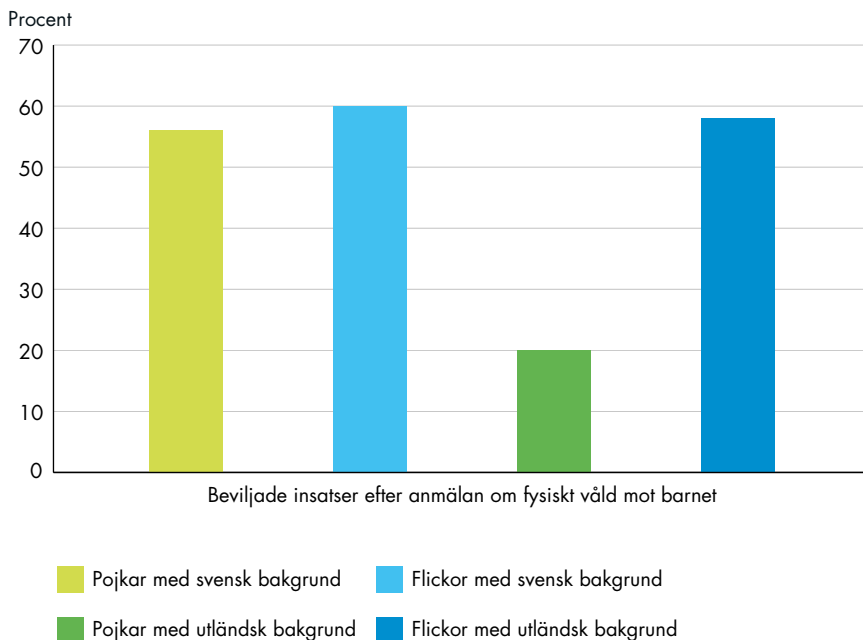
Andelen pojkar med utländsk bakgrund som beviljades insatser var betydligt lägre jämfört med andelen övriga barn som beviljades insatser, se figur 21. För flickor med utländsk bakgrund beviljades insatser i 35 procent av fallen jämfört med 10 procent för pojkar med utländsk bakgrund.



Figur 21. Andel beviljade insatser utifrån hela populationen för flickor och pojkar i förhållande till bakgrund. Ärenden där barnets bakgrund ej framkom har inte tagits med här, se tabell 1.



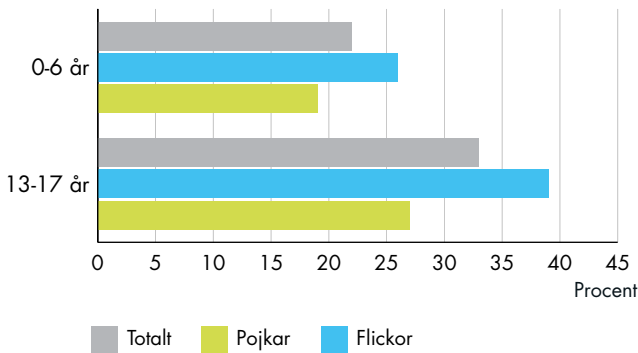
Figur 22. Andel beviljade insatser för flickor och pojkar i förhållande till bakgrund, vid anmälan om misstanke om fysiskt våld mot barnet.



I samtliga fall där insatser beviljades för pojkar med utländsk bakgrund rörde anmälan misstanke om fysiskt våld mot barnet. Samtidigt var andelen beviljade insatser efter anmälan om fysiskt våld mot barn betydligt större för övriga barn, se figur 22.

Insatser beviljades i större utsträckning för 13–17 åringar än för 0–6 åringar. En större andel flickor än pojkar beviljades insatser i båda åldersgrupperna; 26 procent jämfört med 19 procent i åldern 0–6 år samt 39 procent jämfört med 27 procent i åldern 13–17 år. Skillnaderna är inte statistiskt signifikanta men ändå intressanta eftersom man kan se att skillnaderna mellan pojkar och flickor är liknande inom de båda åldersgrupperingarna. Se figur 23.

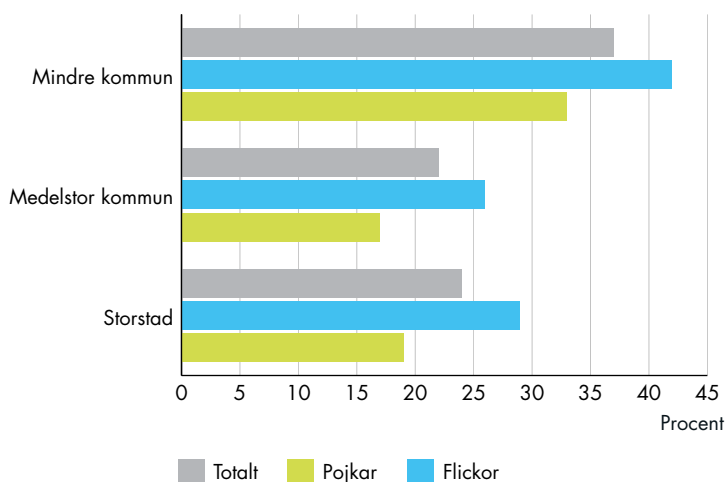
Figur 23. Beviljade insatser totalt, och för flickor och pojkar i förhållande till ålder. Andel i procent.



Vid en jämförelse av andelen insatser i förhållande till barnens bostadsort framkom inga statistiska skillnader i andelen beviljade insatser varken för flickor eller för pojkar även om andelen beviljade insatser i mindre kommun var större än i medelstor kommun och storstad, se figur 24. Flickor beviljades genomgående mer insatser än pojkar oavsett kommunstorlek.



Figur 24. Andel beviljade insatser totalt, och för flickor och pojkar i förhållande till kommunstorlek. Andel i procent.



Tabell 3 sammanfattar antal barn som utreds, bedöms ha behov av insatser och som sedan beviljas insats uppdelat på kön och bakgrund. Vi kan se att pojkar med utländsk bakgrund är den enda grupp som signifikant skiljer sig från andra grupper. Det är färre pojkar med utländsk bakgrund som bedöms ha behov jämfört med andra grupper. Men även när man ser till de barn som har bedömts behov av insats så är det färre pojkar med utländsk bakgrund som sedan beviljas en insats.

Tabell 3. Antal barn som utreds, bedöms ha behov av insatser och som sedan beviljas insats uppdelat på kön och bakgrund.

	Pojkar med svensk bakgrund	Pojkar med utländsk bakgrund	Flickor med svensk bakgrund	Flickor med utländsk bakgrund
Antal som utreds	47	50	51	41
Antal som bedöms ha behov av insatser (andel av de som utreds %)	27 (57 %)	19* (38 %)	26 (51 %)	24 (58 %)
Antal beviljade insatser (andel av de som bedömts ha behov av insats %)	17 (63 %)	5* (26 %)	18 (69 %)	15 (62 %)

*=statistiskt signifikanta skillnader jämfört med övriga grupper, $p < 0,05$

3.3 ÄR SKILLNADERNA ÄR OMOTIVERADE?

I detta avsnitt utgår vi från resultatet i tidigare avsnitt och ska nu pröva att bedöma om skillnaden vad gäller tillgång till insatser för pojkar med utländsk bakgrund jämfört med övriga barn är omotiverad. Vi använder oss av de kriterier som beskrivs i kapitel 2 och som sammanfattas nedan.

