

Rättvisa skillnader?

Jämförelser av barn och ungdomars
bakgrundsförhållanden och beslut om insatser
inom barnavården i åtta storstadskommuner.

Tobias Wessman

Institutionen för socialt arbete

Masteruppsats, 30 högskolepoäng

Masterprogrammet i socialt arbete, 120 högskolepoäng

Vårterminen 2024

Handledare: Stefan Wiklund och David Pålsson



Stockholms
universitet

Abstract

Background

Variations between municipalities in key aspects of child welfare services have been observed. Recent Swedish research on this topic is limited, highlighting the need to investigate current variations and discuss their potential causes and consequences.

Objective

The aim of this master thesis is to describe and analyze municipal variations regarding key aspects of child welfare services. Additionally, the objective is to assess whether there are municipal differences in intervention decisions and to discuss these differences based on New institutional theory and John Rawls theories of justice

Method

Data includes a cohort of 2,123 individuals (ages 0-20). Both descriptive and logistic regression analyses are conducted to describe and assess key municipal differences, including background factors, decisions to grant interventions, and whether the granted interventions are residential or non-residential care.

Results

Significant municipal differences are observed in both the prevalence of child welfare issues and decisions regarding interventions. Additionally, variations are observed in the type of care provided.

Conclusions

Municipal context has a crucial role in shaping child welfare decisions. The variations regarding welfare interventions prompt a critical evaluation of whether municipal self-government supports distributive justice.

Keywords: child welfare, local variations, distributive justice, Sweden

Nyckelord: barnavård, kommunala skillnader, distributiv rättvisa, Sverige

Number of words: 15798

Innehåll

1. Inledning.....	2
1.1. Syfte och frågeställningar.....	4
1.2. Uppsatsens disposition	5
2. Bakgrund	5
2.1. Barnavårdens organisatoriska, juridiska ramar och ekonomiska ramar	5
2.2. Tre idealtypiska modeller för barnavården	6
2.3. Decentralisering och kommunal organisering	8
2.4. Barnavårdens klientsortering	10
2.4.1. Aktualisering	11
2.4.2. Utredning.....	12
2.4.3. Beslut om insatser	14
3. Tidigare forskning	16
3.1. Uppdelningen efterfrågan och utbud.....	16
3.2. Förklaringar till variationer på efterfrågesidan	17
3.3. Förklaringar till variationer på utbudssidan	19
3.4. Kommunala skillnader - ett resultat av kombinationen efterfrågan och utbud	21
4. Teori.....	22
4.1. Människobehandlande organisationer och nyinstitutionell teori	22
4.2. Jämlikhet och rättvisa	24
5. Metod och material.....	26
5.1. Datamaterial.....	26
5.2. Databearbetning	27
5.3. Analysmetoder och metodologiska överväganden	27
6. Kommunerna i FOU-Nordväst	30
7. Resultat.....	31
7.1. På vilket sätt varierar barn och ungdomars bakgrundsförhållanden mellan olika kommuner?.....	31
7.2. Med kontroll för barn och ungdomars bakgrundsförhållanden, kvarstår kommunala skillnader i beslut om insats och i typ av vård (öppenvård eller dygnsvård)?	35
8. Diskussion	38
8.1. Avslutande diskussion	42
9. Referenser	45
10. Bilaga 1 Regressioner med beslut om insats (Ja/Nej) som beroende variabel	64
11. Bilaga 2 Regressioner med typ av vård (Öppenvård/Dygnsvård) som beroende variabel.	65

1. Inledning

Barnavården är den samhällsinstitution som har till uppgift att erbjuda stöd och skydd till barn, ungdomar och deras familjer i utsatta livssituationer. De som är klienter inom barnavården tillhör samhällets mest utsatta grupper och kommer ofta från resurssvaga och fattiga miljöer (Lundström & Sallnäs, 2003, 2017). Problemen som hanteras sträcker sig över ett brett spektrum, från små barn utsatta för omsorgsbrister till ungdomar med avancerade beteendeproblem samt familjer med svårdefinierad problematik (Forrester, 2017).

Barnavårdens handlingar kan få livsavgörande konsekvenser för barnen, både när beslut om insatser tas och när barnavården avstår från att agera, då situationerna som barnen befinner sig i kan innebära både omedelbar fara och långvarig utsatthet, med stora negativa konsekvenser på längre sikt för de berörda individerna (Brännström et al., 2017; Sarislan et al., 2022).

Tidigare forskning har uppmärksammat stora lokala skillnader i både omfattningen av barn som blir föremål för anmälan och utredning samt vilka som beviljas stöd och insatser (Bilson, 2022; Bilson & Munro, 2019; Bywaters, 2015, Bywaters et al., 2015, 2018, 2020, Coulton et al., 2007, Doeblen, 2024, Hood, 2016, Oliver, 2001, Lundström, 1999, Wiklund, 2006a, 2006b, Östberg, 2014). Att en så viktig samhällstjänst, som har allvarliga konsekvenser för samhällets mest utsatta barn och deras familjer, skiljer sig beroende på vilket område de bor i väcker frågor om ojämlika levnadsförhållanden, barnavårdens organisering och rättssäkerhet i tillämpningen av offentliga tjänster samt i förlängningen välfärdsstatens legitimitet.

Om variationerna i barn och unga som blir föremål för utredning och insats är en direkt återspeglning av lokala behov, uppstår frågor om ojämlika levnadsförhållanden och behovet av breda insatser för att förbättra uppväxtvillkoren för barn i vissa områden (Morris et al., 2018). Om variationerna beror på skillnader i bedömningar och beslut, trots likvärdiga behov, kan det innebära att barn i behov av stöd inte får den hjälp de behöver eller att familjer utsätts för onödiga ingripanden (Keddell, 2014). Kontakten med barnavården kan upplevas som en inskränkning av privatlivet och barnavårdsutredningar uppfattas ofta som påträngande och stressande (Harris, 2012). Eftersom en majoritet av aktualiseringarna sker via anmälningar där andra än de berörda familjerna står för problemdefinitionen och det finns inslag av tvång, kan rättssäkra bedömningar anses vara särskilt viktiga inom barnavården (Wiklund, 2006b).

Barnavårdens verksamhet är förlagd till kommunal nivå vilket medför två huvudsakliga implikationer: För det första kan strukturella faktorer till exempel demografiska, ekonomiska

och sociala förutsättningar som påverkar barns hälsa, utveckling och behov av stöd variera mellan kommuner. För det andra har kommunerna ett stort handlingsutrymme att utforma den lokala barnvården i enlighet med principen om kommunalt självstyre. Detta innebär att lokala prioriteringar, metoder för barnvårdsarbete och organisationens struktur kan variera avsevärt mellan kommuner. Det är därför rimligt att förvänta sig viss kommunal variation inom barnvården både vad gäller tjänsternas utformning och omfattning beroende på den lokala kontexten. Kommunalt självbestämmande och varierande demografi gäller även för andra kommunala välfärdsområden, där variation i välfärdens organisering och insatsernas frekvens också kan identifieras (se exempelvis Jönson & Szebehely, 2018). Tidigare forskning har dock visat att barnvården särskiljer sig genom betydligt större variationer i insatser jämfört med andra välfärdstjänster som skola, barnomsorg och äldreomsorg (Bergmark, 2001; Lundström & Vinnerljung, 2001).

Kommunens rätt till självstyre utgör, tillsammans med åsiktsfrihet och allmän och lika rösträtt, ett grundläggande värde för Sveriges statsskick (SFS 1974:152, 1 kap. 1 §). Samtidigt kan tillgång till insatser på lika villkor, oavsett var i landet man bor ses som ett principiellt värde som också kan härledas till Sveriges grundlag (SFS 1974:152, 1 kap. 2 §, 9 §). I portalparagrafen, 1 kap. 1 §, till socialtjänstlagen (SFS 2001:453) anges att samhällets socialtjänst ska främja jämlika levnadsvillkor och barnkonventionens (UNICEF Sverige, 2018) universella rättigheter som är en del av svensk rätt är ytterligare en princip som fastslår att barn, oavsett livsomständigheter, har rätt till likabehandling av de offentliga myndigheterna.

Kommunala skillnader inom välfärden aktualiserar således två potentiellt antagonistiska värden i den moderna demokratin: lokal autonomi och nationell jämlikhet (jfr. Karlsson, 2015). En central fråga som uppstår är hur balansen mellan det kommunala självstyret och barnens rätt till likabehandling och likvärdig service, oavsett bostadsort, kan upprätthållas. Och en utmaning ligger i att identifiera vilka faktorer som kan betraktas som "rättvis" variation och vilka som bör ses som "orättvisa".

Tillgång till barnvårdens insatser bygger i huvudsak på behovsprövning, vilket innebär att barnvården inte har en universell karaktär. Samtidigt kan barnvården betraktas som en institution som avser öka jämlikheten i samhället genom att rikta in sig på socialt utsatta familjer utifrån deras specifika behov och barnvården kan därmed betraktas som en del av den omfattande mängd institutionaliserade välfärdstjänster som identifierar svensk välfärdspolitik (Wiklund, 2006c). Skillnader i faktisk välfärd och tillgång till vård och omsorg

beroende på vilken sida av kommungränsen man bor på kan uppfattas som ett avsteg från den universalitet och jämlikhetsideal som utgör grunden för den svenska välfärdsmodellen (Rauch, 2007; Trydegård & Thorslund, 2001) och kan i sin tur leda till ifrågasättande av välfärdsstatens legitimitet, inklusive den nuvarande barnavården.

Ett första steg för att hantera dessa frågor är att synliggöra hur centrala aspekter inom barnavården skiljer sig åt kommuner emellan och därigenom möjliggöra en djupare diskussion om skillnadernas orsaker och konsekvenser. Centrala aspekter omfattar i uppsatsen barn och ungdomars bakgrundsförhållanden (t ex kön, ålder, etnicitet och problembilder) och kommunernas beslut om att bevilja en insats eller inte samt vilken typ av insats som beviljas.

Genom att ta avstamp i barnavårdens organisatoriska kontext och ge en grundläggande förståelse för det arbete som bedrivs, syftar denna uppsats till att förstå och problematisera likheter och skillnader utifrån nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Hasenfeld, 2010) och Rawls (1971/1999) teori om rättvisa.

Uppsatsen är en del av det större forskningsprogrammet *Barnets färd genom den sociala barnavården*. Programmet bedrivs av en tvärvetenskaplig forskargrupp vid Stockholms universitet med sin bas i socialt arbete, kriminologi, sociologi och juridik, och i samarbete med FoU-Nordväst. I en longitudinell studie följs ca 2 000 barn och ungdomar, fördelade över åtta kommuner i nordvästra Stockholm, genom barnavårdssystemet. Data samlas in vid tre tidpunkter: vid utredningens avslut, samt ett och fem år efter avslutningen. Uppsatsen använder data från den första tidpunkten, det vill säga vid utredningens avslut.

1.1. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att beskriva och analysera kommunala likheter och skillnader i bakgrundsförhållanden (t ex ålder, kön, etnicitet och problembilder) hos barn och ungdomar (0-20 år) som är föremål för barnavårdsutredning. Vidare är syftet att undersöka om det finns kommunala skillnader i beslut om insats, efter att ha kontrollerat för bakgrundsförhållanden samt att diskutera och problematisera eventuella skillnader mellan kommunerna. Följande forskningsfrågor besvaras:

1. På vilket sätt varierar barn och ungdomars bakgrundsförhållanden mellan olika kommuner?
2. Med kontroll för barn och ungdomars bakgrundsförhållanden, kvarstår kommunala skillnader i (a) beslut om insats och i (b) typ av vård (öppenvård eller dygnsvård)?

3. Hur kan kommunala skillnader gällande barn och ungdomars bakgrundsförhållanden samt i besluten om insatser förstås och problematiseras utifrån nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Hasenfeld, 2010) och Rawls (1971/1999) teori om rättvisa.

1.2. Uppsatsens disposition

Uppsatsen inleds med en bakgrundsbeskrivning av barnavårdens samhällsfunktion och organisation. Därefter redogörs för tidigare forskning om lokala variationer inom barnavården. Efterföljande avsnitt presenterar uppsatsens teoretiska ramverk, metodologiska utgångspunkter samt en översikt över de kommuner som ingår i FoU-Nordväst. Det empiriska resultatavsnittet är uppdelat i två delar och syftar huvudsakligen till att besvara forskningsfråga 1 och 2. I diskussionen lyfts de huvudsakliga resultaten fram och fokus ligger därefter på fem centrala slutsatser om hur kommunala skillnader inom barnavården kan förstås och problematiseras utifrån nyinstitutionell teori och teorier om rättvisa (forskningsfråga 3). Uppsatsen avslutas med metodologiska reflektioner samt en framåtblickande diskussion om möjliga vägar för vidare utveckling och forskning inom området.

2. Bakgrund

Bakgrundsavsnittet är indelat i fyra underrubriker, som efter en inledande beskrivning av vad som utgör barnavårdens organisatoriska, juridiska och ekonomiska ramar, i tur och ordning behandlar tre idealtypiska modeller som kan användas för att förstå och jämföra barnavårdens praktik, implikationerna av decentralisering och kommunal organisering för barnavården samt en detaljerad genomgång av barnavårdens klientsortering.

2.1. Barnavårdens organisatoriska, juridiska ramar och ekonomiska ramar

Barnavårdsarbetet regleras främst av socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52). I Socialtjänstlagen specificeras kommunernas ansvar att arbeta för att barn växer upp under trygga och gynnsamma förhållanden och att särskilt uppmärksamma barn som riskerar en ogynnsam utveckling (SFS 2001:453, 5 kap. 1 §). Socialtjänstlagen är utformad som en ramlag, vilket ger kommunerna en relativt stor frihet att tolka och tillämpa lagen utifrån lokala förhållanden och behov, inom de breda ramar som lagen fastställer. Sedan den 1 januari 2020 är *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter* (UNICEF Sverige, 2018) en del av svensk rätt, vilket innebär att domstolar och myndigheter måste beakta barnets rättigheter vid beslut som rör

barn. Barnkonventionen understryker att rättigheterna är universella och gäller för alla barn, oavsett kön, etnicitet, funktionsnedsättning, socioekonomisk bakgrund eller andra omständigheter som till exempel bostadsort.

Organisatoriskt tillhör barnvården individ- och familjeomsorgen i kommunerna. Utöver barnavård omfattar individ- och familjeomsorgen även ekonomiskt bistånd, vård för personer med missbruksproblem, insatser inom socialpsykiatri för vuxna samt familjerättslig verksamhet.

Under det senaste decenniet har det skett en tydlig förskjutning inom individ- och familjeomsorgen från kostnader för ekonomiska transfereringar (ekonomiskt bistånd) till kostnader för vård. År 2022 uppgick nettokostnaden för individ- och familjeomsorg till drygt 51 miljarder kronor, vilket motsvarar 8 procent av kommunernas totala kostnader. Av detta stod barnvården för 27 miljarder kronor, vilket utgör cirka 52 procent av individ- och familjeomsorgens totala kostnader (SOU 2024:50). Förhållandevis stora resurser har således allokerats till barnvården, men det kommunala självstyret innebär att det finns utrymme för variation i hur resurser för barnvården tilldelas. Kommunerna har långtgående självbestämmanderätt för hur de organiserar sin verksamhet för att uppfylla sociallagstiftningens målsättning (SFS 2017:725, 2 kap. 1 §). På grund av kommunens självständiga beslutsfattande, som påverkas av lokala val och relaterade politiska åsikter, kan den kommunala budgeten för barnvården variera avsevärt både mellan kommuner och från år till år (Höjer & Pösö, 2023). Kommunala skillnader i resurser som läggs på barns välfärd har visat sig ha ett samband med variationer inom barnvården där kommuner med ansträngd ekonomi prioriterar placeringar framför preventiva åtgärder (Doebler, 2024) och där nedskärningar i välfärden påverkar inflödet till barnvården (Buntin et al., 2018).

2.2. Tre idealtypiska modeller för barnvården

För att kunna göra internationella jämförelser av likheter och skillnader mellan nationella barnavårdssystem har det utvecklats typologier i form av idealtypiska modeller som kan härledas till bakomliggande ideologier och som belyser barnavårdens organisering, de beslut som fattas och de insatser som ges (Gilbert, 2012; Pösö et al., 2014; Witte, 2022). De idealtypiska modellerna påverkar inte bara skillnader i organisering och beslutsfattande mellan länder, utan även inom länder, eftersom spänningarna mellan modellerna ständigt är närvarande och delvis öppna för att prioritera vissa delar mer eller mindre (Keddell, 2014). Kommunala skillnader i barnavårdens organisering och utfall kan därför uppstå beroende på vilka element av modellerna som betonas i lokala politiska prioriteringar eller genom beslut

från ledande tjänstemän. Detta kan exempelvis resultera i fler omhändertaganden av barn i en kommun jämfört med en annan där andra prioriteringar råder.

I Sverige finns en strävan att ge barn och familjer stöd från samhället redan i ett tidigt skede, innan problemen blivit av allvarlig karaktär. Idén brukar vanligtvis härledas till det svenska välfärdssystemets organisering och det svenska välfärdssystemet kan klassificeras som en socialdemokratisk välfärdsmodell, kännetecknad av universella sociala rättigheter och försäkringar finansierade genom skatter (Esping-Andersen, 1990). En central princip är att minska individens beroende till familjen genom att staten tar ansvar för omsorgen om barn, äldre och personer med funktionsnedsättningar. På så sätt framträder det socialdemokratiska välfärdssystemet inte bara som en "social försäkringsstat" utan även som en "socialtjänststat" (Trydegård och Thorslund, 2010). I den internationella forskningen har man tidigare lyft fram två idealtypiska inriktningar eller modeller för barnavården: *barnskyddsmodellen* (child protection model) och *familjestödsmodellen* (family service model) (Gilbert, 2012). Inom barnskyddsmodellen görs en tydlig åtskillnad mellan det offentliga och det privata, och endast barn som tydligt behöver skydd ska involvera myndigheterna. Inom familjestödsmodellen, vilken den svenska barnavården kan sägas tillhöra, betraktas barns utveckling och uppfostran som ett gemensamt ansvar för både samhället och föräldrarna. I första hand ska familjer erbjudas stöd i hemmet och att placera ett barn i samhällsvård är en åtgärd som först ska vidtas efter att insatser i hemmet visat sig otillräckliga eller omöjliga att genomföra.