EN SKILLNAD I BESLUT OM INSATS ÄR OMOTIVERAD OM DEN INTE KAN FÖRKLARAS AV NÅGON ELLER NÅGRA AV FÖLJANDE SKILLNADER:

1. Skillnader i behov
2. Skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan huvudman eller i om den enskilde själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt
3. Skillnader i barns och/eller vårdnadshavaressamtycke, åsikter eller inställning, beroende på situation.

Vår bedömning utgår från det datamaterial som vi tagit del av. Vi har inte tagit ställning till om de bedömningar som socialtjänsten gjort i de enskilda fallen är korrekta eller om de tillämpat lagen på rätt sätt. För det fall socialtjänstens bedömningar och rättstillämpning skulle ha brister i något avseende, skulle det påverka våra bedömningar om skillnaderna är omotiverade. Exempelvis har avsaknaden av dokumentation kring barns delaktighet väckt frågor kring om barn involveras på det sätt som lagen kräver.

3.3.1 Kriterium 1: Skillnader i behov

Sammantaget framkommer att den betydligt lägre andelen pojkar med utländsk bakgrund jämfört med övriga barn, som bedöms vara i behov av insats och som sedan beviljas insats inte kan förklaras av skillnader i identifierad problematik eller risk att barnet far illa. Utifrån detta kriterium är därmed skillnaderna att betrakta som omotiverade.

I det första steget undersöktes om skillnader i tillgång till insatser kunde förklaras av att det fanns skillnader i behov, sett till identifierad problematik och bedömd risk att barnet far illa i nuvarande situation. Det vill säga, om problem i betydligt mindre omfattning hade uppmärksammats för pojkar med utländsk bakgrund eller om pojkar med utländsk bakgrund i betydligt mindre omfattning bedömdes fara illa, så kan skillnaden vad gäller tillgång till insatser inte anses vara omotiverad.

Det framkommer inga skillnader mellan grupperna i förhållande till vilken typ av problematik som har identifierats under utredningen eller antal problem som identifierats. Tabell 4 visar genomsnittligt antal identifierade



problem och bedömd risk att barnet far illa, i förhållande till kön och bakgrund. Som framgår av bilden framkommer inga skillnader mellan grupperna. För att analysera detta närmare har även den identifierade problematiken i de ärenden där barnen inte bedömts vara i behov av insatser jämförts med de ärenden där barnet har bedömts vara i behov av insatser. Jämförelsen visade att antalet problem som identifierades var betydligt fler i de ärenden där man bedömt att det finns behov av insatser från socialtjänsten än i de ärenden där man bedömt att det inte finns behov av insatser. Dessa skillnader var lika för flickor och pojkar oavsett bakgrund.

Tabell 4. Identifierad problemtynghet och risk att fara illa inför bedömning av behov av insats för flickor och pojkar med svensk respektive utländsk bakgrund.

	Flickor med svensk bakgrund	Pojkar med svensk bakgrund	Flickor med utländsk bakgrund	Pojkar med utländsk bakgrund
Antal barn som utreds	51	50	41	50
Genomsnitt antal problem totalt	2,1	2,2	2,1	1,9
Genomsnitt antal problem i hemmiljö	1,0	1,1	1,3	1,2
Genomsnitt risk att barnet far illa (0-5)	1,7	1,8	2,0	1,8
Antal barn som har bedömts ha behov av insatser (procent)	26 (51 %)	27 (54 %)	24 (59 %)	19 (38 %)

Med hjälp av en så kallad logistisk regressionsanalys av datamaterialet, där hänsyn tas till flera faktorer samtidigt, framkommer att bedömningen att barnet far illa enbart har samband med att insatser beviljas för flickor men inte för pojkar. För flickor gäller sambandet mellan bedömd risk att fara illa och beviljad insats, oavsett bakgrund, ålder och bostadsort. För pojkar däremot framkommer att barnets bakgrund är den enda faktor som har samband med om insats beviljas eller inte, oavsett riskbedömning. Resultatet ska samtidigt tolkas med viss försiktighet eftersom riskbedömning endast gjorts i knappt hälften av de ärenden som granskats. Regressionen redovisas i sin helhet i bilaga 1

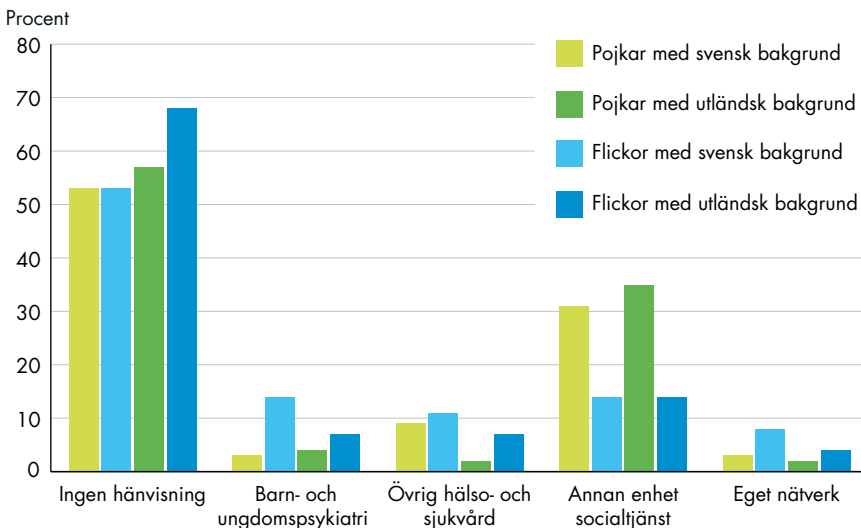
3.3.2 Kriterium 2: Skillnader i om behovet ska tillgodoses av annan eller kan tillgodoses av den enskilde eller på annat sätt

Sammantaget framkommer att den betydligt lägre andelen pojkar med utländsk bakgrund som bedöms vara i behov av insats och som sedan beviljas insats inte kan förklaras av skillnader utifrån om behovet ska tillgodoses av annan eller kan tillgodoses av den enskilde eller på annat sätt. Utifrån detta kriterium är därmed skillnaderna att betrakta som omotiverade.

I det andra steget undersöktes om skillnader i tillgång till insatser kan förklaras av att utredaren bedömt att behovet av insatser tillgodoses av annan. Detta kan till exempel vara hälso- och sjukvård, annan verksamhet inom socialtjänsten eller inom familjens privata nätverk. Det vill säga om behovet hos pojkar med utländsk bakgrund i betydligt större omfattning än övriga barn tillgodoses av annan, så är skillnaden vad gäller tillgång till insatser inte omotiverad.

Att pojkar med utländsk bakgrund beviljas insatser i lägre utsträckning än andra barn kan inte förklaras av att utredaren som alternativ till insats, oftare hänvisat pojkarnas vårdnadshavare till annan verksamhet eller till familjens eget nätverk. Flickor med utländsk bakgrund hänvisades i minst utsträckning till annan verksamhet. Noterbart är också att pojkar, oavsett bakgrund oftare än flickor, hänvisades till annan enhet inom socialtjänsten, vanligtvis öppna föräldrastödande insatser. Hänvisning till BUP gjordes framför allt för flickor med svenskt bakgrund. Se figur 25.

Figur 25. Hänvisning till annan verksamhet när insats hos socialtjänsten inte beviljats. Andel i procent.