Även om det svenska barnavårdssystemet traditionellt har karaktäriserats av en familjestödande inriktning har det alltid funnits inslag av barnskydd, som till exempel anmälningsskyldigheten och LVU-lagstiftningen. Det bör även noteras att samtida politiker har tydliga intentioner att införa fler barnskyddselement. Detta framgår då den nuvarande regeringen, i samarbete med Sverigedemokraterna i det så kallade Tidöavtalet (2022), ägnar betydande uppmärksamhet åt förändringar inom barnavården. De politiska partierna ser bland annat ett ökande behov av tvångsåtgärder och en utvidgad kontroll av föräldrar och barn, samt en överföring av ansvar till kriminalvården (jfr. Lundström & Sallnäs, 2024).

Under de senaste decennierna har en tendens till närmande kunnat observeras, där de olika inriktningarna för barnavården har anammat element från varandra och ett alltmer övergripande fokus har lagts på barns välbefinnande och rättigheter (Witte, 2022). Nu talas det även om en tredje modell, *den barncentrerade modellen* (child-centric model), som skiljer sig från de tidigare definierade barnskydds- och familjestödsmodellerna (Pösö et al., 2014). Den svenska familjestödsmodellen kan sägas utmanas av den barncentrerade modellen vars

kärna förankrad i barnkonventionen, i vissa aspekter konfronterar det traditionella familjefokuset (Lundström et al., 2021). Svenska studier har framfört kritik mot familjestödsmodellens fokus på samarbete och återförening av barn med deras biologiska föräldrar, vilket författarna menar sker på bekostnad av barnets delaktighet och säkerhet (Heimer et al., 2018; Leviner, 2018). Parallellt med detta har uppmärksammade brottsmål som exempelvis "Lilla hjärtat" dessutom skapat ett politiskt tryck och lett till förändringar i lagstiftningen med ett tydligare barnrättsfokus (se prop. 2021/22:178).

Diskussionen om barnavårdens inriktning är mer aktuell än någonsin, med frågorna högt upp på den politiska agendan och åsikter som skiftar beroende på politisk ideologi. De inneboende spänningarna mellan barnavårdsmodellerna, i kombination med skilda lokala majoritetsstyrningar och tjänstemannatraditioner (jfr. Brunnberg, 1993; Trydegård, 2000), samt att politiken även har ett direkt inflytande på individuella ärenden i kommunerna (jfr Forkby, Höjer & Liljegren, 2014), skapar en grogrund för variationer inom barnavården. Möjliggörandet av de kommunala variationerna förstärks av det faktum att kommunerna i allt väsentligt har självständig styrning av barnavårdens verksamhet, vilket behandlas närmare i följande avsnitt.

2.3. Decentralisering och kommunal organisering

Principen om det kommunala självstyret som sträcker sig tillbaka till 1862 års kommunalförordningar, innebär att kommunen har rätten att fatta beslut inom sitt eget område. Beslutanderätten kan dock aldrig vara absolut, eftersom det skulle göra kommunerna till egna stater, utan kommunernas självstyre är relativ till statens lagar och förordningar (Stjernquist & Magnusson, 1988). De grundläggande bestämmelserna om kommunal självstyrelse återfinns i regeringsformen (SFS 1974:152, 1 kap. 1 och 7 §§). I kommunallagen (SFS 2017:725, 1 kap. 2 §) fastställs att kommuner och landsting, med utgångspunkt i den kommunala självstyrelsen, ansvarar för de angelägenheter som anges i kommunallagen eller annan författning.

Fördelningen av makt mellan centrala och lokala instanser har varit en pågående fråga sedan uppkomsten av den moderna välfärdsstaten. Efter andra världskriget har decentralisering, det vill säga en överföring av makt från centralmakten till lokala nivåer, varit den dominerande trenden i både Sverige och andra västländer (Bergmark & Minas, 2007; Bergmark, 2023). Överföringen av ansvar och befogenheter till kommunerna har drivits fram av såväl ideologiska som ekonomiska och instrumentella argument. Det ideologiska argumentet bakom decentralisering betonar ökad demokrati genom att förlägga beslutsfattandet närmare

medborgarna och möjliggöra anpassning av verksamheten efter deras önskemål.

Decentralisering förväntas även minska kostnader och öka effektiviteten genom kortare avstånd mellan beslut och verkställighet (se exempelvis SOU 2007:10).

Decentralisering innebär inte nödvändigtvis att nationellt fastställda miniminivåer underskrids eller att variationen i välfärd ökar på ett oacceptabelt sätt. Problemen uppstår främst när lokala mål och prioriteringar avviker från de nationella målen. Sådana målkonflikter kan till exempel uppstå när kommuner prioriterar sparåtgärder och budgetbalans framför de nationellt fastlagda välfärdsambitionerna som till exempel kommer till uttryck i socialtjänstlagens formuleringar om jämlika levnadsvillkor och att barn ska växa upp under goda levnadsförhållanden. Målkonflikterna har uppmärksammats internationellt där barn i dygnsvård och öppenvårdsinsatser kan kopplas till minskande satsningar på barns välfärd i kommuner (Bilson & Munro, 2019; Doeblér, 2024; Hood, 2006)

Decentralisering medför även demokratiska utmaningar inte minst då ansvarsfördelningen mellan stat och kommun kan uppfattas som otydlig och det blir svårt för medborgarna att utkräva ansvar för en service när ambitionsnivån sätts på statlig nivå men utförandet hanteras av kommuner med ett relativt stort spelrum (Bergmark, 2023). När kvaliteten och tillgängligheten är otillfredsställande kan staten hänvisa till kommunerna och vice versa. Detta blir särskilt tydligt i situationer där den kommunala makten och regeringsmakten är styrda av olika politiska majoriteter.

Den övergripande trenden inom den svenska välfärden har alltså varit decentralisering till den kommunala nivån och inom välfärdsforskningen har man etablerat begreppet ”välfärdskommuner” i kontrast till begreppet ”välfärdsstat”, för att understryka den betydande rollen för oberoende kommuner i distributionen av sociala tjänster i Sverige (Rostgaard, 2022; Trydegård & Thorslund, 2001). Det ska här noteras att även om decentralisering varit en rådande trend har det även skett en del recentraliserande åtgärder i form av till exempel ökad detaljreglering och etablering av tillsynsmyndigheter, vilket påverkat den lokala handlingsfriheten (Pålsson, 2023).

En aspekt av decentraliseringen är den påtagliga rörelsen mot ökad specialisering (Bergmark et al., 2008). Det innebär en betydande strukturell omvandling av hur det sociala arbetet organiseras, vilket har pågått under de senaste årtiondena. Många av landets 290 kommuner har valt att strukturera det sociala arbetet genom att skapa avgränsade områden och etablera särskilda enheter för områden inom det sociala arbetet som barnavård, försörjningsstöd och

missbruk. Vidare har tjänstemän inom dessa enheter ofta tilldelats ännu mer specialiserade uppgifter. Även om den övergripande trenden är mot ökad specialisering, skiljer sig organisationen av barnavården åt mellan kommuner, till exempel på grund av storlek och tillgängliga resurser. Vissa kommuner samlar hela målgruppen (0–20 år) i en enhet, medan andra skiljer på barn- och ungdomsenheter. Beroende på hur enheterna organiserar sig kan skillnader i bedömningar och beslut i handläggningen av ärenden uppstå (Östberg, 2014).

Parallellt med decentralisering och specialisering har även idén om marknadsorientering och konkurrensutsättning fått ett starkt fäste inom socialtjänstens verksamheter (Sallnäs & Wiklund, 2018). En betydande del av insatserna inom barnavården utförs idag av privata aktörer, och den kommunala organiseringen är starkt påverkad av olika marknadsinfluenser. Beroende på politiska prioriteringar har vissa kommuner valt att privatisera fler tjänster, medan andra har valt att till exempel behålla de öppna insatserna inom kommunal regi. Insatser, både i öppna former och i heldygnsvård, upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling (SFS 2016:1145) och resurser samt kompetens på upphandlingsnivå påverkar i hög grad vilka insatser som erbjuds barn och ungdomar i respektive kommun.

Utvecklingen inom barnavården mot ökad specialisering och marknadsorientering har ytterligare förstärkt förutsättningarna för lokala lösningar inom en redan decentraliserad och differentierad nationell barnavård. I kombination med att politiker ges utrymme att prioritera ekonomiska frågor och barnavårdens inriktning skapas grunden för stora skillnader i den faktiska välfärden och de tjänster som erbjuds barn, beroende på vilken kommun de bor i. Ett sätt att arbeta för en nationell enhetlig barnavård är att fokusera på de mer professionsstyrda delarna av det sociala arbetet. Som kommer att framgå i följande avsnitt lämnar även denna process dock mycket utrymme för lokala variationer.

2.4. Barnavårdens klientsortering

När ett barn kommer till socialtjänstens kännedom, antingen genom ansökan, anmälan eller på annat sätt, initieras en process för klientsortering, eller enligt Hasenfelds (2010) terminologi, *people-processing*. Metaforen som brukar användas för att illustrera detta är att likna klientsorteringen vid en tratt, där trattens breda topp representerar alla barn som aktualiserats, och allteftersom tratten smalnar av sorteras barn bort av olika anledningar. Slutligen når de barn som genomgått hela processen, från anmälan/ansökan genom utredning till slutlig beviljad insats, trattens mest avsmalnade del (Parton, Thorpe & Wattam, 1997; Sallnäs, Wiklund & Östberg, 2019; Östberg 2014). Både organisationens interna och externa gränser

påverkar klientsorteringen (Östberg, 2014). Organisationens interna kapacitet och gränser mellan funktionellt specialiserade arbetsgrupper (till exempel mottagningsgrupp och utredningsgrupp) hindrar ärenden från att röra sig nedåt i tratten. Socialsekreterare ägnar även en del av sin tid åt att hänvisa till andra verksamheters ansvarsområden, vilket över tid kan antas påverka vilka ärenden som verksamheter med yrkesverksamma med anmälningsskyldighet väljer att rapportera (Vis et al., 2023) och på så vis upprätthålls de externa gränserna för barnavården.

För att förstå och problematisera kommunala skillnader gällande barn och ungdomars bakgrundsförhållanden samt skillnader i beslut om insatser är det viktigt att ha en grundlig förståelse för de olika stegen i klientsorteringsprocessen, som kan delas in i tre huvudfaser: *aktualisering*, *utredning* och *beslut om insatser*. Följande avsnitt kommer att beskriva dessa faser mer detaljerat.

2.4.1. Aktualisering

Majoriteten av de barn som aktualiseras gör det genom orosanmälningar från barnets omgivning (Stranz, Wiklund & Karlsson, 2016; Wiklund 2006a). Detta särskiljer barnavården från andra tjänster inom välfärden, där individer vanligtvis söker hjälp på eget initiativ. Att klienter inte själva söker kontakt med barnavården har väsentliga implikationer för fortsatt interaktion och förmedlande av välfärdstjänsten. Motståndet, särskilt från föräldrar, utgör en central faktor som präglar socialsekreterarnas arbete med familjer där barn behöver stöd eller riskerar att utsättas för betydande skada (Forrester, Westlake & Glynn 2012). Här finns ett utrymme för lokal variation beroende på demografi då motståndet mot barnavården kan vara särskilt starkt från vissa grupper till exempel etniska minoriteter (jfr. Ben-Arieh, 2010).

Enligt Socialstyrelsens (2022a) nationella kartläggning har det skett en markant ökning av antalet orosanmälningar över en längre tidsperiod. Det finns ingen enkel förklaring till ökningen av antalet orosanmälningar och sannolikt är det flera samverkande faktorer som spelar in. Man kan inte helt bortse från att barns faktiska utsatthet kan ha ökat och Socialstyrelsen (2022a) observerar i vissa fall nya tendenser avseende anmälningar, inklusive orosanmälningar om allt yngre barn i riskzonen för kriminalitet samt anmälningar om barns utsatthet på sociala medier. Samtidigt är det osannolikt att barns utsatthet ökat i samma utsträckning som anmälningarna. En del av ökningen kan bero på förbättrad kunskap om och ökad uppmärksamhet kring barns utsatthet. Förändrade normer och en ökad riskmedvetenhet i

samhället (jfr. Beck, 1992) samt en dragning mot ett mer barncentrerat perspektiv i policy och allmän debatt kan säkert bidra också.

Den ökande trenden med orosanmälningar ses även internationellt, där nedskärningar i offentliga verksamheter och ökad ekonomisk utsatthet för fler barn anges som förklaringar (Buntin et al., 2018). Socialstyrelsen (2022a) nämner liknande trender där orosanmälningar till socialtjänsten görs på grund av att stödet från olika verksamheter inte når barnet eller familjen. För kommunerna i FoU-Nordväst kan det exempelvis skilja sig i hur väl skolorna hanterar elever med hög frånvaro, hur långa vårdköerna är till Barn- och ungdomspsykiatrien eller hur tillgängliga resurserna är inom habiliteringen. Sådana yttre faktorer påverkar inte bara inflödet, utan hela kontakten från aktualisering, utredning och insats, där barnavården i avsaknad av andra verksamheters stödfunktioner kan behöva ta ett utökat ansvar för att tillgodose barn och ungdomars behov av stöd (Vis et al., 2023).

En stor del av anmälningarna kommer från professionella med anmälningsskyldighet. Förutom faktiska missförhållanden som bör leda till orosanmälningar påverkas inflödet även av faktorer utanför socialtjänstens verksamhet, exempelvis lokala polisprioriteringar och kommunens samarbete med andra verksamheter (Wiklund, 2007). Dessutom spelar faktorer inom organisationer där professionella har anmälningsskyldighet, både på individ- och organisationsnivå, en viktig roll i beslutet att göra en orosanmälan (Sedlak & Ellis, 2022; Kuruppu, 2020; Persdotter et al., 2024).

Socialstyrelsens (2022a) kartläggning visar att nästan hälften av anmälningarna inte resulterade i någon utredning eller inte tillfördes pågående utredningar. Tidigare svenska studier har visat på ännu lägre andelar, mellan 30 och 40 procent (Cocozza, 2007; Wiklund, 2006; Östberg, 2010). En systematisk översikt av internationella studier kring anmälningar visar att mellan 51 och 68 procent leder till utredning (Damman, 2020). Det bör beaktas att oro för barnens välbefinnande ofta kvarstår; Cocozza (2007) påvisade att 45 procent av de barn som inte initialt utreddes senare blev föremål för utredning under uppföljningstiden.

2.4.2. Utredning

Ungefär hälften av de barn och ungdomar som efter förhandsbedömning också blir föremål för en barnavårdsutredning har tidigare varit föremål för minst en barnavårdsutredning och cirka en tredjedel har tidigare mottagit barnavårdsinsatser (Stranz, Wiklund & Karlsson, 2016). Utredningsprocessen är inte endast en process för informationsinsamling utan också en

kognitiv och relationell process där socialsekreteraren kontinuerligt analyserar och bedömer situationen (Ponnert, 2024). Socialsekreterarens arbete med barnavårdsutredningen handlar även i stor utsträckning om att skapa en allians med familjen för att få dem delaktiga samt om ett pågående motivationsarbete (Holland, 2011; Forrester et.al., 2018). Utredningens komplexa uppgift utförs ofta av relativt oerfarna socialsekreterare som har ett behov av handledning från mer erfarna kollegor (Tham & Strömberg, 2020) och hur arbetsledning och arbetsmiljön fungerar med hög arbetsomsättning som yttersta konsekvens, har även visat sig ha en direkt påverkan för lokala skillnader gällande bedömningar och beslut (Wijedasa, Warner, & Scourfield, 2018). Studier har också visat att utredningen ofta formas för att ”passa” de befintliga insatser som erbjuds (Heimer, Näsman & Palme, 2018) och de öppenvårdsinsatser som kommunen erbjuder kan därför antas påverka utredningens innehåll, bedömning och beslut.

Under de senaste decennierna har det skett en tydlig förskjutning från behovsbedömningar till riskbedömningar vilket har lett till ökade krav på användning av riskbedömningsinstrument som förväntas förbättra kvaliteten öka rättssäkerheten i utredningsprocessen (Slonsky & Wagner, 2005; Wilson et al., 2015; Åström, 2016). Trots sådana krav har implementeringen av riskbedömningsinstrument varit begränsad inom svensk barnavård och bristen på systematik i utredningsförfarandet gör verksamheten sårbar för kognitiva felslut. Det utsatta och ofta krävande arbetet kan även leda till grupptänkande, där en stark gruppkultur kan bidra till lokala variationer i beslut och bedömningar (Gambrill & Shlonsky, 2000). Att utveckla riskbedömningsinstrument är dock förknippat med flera svårigheter, bland annat att välja tillförlitliga utfallsvariabler och rapportera dem enhetligt (Gillingham, 2016). Dessutom saknar systemutvecklarna ofta förankring i socialt arbete vilket kan leda till att riskbedömningsinstrumenten medför etiska problem och riskerar att förstärka förtryckande diskurser när de används i praktiken (Hall, 2023).

Ett exempel på ett framgångsrikt nationellt standardiseringsinitiativ är BBIC-modellen (Socialstyrelsen, 2023a), som, likt riskbedömningsinstrumenten, syftar till att skapa en mer enhetlig och rättssäker barnavård. Idag används BBIC av majoriteten av landets 290 kommuner (Skillmark, 2023). Även om BBIC-modellen ger strukturer för hur utredning och bedömning ska göras, särskilt med den senaste reviderade upplagan som fokuserar på riskbedömning, finns det utrymme för variation i hur modellen tillämpas. Det är upp till de lokala barnavårdsenheterna och den enskilda socialsekreteraren att genomföra

utredningsarbetet, vilket skapar ett utrymme för lokal variation. Hur information samlas in, vilka metoder och dokumentationssystem som används samt var och av vem utredningen görs, är faktorer som också påverkar resultatet. Utredningar kan också skilja sig avsevärt, från en kort, byråkratisk process med endast ett samtal över telefon, till en intensiv och långvarig nära kontakt i hemmet med informationsinhämtning från många andra professionella. Även här kan man tänka sig att kommuner väljer att efterfölja och tolka lagstiftningen på olika sätt (jfr. Lauritzen, 2019).