3.3.3 Kriterium 3: Skillnader i samtycke eller åsikter och inställning

Sammantaget framkommer att den betydligt lägre andelen pojkar med utländsk bakgrund som beviljas insats jämfört med övriga barn, kan förklaras av skillnader i samtycke till insats. Samtidigt har bristen på dokumentation av barnens delaktighet väckt frågor om socialtjänsten involverar barnet och tillmäter dess åsikter och inställning den betydelse som lagen kräver. Utifrån detta är det därför svårt att helt avgöra om skillnaderna bör betraktas som omotiverade utifrån den dokumentation vi tagit del av.

Barnet

I det tredje steget undersöks om skillnader i tillgång till insatser kan förklaras av påverkan av barnets önskemål. Det vill säga om pojkar med utländsk bakgrund i betydligt mindre utsträckning än flickor inte önskar insatser från socialtjänsten, så skulle skillnaden vad gäller tillgång till insatser kunna vara motiverad beroende på vilken betydelse som ska tillmätas barnets önskemål och inställning i det enskilda fallet. Vilken betydelse som ska tillmätas detta beror, som anges i kapitel 2, på till exempel barnets ålder och mognad och på vilken typ av insats det är. För öppna insatser till barn över 15 år kan, om det är lämpligt, insatser ges på förfrågan av barnet utan vårdnadshavares samtycke.

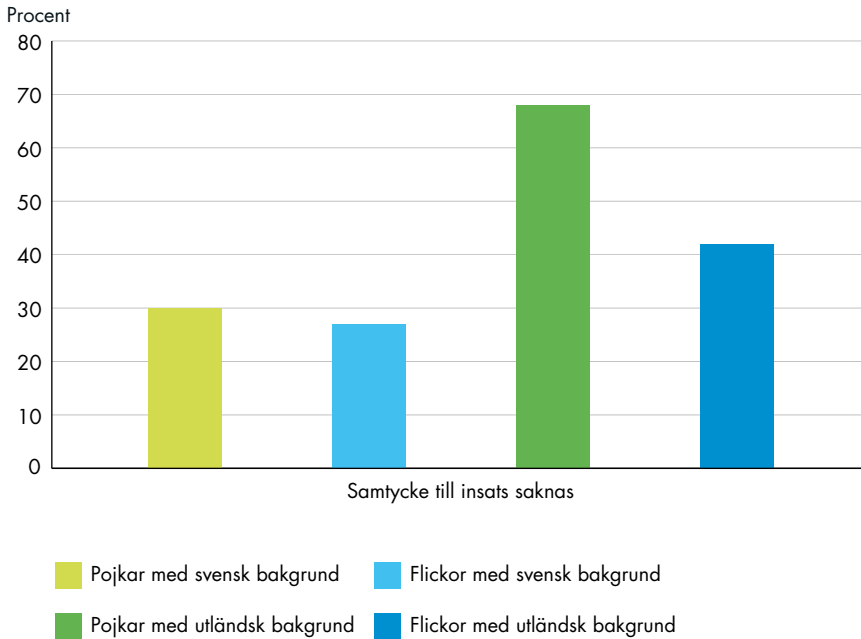
Som tidigare beskrivits var det svårt att genom dokumentationen i beslutsunderlagen bedöma om barnet aktivt fått ta ställning till insats eller inte och om de varit delaktiga i utredningen på det sätt som lagen kräver. Barnets önskemål om insatsens utformning dokumenterades främst om vårdnadshavare samtyckt till insatser. Påverkan av barnets önskemål var därför inte möjligt att bedöma närmare.

Vårdnadshavare

Slutligen undersöks om skillnader i tillgång till insatser kan förklaras av påverkan av vårdnadshavares önskemål och samtycke. Det vill säga om vårdnadshavare till pojkar med utländsk bakgrund i betydligt mindre utsträckning än vårdnadshavare till övriga barn önskar eller samtycker till insatser, så skulle skillnaden vad gäller tillgång till insatser kunna vara motiverad.

Figur 26 illustrerar de ärenden i vilka socialtjänsten bedömt att det finns behov av insatser från socialtjänsten men där samtycke till insatsen saknas, uppdelat på kön och bakgrund. I den dokumentation vi tagit del av har socialtjänsten endast tydligt dokumenterat avsaknaden av vårdnadshavarens samtycke som skäl till att beslut om insats inte fattas. Samtycke till insatser saknas i mycket större grad för pojkar med utländsk jämfört med övriga barn. Skillnaden i samtycke till insatser för pojkar med utländsk bakgrund jämfört med övriga barn är statistiskt signifikant.

Figur 26. Andel ärenden där utredaren bedömt att det finns behov av insatser från socialtjänsten men där samtycke saknas till insatsen (n=103). Andel i procent.



3.3.4 Skillnaden i beslut om insats förklaras av skillnader i samtycke

Skillnaden i beslut av insatser mellan utlandsfödda pojkar och andra barn visade sig vara omotiverad med avseende på behov då den inte kunde förklaras av varken identifierad problematik eller risk att barnet far illa. Skillnaden kunde inte heller förklaras av att pojkar med utländsk bakgrund hade behov som kunde hänvisas till annan verksamhet, i större utsträckning än andra barn. Däremot kan skillnaden förklaras av att socialtjänsten i större utsträckning för utlandsfödda barn motiverat beslutet med att samtycke till insatsen saknats. Varför det är just för pojkar med utländsk bakgrund som samtycke till insatser saknas i större utsträckning än för andra barn kan vi inte inom ramen för den här analysen ge ett tydligt svar på och det har, såvitt vi känner till, inte tidigare studerats.

I den dokumentation vi tagit del av har socialtjänsten endast tydligt dokumenterat avsaknaden av vårdnadshavares samtycke som skäl till att beslut om insats inte fattas. Om barnet har tillfrågats om samtycke och hur barnet ställer sig till insats framgår ej uttryckligen. Resultaten väcker därför frågor om socialtjänsten involverar barnet och tillmäter dess åsikter och inställning den betydelse som lagen kräver. Om det skulle vara så att barnen



skulle ha en annan åsikt än vårdnadshavarnas och socialtjänsten borde ha tillmätt den åsikten en annan betydelse än vad de gjort i de studerade utredningarna, skulle våra resultat möjligtvis kunna se annorlunda ut.

När vårdnadshavare inte ger samtycke till insatser uppstår ett dilemma för socialtjänsten

Att vårdnadshavares samtycke ofta är en förutsättning för att kunna bevilja insatser för barn innebär enligt forskningen en rad problem och dilemman (Sallnäs 2012; Leviner & Lundström 2017). Leviner konstaterar att barn som far illa helt uppenbart är i en särskilt utsatt situation då det som utreds i de flesta fall rör just vårdnadshavares förmåga att tillgodose barnets behov.

Det kan ibland vara svårt att veta hur situationer när vårdnadshavares samtycke inte erhålls ska hanteras. Utgångspunkten är att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn (1 kap 2 § SoL och 1 § LVU) och inga andra intressen får ta över det som är bäst för barnet. Det betonas både i barnkonventionen och förarbeten till SoL att samhället ska stödja föräldrarna när de fullgör sitt ansvar för barnets uppfostran och utveckling (se till exempel artikel 18 barnkonventionen och prop. 2012/13:10 s. 64). Det har också understrukits att socialtjänstens utbud av resurser och förmåga att motivera till insatser i många fall är avgörande för om föräldrar ska samtycka till sådana insatser (prop. 2012/13:10 s. 64). I enlighet med socialtjänstlagens huvudprincip ska frivillighet eftersträvas så långt det är möjligt, med hänsyn till barnets bästa.

Viktigt att notera är att även barnen utifrån ålder och mognad ska barnet ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet och att barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans ålder och mognad (11 kap. 10 § SoL och 36 § LVU). Det har också understrukits i förarbeten att det är angeläget att barnets berättelse och önskemål samt de analyser som ligger till grund för bedömningen av barnets bästa dokumenteras och finns med som en del i beslutsunderlaget (prop. 2012/13:10 s. 37). Denna studie visar dock att barnen oavsett ålder involveras i mycket liten utsträckning när det gäller att framföra önskemål om insatser. I de fall där barnet hade framfört önskemål, var samtliga samstämmiga med vårdnadshavarens önskemål. Socialtjänstens arbete med att motivera vårdnadshavare och stärka barnets delaktighet i dessa typer av situationer bör alltså spela en viktig roll i att främja en mer jämlik tillgång till insatser för barn.

3.3.5 Vilka konsekvenser kan skillnaderna få?

Som beskrivs i kapitel två kan det i en analys av skillnader också vara intressant att ytterligare försöka förstå tänkbar betydelse av de skillnader som identifierats. Detta genom att titta på skillnaders storlek och tänkbara konsekvenser för barnen och för verksamheterna. Vårt resultat visar att andelen pojkar med utländsk bakgrund beviljas insatser i lägre grad jämfört med övriga barn. Skillnaden mellan grupperna är statistiskt signifikant, trots ett förhållandevis litet underlag. Skillnaden bör därmed betraktas som väsentlig utifrån dess relativa storlek. Resultatet pekar också på att risken att barnet far illa inte har samma betydelse som grund för insats för pojkar som för flickor. Aktuell kunskap visar tydligt att barn som far illa löper ökad risk för både kort och långsiktiga negativa konsekvenser vad gäller hälsa, skolgång, relationer och yrkesliv. Sambanden gäller för både flickor och pojkar oavsett bakgrund. Konsekvenserna av uteblivna insatser i det enskilda fallet kan man aldrig med säkerhet veta men rätt insatser i ett så tidigt skede som möjligt anses viktigt för att förhindra en fortsatt negativ utveckling. Resultatet talar för att pojkar med utländsk bakgrund inte får tillgång till insatser i ett tidigt skede i samma utsträckning som övriga barn.





Slutsatser och rekommendationer

4.1 RESULTAT OCH SLUTSATSER

- *Det är möjligt att studera omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*

Vår analys visar att det med hjälp av strukturerad dokumentation går att undersöka och följa upp skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi ser också att det är möjligt att följa den analysram och de framtagna kriterier som vi har tagit fram för att bedöma vilka skillnader som kan anses vara omotiverade. Detta innebär också att det är möjligt att inkludera jämlikhetsperspektivet som en naturlig del i utvecklingen av systematisk uppföljning inom social barn- och ungdomsvård. Men det finns också behov av förbättringar; kommunernas dokumentation visade sig exempelvis sakna viktig information om utredningen, till exempel om bedömd risk att barnet far illa och barnets delaktighet i beslut om insats, som är nödvändiga för att fullt ut undersöka om omotiverade skillnader förekommer.

I analysen framkom att risken att fara illa enbart bedömts i knappt hälften av utredningarna. Att göra riskbedömning enligt BBIC är frivilligt, men den utgör samtidigt en av de så kallade BBIC-variablerna. Variabeln är viktig för att få en bild av barnets behov av hjälp och stöd. Vi bedömer ändå att materialet är tillräckligt för att pröva omotiverade skillnader förekommer.

Andra viktiga variabler för att kunna studera omotiverade skillnader är uppgifter om barnets kön, ålder, bakgrund, socioekonomiska förhållanden



och kommunala förutsättningar, exempelvis kommunstorlek. Resultatet i den här rapporten visar att samtliga av dessa bakgrundsfaktorer har betydelse för att kunna identifiera ojämlikhet mellan grupper.

- ▶ *Pojkar med utländsk bakgrund fick i mindre grad beslut om insats*
Våra analyser visar att en större andel flickor än pojkar fick beslut om insatser. Pojkar med utländsk bakgrund var den grupp som både socialtjänsten bedömde var i minst behov av stöd från socialtjänsten och den grupp för vilka samtycke till insatser saknades i störst utsträckning.

Skillnaden i beslut om insatser mellan utlandsfödda pojkar och andra barn som hade behov av insats förklaras av att socialtjänsten i större utsträckning motiverat beslutet – att insats inte beviljas – med att samtycke till insatsen saknats. Varför det för pojkar med utländsk bakgrund i större utsträckning saknas samtycke till insatser än för andra barn kan vi inte inom ramen för den här analysen ge ett tydligt svar på och det har, såvitt vi känner till, inte tidigare studerats.

- ▶ *Bedömningen av risk för att fara illa hade betydelse för om flickor beviljades insats eller inte*

Vi har undersökt om det finns något samband mellan utredarens bedömning av barnets behov av insatser i förhållande till utredarens bedömda risk att barnet far illa enligt BBIC:s skala för bedömning av risk. Vårt resultat visar att utredarens bedömning att barnet far illa i nuvarande situation enbart hade betydelse för om flickor beviljades insatser och inte för pojkar. Detta gällde för flickorna oavsett ålder, bakgrund eller bostadsort. Resultatet visar på behovet av att få mer kunskap om socialtjänstens bedömningar utifrån centrala bakgrundsfaktorer.

- ▶ *Barnens delaktighet i beslut och planering av insatser är låg*

I dokumentationen saknades i de allra flesta fall information om utredaren hade samtalat med barnet om barnets önskemål om utformningen av insatser. Det var därför inte möjligt att ta hänsyn till detta inom ramen för kriteriet ”skillnader i samtycke eller åsikter och inställning”. Vårt resultat bekräftar här det som framkommit i tidigare studier, nämligen att barnets delaktighet i utredningen tenderar att handla om att barnet ska lämna information till utredaren under utredningen och inte om att barnet är en aktiv part vid utformning och uppföljning av insatser. Trots ett litet underlag tyder våra resultat också på att det är stora skillnader i barnens delaktighet i förhållande till både bakgrund, ålder och bostadsort.

I den dokumentation vi tagit del av har socialtjänsten tydligt dokumenterat avsaknaden av vårdnadshavarens samtycke som skäl till att beslut om insats inte fattas. Om barnet har tillfrågats om samtycke och hur barnet ställer sig till en eventuell insats framgår inte uttryckligen. Resultaten väcker därmed frågan om ifall socialtjänsten involverar barnet och tillmäter dess åsikter och inställning den betydelse som lagen kräver.

► *Få barn får insatser vid en förstagångsutredning*

Våra resultat visar att det är få av de barn som utreds inom den sociala barn- och ungdomsvården som får beslut om en insats. Av de 223 barn som utreddes, bedömdes 103 barn ha behov av insatser från socialtjänsten, varav 51 var flickor och 52 pojkar. Av dessa 103 barn beviljades 60 barn insatser efter samtycke eller genom ansökan om beredande av vård enligt LVU. I övriga 43 utredningar saknades samtycke till insatser och skäl för LVU saknades. Tidigare studier om utredningar och insatser inom social barn- och ungdomsvård visar att cirka en tredjedel av anmälningarna leder till utredning och att cirka hälften av utredningarna leder till insats.