Trots BBIC-modellens holistiska ambitioner, som syftar till att ge en omfattande bild av barns situation, finns det idag en betydande kritik mot att barnavården blivit alltför fokuserad på utredningar. Kritiker menar att detta har begränsat möjligheterna till bredare satsningar på barnens välmående. Internationella studier visar en tydlig trend med ett ökande antal utredningar, där många inte leder till några ytterligare åtgärder (Bilson, Featherstone & Martin, 2017; Bilson & Munro, 2019) Morris et al. (2018) påpekar också att familjers materiella omständigheter och lokalsamhällets resurser sällan beaktas vid beslut som rör barn. Faktorer som inkomst, skulder, mat, kläder, anställning och bostadsförhållanden bedöms ofta som irrelevanta riskfaktorer i bedömningen av barns situation. I Sverige har det riktats kritik mot att utredningarna gör insatserna svåråtkomliga för medborgarna och i och med den nya socialtjänstlagens införande kommer kommuner att kunna erbjuda insatser utan behovsprövning (SOU 2020:47). Denna förändring bör få betydande konsekvenser för hur Sveriges 290 kommuner organiserar barnavårdsarbetet. Det ska dock påpekas att den nya bestämmelsen kommer att formuleras som en befogenhet för kommunerna att tillhandahålla tjänster utan behovsprövning, men kommunerna är inte skyldiga att göra det. Det ankommer på varje enskild kommun att ta ställning till om och hur bestämmelsen ska tillämpas inom ramen för dess socialtjänst (SOU 2020:47, s. 692).

2.4.3. Beslut om insatser

För många av de barn och familjer som genomgår en utredning avslutas ärendet utan att någon insats från socialtjänsten vidtas. Även om exakta siffror varierar, visar studier att cirka hälften av utredningarna avslutas utan insatser. När insatser väl ges, sker majoriteten i öppna former där barnet fortsätter bo hemma, följt av placeringar i institutioner och familjehem (Stranz, Wiklund & Karlsson 2016).

Den breda uppsättning insatser som socialtjänsten erbjuder i öppna former kan delas in delas upp efter funktion i *prevention, stöd och behandling* samt *kontroll* (Sjöblom & Wiklund,

2019). Det föreligger dock inte någon skarp gränsdragning mellan dem och i realiteten kan en insats fylla flera av funktionerna samtidigt. Enligt Socialstyrelsens (2023b) statistik hade 26 500 barn och unga någon gång under 2022 en heldygnsinsats. Av dessa var hälften under 15 år och hälften mellan 16 och 20 år, med en marginellt högre andel pojkar än flickor. Den 1 november 2022 hade drygt 33 100 barn och unga minst en behovsprövad insats.

Det förekommer stor kommunal variation i vilka öppna insatser som erbjuds barn, ungdomar och familjer. Många insatser är utvecklade utanför Sverige och anpassade efter lokala behov och endast en minoritet av de öppna insatserna har någon form av vetenskapligt stöd. Dessutom råder det förvirring i landets kommuner gällande vad som ska definieras som en insats (Bergström et al., 2023).

Vid beslut om heldygnsinsatser i form av placeringar utanför hemmet finns fyra huvudsakliga vårdformer: familjehem, HVB-hem, särskilda ungdomshem och stödboenden. Familjehem kan delas in i långvariga uppväxtplaceringar samt kortvariga och akuta placeringar, även kallade jourhem. Att skilja ett barn från sin ursprungsfamilj är en mycket ingripande samhällsåtgärd och en viktig princip inom svensk barnavård är att placeringar ska vara så kortvariga som möjligt, samtidigt som samarbetet med föräldrarna ska fortsätta under vårdtiden (Sallnäs, 2019). Placering i heldygnsvård är en stark riskmarkör för negativa konsekvenser som ekonomiska svårigheter, arbetslöshet och psykisk ohälsa i vuxen ålder (Brännström et al., 2017). Tidigare forskning har också visat att individer som varit placerade under barndomen löper högre risk att utveckla destruktiva beteenden, som självskadebeteende, missbruk och kriminalitet (Sarislán et al., 2022). De har dessutom en ökad risk för dödlighet, exempelvis genom självmord, långt efter att de lämnat vården (Murray et al., 2020; Batty et al., 2022).

Genomgången av faserna *aktualisering*, *utredning* och *beslut om insatser* visar att klientsorteringen är en komplex process som ger stort utrymme för lokal variation, både när det gäller inflödet till barnavården, genomförandet av utredningar och de insatser som beviljas. I det följande avsnittet behandlas tidigare forskning om kommunala variationer i utredningar och beslut om insatser mer ingående.

3. Tidigare forskning

Nedan presenteras tidigare forskning i fyra underavsnitt. Inledningsvis ges en förklaring av hur uppdelningen mellan efterfrågan och utbud kan förstås. Därefter följer två underavsnitt som behandlar relevant forskning kopplad till begreppen. Avsnittet avslutas med en sammanfattning som belyser hur samspelet mellan utbud och efterfrågan kan bidra till att förstå och problematisera kommunala skillnader gällande barn och ungdomars bakgrundsförhållanden och beslut om insatser.

3.1. Uppdelningen efterfrågan och utbud

Tidigare svenska studier som undersökt kommunala skillnader beträffande barnavårdsinsatser omfattning har använt en förklaringsmodell med tre dimensioner: behov, efterfrågan och behovsprövning (Wiklund, 2006c). Enligt denna modell påverkas insatsernas omfattning av den faktiska förekomsten av problem i kommunen (behov). För att insatser ska bli aktuella måste uppkomna problem också komma till barnavårdens kännedom genom anmälningar eller ansökningar (efterfrågan). Slutligen påverkas beslutet om insats av faktorer relaterade till barnavårdens behovsprövning, till exempel organisationens struktur och tillgängliga resurser.

Internationellt har en snarlik uppdelning använts, där variationer i anmälning, utredning och interventionsfrekvenser ofta tolkas utifrån begreppen *risk* (behov) och *bias* (Bywaters et al., 2015). Här används begreppet ”bias” för att beskriva irrationella och snedvridna faktorer på olika nivåer som påverkar beslut och leder till att vissa grupper eller individer missgynnas trots likvärdiga behov. Även om sådana faktorer kan förklara skillnader i bedömningar och beslut kan begreppet bias också anses vara för snävt för att omfatta alla relevanta faktorer som kan påverka variationer i utfall i form av barn aktuella för utredning och variationer gällande insatser. Avgörande för att ett barn eller ungdom ska förekomma för utredning eller insats är *tillgången* till barnavårdens tjänster, tjänsternas *tillgänglighet* för medborgarna, hur väl *anpassade* tjänsterna är efter behoven och *kvaliteten* på utförandet. Att det förekommer lokala variationer avseende prevalens och omfattning av barnavårdsproblem samt samhällets förmåga att tackla dessa problem, kan därmed förstås i termer av skillnader i *efterfrågan* och *utbud* (Bywaters et al., 2015; Morris et al., 2018).

Att beskriva barnavårdsproblem med begreppet ”efterfrågan” kan uppfattas som problematiskt eftersom varken barn eller familjer agerar som kunder på en marknad och frivilligt efterfrågar samhällets tjänster. Uppdelningen ska i detta sammanhang förstås som en

ekonomisk jämviktsmodell som på ett pedagogiskt sätt kan fånga det problemtryck som samhället behöver bemöta.

Nedan presenteras en kort översikt av tidigare forskning om variationer på både efterfråge- och utbudssidan. Det är dock viktigt att notera att uppdelningen görs av framställningsskäl och att de studier som presenteras i viss mån kan beröra båda dimensionerna.

3.2. Förklaringar till variationer på efterfrågesidan

Variationer på efterfrågesidan kan spegla familjers skilda omständigheter eller egenskaper (Franzen, Vinnerljung & Hjern, 2008; Sarislan et al., 2014); skillnader mellan etniska grupper (eller andra aspekter av identitet) (Bywaters et al., 2016; Ben-Arieh, 2010; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023; Vinnerljung et al., 2008; Socialstyrelsen, 2024) och/eller skillnader mellan områden (Coulton et al., 2007; Ben-Arieh, 2010; Garbarino & Crouter, 1978; Garbarino & Sherman, 1980; Lundström, 1999; Wiklund, 2006b, 2007).

Tidigare forskning som förklarar variationer i familjers problembilder samt förekomst inom barnavårdssystemet kan delas upp i strukturella påfrestningar och individuella beteenden (hos barnet eller föräldern). Det strukturella perspektivet fokuserar på socioekonomiska omständigheter som till exempel ensamstående föräldraskap, låg utbildningsnivå, arbetslöshet och beroende av ekonomiskt bistånd (Franzen, Vinnerljung & Hjern, 2008). Konsekvenserna för barnet kan vara både direkta och indirekta. Direkta konsekvenser kan exempelvis vara trångboddhet och låg materiell standard. Indirekta konsekvenser kan uppstå när föräldrarnas förmåga att ta hand om barnet försämras, exempelvis genom missbruk eller relationsvåld som en följd av strukturella påfrestningar. Forskning som betonar individuella beteenden som förklaring till variationer i problembilder mellan familjer bortser ofta från familjens ekonomiska och sociala kontext och fokuserar snarare på ärvda egenskaper som generativa mekanismer för problemens förekomst (jfr. Sarislan et al., 2014).

Variationer i efterfrågan baserat på etnicitet har studerats ingående och tidigare forskning har visat att rasifierade grupper och etniska minoriteter är överrepresenterade inom många barnavårdssystem (Tilbury & Thoburn, 2009). Både svenska och internationella studier visar dock att överrepresentationen försvinner när man kontrollerar för ekonomisk utsatthet och att det snarare föreligger underrisk för dessa grupper att få insatser från barnavården (Bywaters et al., 2016; Vinnerljung et al., 2008). Socialstyrelsens registerstudie över barn som placeras utanför hemmet mellan åren 1992 och 2022, visar liknande resultat. När socioekonomiska skillnader beaktas, har barn och unga med två utlandsfödda föräldrar en lägre sannolikhet att

placeras än de med två sverigefödda föräldrar (Socialstyrelsen, 2024). I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023) framgår det att pojkar med utländsk bakgrund i mindre utsträckning beviljas insatser från barnavården jämfört med barn som har svensk bakgrund. Rapporten ger ingen förklaring till underrepresentationen, men konstaterar att besluten ofta motiverades med att samtycke till insats saknades. Ben-Arieh (2010), som har studerat barnavården i Israel, förklarar de lägre interventionsfrekvenserna bland etniska minoriteter delvis som ett motstånd mot det som uppfattas som majoritetsinstitutioner.

Tidigare forskning om områdets påverkan på barns utveckling och förekomst av problembilder sträcker sig tillbaka till 1970-talet och amerikanska studier som mynnat ut i den utvecklingsekologiska teoribildningen (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino & Crouter, 1978; Garbarino & Sherman, 1980). Det utvecklingsekologiska ramverket har fått stort genomslag inom barnavårdens praktik (se exempelvis Socialstyrelsen, 2023a, s. 24 f.), men har inte i samma utsträckning använts i den svenska barnavårdsforskningen för att förklara områdets påverkan för uppkomsten av problembilder hos barn och familjer, med undantag för Lundström (1999) och Wiklund (2006c).

Tidigare internationell forskning har påvisat tydliga samband mellan områdets strukturella faktorer och förekomst av problembilder hos barn, men exakt hur processerna för områdets påverkan på barn och familjer går till är inte empiriskt belagt (Coulton et.al, 2007). Områden med låg medelinkomst, låga bostadsvärden och hög arbetslöshet kan kopplats till ökad förekomst av problembilder (Coulton et al., 2007; Ben-Arieh, 2010). Tidigare forskning har även visat att nätverksinstabilitet, definierat som en hög grad av in- och utflyttningar i ett område, kan påverka förekomst av problem där högre nivåer av nätverksinstabilitet har ett samband med ökad utsatthet bland barn (Garbarino & Crouter, 1978; Garbarino & Sherman, 1980). Svenska studier har kunnat visa liknande tydliga samband mellan antalet vård dygn och olika strukturella variabler. En hög andel vård dygn korrelerar med en hög andel ensamstående kvinnor med barn, ensamstående män, höga socialbidragskostnader per invånare samt höga ohälsotal i kommunen (Lundström, 1999). Även Wiklund (2006b) visar att kommunens strukturella faktorer, likt de ovan nämnda, kan förutsäga omfattningen av barnavårdsinsatserna.

Att studera områdets påverkan på en population medför dock stora svårigheter gällande studiedesign och jämförelser av resultat. Coulton et al. (2007) framhåller till exempel att sådana studier möter utmaningar i form av definitionsproblem, exempelvis hur ett grannskap

eller område ska avgränsas, samt rumsliga faktorer som inte har kontrollerats för. Det är också viktigt att uppmärksamma att tidigare internationella resultat inte nödvändigtvis är överförbara till en svensk kontext. De strukturella faktorernas förklaringsvärde kan variera mellan länder som skiljer sig gällande barnavårdens inriktning (jfr. Witte, 2022). Tidigare studier har till exempel visat att områdets strukturella faktorer i Sverige har ett lägre förklaringsvärde för anmälningssfrekvenser jämfört med de barnskyddsorienterade barnavårdssystemen i USA och Storbritannien (Wiklund, 2007).

Forskning under det senaste decenniet från Storbritannien har kunnat visa en tydlig socioekonomisk gradient, där ju fattigare ett område är, desto större är risken för barnen som bor i området att omfattas av barnavårdens interventioner (Webb et al., 2020). Barn som lever i de 20 procent mest utsatta områdena i Storbritannien har 14 gånger högre risk att bli föremål för en barnavårdsutredning jämfört med barn i de 20 procent minst utsatta områdena (Bywaters et al., 2020). Samma mönster gäller även för placering i dygnsvård, där barn i de 10 procent mest utsatta områdena har 10 gånger högre risk att placeras i dygnsvård jämfört med barn i de 10 procent mest välmående områdena i Storbritannien (Morris et al., 2018). Studier har även visat att den socioekonomiska gradienten förstärks beroende inkomstskillnaderna i kommunen (Webb et al., 2020). Till exempel kan kommuner hög socioekonomisk utsatthet och stora inkomstskillnader leda till en högre omfattning av barnavårdsinsatser inom ett område, både i öppna former och dygnsvård, jämfört med liknande områden i kommuner med hög socioekonomisk utsatthet men mindre inkomstskillnader. Även studier från USA visar på ett samband mellan ekonomisk ojämlikhet och barns förekomst inom barnavårdssystemet (Eckenrode et al., 2014)

3.3. Förklaringar till variationer på utbudssidan

Variationer inom barnavården på utbudssidan påverkas av en rad faktorer, som till exempel den underliggande lagstiftningen, ekonomiska resurser, finansieringsprocesser, formell organisation samt lokala organisatoriska kulturer och praktiker (Bywaters et al., 2015). Nämnade faktorer påverkar i sin tur tjänsteutbudet i kommunen och hur detta kommer till uttryck genom den faktiska tillgången, tillgängligheten, anpassningsförmågan och kvaliteten på utförandet av tjänsten.

Internationella studier pekar på tydliga samband mellan lokala variationer inom barnavården och kommunernas ekonomiska resurser och prioriteringar. Bilson och Munro (2019) kopplar variationer gällande placeringar till generella nedskärningar i stöd till familjer inom vissa kommuner och skillnader i ärendehantering och beslut om insatser kan även härledas till

lokala budgetmål och skillnader i hur barnavårdsenheter hanterar ekonomiska påtryckningar (Hood, 2006). Även Doeblér (2024) visar att kommuner som är underfinansierade hanterar en ökad förekomst av utsatta barn genom att prioritera placeringar i dygnsvård medan kommuner som har satsat på förebyggande arbete, kontrollerat för områdets utsatthet, har lägre frekvenser av dygnsinsatser.

Tidigare svensk forskning har inte bara belyst variationer i utredning och beslut, utan även visat att faktorer som formell organisation, resurser och arbetsmetoder uppvisar betydande kommunala skillnader, med lokala projekt och satsningar av olika slag som genomgående teman historiskt (Sundell & Karlsson, 1999; Hessle & Vinnerljung, 1999; Bergmark & Lundström, 2007; Bergström et al., 2023). Kommunala skillnader gällande barnavårdens organisering kan få direkta återverkningar på utredningar och de beslut som fattas (Lauritzen et al., 2018). Till exempel visar Östberg (2014) på variationer i beslut som kan kopplas till enheternas grad av specialisering efter ålder.

Tillgången och tillgängligheten till sociala tjänster, inklusive barnavårdens residuala insatser, kommunens preventiva åtgärder och det lokala utbudet av andra insatser riktade mot barn, ungdomar och familjer, påverkar inflödet, utredningsfrekvensen och omfattningen av insatser inom barnavården. Studier från Israel visar att tillgången till och tillgängligheten av både socialarbetare generellt och barnavårdsenheterna specifikt har en stark positiv korrelation med den lokala variationen i förekomsten av barn inom barnavården (Ben-Arieh, 2010). Det lokala utbudet av insatser som erbjuds av andra verksamheter påverkar dessutom vilka problem den lokala barnavården förväntas hantera, vilket kan förklara de kommunala skillnaderna i insatsers frekvens mellan storstadskommuner och glesbygd. Norska studier visar att tillgången och tillgängligheten av insatser utanför barnavården kan vara mindre i glesbygd, vilket innebär att barnavården får ta ett större ansvar och inkludera en bredare aspekt av problematik (Vis et al., 2023).

Till variationer på utbudssidan hör även faktorer som direkt eller indirekt kan kopplas till bedömning och beslutsfattande. Tidigare forskning om beslutsfattande inom barnavården har historiskt fokuserat på att bygga kunskap för att förbättra träffsäkerheten i socialsekreterarnas bedömningar (Damman et al., 2020). Detta inkluderar både kognitiva processer och deras påverkan på beslutsfattande samt tekniska lösningar för att förbättra praktiken i form av aktuariska riskbedömningsinstrument (jfr. Shlonsky & Wagner, 2005). En forskningsgren har kunnat urskiljas som betraktar beslutsfattande inom barnavården som en del av en större kontext och där beslutsfattandet, utöver individuella faktorer hos beslutsfattaren, även

påverkas av ärendets karaktär, externa faktorer och organisatoriska aspekter (Baumann et al., 2011; Fluke et al., 2013; Damman et al., 2020). Och systematiska översikter av studier gällande beslutsfattande inom barnavården har kunnat påvisa att kommunala skillnader i bedömningar och beslut kan hänföras till lokala organisatoriska skillnader snarare än skillnader som kan kopplas till den enskilde socialarbetaren (Lauritzen, Vis & Fossum, 2018). Till exempel när organisationen inför begränsningar på insatser (Font, 2015), hur väl arbetsgruppen praktiserar läroprocesser (Nouwen, 2012) och graden av samverkan med andra institutioner (Platt & Turney, 2014; Font 2015). Norska studier har också kunnat visa att rutiner mellan enheter varierar stort som en konsekvens av skilda tolkningar av lagstiftningen vilket ger upphov till skilda bedömningar och beslut (Lauritzen et al., 2019).