I nio av tio utredningar identifierades någon form av problematik kopplad till barnets hemmiljö, eget beteende eller svårigheter hos vårdnadshavarna. I de utredningar där utredaren bedömde att det fanns behov av insatser hade i genomsnitt fler problem identifierats än när utredaren bedömde att det inte fanns behov av insatser, vilket är en rimlig grund för utredarens bedömning av barnens olika behov. Det som sedan avgjorde vilka ärenden som gick från bedömning till beviljade insatser var nästan enbart om samtycke gavs till insatsen.

Antalet beslutsunderlag är för litet för att kunna gå på djupet när det gäller samband mellan identifierad problematik och insatser men resultatet pekar ändå på intressanta tendenser. Insatser beviljades i störst utsträckning när problematiken rörde barnet direkt, till exempel i form av bristande omsorg, egen psykisk ohälsa eller skolrelaterad problematik. Trots att misstanke om fysiskt våld mot barnet var den enskilt vanligaste anmälningsorsaken så bekräftades detta endast i knappt var tionde fall. Samtidigt ledde anmälan om fysiskt våld i förhållandevis stor utsträckning till att insatser beviljades, med undantag för pojkar med utländsk bakgrund.



4.2 REKOMMENDATIONER

Kunskapen om jämlikheten inom den sociala barn- och ungdomsvården är i dagsläget mycket begränsad. Det är därför av stor vikt att på ett systematiskt sätt försöka följa upp och undersöka om det förekommer omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi ser att en sådan uppföljning är möjlig, och konstaterar att flera skillnader mellan olika grupper av barn, vars orsaker och förklaringar i sin tur behöver undersökas vidare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

► *Regeringen bör säkerställa att jämlikhet ingår i den nationella uppföljningen av den sociala barn- och ungdomsvården*

Eftersom en samlad nationell uppföljning av jämlikheten inom den sociala barn- och ungdomsvården idag saknas, bör regeringen se till att jämlikhetsperspektivet ingår som en väsentlig del i det pågående arbetet med att utveckla en sådan struktur. Det kan handla om att lämplig myndighet får i uppdrag att regelbundet sammanställa och följa upp jämlikhet i både tillgång till och innehållet i insatser – uppdelat på olika bakgrundsfaktorer som till exempel kön, ålder och socioekonomiska förhållanden. För att möjliggöra analyser av omotiverade skillnader kan det i ett första steg handla om att sammanställa uppgifter över tillgång till insatser. På sikt bör även en sådan insamling inkludera lämpliga variabler från BBIC, eller motsvarande system för dokumentation.

► *Kommunerna bör se till att barn och unga erbjuds stöd och hjälp på lika villkor och löpande följa upp att det inte uppstår omotiverade skillnader*

Kommunernas uppdrag är att se till att alla barn och unga erbjuds insatser på lika villkor. Vi ser därför att det är viktigt att kommunerna inkluderar jämlikhetsperspektivet som en naturlig och systematisk del i deras uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården. För att jämlikhetsperspektivet ska kunna belysas fullt ut bör centrala variabler i journalerna både dokumenteras och integreras i kommunernas verksamhetssystem, detta för att bland annat möjliggöra sammanställningar på gruppnivå. De variabler som ingår i BBIC kan vara användbara för detta, men också annan bakgrundsinformation skulle vara relevant i den utsträckning det är förenligt med gällande dataskyddslagstiftning. Genom att – utifrån det som löpande registreras i varje enskilt ärende – sammanställa relevanta variabler i

de lokala verksamhetssystemen, kan i nästa steg kriterier – liknande de som tagits fram i denna rapport – användas för att i den löpande uppföljningen bedöma eventuell förekomst av omotiverade skillnader. Kunskapsutvecklingen skulle även underlättas avsevärt om studier likt denna, kan göras utan manuell granskning av dokumentationen.

► *Socialstyrelsen bör stärka införandet av ett nationellt dokumentationssystem inom barn- och ungdomsvården och i det inkludera standardiserade bedömningsinstrument*

Vår analys visar att kommunernas följsamhet till dokumentationen i BBIC på flera sätt brister då vissa viktiga delar inte alltid har dokumenterats, exempelvis barnens delaktighet vid beslut och planering av insatser, liksom den sammanfattande riskbedömningen. Vi rekommenderar därför Socialstyrelsen att undersöka hur införandet av ett nationellt dokumentationssystem i linje med BBIC kan stärkas, både avseende följsamhetskrav till systemet samt i form av stöd till kommunerna så att de på bästa sätt kan arbeta och dokumentera enligt systemet. Det skulle också vara värdefullt att låta en oberoende aktör utvärdera hur väl BBIC motsvarar kraven på ett nationellt systematiskt dokumentationssystem.

Ett viktigt komplement till den övergripande riskbedömningen, som i nuläget kan göras i BBIC, är användningen av standardiserade bedömningsinstrument. I likhet med Socialstyrelsens metodstöd till BBIC ser vi att det finns ett antal bedömningsinstrument som är relevanta att använda i en barnavårdsutredning. Standardiserade bedömningsinstrument kan med fördel dels användas som stöd för att inhämta relevanta uppgifter under utredningen, dels för att kunna precisera omfattningen av relevanta risk- och skyddsfaktorer vid bedömning av barnets behov. I nio av de 223 ärendena som vi analyserat hade standardiserade bedömningsinstrument använts. Samtidigt saknades det i många av ärendena dokumenterad information om risk- och skyddsfaktorer omfattning. Det finns därför anledning att se vidare på hur det stöd som ges i BBIC för att inhämta uppgifter kan kombineras med relevanta bedömningsinstrument på ett ändamålsenligt sätt.

► *Kommunerna bör stärka barnets delaktighet i hela utredningsprocessen*

Vår analys pekar på att barn sällan är fullt delaktiga i samtal om kommande insatser och det är stora skillnader i barnens delaktighet utifrån såväl kön, ålder, bakgrund som bostadsort. Vi rekommenderar



därför kommunerna att stärka barnens delaktighet och se till att alla barn ges lika möjligheter till delaktighet i beslut och planering av insatser utifrån varje barns förutsättning. Vi rekommenderar också att kommunerna ser till att tillräckligt dokumentera barnets önskemål och åsikter.

► *Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att undersöka hur socialtjänsten kan arbeta för att säkerställa en jämlik tillgång i insatser*

Vår analys visar att det finns skillnader i beslut om insatser mellan pojkar med utländsk bakgrund och andra barn som inte går att förklara utifrån skillnader i behov eller skillnader i behov som kan hänvisas till annan verksamhet eller till den enskilde själv eller som kunde tillgodoses på annat sätt. Däremot kan skillnaden knytas till att utredaren inte fått samtycke till en insats som utredaren bedömt skulle behövas.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att stärka kunskapen om varför dessa skillnader uppstår och hur socialtjänsten ska arbeta för att säkerställa jämlik tillgång i insatser.

Inför att barnkonventionen inkorporeras i svensk lag och utifrån översynen av socialtjänstlagen finns det också anledning att utreda vad reglerna som i många fall förutsätter att vårdnadshavaren samtycker till insatser för barn får för effekter för de barn där barnets bästa skulle vara tidiga föräldrastödande insatser, framförallt vad gäller särskilt sårbara grupper.

Utifrån att vi funnit att det finns brister i dokumentationen kring barns delaktighet och att det också väckts frågor om huruvida barnets delaktighet och inflytande tas tillvara av socialtjänsten på det sätt som krävs, bör det också ses över hur det kan säkerställas att barnens rätt till delaktighet tillgodoses.