Äldre svenska studier förklarar skillnader i både beslut och val av insatser med socialsekreterarnas normativa uppfattningar (Sundell & Karlsson, 1999; Begler & Wånell, 1990; Brunnberg, 1993). Uppfattningarna innefattar bland annat socialsekreterarnas föreställningar om släktens och vänners förmåga att stödja barnen (Sundell & Karlsson, 1999), socialsekreterarnas tilltro till individers förmåga att själva lösa problem (Begler & Wånell, 1990) samt utvecklingen av lokala socialtjänstkulturer som har en stark påverkan på hur ärenden hanteras och vilka beslut som fattas (Brunnberg, 1993). Påverkan av normativa föreställningar på beslut är ett genomgående tema även i internationell forskning, där beslut inom barnavården ofta kan spåras till grundläggande ställningstaganden om vad socialt arbete bör vara, variationer i attityder till insatser, konflikter kring riskbedömningsmetoder och epistemologiska motsättningar om barns utsatthet (Kedell, 2014). Till exempel visar Oliver (2001) på stora lokala variationer i förekomsten av barn i dygnsvård, där höga siffror kan kopplas till en organisationskultur präglad av en interventionistisk inställning till arbetet med familjer och en rädsla för skandaler. Här bör noteras att situationen för socialsekreterare kan framstå som mer extrem i England jämfört med Sverige, eftersom de riskerar att pekas ut i massmedia för begångna misstag. Även forskning som publicerats mer nyligen visar hur socialsekreterares känslighet inför risk skiljer sig och hur detta påverkar deras bedömning av barns situation och föräldrars bakgrund, vilket i sin tur leder till varierande beslut (Kedell & Hyslop, 2018).

3.4. Kommunala skillnader - ett resultat av kombinationen efterfrågan och utbud

Som nämndes i inledningen av forskningsöversikten kan de ovan presenterade studierna i viss mån behandla både utbuds- och efterfrågesidan. Uppdelning möjliggör en konceptualisering där skillnader i utredningar och insatser inom barnavården kan ses som ett resultat av båda

dimensionerna (Bywaters et al., 2015; Morris et. al., 2018). Kommunala skillnader både i förekomst av barnavårdsutredningar och beslut om insatser påverkas av såväl efterfråge- som utbudsfaktorer på olika nivåer, från bostadsområde till kommun eller hela landet. Faktorer på efterfrågesidan interagerar med utbudssidan, och både uppfattningen att barn är i behov av stöd och skydd, samt kapaciteten hos samhällets tjänster, är avgörande för att barn ska bli föremål för en barnavårdsutredning och för att insatser ska beviljas.

4. Teori

Nedan presenteras uppsatsens teoretiska ramverk, vilket kommer att vägleda diskussionen av de empiriska resultaten. Först redogörs för nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Hasenfeld, 2010) och hur centrala begrepp inom denna idétradition används för att analysera resultaten. Därefter beskrivs Rawls (1971/1999) teori om rättvisa inklusive rättviseprincipernas relevans för barns välfärd. Det nyinstitutionella perspektivet ämnar bidra till en förståelse av barnavårdens organisatoriska kontext och de mekanismer som formar verksamheten. Rättviseprinciperna möjliggör samtidigt en kritisk granskning av barnavårdens organisation utifrån ett etiskt och moraliskt perspektiv.

4.1. *Människobehandlande organisationer och nyinstitutionell teori*

Människobehandlande organisationer (Human Service Organizations) (Hasenfeld, 2010) är ett teoretiskt begrepp inom samhällsvetenskaplig forskning som beskriver välfärdssektorns kärnverksamheter och har en väletablerad ställning inom den svenska barnavårdsforskningen (se Johansson, Dellgran & Höjer, 2015/2023). De människobehandlande organisationernas uppgift är att skydda, bibehålla eller förbättra det personliga välbefinnandet hos människor genom att definiera, förändra eller bevara deras egenskaper (Hasenfeld, 2010). Barnavården exemplifierar främst en verksamhet som avser att förändra (people-changing) barnen och deras familjers välfärd och för att uppnå detta krävs att problemen identifieras och sorteras till rätt instans (people-processing). Det går även att argumentera för att vissa insatser som till exempel kontaktperson eller stödboende, som inte har ett tydligt förändringsfokus, är praktiker som har en bibehållande (people-sustaining) karaktär. Begreppet *people processing* blir särskilt användbart i relation till uppsatsens empiri som utgörs av barn och ungdomar, vilka efter en aktualiseringsfas sorterats vidare till en utredningsfas. I denna sorteringsprocess är interaktionen mellan socialsekreterare och individerna central, där dynamiken i mötet ger utrymme för skönsmässiga bedömningar (diskretion) (jfr. Lipskys 1980). En betydande del av

socialsekreterarnas arbete går ut på att bedöma risker och hantera osäkerheter (jfr. Munro, 2019). Inslagen av osäkerhet innebär svårigheter att standardisera arbetet och barnavårdsenheterna behöver förlita sig på socialsekreterarnas professionella omdöme. Även om uppsatsens empiri, som består av kvantitativa data, inte fångar de interpersonella mötena mellan socialsekreterare och klienter, är det viktigt att beakta denna kunskap i diskussionen för att erkänna komplexiteten i det arbete som utförs.

I min analys kommer jag även, i enlighet med nyinstitutionell teori, att betrakta de kommunala barnavårdsenheterna som öppna system som verkar inom organisatoriska fält bestående av andra organisationer med liknande egenskaper (jfr. DiMaggio & Powell, s. 145). Inom barnavårdens organisatoriska fält kan exempelvis barn- och ungdomspsykiatri, medicinsk sjukvård och skola inkluderas, då samtliga organisationer arbetar med barns hälsa och utveckling. Organisationer inom ett fält måste förhålla sig till rådande normer och värderingar, vilket leder till en homogenisering eller likriktning av fältet, en process som kan beskrivas som *isomorfism*. DiMaggio och Powell (1983, s. 147 ff.) identifierar tre mekanismer genom vilka institutionell isomorfisk förändring sker: 1) *Tvingande isomorfism*, som omfattar beslut, lagar och regler som alla organisationer inom fältet måste följa, 2) *Mimetisk isomorfism*, där organisationer som ett svar på osäkerhet, försöker efterlikna andra framgångsrika organisationer och 3) *Normativ isomorfism*, som uppstår genom professionell standardisering och utbildning, vilket gör att arbetsprocesserna blir allt mindre organisationsspecifika. Begreppet isomorfism kommer att användas i min analys för att förstå resultat som tyder på en likriktning mellan kommunerna. Begreppet kommer även att tillämpas för att förstå skillnaderna som ett uttryck för få eller svaga regler som de kommunala barnvårdsenheterna behöver förhålla sig till.

Man kan möjligen få intrycket att barnavårdsenheter i Sverige 2024 liknar varandra, men som Hasenfeld (2010, s. 101 f.) påpekar uppvisar människobehandlande organisationer en stor variation vid en närmare granskning, särskilt i fråga om tjänsternas mångfald och hur interaktionen med klienterna utformas. Detta hänger samman med att människobehandlande organisationer utför ett *moraliskt arbete*, där de hanterar människors mest intima livsområden, vilket gör det avgörande att arbetsmetoderna överensstämmer med rådande samhällsnormer och värderingar, som i stor utsträckning är lokalt kontextualiserade och institutionaliserade inom de kommunala barnvårdsenheterna. Att människobehandlande organisationers beroende av omgivningens legitimitet innebär en betydande utmaning i ett modernt och pluralistiskt samhälle med konkurrerande normer och det uppstår återkommande legitimitetskriser, som

inom barnavården till exempel kan manifesteras i kritik för antingen underlåtenhet att handla eller för alltför omfattande interventioner (jfr. Lundström et al., 2021).

Majoriteten av dem som arbetar inom barnavården är utbildade socionomer, men jämfört med andra människobehandlande professioner som till exempel läkare och sjuksköterskor, utgörs sociala arbetets professionsfält av en svagare kunskapsbas och en otydligare nomenklatur. (jfr. Dellgran, 2023). Barnavården skiljer sig från andra människobehandlande organisationer, som till exempel skolan och sjukvården, genom att den dagliga handläggningen av bedömningar och beslut i högre grad kräver juridiska tolkningar. Eftersom socialtjänstlagen är en ramlag, finns det ett betydande utrymme för flexibilitet både i hur lagen tolkas och i hur insatser genomförs. Denna flexibilitet bidrar till att socialtjänstens arbete kan anpassas till lokala förhållanden, men det skapar också en större variation i tillämpningen mellan olika kommuner (jfr. Lauritzen et al., 2019).

4.2. Jämlikhet och rättvisa

För att kunna problematisera kommunala skillnader gällande centrala aspekter inom barnavården utifrån ett rättviseperspektiv krävs en teoretisk ram som utforskar olika principer för rättvisa och hur de kan tillämpas i samhället, något som John Rawls (1921-2002) verk *En teori om rättvisa* (1971/1999) tillhandahåller. John Rawls teori har ingen framstående plats inom svenskt socialt arbete i allmänhet och inte inom svensk barnavårdsforskning i synnerhet. Trots detta bedömer jag teorin som väl anpassad för syftet med min uppsats. Teorin erbjuder en begreppslig tydlighet, koherens och filosofiska antaganden som är centrala för förståelsen av rättvisa, vilket gör den relevant inom socialt arbete (Joseph, 2020) och i Sverige har teorin använts inom närliggande forskningsfält för att problematisera geografiska hälsorelaterade ojämlikheter (se SOU 2016:55). Vidare har internationell barnvårdsforskning lyft fram Rawls teori som ett perspektiv för att problematisera ojämlikheter inom barnavården (Davidsson et al., 2017). Att Rawls (1999, s. 106) lägger fokus på de institutioner som utgör fundamentet för ett samhälle, vilket han benämner *samhällets grundstruktur*, gör teorin väl lämpad för mitt syfte att problematisera barnavården i egenskap av samhällsinstitution.

Rawls antagande är att vår uppfattning om rättvisa påverkas av vår sociala position. Han utmanar vår moraliska intuition genom att presentera ett tankeexperiment (1999, s. 143 ff) där vi ska föreställa oss att vi befinner oss bakom *okunnighetens slöja*. Från denna *ursprungsposition*, utan att känna till vår egen eller andras positioner i samhället samtidigt som vi känner till andra generella fakta, ska vi formulera principer för samhällets organisering. Om vi tillämpar detta perspektiv på barns välfärd och barnavårdens

organisering, givet att barns hälsa och välbefinnande värderas högt, framstår det som att ett samhälle med små skillnader i faktisk välfärd och tillgång till välfärdens insatser skulle föredras av de flesta. Enligt Rawls (1999, s. 32 f) kommer vi från ursprungspositionen att identifiera två grundläggande principer som ska styra hur samhällsinstitutioner är organiserade. Den första principen, *Principen om skäligt jämgoda möjligheter*, kräver jämlikhet vid tilldelningen av grundläggande rättigheter och skyldigheter. Rawls tar därmed fasta på det jämlikhetsideal som kan spåras tillbaka till antiken samt till frihetsrörelserna under den franska och amerikanska revolutionen på slutet av 1700-talet och som idag utgör en central del av dagens västliga demokratier. För den allmänna rösträttens genombrott och för välfärdssamhällets utbyggnad har jämlikhetsbegreppet varit grundläggande och strävan efter jämlikhet stadgas i Sveriges grundlagsstiftning (SFS 1974:152, 1 kap. 2 §, 9 §), i socialtjänstlagens målformulering (SFS 2001:453, 1 kap. 1 §) och i de etiska riktlinjerna för socialt arbete (Blennberger, 2017). På grund av de inneboende skillnader som konstituerar vår verklighet, både i form av människors medfödda egenskaper och de varierande roller vi antar i samhället (alla kan exempelvis inte vara socialarbetare), framstår ett fullständigt jämlikt samhälle som en utopi som definitionsmässigt inte kan realiseras (jfr. Stjernquist & Magnusson, 1988, s. 51 f). Olikheter är därmed ofrånkomliga, men när kan vi betrakta skillnaderna som legitima? Detta för oss till Rawls (1999, s. 75) andra princip, *Differensprincipen*, som stipulerar att sociala ojämlikheter i fråga om välstånd och auktoritet är rättvisa endast om de leder till kompenserande förmåner för de som är minst gynnade i samhället.

Rawls (1999, s. 257f) skriver att de två rättvisepinciperna kan användas för att utvärdera institutioner och fungera som vägledning för samhällsförändringarnas övergripande inriktning. Vid tillämpning av de två rättvisepinciperna på empirin i min uppsats tolkar jag *principen om jämgoda möjligheter* som att barn och ungdomar i liknande situationer, oavsett kommunal tillhörighet, har rätt till likvärdigt stöd från barnavården och i enlighet med *differensprincipen* är identifierade skillnaders legitimitet beroende av om de gynnar gruppen utsatta barn och ungdomar.

Medan nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Hasenfeld, 2010) ger oss en förståelse för de särskilda logiker som är nödvändiga för att förstå barnavården, erbjuder Rawls teorier analytiska verktyg för att problematisera skillnaderna utifrån rättviseperspektiv. Tillsammans utgör teorierna en god teoretisk ram för att förstå och problematisera kommunala

skillnader gällande barn och ungdomars bakgrundsförhållanden samt beslut om insatser inom barnavården.

5. Metod och material

5.1. Datamaterial

Uppsatsens datamaterial består av information från enkäter som gäller 2123 barn och ungdomar (0-20 år) som har varit föremål för utredning inom kommunerna: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby, som samtliga är anslutna till FoU-Nordväst. Enkäterna har utformats av en forskargrupp vid Stockholms universitet som är en del av forskningsprojektet "Barnets färd genom den sociala barnavården". Enkäterna omfattar 32 variabler med olika typer av skalnivåer och vissa variabler lämnar utrymme för respondenten att fylla i flera svarsalternativ. Det har även funnits en möjlighet att lämna övriga kommentarer gällande barnets och familjens situation samt de insatser som gjorts. I enkäten är variablerna sorterade under rubrikerna: *Bakgrund, Sysselsättning, Tidigare aktualisering, Aktualisering vid nuvarande utredning, Handläggning, Insatser, Problembilder och hjälpbehov*. Enkäterna distribuerades till kommunerna våren 2021 och ansvariga socialsekreterare gavs i uppdrag att svara på dem.

Eftersom barn, ungdomar och vårdnadshavare inte har haft möjlighet att lämna sitt uttryckliga samtycke till att delta i studien, är det avgörande att säkerställa ett starkt skydd för deras anonymitet och integritet. Samtliga deltagare är avidentifierade och alla analyser har genomförts på gruppnivå för att förhindra att enskilda barn eller familjer går att urskilja. Uppsatsen ingår i det större forskningsprogrammet *Barnets färd genom den sociala barnavården*, som har genomgått en formell etikprövning. För att leva upp till kraven på vetenskaplig kvalitet och trovärdighet kommer transparens att upprätthållas i hur variabler definierats, bearbetats och analyserats.

5.2. Databearbetning

Det slutliga datamaterialet för denna studie omfattar 2 123 individer i åldern 0-20 år. Alla variabler har bearbetats i Stata version 17 och majoriteten har kodats om till binära värden. Tabell 1 nedan ger en beskrivning av samtliga variabler, inklusive noteringar om särskilda avvägningar vid bearbetningen.

Tabell 1. Beskrivning av variabler och databearbetning

Variabel	Kategorier	Definitioner och särskilda avvägningar vid bearbetning
Ålder	0-12 år, 13-20 år	Myndiga personer (18-20 år) inkluderades eftersom kommunerna beviljar insatser upp till 20 års ålder. Totalt 169 personer, eller ca 8 procent, är mellan 18-20 år.
Kön	Pojke, Flicka	Enkäterna gav även möjlighet att ange "annat" om personen inte identifierade sig som pojke eller flicka, vilket 5 personer gjorde. Dessa personer ingår inte i könsfördelningen men inkluderas i övriga variabler
Utländsk bakgrund	Svensk bakgrund, utländsk bakgrund	Utländsk bakgrund definieras som att minst en förälder är född utomlands.
Familjesituation	Samboende/annan boendesituation, ensamstående, placerad.	Respondenterna kunde specificera åtta kategorier (samboende/gifta, ensamstående far, ensamstående mor, växelvis boende, bor med moder och hennes partner, bor med fader och hans partner, placerad samt annat). Ensamstående och placerade barn, kopplade till riskfaktorer för barnavårdsinsatser och negativa framtida utfall (Franzen et al., 2008), har särskilts vid bearbetningen. Svar i kategorin "annat" har vid behov kodats om till mer lämpade kategorier.
Mors sysselsättning	Har sysselsättning, arbetslös/sjukskriven	Respondenterna kunde specificera moderns sysselsättningsgrad detaljerat. Viktigt för uppsatsen är att identifiera arbetslöshet eller sjukskrivning, som är associerat med ökad utsatthet för barnet (Franzen et al., 2008). Kategorin "Har sysselsättning" inkluderar en bredd av livsomständigheter som deltidstudier, deltidarbete och heltidsarbete. Noterbart är att 385 respondenter (ca 24 procent) angav "vet ej" som svar.
Fars sysselsättning	Har sysselsättning, arbetslös/sjukskriven	Variabeln har bearbetats på samma sätt som variabeln "Mors sysselsättning". Här angav 741 individer (ca 35 procent) "vet ej".
Aktualisering	Anmälan. Ansökan	Anger om utredningen inleddes på grund av en anmälan eller en egen ansökan om stöd.
Anmälare	Anmälningsskyldig, Allmänhet	Anger fördelningen mellan anmälningsskyldiga och allmänhet för de individer som aktualiserats genom en anmälan
Huvudsakliga föräldraproblem	Ja, Nej	Föräldraproblem inkluderar våld mot barnet eller närstående, missbruk, fysisk och psykisk ohälsa hos föräldern, brister i omsorgen, relationskonflikter mm.
Huvudsakliga barnproblem	Ja, Nej	Barnproblem inkluderar beteendeproblem, skolproblem, missbruk och psykisk ohälsa hos barnet/den unge mm.
Huvudsakliga övriga problem	Ja, Nej	Kategorin övriga problematik innehåller långvarig ekonomisk problematik, bostadsproblem och annat.
Insats	Ja, Nej	Anger om utredningen ledde till ett beslut om insats (öppenvård eller dygnsvård) eller inte.
Typ av vård	Öppenvård, Dygnsvård	Variabeln är uppdelad i "öppenvård" och "dygnsvård" och anger fördelningen av vårdtyper för de 711 individer som beviljades en insats.

5.3. Analysmetoder och metodologiska överväganden

För att undersöka kommunala skillnader gällande barn och ungdomars bakgrundsförhållanden har varje variabel samkörts med kommuner i korstabeller, där chi-2 testet har använts. Chi-2

testet är det statistiska test som är relevant vid undersökning av sambandet mellan två kategoriska variabler (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2018). Resultaten av chi-2 testet, som jämför faktiska och förväntade frekvenser för varje kategori av variabeln, presenteras genom ett p-värde. Denna statistik indikerar sannolikheten för att observerade skillnader mellan kommunerna är slumpmässiga. En allmän praxis är att sannolikheten för att slumpen åstadkommer en viss fördelning inte bör överstiga 5 procent. Resultaten från de analyserade korstabellerna i Stata version 17 har överförts till Microsoft Excel och presenteras i två tabeller.

För att undersöka om kommuntillhörighet har någon inverkan på beslut om insatser har regressionsanalyser genomförts. Vid regression med en binär/dikotom variabel, där händelser antingen inträffar eller inte, som i denna uppsats där beslut om insats för ett barn har beviljats eller inte och om insatsen är dygnsvård eller öppenvård, tillämpas ofta binär logistisk regression, även känd som logistisk regression, vilket också är den valda modellen för denna analys. Resultaten från regressionen presenteras i form av oddskvoter (OR). Oddsens representerar förhållandet mellan sannolikheten för att en viss händelse inträffar jämfört med sannolikheten för att den inte inträffar. Oddskvoten (OR) indikerar graden av förändring och riktningen av sambandet mellan en oberoende och en beroende variabel (Orme & Combs-Orme, 2009).

Två logistiska regressionsanalyser kommer att presenteras i uppsatsens andra del. Nedan följer en redovisning av de specifika överväganden som gjorts gällande presentationen av signifikansnivåer och det slutliga analytiska urvalet.

Efter justering för internt bortfall inkluderades totalt 1011 individer i regressionsanalysen som undersöker sambandet mellan kommuner och beslutet om insats (ja/nej) (tabell 4). Även om antalet individer är tillräckligt högt för att genomföra logistisk regressionsanalys, innebär det en betydande reduktion från det totala antalet deltagare i studien ($n=2123$). Särskilt högt bortfall har observerats i variablerna utländsk bakgrund och faderns sysselsättning, som fungerar som kontrollvariabler. Därmed krävs en avvägning mellan att antingen exkludera dessa variabler för att öka antalet individer i analysen eller att behålla dem, med ett något mindre analytiskt urval.

Flera regressionsmodeller, både med och utan variablerna utländsk bakgrund och faderns sysselsättning, har testats för att undersöka om resultaten skiljer sig avsevärt (se bilaga 1). Eftersom resultaten visade liknande oddskvoter och signifikansnivåer, föll valet på att

inkludera samtliga variabler från den första delen av resultatavsnittet. På så sätt bibehålls en röd tråd i uppsatsens presentation, där variablerna som i resultatdelens första del är benämnda som "bakgrundsförhållanden", används som kontrollvariabler i regressionerna.

Efter justering för internt bortfall inkluderades totalt 415 individer i den andra analysen som undersöker sambandet mellan kommun och beslut att bevilja dygnsvård (tabell 5). Liknande överväganden som i den föregående analysen har gjorts, eftersom variablerna utländsk bakgrund och faderns sysselsättning har högt bortfall. Flera modeller testades (se bilaga 2). När både utländsk bakgrund och faderns sysselsättning inkluderades, orsakades problem med bortfall av kategorin "ensamstående förälder". Därmed föll valet på att använda ett analytiskt urval som exkluderade faderns sysselsättning men behöll utländsk bakgrund. För denna analys har jag valt att även presentera resultat med 10-procents signifikansnivå. Beslutet grundas på att ett mindre urval kan leda till att samband missas om den striktare 5-procentsnivån tillämpas. Genom detta medvetna avsteg från forskningspraxis (jfr. Gigerenzer, 2004) fångas potentiella samband av praktisk relevans. För att öka transparensen har jag tydliggjort avsteget både i tabellen och resultatbeskrivningen.

Variabeln "Anmälare" kommer inte att ingå i modellerna då den överlappar med variabeln "Aktualisering" och därmed kommer att uteslutas av de logistiska regressionsmodellerna om båda används samtidigt.

6. Kommunerna i FOU-Nordväst

Kommunerna är belägna i nordvästra Stockholms län och inkluderar Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands Bro och Upplands Väsby. Ekerö är den minsta kommunen med 29 123 invånare, medan Järfälla är den största med 85 460 invånare. Ekerö, Sigtuna, Sundbyberg, Upplands Bro och Upplands Väsby har befolkningsstorlekar mellan 29 000 och 60 000 invånare, medan Järfälla, Sollentuna och Solna har mellan 70 000 och 90 000 invånare (tabell 2)

Medelåldern varierar också mellan kommunerna, där Upplands-Bro har den lägsta medelåldern på 38 år och Ekerö den högsta medelåldern på 40,5 år. När det gäller medellönen visar Sigtuna den lägsta med 30 350 kr och Ekerö den högsta med 42 000 kr (tabell 2)

En viktig måttstock som används av Socialstyrelsen i deras öppna jämförelser är den socioekonomiska nyckeln. Den socioekonomiska nyckel baseras på invånarnas arbetsmarknadsanknytning och inkomst, vilka i sin tur relaterar till förekomsten av ekonomiskt bistånd. Nyckeln kan således tolkas som en indikation på behovet av ekonomiskt bistånd i en kommun eller stadsdel jämfört med andra (Socialstyrelsen, 2022b)

Ekerö sticker ut genom att vara placerad i kategori 1 enligt den socioekonomiska nyckeln. Sollentuna och Solna tillhör kategori 3, medan Järfälla och Sundbyberg tillhör kategori 5. Upplands Bro och Upplands Väsby tillhör kategori 6 och Sigtuna tillhör kategori 7 (tabell 2).

Tabell 2. Kommunerna i FOU-nordväst

	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands Bro	Upplands Väsby
Befolkningsmängd	29123	85460	51876	76237	85450	54070	31853	49262
Medelålder (år)	40,5	39,1	38,3	39,6	39,4	38,1	38	39,5
Födda utomlands (%)	14,2	34,7	37,5	28,5	33,7	32,9	32,4	34,2
Boendes i tätort (%)	82,7	99,8	88,7	99,9	100	100	92,6	98,5
Medellön (kr/månad)	42000	31292	30350	41875	37058	35417	31542	32175
Arbetande (%)	83,7	79,8	79,2	82,3	80,9	82,7	81,6	81,3
Skattesats (%)	31,60	31,62	32,38	30,50	29,75	31,63	31,78	31,80
Socioekonomisk fördelningsnyckel ^a	1	5	7	3	3	5	6	6

^aDen socioekonomiska sorteringsnyckeln har tagits fram från Statistiska centralbyråns, (SCB) register. Nyckeln är primärt ett mått på kommuners relativa socioekonomiska status och mäter avståndet till den kommun som har högst socioekonomisk status. De framräknade värdena har rangordnats och delats in i åtta grupper (1–8), där grupp 1 indikerar relativt låg risk och grupp 8 indikerar relativt hög risk för behov av ekonomiskt bistånd, jämfört med kommuner i stort.

7. Resultat

Resultatavsnittet är indelat i två delar. I den första delen presenteras empiriska resultat med två tabeller som innehåller beskrivande statistik som knyter an till uppsatsens första forskningsfråga: *På vilket sätt varierar barn och ungdomars bakgrundsförhållanden mellan olika kommuner?* Statistiken i avsnittet redogör för hela populationen samt varje individuell kommun, uttryckt i procentandelar (%). Då interna bortfall varierar mellan variablerna redovisas urvalet (totalt) för varje specifik variabel för ökad transparent redovisning. Den andra delen ger en översikt av de genomförda logistiska regressionsanalyserna och presenterar de signifikanta resultaten som framkommit och knyter an till uppsatsens andra forskningsfråga: *Med kontroll för barn och ungdomars bakgrundsförhållanden, kvarstår kommunala skillnader i beslut om insats och i typ av vård (öppenvård eller dygnsvård)?*

7.1. På vilket sätt varierar barn och ungdomars bakgrundsförhållanden mellan olika kommuner?

Åldersfördelningen är uppdelad i två kategorier, 0-12 år och 13-20 år. En något högre andel barn tillhör åldersgruppen 0-12 år. Det är värt att notera att denna åldersgrupp sträcker sig över en längre tidsperiod, nämligen 12 år, jämfört med gruppen 12-20 åringar, som omfattar 8 år. I samtliga kommuner, med undantag för Sigtuna, återfinns en större representation av barn i den yngre åldersgruppen (tabell 3).

Beslut att inleda utredning är relativt jämnt fördelat mellan pojkar och flickor. Detta resultat överensstämmer väl med könsfördelningen som Socialstyrelsen (2022a) kom fram till i sin kartläggning gällande anmälningar som lett till utredning i hela Sverige under 2021. De kommunala skillnaderna avseende könsfördelning är relativt små. Sollentuna sticker ut som den enda kommunen med fler flickor än pojkar, medan Upplands Bro och Upplands Väsby har något högre andel pojkar än övriga kommuner (tabell 3).

En majoritet av barnen har en utländsk bakgrund, vilket innebär att minst en förälder är född i ett annat land än Sverige. Variabeln visar en betydande variation mellan kommunerna, där samtliga kommuner utom Ekerö och Järfälla har en högre andel barn med utländsk bakgrund än barn där båda föräldrarna är födda i Sverige. Den kommun som har flest barn med utländsk bakgrund är Sollentuna medan den med lägst andel är Ekerö (tabell 3). Dock viktigt att notera att denna variabel har ett relativt högt bortfall. Detta bortfall är intressant i sig då det kan tyda på att socialsekreterarna inom ramen för pågående barnavårdsutredning (samt en ofta tidigare kunskap om barnen) i en relativt hög andel av utredningarna inte bedömer att föräldrarnas härkomst är av betydelse för att förstå barnets behov.

När det gäller barnens familjesituationer, visar fördelningen inom hela urvalet (totalt=1976) att 29 procent bor med en ensamstående förälder, medan 64 procent befinner sig i andra familjesituationer än ensamstående och 7 procent av barnen är redan placerade i dygnsvård. Sundbyberg har den högsta andelen ensamstående föräldrar, medan Solna och Upplands Bro uppvisar lägst andel ensamstående i relation till övriga familjetyper. Det ska noteras att Upplands Bro även har högst andel placerade barn, vilket gör att andelen ensamstående minskar relativt sett. Utöver Upplands Bro har även Järfälla och Sigtuna en relativt hög andel barn som redan placerats i dygnsvård. Ekerö och Solna avviker från de övriga kommunerna genom att ha högre andelar barn som bor i en annan familjesituation än ensamstående (se tabell 3).

Andelen arbetslösa eller sjukskrivna mödrar uppgår till 18 procent av det totala antalet 1603. Sigtuna har den högsta andelen i denna kategori, medan Ekerö har den lägsta (tabell 3). Andelen arbetslösa eller sjukskrivna fäder utgör 9 procent av det totala antalet 1380. Skillnaderna mellan kommunerna är förhållandevis små. Upplands Väsby utmärker sig som den kommunen med den lägsta andelen arbetslösa eller sjukskrivna fäder, medan Sollentuna har den högsta andelen. (tabell 3).

Ungefär hälften av barnen har genomgått åtminstone en tidigare barnavårdsutredning. Det är noterbart att i Upplands Bro har en betydande majoritet, nämligen 63 procent av barnen, tidigare genomgått en barnavårdsutredning inom kommunen. I Sigtuna, den kommunen med den lägsta andelen tidigare utredda barn, är andelen 34 procent (se tabell 3).

För att sammanfatta de väsentliga kommunala skillnaderna som framkommer:

Åldersfördelningen visar en större andel barn i åldersgruppen 0-12 år i de flesta kommuner, med undantag för Sigtuna. Könsfördelningen är relativt jämn mellan pojkar och flickor, med små skillnader mellan kommunerna. Barn med utländsk bakgrund utgör majoriteten i de flesta kommuner, med betydande variationer, där Ekerö sticker ut med en betydligt lägre andel. Familjesituationer visar att andelen ensamstående föräldrar varierar, med vissa kommuner som har betydligt högre andel ensamstående i relation till andra familjetyper än andra kommuner. Det finns också betydande variationer avseende barn som redan är placerade i dygnsvård. Skillnaderna i andelen arbetslösa eller sjukskrivna föräldrar är tydligast bland mödrar, där vissa kommuner har högre andel än andra, medan skillnaderna bland fäder är mindre. Andelen barn som tidigare genomgått en barnavårdsutredning varierar i hög grad mellan kommunerna.

Tabell 3. Kommunal variation gällande ålder, kön, etnicitet, familjesituation, föräldrars sysselsättning, tidigare utredd.

	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands Bro	Upplands Väsby	Totalt
Åldersfördelning (n)***	137	465	293	195	238	388	246	157	2119
0-12 år (%)	54	69	48	64	58	61	54	52	59
12-20 år (%)	46	31	52	36	42	39	46	48	41
Kön (n)	132	457	293	195	236	389	245	157	2104
Flickor (%)	50	49	47	53	45	43	41	42	46
Pojkar (%)	50	51	53	47	55	57	59	58	54
Utländsk bakgrund (n)***	111	378	139	152	156	254	205	101	1496
Ja (%)	24	29	59	77	59	68	62	57	63
Nej (%)	76	71	41	23	41	32	38	43	37
Familjesituation (n)***	135	453	219	191	235	372	227	149	1981
Samboende/annan%	72	61	63	65	76	61	65	61	64
Ensamstående (%)	24	28	26	30	22	37	22	34	29
Placerad (%)	4	11	11	5	2	2	13	5	7
Mor sysselsättning (n)***	111	341	142	160	206	326	205	112	1603
Sysselsättning (%)	95	82	71	81	88	83	79	79	82
Arbetslös/sjuk (%)	5	18	29	19	12	17	21	21	18
Far sysselsättning (n)	109	294	105	150	190	258	183	91	1380
Sysselsättning	93	91	89	86	92	89	92	93	91
Arbetslös/sjuk	7	9	11	14	8	11	8	7	9
Tidigare utredd (n)***	137	459	293	194	238	385	245	158	2109
Ja (%)	46	52	34	55	45	49	63	41	48
Nej (%)	54	48	66	45	55	51	37	59	52

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001. Signifikansnivåer markerade med stjärnor baseras på chi-2 test.

I samtliga kommuner kan vi observera att en klar majoritet av barnen har blivit aktuella för barnavårdsutredningar genom orosanmälan. Kommunala skillnader förekommer även i detta avseende. I Sigtuna, Ekerö och Upplands Bro är förekomsten av aktualisering genom egen ansökan högst. Andelen barn som aktualiserats genom egen ansökan är betydligt lägre i Solna och Sundbyberg (tabell 4).

Kategorin anmälare skiljer på *anmälningsskyldiga*, det vill säga anmälare som enligt lag är skyldiga att göra en orosanmälan när de har kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, eller som *allmänhet* som lämnat en orosanmälan i egenskap av icke-yrkesmässig anmälare. Av de barn som har blivit föremål för orosanmälningar kommer en klar majoritet av anmälningarna från anmälningsskyldiga. Det förekommer kommunala variationer. Till exempel särskiljer sig Ekerö, där vi noterar att en relativt hög andel på 16 procent av anmälningarna kommer från allmänheten. Även i Solna och Sundbyberg finns något högre andelar av kategorin allmänhet som är ansvariga för orosanmälningar. Medan Järfälla och Sollentuna har de lägsta andelarna av allmänhet som anmälare (tabell 4).

Socialekreterarna har vid avslutet av utredningen klassificerat problematiken i tre kategorier: föräldraproblem, barnproblem och övriga problem, vilket utgör grunden för bedömningen som besluten vilar på. Det är viktigt att notera att kategorierna inte är ömsesidigt uteslutande; det är möjligt att ett individ kan befinna sig i en eller flera kategorier samtidigt. Dessutom

inkluderar varje huvudkategori underkategorier och även dessa är öppna för överlappning. Inom kategorin föräldraproblem hör bland annat olika former av våld mot barnet, föräldrarnas missbruk och ohälsa samt brister i omsorgen. Inom kategorin barnproblem inkluderas till exempel olika former av beteendeproblem, skolproblem, missbruk, psykisk ohälsa, med mera. Kategorin övrig problematik innehåller endast tre underkategorier; långvarig ekonomisk problematik, bostadsproblem eller annat.

Med beaktande av ovanstående kategorier av problematik är det rimligt att förvänta sig en korrelation mellan förekomsten av föräldraproblem och andelen mindre barn som är aktuella för utredning. En hög andel mindre barn som är föremål för utredning skulle sannolikt återspegla en ökad frekvens av föräldraproblem. På samma sätt kan en hög andel ungdomar förväntas korrelera med en ökad andel barnproblem, som till exempel beteendeproblem, skolrelaterade problem, missbruk och psykisk ohälsa hos barnet.