Referenser

- Andrews, Bonta & Wormith (2011) The risk-need-responsivity (RNR) model. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735–755. doi:10.1177/0093854811406356
- Billqvist & Johnsson (2007) Sociala akter som empiri. Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetarens dokumentation i forskningssyfte. *Socialvetenskaplig tidsskrift*, 14 (1), 3–19.
- Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson (2009). Burden and consequences of child maltreatment in highincome countries. *Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Leviner & Lundström (2017) *Tvångsvård av barn och unga. Rättigheter, utmaningar och gränzoner*.
- Mattsson (2002). *Barnet och rättsprocessen Rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*. Lund: Juristförlaget i Lund.
- Mattsson (2017). Lagkommentar till 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), Lexino 2017-01-01.
- Repstad (1999) *Närhet och distans – kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Sallnäs & Vinnerljung (2012) *Oplanerade avbrott i fosterhemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skoog (2013) *Barn som flyttas i offentlig regi: En studie av förekomst och upplevelser av instabil samhällsvård för barn*. Doktorsavhandling. Umeå universitet.
- Socialstyrelsen (2015A) *Från enskilt ärende till nationell statistik – Barns behov i centrum (BBIC)*. Artikelnr 2015-1-22. Stockholm. Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2015B) *Grundbok i BBIC*. Artikelnr 2015-10-7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015C) *Metodstöd för BBIC*. Artikelnr 2015-10-8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015D) *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016) Informationsspecifikation för BBIC 3.0. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-14-2017-02-02>
- Socialstyrelsen (2017) Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016. Artikelnummer: 2017-9-2
- SOU 2015:71 Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.
- Sundell & Egelund (2001) *Barnavårdsutredningar. En kunskapsöversikt*. Växjö:Förlagshuset Gothia AB.
- Sundell, Egelund, Löfholm & Kaunitz (2007) *Barnavårdsutredningar. En kunskapsöversikt*. Göteborg: Gothia.
- Svensden (2016): *Den sociala barnavården i Stockholm – behov, utredningar, insatser, uppföljning och brukardelaktighet 2013–2015*. Forskningsrapport 2016:1. FoU-Nordväst.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015) *Stärkt skydd för barn och unga. Nationell handlingsplan*. SKL: Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Webbkollen Barn och unga. Ett utvecklingsprojekt om uppföljning inom den sociala barn- och ungdomsvården*. ISBN: 978-91-7585-623-0.
- Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermarck (2001) *Sammanbrott vid tonårsplaceringar*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Vårdanalys (2014) *En mer jämlik vård är möjlig – analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. www.vardanalys.se
- Vårdanalys (2016) *Omotiverade skillnader i socialtjänsten. En förstudie*. PM 2016:02. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. www.vardanalys.se
- Östberg (2010) *Bedömningar och beslut. Från anmälan till insats i den sociala barnavården*. Rapport i socialt arbete nr 134. Stockholm: Stockholms universitet Akademityck.



BILAGA 1 – METODBESKRIVNING

Studien utgörs av en teoretisk del och en kvantitativ del. Den teoretiska delen syftar till att ta fram kriterier för vad som kan definiera en omotiverad skillnad inom sociala barn- och ungdomsvården. Utgångspunkten för att fram dessa kriterier var regeringens jämlikhetsmål, barnkonventionen samt socialtjänstens verksamhet och regelverk (se närmare beskrivning av dessa delar i rapporten). Efter att kriterier för att bedöma omotiverade skillnader tagits fram, prövades dessa genom att analysera information från beslutsunderlag som färdigställdes under 2017 enligt BBIC. Beslutsunderlagen rörde förstagångsutredningar inom sociala barn- och ungdomsvården som aktualiserats genom anmälan från anmälningsskyldig personal inom förskola, skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller tandvård (anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL). Genom att använda data från två olika åldersgrupper, 0–6 år och 13–17 år, kunde skillnader mellan pojkar och flickor studeras både i förhållande till tidig utsatthet i hemmet och eget destruktivt beteende. För barn 0–6 år rör problematiken nästan uteslutande utsatthet i hemmet medan problematiken för 13–17 åringar kan röra både utsatthet i hemmet och eget destruktivt beteende.

Insamling av data

Ambitionen vid planering av studien var att granska cirka 360 beslutsunderlag rörande förstagångsutredningar vid anmälan från anmälningsskyldig personal. Det visade sig bli svårt att nå upp till önskat antal. Dels på grund av att kommunerna initialt uppskattade att antalet förstagångsutredningar skulle vara fler än vad som var fallet. Dels på grund av att en av stadsdelarna

inte hade möjlighet att medverka på grund av omorganisation och brist på personal. Ingen av de medverkande kommunerna eller stadsdelarna hade tillgång till statistik över antalet förstagångsutredningar och återkommande utredningar. Dessa uppgifter, liksom beslutsunderlag, togs fram manuellt av respektive kommun och stadsdel.

Totalt inhämtades 242 beslutsunderlag från medverkande kommuner och stadsdelar. Nitton av dessa togs bort på grund av de inte var förstagångsutredningar, inte hade aktualiserats genom anmälan från anmälningsskyldig personal eller utgjorde dubletter. I analyserna har därmed 223 beslutsunderlag slutligen granskats och analyserats.

Datamaterial

Beslutsunderlagen rörde 114 pojkar och 109 flickor. I tabell 5 presenteras andelen flickor och pojkar i förhållande till åldersgrupp, bakgrund och bostadsort. En något större andel av flickorna var i åldern 0–6 år jämfört med andelen pojkar men dessa skillnader är inte statistiskt signifikanta. En något större andel pojkar hade utländsk bakgrund jämfört med andelen flickor men inte heller denna skillnad är statistiskt signifikant. I 24 beslutsunderlag saknades information om barnets bakgrund. Ett ärende som rör ett ensamkommande barn ingår i urvalet, då de aktualiserats på grund av misstanke om att barnet far illa, och därmed genom anmälan från anmälningsskyldig personal. Det var en något större andel barn med utländsk bakgrund i medelstor kommun och storstad jämfört med i mindre kommun men skillnaderna var inte statistisk signifikanta.

Tabell 5. Andel flickor och pojkar i förhållande till ålder, bakgrund och bostadsort.

	Flicka Antal (%)	Pojke Antal (%)
Ålder		
0–6 år	63 (58)	59 (52)
13–17 år	46 (42)	55 (48)
Totalt	109 (100)	114 (100)
Bakgrund		
Svensk bakgrund	55 (51)	49 (43)
Utländsk bakgrund*	44 (40)	51 (45)
Bakgrund framkom ej	10 (9)	14 (13)
Totalt	109 (100)	114 (100)
Kommunstorlek		
Mindre kommun	27 (25)	33 (29)
Medelstor kommun	27 (25)	24 (21)
Storstad	55 (50)	57 (50)
Totalt	109 (100)	114 (100)

*född utanför Sverige eller minst en förälder född utanför Sverige

Validitet och reliabilitet

Det är så vitt vi känner till första gången den här typen av jämlikhetsstudie har genomförts i Sverige och även första gången statistiska analyser baseras på underlag från BBIC. Urvalet av stadsdelar och kommuner gjordes utifrån att dessa skulle ha implementerat BBIC. Resultatet är därför inte representativt för riket men är näst intill totalundersökningar i de medverkande stadsdelarna och kommunerna. Studiens huvudresultat som visar att pojkar med utländsk bakgrund beviljas insatser i betydligt mindre utsträckning än övriga barn visade sig gälla oavsett kommunstorlek och bostadsort vilket stärker resultatets trovärdighet.