För samtliga barn (totalt=2120) gäller att 72 procent hamnar i kategorin föräldraproblem, 43 procent i kategorin barnproblem och 16 procent i övriga problem. Ekerö och Sollentuna utmärker sig med den högsta andelen föräldraproblem. När det gäller barnproblem framträder även i detta fall Ekerö. Sigtuna sticker ut med den högsta andelen övriga problem, där 35 procent av de utredda individerna uppges ha problem som inte kategoriseras som varken föräldra- eller barnrelaterade, följt av Sollentuna och Järfälla. Vid en närmare granskning av respondenternas svar framkommer att nästan samtliga av dessa individer är ensamkommande/asylsökande. Lägst andel övriga problem noteras i Ekerö (tabell 4).

En minoritet av utredningarna avslutas med en beviljad insats, avseende den kommunala variationen kan vi notera att Solna och Sundbyberg har relativt låga andelar av utredningar som resulterar i beviljade insatser efter avslutad utredning, med 25 procent respektive 22 procent. Dessa siffror står i kontrast till Ekerö, där den högsta andelen beviljade insatser förekommer, nämligen 55 procent. Av de barn och ungdomar som beviljades en insats efter avslutad utredning (totalt 711 individer) fick en övervägande del, 81 procent, öppenvårdsinsatser.

En mindre andel, 9 procent, placerades i dygnsvård, vilket inkluderar HVB-hem, familjehem, jourhem och stödboende. Det finns tydliga skillnader mellan kommunerna när det gäller andelen dygnsvårdsinsatser. Upplands Bro har den högsta andelen barn i dygnsvård och Ekerö samt Sigtuna har relativt höga andelar. I kontrast har Solna och Upplands Väsby de lägsta andelarna.

Sammanfattningsvis sker aktualiseringar i alla kommuner främst genom orosanmälningar, men andelen som sker genom egen ansökan varierar stort, från 5 till 18 procent. Anmälningsskyldiga står för majoriteten av anmälningarna i samtliga kommuner. Skillnaderna i andelen anmälningar som kommer från allmänheten varierar mellan 7 och 16 procent. De huvudsakliga problemen varierar något mellan kommunerna, men "övriga problem" är genomgående minst förekommande och domineras främst av asylsökande, snarare än av långvarig ekonomiska problem eller bostadsproblem. Gemensamt för kommunerna är att få utredningar leder till insatser, men andelen beviljade insatser varierar påtagligt, mellan 22 och 55 procent. För barn som beviljades en insats efter avslutad utredning får de flesta öppenvårdsinsatser, medan en mindre andel placeras i dygnsvård. Andelen barn och unga vars utredningar avslutas med ett beslut om dygnsvårdsinsats varierar också tydligt mellan kommunerna.

Tabell 4. Kommunal variation gällande aktualisering, anmälare, huvudsakliga problem, beslut om insats och typ av vård.

	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands Bro	Upplands Väsby	Totalt
Aktualisering (n)***	137	466	293	195	239	385	245	158	2113
Anmälan (%)	82	88	81	91	95	94	84	86	88
Egen ansökan (%)	18	12	19	9	5	6	16	14	12
Anmälare (n)*	111	408	238	176	223	347	205	124	1832
Anmälningsskyldig (%)	84	92	92	93	87	88	89	85	90
Allmänhet (%)	16	8	8	7	13	12	11	10	10
Huvudsakliga problem (n)	137	464	293	194	239	388	246	158	2120
Föräldraproblem (%)***	82	74	60	84	72	71	76	61	72
Barnproblem (%)***	53	39	35	51	38	37	58	54	43
Övrig problematik (%)***	8	14	35	18	12	12	11	9	16
Beslut om insats (n)***	137	463	293	195	238	385	246	153	2110
Ja (%)	55	33	38	40	25	22	41	31	34
Nej (%)	45	67	62	60	75	78	59	69	66
Vilken typ av vård (n)***	75	151	111	78	60	86	102	48	711
Öppenvård (%)	79	75	79	87	95	90	66	94	81
Dygnsvård (%)	21	25	21	13	5	10	34	6	9

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001. Signifikansnivåer markerade med stjärnor baseras på chi-2 test.

7.2. Med kontroll för barn och ungdomars bakgrundsförhållanden, kvarstår kommunala skillnader i beslut om insats och i typ av vård (öppenvård eller dygnsvård)?

I Tabell 4 presenteras resultaten från enkel och multipel logistisk regressionsanalys, vilka belyser sambandet mellan kommunerna och beslutet om insats. Järfälla fungerar som referenskommun i analyserna. Tabellerna redovisar oddskvoter (OR) och deras tillhörande konfidensintervall (CI). Resultaten från de logistiska regressionsanalyserna i tabell 4 indikerar om det finns ett samband mellan kommunerna och sannolikheten för att *Beslut om insats* ska ha värdet 1 (Ja).

Modell 1 presenterar resultaten från den enkla logistiska regressionsanalysen, medan Modell 2 visar resultaten från den multipla logistiska regressionsanalysen. I Modell 2 redogörs för hur oddskvoterna förändras när sambanden kontrolleras för bakgrundsvariablerna. De inkluderade bakgrundsvariablerna är: ålder, kön, utländsk bakgrund, familjesituation, moderns sysselsättning, faderns sysselsättning, tidigare utredd, aktualisering, huvudsaklig problematik förälder, huvudsaklig problematik barn och huvudsaklig problematik annan. Skattningarna för bakgrundsvariablerna redovisas inte, då dessa inte är av primärt intresse för undersökningen.

Signifikanta samband efter kontroll för bakgrundsvariabler observeras i Ekerö, Sigtuna och Sollentuna. I samtliga dessa kommuner visar resultaten högre odds för att beviljas en insats jämfört med Järfälla. Ekerö har OR = 2,8, Sigtuna OR = 3,1 och Sollentuna OR = 1,9. För övriga kommuner etableras inga signifikanta samband, men det finns en tendens att sannolikheten för att beviljas en insats är lägre jämfört med Sollentuna.

Tabell 4. Enkel och multipel logistisk regressionsanalys av sambanden mellan kommun och beslut att bevilja insats, med Järfälla som referensgrupp. Tabellen presenterar oddskvoter (OR) och 95 % konfidensintervall (CI). *n* = 1011.

Variable	Modell 1			Modell 2		
	OR	95 % CI for OR		OR	95 % CI for OR	
		Lower	Upper		Lower	Upper
Ekerö	3,2***	3,2	5,3	2,8***	1,6	5,2
Sigtuna	3,0***	1,7	5,2	3,1***	1,7	5,6
Sollentuna	1,8**	1,1	2,9	1,9**	3,2	3,2
Solna	0,8	0,5	1,3	0,9	0,5	1,5
Sundbyberg	0,8	0,5	1,2	0,871	0,5	1,4
Upplands Bro	0,8	1,1	0,7	0,8	0,5	1,3
Upplands Väsby	0,9	0,5	1,7	0,7	0,4	1,5
Järfälla	(omitted)			(omitted)		
N	1011			1011		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Modell 1 Enkel logistisk regressionsanalys

Modell 2 Multipel logistisk regressionsanalys kontrollerat för ålder, kön, utländsk bakgrund, familjesituation, moderns sysselsättning, faderns sysselsättning, tidigare utredd, aktualisering, huvudsaklig problem förälder, huvudsaklig problematik barn och huvudsaklig problematik övrigt. Skattningen för bakgrundsvariablerna redovisas ej då dessa inte är av primärt intresse för undersökningen.

I Tabell 5 presenteras från enkel och multipel logistisk regressionsanalys, vilka belyser sambandet mellan kommunerna och typ av vård (öppenvård eller dygnsvård) för de som beviljats en insats. Järfälla fungerar som referenskommun i dessa analyser. Tabellerna redovisar oddskvoter (OR) och deras tillhörande konfidensintervall (CI). Resultaten från de

logistiska regressionsanalyserna i tabell 5 indikerar om det finns ett samband mellan kommunerna och sannolikheten för att *Vilken typ av vård* ska värdet 1 (Dygnsvård).

Signifikanta samband på fem procents signifikansnivå, efter kontroll för bakgrundsvariabler, visar att barn i Sollentuna har lägre odds för dygnsvård jämfört med öppenvård, med Järfälla som referens. Vid tio procents signifikansnivå framgår att barn i Sigtuna och Solna också har lägre odds för dygnsvård (OR=0,2 respektive OR=0,1), med Järfälla som referens. När resultat med tio procents signifikansnivå inkluderas visar analysen dessutom att barn som bor på Ekerö har högre odds för dygnsvård (OR=3,3), men det breda konfidensintervallet (CI=0,9–11,2) indikerar en hög grad av osäkerhet.

Tabell 5. Enkel och multipel logistisk regressionsanalys av sambanden mellan kommun och beslut att bevilja dygnsvård, med Järfälla som referensgrupp. Tabellen presenterar oddskvoter (OR) och 95 % konfidensintervall (CI). n = 415.

Variable	Modell 1			Modell 2		
	OR	95 % CI for OR		OR	95 % CI for OR	
		Lower	Upper		Lower	Upper
Ekerö	0,7	0,3	1,5	3,3 [†]	0,9	11,0
Sigtuna	0,3*	0,1	0,9	0,3 [†]	0,1	1,2
Sollentuna	0,2**	0,1	0,5	0,2*	0,0	0,8
Solna	0,1*	0,0	0,5	0,1 [†]	0,0	1,2
Sundbyberg	0,2*	0,1	0,7	0,5	0,1	1,8
Upplands Bro	1,2	0,4	1,6	0,6	0,2	1,9
Upplands Väsby	0,2*	0,1	1,0	0,2	0,0	2,9
Järfälla		(omitted)			(omitted)	
N		415			415	

† p < 0,1, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Modell 1 Enkel logistisk regressionsanalys

Modell 2 Multipel logistisk regressionsanalys kontrollerat för ålder, kön, utländsk bakgrund, familjesituation, moderns sysselsättning, tidigare utredd, aktualisering, huvudsaklig problematik förälder, huvudsaklig problematik barn och huvudsaklig problematik övrigt. Skattningen för bakgrundsvariablerna redovisas ej då dessa inte är av primärt intresse för undersökningen.

För att sammanfatta och besvara uppsatsens andra forskningsfråga om kommunala skillnader i beslut om insatser och typ av vård kvarstår efter kontroll för barn och ungdomars bakgrundsförhållanden: De logistiska regressionsmodellerna visar att barn och ungdomar i Ekerö, Sigtuna och Sollentuna har en högre sannolikhet att få en insats jämfört med barn i Järfälla, trots liknande bakgrundsförhållanden. När det gäller sannolikheten för dygnsvård jämfört med öppenvård, har barn och ungdomar i Sollentuna, Solna och Sigtuna en lägre

sannolikhet att placeras i dygnsvård än barn i Järfälla, även efter kontroll för bakgrundsfaktorer. Resultaten indikerar också att barn i Ekerö har en högre sannolikhet att placeras i dygnsvård jämfört med öppenvård, i förhållande till barn i Järfälla. Resultatet innebär dock inte nödvändigtvis att barn i kommuner med högre sannolikhet för dygnsvård faktiskt oftare placeras i sådan vård. Det kan också vara så att dessa kommuner är mer restriktiva med öppenvårdsinsatser, vilket i relativa termer ökar sannolikheten för dygnsvård.

8. Diskussion

Syftet med uppsatsen är att beskriva och analysera kommunala likheter och skillnader gällande bakgrundsförhållanden hos barn och ungdomar som är föremål för barnavårdsutredning samt att undersöka om det finns kommunala skillnader i beslut om insats. De huvudsakliga resultaten är:

- Andelen barn och ungdomar med utländsk bakgrund, ensamstående föräldrar samt arbetslösa eller sjukskrivna föräldrar varierar i hög grad mellan kommunerna. Det förekommer även kommunal variation i vad socialsekreterarna bedömer vara huvudsaklig problematik för de berörda individerna. Samtliga kommuner uppvisar däremot relativt låga andelar barn och ungdomar där socialsekreterare kategoriserat huvudsaklig problematik som fattigdom, trångboddhet eller andra faktorer som till exempel kan knytas till området.
- Det förekommer även betydande kommunala skillnader i processer som kan kopplas till klientsorteringen. Skillnader återfinns i andelen egna ansökningar, anmälningar från allmänheten, beslut om insats och beslut om dygnsvård. Gemensamt för samtliga kommuner är höga andelar av barn som tidigare varit föremål för barnavårdsutredning. Majoriteten av anmälningarna kommer från anmälningsskyldiga. Få utredningar leder till insatser och bland de barn som beviljas insatser efter avslutad utredning får de flesta öppenvårdsinsatser, medan en mindre andel placeras i dygnsvård.
- Kommunala skillnader i beslut om insats kvarstår även efter kontroll för bakgrundsförhållanden. Resultaten tyder också på att sannolikheten för att beviljas dygnsvård jämfört med öppenvård varierar mellan kommunerna med kontroll för bakgrundsförhållanden.

Kommunala skillnader i förekomst för utredning och i beslut om insatser inom barnavården kan ses som en kombination av faktorer som kan hänföras till individernas beteende och familjernas omständigheter samt områdets påverkan (efterfrågesidan) och tillgången, tillgängligheten, anpassningsförmågan och kvaliteten på utförandet av tjänsten (utbudssidan). På en bakomliggande nivå påverkas utbudet av en rad faktorer, som till exempel den underliggande lagstiftningen, ekonomiska resurser, finansieringsprocesser, formell organisation samt lokala organisatoriska kulturer och praktiker (Bywaters et al., 2015; Morris et al., 2018). Uppsatsens resultat kommer nu att diskuteras i kontexten av tidigare forskning som konceptualiserar skillnader som en kombination av efterfrågan och utbud, samt i relation till nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Hasenfeld, 2010) och Rawls (1971/1999) teori om rättvisa.

En första slutsats som kan dras från ovanstående resultat är att besluten om insatser och vårdtyper varierar mellan kommuner, vilket indikerar att barn och ungdomar i liknande situationer får olika beslut. Detta strider mot de jämlikhetsambitioner som kommer till uttryck i både svensk rätt och i Rawls (1971/1999) *princip om jämngoda möjligheter*. Den svenska barnavården är idag decentraliserad, differentierad och marknadsanpassad och variationer i tjänsternas utformning och omfattning kan ses som en återspeglning av det relativt stora utrymme som har lämnats åt de kommunala barnvårdsenheterna att utveckla sitt arbete utifrån lokala behov och prioriteringar. Nyligen publicerade svenska studier har påvisat en påfallande kommunal variation gällande vilka insatser som erbjuds, att insatserna ofta är utformade efter lokala behov och att de saknar vetenskapligt stöd (Bergström et al., 2023). I ljuset av nyinstitutionell teori kan skillnaderna förstås som uttryck för variationer i hur samhällsnormer och värderingar har institutionaliserats i kommunerna, exempelvis genom lokala policys, anpassningar till lokala förväntningar eller socialarbetares omformulering av normer genom diskretionära beslut (jfr. Hasenfeld, 2010).

Att kommunerna, genom principen om det kommunala självstyret, har en hög grad av självbestämmande kan ses som en motsats till den *tvingande isomorfism* som DiMaggio och Powell (1983) beskriver och som de identifierar som en kraftfull mekanism för att skapa likformighet mellan organisationer. De kommunala skillnaderna i beslut om insatser kan alltså förstås i en kontext där staten har få eller svaga styrmekanismer. Kommunalt självstyre stöds ofta av både ideologiska och ekonomiska argument samt instrumentella skäl. Problematik uppstår dock när lokala mål och prioriteringar avviker från de nationella målen om jämlikhet och goda levnadsförhållanden. Sådana målkonflikter har uppmärksammats internationellt där

förekomsten av barn i barnvården kan kopplas till minskande satsningar på barns välfärd i kommuner och att kommuner med ansträngd ekonomi tvingas prioritera placeringar framför preventiva åtgärder (Bilson & Munro, 2019; Doeblér, 2024; Hood, 2006).

För att ytterligare problematisera kommunala skillnader i beslut om insatser för barn och ungdomar kan Rawls (1971/1999) *differentieringsprincip* användas. Denna princip stipulerar att sociala ojämlikheter, som exempelvis skillnader i beslut om insatser, endast är rättfärdiga om de gynnar de mest missgynnade i samhället. De barn och unga som berörs av identifierade skillnader kommer ofta från resurssvaga och ekonomiskt utsatta miljöer (jfr. Lundström & Sallnäs, 2003, 2017) och tillhör därmed otvetydigt de grupper för vilka skillnadernas legitimitet är avhängig av om de faktiskt gynnar dem. Mitt syfte här är inte att slutgiltigt avgöra om förhållandena i den svenska välfärden är orättvisa eller inte, utan att belysa kommunala skillnader i centrala aspekter av barnvården ur ett moraliskt och etiskt perspektiv, vilket kan fungera som vägledning vid politiska beslut.

För det andra pekar resultaten på att kommunerna hanterar barn och ungdomar med skilda livsomständigheter vilket kan få implikationer för organisering och ställer krav på anpassning efter skilda lokala förutsättningar. Det empiriska materialet kan sägas utgöra en ögonblicksbild av barnvårdens klientsortering (people processing) där socialsekreterarna identifierar problem och sorterar klienterna till en insats med syftet att förändra barnen och ungdomarnas situation till det bättre (people changing). Individerna som utgör empirin har passerat aktualiseringsfasen och de identifierade skillnaderna behöver därför inte vara ett uttryck för skillnader i objektiva problemförekomster i kommunerna, utan också ett resultat av hur problem definieras, upptäcks och rapporteras (jfr. Coulton et al., 2007). Resultaten kan delvis förstås som speglingar av kommunernas varierande strukturella förhållanden. Till exempel kan kommuner med en låg andel utrikesfödda i befolkningen uppvisa en lägre andel barn med utländsk bakgrund som är föremål för utredning. Emellertid kan en låg andel barn med utländsk bakgrund i utredningar även observeras i kommuner med en relativt hög andel utrikesfödda i befolkningen och vice versa. Även om det finns strukturella skillnader, som framgår av tabell 1, ligger kommunerna nära varandra inom Storstockholm och delar liknande strukturella förutsättningar. Därför finns det anledning att anta att barnavårdsproblemen är relativt likartade i samtliga kommuner och att skillnaderna bör ses som komplex kombination av faktorer på efterfråge- och utbudssidan. Här bör vi samtidigt notera att analysen endast görs på kommunnivå, vilket innebär att områdesspecifika likheter och skillnader inom

kommunerna inte fångas in. Oavsett förklaringarna kan variation i bakgrundsförhållanden innebära skilda anpassningsbehov för de kommunala barnavårdsenheterna. Till exempel kan högre andelar individer med utländsk bakgrund leda till utmaningar i form av språkförbistringar och kulturella skillnader som kan skapa svårigheter för socialsekreterare i arbetet med att bedöma risker och motivera individer till stöd från barnavården (jfr. Bø, 2015). På liknande sätt kan skillnader i andelen ensamstående föräldrar samt arbetslösa eller sjukskrivna föräldrar eller förekomst av problembilder (föräldra- och barnproblem) få konsekvenser för interaktionen med barn och familjer och i förlängningen betydelse för den kommunala barnavårdens organisering.

För det tredje uppvisar samtliga kommuner en hög andel av barn och ungdomar som tidigare varit föremål för utredning. Denna företeelse, även kallad recidivism, har uppmärksamats i tidigare forskning (Stranz, Wiklund & Karlsson, 2016) och kan åtminstone delvis ses som en integrerad del av arbetet med att motivera individer till insatser som de själva inte efterfrågar. Samtidigt återspeglar recidivism barnavårdens oförmåga att, åtminstone på kort och medellång sikt, åtgärda barns utsatthet. Kommunala barnvårdsenheter står inför att hantera problem som är strukturella och systematiska snarare än individuella och slumpmässiga (Webb et al., 2020) och de insatser som ges på individnivå har ofta otillräcklig kapacitet att lösa de identifierade problemen (jfr. Hasenfeld, 2010). Det bör nämnas att även när det gäller andelen barn som tidigare har utretts i kommunen, förekommer kommunal variation och frågan som kvarstår är hur denna variation bör förstås. I vissa fall kan lägre andelar tidigare utredda barn förklaras av strukturella förhållanden i kommunen, som i fallet med Sigtuna, som fungerar som transitkommun för asylsökande. Eventuellt kan variationen också härledas till interna skillnader i rutiner för när en utredning ska inledas, vilket kan kopplas till den breda formuleringen av utredningsbestämmelserna som ger kommunerna utrymme för olika tolkningar (jfr. Lauritzen, 2019). Uppsatsens empiri erbjuder endast tentativa förklaringar och mer forskning behövs för att förstå skälen till att barn återkommande utreds.

För det fjärde förekommer en betydande variation i andelen aktualiseringar genom egna ansökningar, vilket väcker frågor om kommunala skillnader i legitimitet som respektive barnavårdsenhet åtnjuter i den lokala miljön. En hög andel egna ansökningar kan tolkas som ett större förtroende från allmänheten och att man i högre utsträckning ser barnavården som

en välfärdstjänst likt andra. Å andra sidan kan relativt låga andelar egna ansökningar vara uttryck för en rädsla och misstro till barnavårdens förmåga att ge stöd (jfr. Ben-Arieh, 2020) och kommuner med låga andelar ansökningar kan behöva reflektera över hur de arbetar med att få legitimitet från omgivningen.

För det femte uppfattas barn och ungdomars problem huvudsakligen inte bero på fattigdom trångboddhet eller andra omständigheter som till exempel området de bor i. Trots kunskapen om att barn som växer upp i fattiga familjer och områden i större utsträckning förekommer inom barnavården (Lundström & Sallnäs, 2003,2017; Coulton et al., 2007; Ben-Arieh, 2010; Lundström, 1999; Wiklund, 2006b, Bywaters et al., 2020; Morris et al., 2018) är den problemkategori som konsekvent rapporteras minst frekvent i samtliga kommuner "övrig problematik". Resultatet överensstämmer med internationell forskning som pekar på att familjers materiella förhållanden och lokalsamhällets resurser sällan beaktas vid beslut som rör barn (Morris et al., 2018). Ett sätt att förstå denna likriktning kommunerna emellan är genom en process av *mimetisk isomorfism* (Dimaggio & Powell, 1983), där kommunala barnvårdsenheter, i syfte att legitimera sin verksamhet, imiterar andra aktörer inom det organisatoriska fältet. Det sociala arbetets professionsfält, som präglas av en svagare kunskapsbas och en otydligare nomenklatur (jfr. Dellgran, 2023), tenderar att hämta individuella förklaringar från medicin och psykologi. Detta kan i sin tur bidra till att strukturella och socialpolitiska perspektiv ges mindre utrymme i bedömningar av barns utsatthet.

8.1. *Avslutande diskussion*

Stora skillnader inom välfärden har tidigare visat sig leda till ökade krav på transparens genom standardisering av arbetet (Drisko & Grady, 2019, Ponnert & Svensson, 2015). Men som Smith (2010, s. 264) skriver är det goda sociala arbetet i sin kärna komplext, nyansrikt och svårt att mäta. Procedurmässiga ansvarighetsmekanismer, som syftar till att förbättra praktiken och göra den transparent för allmänheten kan leda till oavsiktliga konsekvenser och styra praktiken mot aktiviteter som går att kvantifiera. Vilket leder till att socialsekreterare överbelastas administrativa uppgifter, att en manualbaserad praktik belönas och lämnar en kreativ, empatisk eller innovativ praktik utan erkännande. Nationella initiativ med målet att främja en rättvis och rättssäker barnavård över hela landet bör beakta detta och den statliga tillsynen bör i högre grad fokusera på verksamhetens innehåll snarare än att endast säkerställa att verksamheten strikt följer detaljerade regler som syftar till total standardisering (jfr.

Pålsson, 2020). Staten kan även genom förändrad lagstiftning leda mot en mer nationellt enhetlig barnvården och i sammanhanget kan en ny socialtjänstlag som i högre utsträckning fokuserar på kunskap eventuellt ge bättre förutsättningar för jämlikhet och rättvisa. Ett tredje sätt skapa en mer nationellt enhetlig barnvård är genom att staten använder ekonomiska incitament och styrmedel för att påverka de kommunala verksamheterna. En väg framåt är därför en fördelning av ekonomiska resurser, bidrag och skatteregler som påverkar kommunernas ekonomi och incitamenten att uppnå jämlikhet och rättvis fördelning.

Internationellt förs en kritisk diskussion om barnvårdens utformning leder till ett allt för extensivt utredande och att samhället individualiserar strukturella problem vilket tar fokus från breda satsningar på välfärden som gynnar de mest utsatta barnen (Bilson & Munro, 2019; Featherstone et al., 2018). Internationellt har man även kunnat påvisa en tydlig socioekonomisk gradient som kopplar områdets socioekonomiska utsatthet med en ökad risk för barn att omfattas av barnvårdens insatser (Bywaters et al., 2020; Morris et al., 2018). Även om mer forskning krävs har tidigare svenska studier kunnat påvisa liknande samband (Lundström, 1999; Wiklund, 2006b). Internationella studier har dessutom visat att både landets och kommunens inkomstjämlighet ytterligare förstärker sambanden (Eckenrode et al., 2014; Webb et al., 2020). I den välrenommerade vetenskapliga tidskriften *The Lancet* (The Lancet Regional Health-Europe, 2023) skriver redaktionen att Sveriges ökande ekonomiska ojämlikhet de senaste decennierna är oroande då det är ett väl etablerat faktum att ekonomisk ojämlikhet leder till en ökning av våld, brottslighet, fattigdom och hälsoskillnader.

Variationer i både tillgången till välfärdstjänster och i faktisk välfärd utgör tydliga avsteg från de grundläggande värdena av jämlikhet och universalitet som den svenska välfärdsmodellen vilar på. Ett annat värde som utgör grunden för den svenska demokratin är kommunalt självstyre. Den kritiska fråga som måste ställas är huruvida detta självbestämmande inom barnvårdsområdet ger förutsättningar för distributiv rättvisa?

Denna uppsats bygger vidare på den inriktning inom barnvårdsforskningen som anlägger ett organisatoriskt perspektiv och betraktar barnvården som en människobehandlande organisation. Uppsatsen introducerar även Rawls teori om rättvisa som en moralisk princip som kan vägleda reformarbetet för att förbättra barns välfärd. Uppsatsen har dock begränsningar, till exempel när det gäller detaljer om bakgrundsförhållanden som kan påverka resultaten i de logistiska regressionerna, som specifika aspekter av individernas problembilder. Den kvantitativa datan fångar dessutom inte de relationella aspekterna av besluten, inklusive rådande uppfattningar som kan påverka beslutsprocesserna. Dessa aspekter

kan utgöra uppslag för ny forskning, liksom vikten av att väga in strukturella variabler vid jämförelser, i likhet med tidigare svensk forskning (Lundström, 1999; Wiklund, 2006b), samt betydelsen av ekonomisk ojämlikhet för variationer (Bywaters et al., 2015; Eckenrode et al., 2014; Webb et al., 2020). I diskussionen har jag fört fram argument för att kritiskt granska om det kommunala självstyret inom barnavården främjar jämlikhet och distributiv rättvisa. Samtidigt kan det invändas att analysen är begränsad på grund av avsaknaden av väsentliga data om variationer i kommunala politiska prioriteringar, resursfördelningar och beslut. Även detta utgör ett område för vidare forskning, där studier om den svenska äldreomsorgen kan ge värdefull inspiration (se Trydegård & Thorslund, 2001, 2010).

Trots uppsatsens begränsningar bör den kunna bidra med underlag för diskussioner på både nationell policy-nivå och en mer praktisk nivå för kommunerna inom FoU-Nordväst, som kan använda resultaten som diskussionsunderlag för att förbättra den kommunala barnavården. Empirin som har använts är unik inom sitt område, både när det gäller antalet individer och den omfattande information som har samlats in om dem, vilket gör uppsatsen till en av de mest omfattande kommunala jämförelserna inom svensk barnavårdforskning som hittills har genomförts.

Avslutningsvis kan vi blicka mot framtiden och den nya socialtjänstlagen som träder i kraft nästa år. En av de huvudsakliga förändringarna syftar till att göra insatser mer lättillgängliga och att möjliggöra ingripanden i ett tidigare skede. Dessa förändringar innebär att kommunerna får ökad frihet att organisera sitt arbete och det är rimligt att anta att kommuner, beroende på resurstillgång och prioriteringar, kommer att anpassa sig till den nya lagstiftningen i olika takt och på olika sätt. Detta kan resultera i ännu större skillnader än de som redan observerats. Det finns därför goda skäl att följa upp utvecklingen, särskilt för att säkerställa en rättvis fördelning inom välfärdsstaten Sverige.

9. Referenser

Andersson, G., Sjöblom, Y., Höjer, I., & Sallnäs, M. (Red.). (2019). *När samhället träder in: Barn, föräldrar och social barnavård* (2 uppl.). Studentlitteratur AB.

Andersson, G., & Sallnäs, M. (2019). Social barnavård och barns utsatthet. I G. Andersson, Y. Sjöblom, I. Höjer, & M. Sallnäs (Red.), *När samhället träder in: Barn, föräldrar och social barnavård* (2. uppl., s. 25–40). Studentlitteratur.

Batty, G. D., Kivimäki, M., & Frank, P. (2022). State care in childhood and adult mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *The Lancet Public Health*, 7(6), e504-e514

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

Beck, U. (1992). *Risksamhället: På väg mot en annan modernitet*. Prisma.

Begler, A. M., & Wånell, S. E. (1990). *Omhändertagande av barn och ungdom*. Internrevisionen, Socialtjänsten i Stockholm.

Ben-Arieh, A. (2010). Localities, social services and child abuse: The role of community characteristics in social services allocation and child abuse reporting. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 536-543.

Bergmark, Å. (2001). Den lokala välfärdsstaten? Decentraliseringstrender under 1990-talet. I M. Szebehely (Red.), *SOU 2001:52. Valfärdstjänster i omvandling: Antologi från Kommittén välfärdsbokslut*. Fritzes.

Bergmark, Å., & Minas, R. (2007). Decentraliserad välfärd eller medborgerliga rättigheter? Om omfördelning av makt och ansvar mellan stat och kommun. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14(2–3).

Bergmark, Å., & Lundström, T. (2007). Unitarian ideals and professional diversity in social work practice—the case of Sweden: Socialt arbete: mellan homogena ideal och professionell splittring—exemplet Sverige. *European Journal of Social Work*, 10(1), 55-72.

Bergmark, Å., Lundström, T., Minas, R., & Wiklund, S. (2008). *Socialtjänsten i blickfånget: organisation, resurser och insatser: exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk*. Natur och kultur.

Bergmark, Å. (2023). Ekonomiskt bistånd – mellan nationell politik och lokalt självstyre. I S. Johansson, P. Dellgran, & S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (2. uppl., s. 146–164). Studentlitteratur AB.

Bergström, M., Sundell, K., Olsson, T., Leander, L., & Åström, T. (2023). Interventions in child welfare: A Swedish inventory. *Child & Family Social Work*, 28(1), 117–124.

Bilson, A., Featherstone, B., & Martin, K. (2017). How child protection's 'investigative turn' impacts on poor and deprived communities. *Family Law*, 47, 416-419.

Bilson, A., & Munro, E. H. (2019). Adoption and child protection trends for children aged under five in England: Increasing investigations and hidden separation of children from their parents. *Children and Youth Services Review*, 96, 204–211.

Bilson, A. (2022). Child protection investigations in Scotland: A 33 per cent increase in two years. *Child Abuse Review*, 31(2).

Bunting, L., McCartan, C., McGhee, J., Bywaters, P., Daniel, B., Featherstone, B., & Slater, T. (2018). Trends in child protection across the UK: A comparative analysis. *British Journal of Social Work*, 48(5), 1154–1175.

Blennberger, E. (2017). *Etik i socialt arbete: Etisk kod för socialarbetare*. Akademikerförbundet SSR.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.

Brunnberg, E. (1993). *Omhändertagen i onödan eller lämnad i sticket?: Om skillnader mellan Örebro, Linköping, Norrköping och Västerås när det gäller socialtjänstens insatser för barn och unga*. Högskolan i Örebro, Vårdhögskolan.

Brännström, L., Vinnerljung, B., Forsman, H., & Almquist, Y. B. (2017). Children placed in out-of-home care as midlife adults: Are they still disadvantaged or have they caught up with their peers? *Child Maltreatment*, 22(3), 205–214.

Bywaters, P. (2015). Inequalities in child welfare: Towards a new policy, research and action agenda. *British Journal of Social Work*, 45(1), 6–23.

Bywaters, P., Brady, G., Sparks, T., Bos, E., Bunting, L., Daniel, B., ... & Scourfield, J. (2015). Exploring inequities in child welfare and child protection services: Explaining the ‘inverse intervention law’. *Children and Youth Services Review*, 57, 98–105.

Bywaters, P., Brady, G., Sparks, T., & Bos, E. (2016). Inequalities in child welfare intervention rates: The intersection of deprivation and identity. *Child & Family Social Work*, 21(4), 452-463.

Bywaters, P., Brady, G., Bunting, L., Daniel, B., Featherstone, B., Jones, C. & Webb, C. (2018). Inequalities in English child protection practice under austerity: A universal challenge? *Child & Family Social Work*, 23(1), 53–61.

Bywaters, P., Scourfield, J., Jones, C., Sparks, T., Elliott, M., Hooper, J. & Daniel, B. (2020). Child welfare inequalities in the four nations of the UK. *Journal of Social Work*, 20(2), 193–215.

Bø, B. P. (2015). Social work in a multicultural society: New challenges and needs for competence. *International Social Work*, 58(4), 562-574.

Cocozza, M. (2007). *The parenting of society: A study of child protection in Sweden – from report to support* (Diss.). Linköpings universitet.

Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child abuse & neglect*, 31(11-12), 1117-1142.

Damman, J. L., Johnson-Motoyama, M., Wells, S. J., & Harrington, K. (2020). Factors associated with the decision to investigate child protective services referrals: A systematic review. *Child & Family Social Work*, 25(4), 785–804.

Davidson, G., Bunting, L., Bywaters, P., Featherstone, B., & McCartan, C. (2017). Child welfare as justice: Why are we not effectively addressing inequalities?. *British Journal of Social Work*, 47(6), 1641-1651.

Dellgran, P. (2023). Människobehandlande professioner. I Johansson, S., Dellgran, P., & Höjer, S. (Red.), *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (2. uppl., s. 206–229). Natur & Kultur.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktygslåda 1: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Doebler, S., Broadhurst, K., Alrouh, B., & Cusworth, L. (2024). Area-deprivation, social care spending and the rates of children in care proceedings in local authorities in England. *Children & Society*, 38(2), 578–595.

Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). *Evidence-based practice in clinical social work*. Springer, Cham.

Eckenrode, J., Smith, E. G., McCarthy, M. E., & Dineen, M. (2014). Income inequality and child maltreatment in the United States. *Pediatrics*, 133(3), 454–461

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity.

Featherstone, B., Gupta, A., Morris, K., & Warner, J. (2018). Let's stop feeding the risk monster: Towards a social model of 'child protection'. *Families, Relationships and Societies*, 7(1), 7–22

Fluke, J. D., Baumann, D. J., Dalgleish, L. I., & Kern, H. D. (2013). Decisions to protect children: A decision making ecology. I P. O. Zeanah (Red.), *Handbook of child maltreatment* (s. 463–476). Springer Netherlands.

Font, S. A., & Maguire-Jack, K. (2015). Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology. *Child Abuse & Neglect*, 47, 70–82.

Forrester, D., Westlake, D., & Glynn, G. (2012). Parental resistance and social worker skills: Towards a theory of motivational social work. *Child & Family Social Work*, 17(2), 118–12

Forrester, D. (2017). Outcomes in children's social care. *Journal of Children's Services*, 12(2–3), 144–157.

Forrester, D., Westlake, D., Killian, M., Antonopoulou, V., McCann, M., Thurnham, A., & Hutchison, D. (2018). A randomized controlled trial of training in motivational interviewing for child protection. *Children and Youth Services Review*, 88, 180–190.

Franzén, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1043–1059.

Gambrill, E., & Shlonsky, A. (2000). Risk assessment in context. *Children and Youth Services Review*, 22(11), 813–837.

Garbarino, J., & Crouter, A. (1978). Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child development*, 604-616.

Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child development*, 188-198.

Gigerenzer, G. (2004). Mindless statistics. *The journal of socio-economics*, 33(5), 587-606.

Gillingham, P. (2016). Predictive risk modelling to prevent child maltreatment and other adverse outcomes for service users: Inside the 'black box' of machine learning. *The British Journal of Social Work*, 46(4), 1044-1058.