Studien baseras på granskning av dokumentation. Det finns för- och nackdelar med att använda professionellas dokumentation inom socialtjänsten som grund för forskning. Vinnerljung (2001) menar att den dokumentation som utgör grund för beslut är särskilt relevant att studera eftersom det har avgörande betydelse för det enskilda barnet och familjen. Det finns samtidigt risk att uppgifter saknas i dokumentationen som skulle kunna

vara viktiga i det enskilda ärendet men som utredaren anser inte ligger till grund för bedömningen av barnets behov. De som är mer tveksamma till att granska dokumentation menar därför att dokumentationsakter i första hand ska ses som ett verktyg för praktiken och inte som ett forskningsunderlag (Billqvist & Johnsson 2007).

Flera pekar på vikten av att forskaren behöver förstå och ha kunskap om utredarens roll och i vilken kontext som beslutsunderlaget skrivs för att kunna tolka materialet (Billqvist & Johnsson 2007; Repstad 1999).

Att inhämta och kategorisera data genom att granska dokumentationen i beslutsunderlagen är en tidskrävande process då tydligheten i dokumentationen varierar. Kategoriseringen som rörde anmälare, anmälningsorsak och utredningens genomförande var lätt att göra. I dokumentationen framkom i nästan samtliga fall vem som gjort anmälan, anmälningsorsak samt hur utredningen gått till. Den främsta svårigheten vid granskningen av beslutsunderlagen var att utläsa vilken typ av utsatthet samt vilka risk- och skyddsfaktorer som utredaren hade identifierat. För att minimera risken för felregistrering vad gäller dessa delar granskades beslutsunderlagen två gånger. I knappt hälften av beslutsunderlagen hade utredaren tydligt dokumenterat sin bedömning av ”risk att barnet far illa” enligt den så kallade riskprincipen. I dessa ärenden granskades vilka risk- och skyddsfaktorer som fanns dokumenterade utifrån BBIC metodstöd och BBIC grundbok. Det visade sig dock att det i majoriteten av fallen saknades information för att kunna avgöra om ett förhållande eller egenskap faktiskt var en riskfaktor eller skyddsfaktor.

Det var slutligen, i de flesta fall inte några större svårigheter att utläsa utredarens bedömning av behov av insatser eller vårdnadshavares inställning till att vilja ta emot insatser eller inte. Däremot var det många gånger oklart på vilket sätt barnet involverats vid utformningen av insats, det vill säga om barnet fått ge sina önskemål och på vilket sätt utredaren tagit hänsyn till dessa. När information om detta har saknats har det i analysen tolkats som att barnet inte har blivit tillfrågat.

Statistiska analyser

För den deskriptiva analysen genomfördes Chi-2 test eller t-test för att jämföra varje enskild variabel mellan flickor och pojkar och i förhållande till ålder, bakgrund och kommunstorlek. För att undersöka samband mellan beviljade insatser och riskbedömning genomfördes stratifierad logistisk regressionsanalys (uppdelad på pojkar och flickor) med justering för ålder,

bakgrund och kommunstorlek. I tabellen nedan är detta uttryckt som justerat odds ratio (AOR) med ett 95 % konfidensintervall. För samtliga analyser sattes gränsen för statistisk signifikans till $p < 0,05$.

Tabell 6. Andel flickor och pojkar i förhållande till ålder, bakgrund och bostadsort.

Faktorer i regressionsmodell	Beviljad insats för pojkar		Beviljad insats för flickor	
	AOR	95 % CI	AOR	95 % CI
Bakgrund				
Svensk	1,00		1,00	
Utländsk	0,21 *	0,04–0,98	0,81	0,20–3,19
Ålder				
0-6 år	1,00		1,00	
13-17 år	3,31	0,67–16,23	2,55	0,63–10,40
Kommunstorlek				
Mindre	1,00		1,00	
Medel	0,37	0,05–2,52	0,93	0,20–4,29
Stor	3,69	0,62–22,01	1,25	0,19–8,12
Bedömd risk att barnet far illa				
Nej	1,00		1,00	
Ja	0,88	0,20–3,94	6,91 *	1,20–39,93

* $p < 0,05$

Etisk prövning

Studien har genomgått etisk prövning vid Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala, dnr 2017-090.

Kategorisering av innehåll i beslutsunderlag och variabler

Nedan presenteras de variabler som använts i analysarbetet. Uppgifterna har matats in löpande i statistikprogrammet SPSS, utifrån den information som gick att utläsa ur respektive beslutsunderlag. Utöver nedanstående variabler gjordes även en kategorisering av risk- och skyddsfaktorer utifrån BBIC-triangeln, men på grund av bristfällig information i beslutsunderlagen kunde dessa inte användas.

Bakgrundsinformation

- Ort:
 - Mindre kommun
 - Medelstor kommun
 - Storstad
- Ortkod
- Kön:
 - Pojke
 - Flicka
- Bakgrund:
 - Svensk
 - Utlandsfödd eller minst någon av föräldrarna är född utomlands
 - Vet ej
- Ålder
- Tidigare anmälan
 - Nej
 - En tidigare anmälan
 - Två eller flera tidigare anmälningar
- Tidigare kännedom/pågående insats
 - Nej
 - Ja
- Anmälare:
 - Förskola
 - Grundskola
 - Gymnasium
 - BVC
 - BUP
 - BUM
 - Kvinnoklinik/BB
 - BUH
 - Tandvård
 - Polis/krim
 - Soc. familjerätt
 - Soc. Vuxen
 - Soc. LSS
 - IFA
 - Soc. Barn och unga/jour
 - Vuxenpsyk
 - BUFF

- Soc. nyanlända
- Annat LIV, ex beroendevård
- Kvinnojour
- Annan

Anledning till utredning – grund för misstanke om att barnet far illa
(Sveriges Kommuner och Landsting, 2018)

- Misstanke om barnets utsatthet
svarsalternativ för respektive svarsalternativ är ja = 1 nej=0
 - Brister i omsorgen
 - Fysiskt våld mot barnet
 - Psykiskt våld mot barnet
 - Bevittnar och/eller upplever våld
 - Sexuella övergrepp
 - Sexuell exploatering
 - Utnyttjande
 - Hedersrelaterat våld och/eller förtryck
 - Har tidigare bevittnat/upplevt våld/övergrepp
 - Vårdnadstvister
 - Andra familjekonflikter
 - Annat skäl till misstanke om att barnet är utsatt
 - Inget av ovanstående alternativ är aktuellt
- Misstanke om barnets egna svårigheter eller riskbeteende
svarsalternativ för samtliga är ja eller nej
 - Långvarig sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning
 - Psykisk problematik, psykisk, neuropsykiatrisk och/eller kognitiv funktionsnedsättning
 - Riskbruk och/eller beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika
 - Normbrytande eller kriminellt beteende
 - Skolrelaterad problematik
 - Annat riskbeteende
 - Nej
- Misstanke om vårdnadshavares/omsorgspersons egna svårigheter,
svarsalternativ för samtliga är ja eller nej
 - Långvarig sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning
 - Psykisk problematik, psykisk, neuropsykiatrisk och/eller kognitiv funktionsnedsättning
 - Riskbruk och/eller beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika
 - Anhållen, häktad eller i fängelse

- Annat skäl relaterat till förälders/vårdnadshavares problem eller beteende
- Nej
- Information om barnets förälder/vårdnadshavare saknas

Utredningens genomförande

- Samtal med barnet
 - 0 samtal=0
 - 1 samtal=1
 - 2 samtal=2
 - 3 samtal=3
 - Fler än 3 samtal=4
 - Antal samtal framgår ej=5
- Samtal med mamma/vh 1:
 - 0 samtal=0
 - 1 samtal=1
 - 2 samtal=2
 - 3 samtal=3
 - Fler än 3 samtal=4
 - Antal samtal framgår ej=5
- Samtal med pappa/vh 2:
 - 0 samtal=0
 - 1 samtal=1
 - 2 samtal=2
 - 3 samtal=3
 - Fler än 3 samtal=4
 - Antal samtal framgår ej=5
- Samtal med anhöriga
 - 0 samtal=0
 - 1 samtal=1
 - 2 samtal=2
 - 3 samtal=3
 - Fler än 3 samtal=4
 - Antal samtal framgår ej=5
- Observationer
 - 0 samtal=0
 - 1 samtal=1
 - 2 samtal=2
 - 3 samtal=3
 - Fler än 3 samtal=4
 - Antal samtal framgår ej=5

- Utredningshem ja=1 nej=0
- Standardiserade bedömningsmetoder ja=1 nej=0
- Information från andra professioner ja=1 nej=0
- Information från socialtjänsten, ex ekonomi ja=1 nej=0
- Informationsinhämtning från andra professioner kring barnets utveckling (Socialstyrelsen 2016)
svarsalternativ ja=1 nej=0 för samtliga
 - Medicinsk kompetens har gett information till utredningen
 - Psykologisk kompetens har gett information till utredningen
 - Hälsoundersökning har genomförts
 - Tandundersökning har genomförts
 - Pedagogisk kompetens har gett information till utredningen

Identifierad utsatthet

Sveriges Kommuner och Landsting (2018)

- Barnets utsatthet ja=1 nej=0 för samtliga
 - Brister i omsorgen
 - Fysiskt våld mot barnet
 - Psykiskt våld mot barnet
 - Bevittnar och/eller upplever våld
 - Sexuella övergrepp
 - Sexuell exploatering
 - Utnyttjande
 - Hedersrelaterat våld och/eller förtryck
 - Har tidigare bevittnat/upplevt våld/övergrepp
 - Vårdnadstvister
 - Andra familjekonflikter
 - Annat skäl till att barnet är utsatt
 - Inget av ovanstående alternativ är aktuellt
- Barnets egna svårigheter eller riskbeteende ja=1 nej=0 för samtliga
 - Långvarig sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning
 - Psykisk problematik, psykisk, neuropsykiatrisk och/eller kognitiv funktionsnedsättning
 - Riskbruk och/eller beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika
 - Normbrytande eller kriminellt beteende
 - Skolrelaterad problematik
 - Annat riskbeteende
 - Nej

- Förälder/vårdnadshavares egna svårigheter ja=1 nej=0 för samtliga
 - Långvarig sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning
 - Psykisk problematik, psykisk, neuropsykiatrisk och/eller kognitiv funktionsnedsättning
 - Riskbruk och/eller beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika
 - Anhållen, häktad eller i fängelse
 - Annat skäl relaterat till förälders/vårdnadshavares problem eller beteende
 - Information om barnets förälder/vårdnadshavare saknas

Förutsättningar och behov av insats

Förekomst och nivå av riskbedömning (riskprincipen) (Socialstyrelsen 2016)

- Riskbedömning om barnet far illa i nuvarande situation – svarsalternativ:
 1. **Riskbedömning ej gjord**
 2. **Inte känt** En riskbedömning kan inte göras eftersom information om risk- och skyddsfaktorer saknas, är otillräcklig eller är otillförlitlig.
 3. **Ingen eller låg risk** Det finns inga eller endast enstaka riskfaktorer som inte är omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorer finns.
 4. **Något förhöjd risk** Riskfaktorerna är flera eller enstaka, men omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorerna är flera och omfattande.
 5. **Hög risk** Riskfaktorerna är flera eller enstaka, men omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorerna är bristande eller delvis bristande.
 6. **Mycket hög risk** Riskfaktorerna är flera och vissa är mycket omfattande eller mycket allvarliga och/eller riskfaktorerna finns i riskfyllda kombinationer. Skyddsfaktorerna är bristande eller delvis bristande.
- Riskbedömning om barnet riskerar psykosocial problematik på lång sikt – svarsalternativ:
 1. **Riskbedömning ej gjord**
 2. **Inte känt** En riskbedömning kan inte göras eftersom information om risk- och skyddsfaktorer saknas, är otillräcklig eller är otillförlitlig.
 3. **Ingen eller låg risk** Det finns inga eller endast enstaka riskfaktorer som inte är omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorer finns.
 4. **Något förhöjd risk** Riskfaktorerna är flera eller enstaka, men omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorerna är flera och omfattande.
 5. **Hög risk** Riskfaktorerna är flera eller enstaka, men omfattande eller allvarliga. Skyddsfaktorerna är bristande eller delvis bristande.
 6. **Mycket hög risk** Riskfaktorerna är flera och vissa är mycket omfattande eller mycket allvarliga och/eller riskfaktorerna finns i riskfyllda kombinationer. Skyddsfaktorerna är bristande eller delvis bristande.

Barnets delaktighet och önskemål (mottaglighetsprincipen) (Socialstyrelsen 2016)

- Utredaren har haft enskilda samtal eller möten med barnet under bedömningen
ja=1 nej=0
- Barnet har framfört önskemål om insatsens utformning, vad barnet prioriterar högst och varför
nej=0, delvis=1, ja=2
- Barnets önskemål tas tillvara vid utformning av insats
ja=1 nej=0 ej aktuellt=2
- Behov av stöd från socialtjänsten (Socialstyrelsen 2016)
 0. Nej
 1. Ja – samtycke* finns
 2. Ja – samtycke* saknas ej skäl för LVU
 3. Ja – samtycke* saknas ej skäl för LVU, men behov finns av uppföljning inom 2 månader
 4. Ja – samtycke* saknas, skäl för LVU
 5. Kan ej bedöma

*Samtycke betyder att vårdnadshavare och barn över 15 år samtycker till insats/åtgärd. Om beslut enligt 6 kap 13 a§ FB finns är det att jämställa med ett samtycke.

Beslut om insats

- Form av insats (Socialstyrelsen 2016)
 0. Ingen insats
 1. Beslut om öppenvård
 2. Beslut om placering enligt 4 kap 1§ kap SoL
 3. Beslut om omedelbart omhändertagande enligt §6 LVU
 4. Beslut om placering enligt 2 eller 3§ LVU
- Hänvisning till annan verksamhet
 0. Nej
 1. BUP
 2. Övrig HS
 3. Tandvård
 4. Soc
 5. Förskola/skola
 6. Eget nätverk
 7. Annat

Lika läge för alla?

Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården

Barn och unga som far illa ska få tillgång till socialtjänstens insatser på lika villkor. Men om de får det vet vi inte tillräckligt mycket om. I den här rapporten visar vi hur den sociala barn- och ungdomsvården kan följas upp ur ett jämlikhetsperspektiv. Vi undersöker också om det förekommer omotiverade skillnader i tillgång till insatser mellan pojkar och flickor, det vill säga skillnader som inte går att förklaras av skillnader i exempelvis behov, åsikter eller samtycke.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