Gilbert, N. (2012). A comparative study of child welfare systems: Abstract orientations and concrete results. *Children and Youth Services Review*, 34(3), 532–536.

Hall, S. F., Sage, M., Scott, C. F., & Joseph, K. (2023). A Systematic Review of Sophisticated Predictive and Prescriptive Analytics in Child Welfare: Accuracy, Equity, and Bias. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1-17.

Harris, N. (2012). Assessment: When does it help and when does it hinder? Parents' experiences of the assessment process. *Child & Family Social Work*, 17(2), 180-191.

Hasenfeld, Y. (Red.). (2010). *Human services as complex organizations* (2. uppl.). Sage.

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

Hessle, S., & Vinnerljung, B. (1999). *Child welfare in Sweden: An overview*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Hood, R., Goldacre, A., Grant, R., & Jones, R. (2016). Exploring demand and provision in English child protection services. *The British Journal of Social Work*, 46(4), 923-941.

Holland, S. (2011). *Child and family assessment in social work practice* (2. uppl.). Macmillan.

Höjer, S., Liljegren, A., & Forkby, T. (2014). Lekmän inom den sociala barnvården.: En studie av förtroendevalda i sociala utskott i 99 kommuner. *Socionomens forskningssupplement*, (35), 42-53.

Höjer, I., & Pösö, T. (2023). Child protection in Finland and Sweden. I J. D. Berrick, N. Gilbert, & M. Skivenes (Red.), *Oxford handbook of child protection systems* (s. 156–173). Oxford University Press.

Johansson, S., Dellgran, P., & Höjer, S. (Red.). (2015). *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (1. uppl.). Natur & Kultur.

Johansson, S., Dellgran, P., & Höjer, S. (Red.). (2023). *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (2. uppl.). Natur & Kultur.

Joseph, R. (2020). Toward a pragmatic understanding of Rawls' social justice theory in social work: A critical evaluation. *Journal of Human Rights and Social Work*, 5(3), 147-156.

Jönson, H., & Szebehely, M. (2018). *Äldreomsorger i Sverige: Lokala variationer och generella trender*. Gleerups utbildning AB.

Kalin, T., Persdotter, B., Ahlgren, T., & Gerdner, A. (2022). How do child welfare referrals in Sweden match children's self-reporting of severe exposure? *Child & Family Social Work*, 27(2), 100–111.

Karlsson, D. (2015). Local autonomy or national equality? A Conflict of values and interests for political leaders. *Regional & Federal Studies*, 25(1), 19-44.

Keddell, E. (2014). Current debates on variability in child welfare decision-making: A selected literature review. *Social Sciences*, 3 (4), 916–940.

Keddell, E., & Hyslop, I. (2018). Role type, risk perceptions and judgements in child welfare: A mixed methods vignette study. *Children and Youth Services Review*, 87, 130-139.

Kuruppu, J., McKibbin, G., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2020). Tipping the scales: Factors influencing the decision to report child maltreatment in primary care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 427-438.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.

Lauritzen, C., Vis, S. A., & Fossum, S. (2018). Factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child & Family Social Work*, 23(4), 743-756.

Lauritzen, C., Vis, S. A., Ulset, G., Tjelflaat, T., & Rustad, K. B. (2019). *Meldinger til barnevernet* [Referrals to the Child Welfare Services] (Vol. 3). RKB Nord, UiT Norges Arktiske Universitet.

Leviner, P. (2018). Child participation in the Swedish child protection system: Child-friendly focus but limited child influence on outcomes. *The International Journal of Children's Rights*, 26(1), 136-158.

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52)

Lundström, T. (1999). Barnomhändertaganden—en analys av kommunala variationer. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 6(3).

Lundström, T., & Vinnerljung, B. (2001). Omhändertagande av barn under 1990-talet. I M. Szebehely (Red.), *SOU 2001:52. Velfärdstjänster i omvandling: Antologi från Kommittén välfärdsbokslut*. Fritzes.

Lundström, T., & Sallnäs, M. (2003). Klass, kön och etnicitet i den sociala barnvården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 10(2–3), 193–213.

Lundström, T., & Sallnäs, M. (2017). Den sociala barnvården och dess klienter. I H. Swärd (Red.), *Den kantstötta välfärden* (s. 223–240). Studentlitteratur.

Lundström, T., Pålsson, D., Sallnäs, M., & Shanks, E. (2021). A crisis in Swedish child welfare? On risk, control and trust. *Social Work & Society*, 19(1).

Lundström, T., & Sallnäs, M. (2024). De utsatta barnen och "de andra" - om konfliktytor och intresse motsättningar i den sociala barnvården. I H. Swärd & A. Panican (Red.), *Akilleshälar i välfärd, socialpolitik och socialt arbete* (s. 89–101). Studentlitteratur AB.

Morris, K. M., Mason, W., Bywaters, P., Daniel, B., Featherstone, B., Mirza, N., Brady, G., Bunting, L., Scourfield, J., Hooper, J., & Webb, C. (2018). Social work, poverty, and child welfare interventions. *Child & Family Social Work*, 23(3), 364–372.

Munro, E. (2019). Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. *Child & Family Social Work*, 24(1), 123–130.

Murray, E. T., Lacey, R., Maughan, B., & Sacker, A. (2020). Association of childhood out-of-home care status with all-cause mortality up to 42 years later: Office of National Statistics Longitudinal Study. *BMC Public Health*, 20, 1–10

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården* (Rapport 2018:10). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/lika-lage-for-alla/>

Nouwen, E., Decuyper, S., & Put, J. (2012). Team decision making in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 34, 2101–2116.

Oliver, C., Owen, C., Statham, J., & Moss, P. (2001). *Figures and facts: Local authority variance on indicators concerning child protection and children looked after*. Institute of Education, University of London.

Orme, J. G., & Combs-Orme, T. (2009). *Multiple regression with discrete dependent variables*. Oxford University Press.

Parton, N., Thorpe, D., & Wattam, C. (1997). *Child protection: Risk and the moral order*. Macmillan.

Platt, D., & Turney, D. (2014). Making threshold decisions in child protection: A conceptual analysis. *British Journal of Social Work*, 44(6), 1472-1490.

Ponnert, L., Svensson, K., (2015). Standardisering som lösning. I Johansson, S., Dellgran, P., & Höjer, S. (Red.). *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (1. uppl.). Natur & Kultur.

Ponnert, L. (Red.). (2018). *Utredningsarbete i den sociala barnvården* (2uppl.). Malmö: Gleerups.

Persdotter, B., Landstedt, E., & Hellfeldt, K. (2024). Detection of children at risk of maltreatment: longitudinal understanding of teachers' concern for children's home situation in Sweden. *European Early Childhood Education Research Journal*, 32(2), 266-280.

Prop. 2021/22:178. *Barnets bästa när vård enligt LVU upphör – lex lilla hjärtat*.

Pålsson, D. (2023). Granskning inom den sociala barnvården: Tillsyn och uppföljning av utredningsarbete, institutioner och familjehem. I S. Johansson, P. Dellgran, & S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (2. uppl., s. 350–363). Studentlitteratur AB.

Smith, B. D. (2010). Service technologies and the conditions of work in child welfare. I Y. Hasenfeld (Red.), *Human services as complex organizations* (2 uppl., s. 253–267). Sage.

Pösö, T., Skivenes, M., & Hestbæk, A. D. (2014). Child protection systems within the Danish, Finnish and Norwegian welfare states—time for a child centric approach?. *European Journal of Social Work*, 17(4), 475–490.

Rauch, D. (2007). Is there really a Scandinavian social service model? A comparison of childcare and eldercare in six European countries. *Acta Sociologica*, 50(3), 249–269.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Rawls, J. (1999). *En teori om rättvisa*. Göteborg: Daidalos

Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201–210.

Sjöblom, Y., & Wiklund, S. (2019). Öppenvård. I I. Höjer, M. Sallnäs, & Y. Sjöblom (Red.), *När samhället träder in: Barn, föräldrar och social barnvård* (2. uppl., s. 233–236). Studentlitteratur.

Sallnäs, M., & Wiklund, S. (Red.). (2018). *Socialtjänstmarknaden: Om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Liber.

Sallnäs, M., Wiklund, S., & Östberg, F. (2019). Organisering, sortering och marknadsorientering. I I. Höjer, M. Sallnäs, & Y. Sjöblom (Red.), *När samhället träder in: Barn, föräldrar och social barnavård* (2. uppl., s. 45–62). Studentlitteratur.

Sallnäs, M. (2019). Institutionsvård för barn och unga. I G. Andersson, Y. Sjöblom, I. Höjer, & M. Sallnäs (Red.), *När samhället träder in: Barn, föräldrar och social barnavård* (2. uppl., s. 251–271). Studentlitteratur.

Sariaslan, A., Larsson, H., D'Onofrio, B., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2014). Childhood family income, adolescent violent criminality and substance misuse: quasi-experimental total population study. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 286-290.

Sariaslan, A., Kääriälä, A., Pitkänen, J., Remes, H., Aaltonen, M., Hiilamo, H., & Fazel, S. (2022). Long-term health and social outcomes in children and adolescents placed in out-of-home care. *JAMA Pediatrics*, 176(1), e214324.

Sedlak, A. J., Heaton, L., & Evans, M. (2022). Trends in child abuse reporting. I J. E. Korbin & R. D. Krugman (Red.), *Handbook of child maltreatment* (s. 3–34). Springer International Publishing.

SFS 1974:152. *Regeringsformen*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*.

SFS 1990:52. *Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.*

SFS 2016:1145. *Lagen om offentlig upphandling.*

SFS 2017:725. *Kommunallagen.*

Shlonsky, A., & Wagner, D. (2005). The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgment into an evidence-based practice framework in CPS case management. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 409–427.

Skillmark, M. (2023). Standardisering inom människobehandlande organisationer. I S. Johansson, P. Dellgran, & S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer: Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (2. uppl., s. 275–293). Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2022a). *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa 2021: Uppföljning och analys av utvecklingen.* Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2022b). *Öppna jämförelser – Metodbeskrivning 2022: Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.* Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2023a). *Grundbok i BBIC, barns behov i centrum.* Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2023b). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2022.* Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2024). *Socialtjänstens placeringar av barn och unga med svensk och utländsk bakgrund: Registerstudie av placeringar 1991–2022*. Socialstyrelsen.

SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft: Ansvarskommitténs slutbetänkande*. Fritzes.

SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. Norstedts Juridik.

SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*. Norstedts Juridik.

SOU 2024:50. *Nätt och jämnt: likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn*. Elanders Sverige AB

Stjernquist, N., & Magnusson, H. (1988). *Den kommunala självstyrelsen, jämlikheten och variationerna mellan kommunerna*. Allmänna förlaget.

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

Sundell, K., & Karlsson, U. (1999). *Social barnavård i 10 svenska kommuner: Vilka barn berörs, hur utreds de och vad händer sedan?* Stockholm: FoU.

Tham, P., & Strömberg, A. (2020). The iron cage of leadership—The role of first-line managers in child welfare. *The British Journal of Social Work*, 50(2), 369–388.

The Lancet Regional Health-Europe. (2023). Sweden's economic inequality gap is widening and worrying. *Lancet Regional Health - Europe*, 26, 100610.

Tilbury, C., & Thoburn, J. (2009). Using racial disproportionality and disparity indicators to measure child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1101-1106.

Trydegård, G. B. (2000). *Tradition, change and variation: Past and present trends in public old-age care* (Doktorsavhandling, Stockholms universitet). Stockholms universitet

Trydegård, G. B., & Thorslund, M. (2001). Inequality in the welfare state? Local variation in care of the elderly—the case of Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10(3), 174-184.

Trydegård, G. B., & Thorslund, M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care. *Social Policy & Administration*, 44(4), 495–511.

Tidöavtalet (2022). <https://via.tt.se/data/attachments/00551/04f31218-dccc-4e58-a129-09952cae07e7.pdf> (Hämtad 2 augusti 2024).

UNICEF Sverige. (2018). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. <https://unicef.se/press-och-media/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen-fullstandig-version>

Vinnerljung, B., Franzén, E., Gustafsson, B., & Johansson, I. M. (2008). Out-of-home care among immigrant children in Sweden: a national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 301-311.

Vis, S. A., Lauritzen, C., Fluke, J., Havnen, K. J. S., Christiansen, Ø., & Fossum, S. (2023). Service provision by child protection services—exploring variability at case and agency levels in a Norwegian sample. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 6(2), 315-332.

Webb, C., Bywaters, P., Scourfield, J., McCartan, C., Bunting, L., Davidson, G., & Morris, K. (2020). Untangling child welfare inequalities and the ‘inverse intervention law’ in England. *Children and Youth Services Review*, 111, 104849.

Wijedasa, D., Warner, N., & Scourfield, J. (2018). Exploratory analyses of the rates of children looked after in English local authorities (2012-2017).

Wiklund, S. (2006a). Signs of child maltreatment: The extent and nature of referrals to Swedish child welfare agencies. *European Journal of Social Work*, 9(1), 39–58.

Wiklund, S. (2006b). Barnavårdsinsatser—en studie av kommunala skillnader. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13(3).

Wiklund, S. (2006c). *Den kommunala barnavården: om anmälningar, organisation och utfall* (Diss., Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete).

Wiklund, S. (2007). United we stand? Collaboration as a means for identifying children and adolescents at risk. *International Journal of Social Welfare*, 16(3), 202–211.

Wilson, M. L., Tumen, S., Ota, R., & Simmers, A. G. (2015). Predictive modeling: potential application in prevention services. *American journal of preventive medicine*, 48(5), 509-519.

Witte, S., López, M. L., Baldwin, H., Biehal, N., & Kindler, H. (2022). Child maltreatment investigations: Comparing children, families, and reasons for referral in three European countries. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105805.

Åström, T. (2016). *Att bedöma behov: Utredningar av ungdomar som begått kriminella handlingar* (Diss.). Karolinska Institutet.

Östberg, F. (2014). Using ‘consensual ideology’: A way to sift reports in child welfare. *British Journal of Social Work*, 44(1), 63-80.

10. Bilaga 1 Regressioner med beslut om insats (Ja/Nej) som beroende variabel

Model 1 och 4 (Valda modeller) inkluderar både variablerna *Utländsk bakgrund* och *Far sysselsättning* (n=1011)

Model 2 och 5 exkluderar variablerna *Utländsk bakgrund* och *Far sysselsättning* (n=1549)

Model 3 och 6 inkluderar *Utländsk bakgrund* men exkluderar *Far sysselsättning* (n=1193)

Variable	modell1	modell2	modell3	modell4	modell5	modell6
Ekerö Ekerö	3.195***	3.307***	2.904***	2.837***	3.390***	2.753***
Sigtuna Sigtuna	3.001***	2.520***	2.832***	3.052***	2.560***	2.926***
Sollentuna Sollentuna	1.798*	1.861**	1.923**	1.874*	1.919**	2.059**
Solna Solna	0.778	0.819	0.733	0.849	0.998	0.814
Sundbyberg Sundbyberg	0.796	0.724	0.772	0.871	0.855	0.871
Upplands_Bro Upplands Bro	1.059	1.274	1.101	0.772	0.999	0.837
Upplands_Väsby Upplands Väsby	0.891	0.951	0.777	0.730	0.891	0.655
Järfälla Järfälla	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)
Ålder 13-20 år				1.565**	1.855***	1.560**
Kön Pojke				1.278	1.145	1.207
Utländsk bakgrund Minst en förälder föd..				0.788		0.870
Familjesituaton 3 kate~r Ensamstående förälder placerad enligt Sol/LVU Arbetslös/sjukskriven 1				1.098 5.441*** 1.165 0.673	1.130 5.039*** 1.058	1.233 6.190*** 1.012
Tidigare barnavårdsutr~i Ja				0.763	0.968	0.839
Hur aktualiserades bar~? Egen ansökan				1.743*	1.954***	1.537
Problem relaterade til~r Ja				3.230***	2.668***	2.610***
Förhållanden relaterad~r Ja				3.167***	2.817***	3.172***
Övrig problematik Ja				1.633*	1.261	1.562*
N	1011	1549	1193	1011	1549	1193

Legend: * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

11. Bilaga 2 Regressioner med typ av vård (Öppenvård/Dygnsvård) som beroende variabel.

Model 1 inkluderar både variablerna utländsk bakgrund och far sysselsättning (n=335)

Model 4 inkluderar både variablerna utländsk bakgrund och far sysselsättning, ensamstående förälder utesluts (omitted) (n=274)

Model 2 och 5 exkluderar variablerna utländsk bakgrund och far sysselsättning (n=528)

Model 3 och 6 (Valda modeller) inkluderar utländsk bakgrund men exkluderar far sysselsättning (n=415)

Variable	model1	model2	model3	model4	model5	model6
Ekerö Ekerö	0.874	0.631	0.672	11.185***	1.372	3.251*
Sigtuna Sigtuna	0.433	0.422**	0.348**	0.634	0.475	0.318*
Sollentuna Sollentuna	0.205**	0.357**	0.162***	0.233	0.433	0.158**
Solna Solna	0.101**	0.095***	0.066***	0.181	0.080***	0.084*
Sundbyberg Sundbyberg	0.310**	0.249***	0.214***	1.093	0.446	0.445
Upplands_Bro Upplands Bro	0.924	0.886	0.762	1.246	0.480	0.561
Upplands_Väsby Upplands Väsby	0.392	0.170**	0.230*	0.365	0.187	0.244
Järfälla Järfälla	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)	(omitted)
Ålder 13-20 år				0.949	1.014	0.822
Kön Pojke				0.611	0.573*	0.534
Utländsk bakgrund Minst en förälder föd..				10.139***		3.760***
Familjesituaton 3 kate~r Ensamstående förälder placerad enligt SoL/LVU Arbetslös/sjukskriven 1				(empty) 45.998*** 2.628* 2.085	0.580 57.454***	0.268** 58.933*** 2.059
Hur aktualiserades bar~? Egen ansökan				0.508	0.569	0.868
Tidigare barnavårdsutr~i Ja				0.659	0.736	0.667
Problem relaterade til~r Ja				1.631	1.309	1.020
Förhållanden relaterad~r Ja				2.010	1.536	1.649
Övrig problematik Ja				1.263	1.834	1.250
N	335	528	415	274	528	415

Legend: * p<.1; ** p<.05; *** p<.01