

Inger Kjellberg & Karin Berg

Lex Sarah i individ- och familjeomsorgen

– utredningar av missförhållanden och dess konsekvenser

Abstract

Reporting of mistreatments (colloquially lex Sarah) is regulated in the Social Services Act and mandatory for all staff working in social services and social care. Since 2011 the provision also applies to individual and family care, and research is still lacking. The reports are investigated by Designated Officials (investigators) employed within the municipality. This study examined how the reported incidents of mistreatment concerning children in individual and family care were assessed, focusing on how the consequences for children were described. 57 reports with investigations from one region were first analyzed using content analysis, thereafter Carol Bacchi's policy analytical framework was used to discern different problem representations of mistreatments in the investigations. The results showed that the consequences for the children were handled in three ways: they were investigated, the consequences described by reporting staff were overlooked in the investigation, and consequences were not investigated. In the analysis, different understandings of mistreatments emerged. Mistreatments were primarily understood as systematic deficiencies where consequences for the children were made invisible but also as the damage or harm the child suffered. Assessments of mistreatments, as well as its degree of seriousness, varied considerably between investigations, which indicated that serious reports to IVO rested on different interpretations of what was considered serious. The results suggest that it is unclear in what way lex Sarah contributes to quality development and learning from mistakes in individual and family care.

Inger Kjellberg är docent och lektor vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Karin Berg är lektor vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Kontakt: inger.kjellberg@socwork.gu.se

Inledning

I den här artikeln granskar vi rapporter och utredningar av missförhållanden som rör barn inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. All personal inom socialtjänsten har enligt bestämmelserna om lex Sarah (SFS 2025:400, 27 kap, 1 – 6 §, [SoL]) skyldighet att rapportera missförhållanden. Ett missförhållande definieras som avsiktliga eller oavsiktliga handlingar som ”innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa” (2 kap. 3 §, SOSFS 2011:5). Den övervägande delen av rapporterade missförhållanden inom individ- och familjeomsorgen har att göra med bristande följsamhet av bestämmelser som är till för att skydda individers rättssäkerhet. Det gäller långa handläggningstider, otydliga beslut, otillåtna ändringar av gynnande beslut samt otillräckliga, fördröjda eller förkomna utredningar (Socialstyrelsen 2014). Ett vanligt förekommande scenario i rapporter om missförhållande inom individ- och familjeomsorgen är att handläggare upptäcker att orosanmälningar inte utretts i tid, eller att en handläggare tar över ett ärende – från en annan handläggare eller kommun – och då upptäcker att uppgifter saknas i barnutredningar, att uppföljningar inte blivit gjorda eller att kontakt inte tagits med barn, föräldrar eller andra aktörer (Kjellberg, Berg & Österberg 2023). Ett exempel är att barn hämtats från skolan av socialtjänsten, utan att det fattats korrekt beslut om ingripande. Utredningen kan visa att själva insatsen, eller ingripandet, varit rimligt, men att beslutsgången inte följts.

Den som upptäcker brister i barnutredningar eller handläggningstider skriver en rapport om missförhållande som sedan utreds av en tjänsteman inom kommunen. Rapporter kan också initieras av andra verksamheter som skola, sjukvård eller polis. Mer eller mindre insatser och kontroll från socialtjänsten kan efterfrågas eller brister hos utförarverksamheter påpekas. Även klagomål från oroliga eller missnöjda anhöriga kan leda till en rapport om missförhållande. Det kan vara oro för barnets utveckling i familjehemmet eller alltför lång väntan på kontaktfamilj. Orsaker till missförhållandet ska framgå i utredningarna, vanligt är att lyfta fram en stor arbetsbörda och låg personalbemanning. Åtgärderna ligger ofta i linje med orsakerna, att utöka kompetens och genomföra förändringar i arbetssätt och rutiner (Socialstyrelsen 2014).

Formellt är det socialnämnden som godkänner utredningen, men bedömningar av allvarligheten som framgår i utredningen ifrågasätts sällan (Berg & Kjellberg 2022), vilket också konstaterats i en studie av hur socialnämnden fattar beslut i barnavårdsärenden (Forkby, Höjer & Liljegren 2016). Hur händelserna beskrivs, tolkas och bedöms i utredningarna är därför avgörande för många brukares liv och hälsa. Med lex Sarah ska missförhållanden, och även risk för missförhållanden, utredas i syfte att förhindra att de upprepas och för att säkerställa att enskilda får omsorg av god kvalitet. Den enda externa insynen i lex Sarah sker i de missförhållanden som

bedöms vara allvarliga och som ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Syftet med artikeln är att granska hur missförhållanden som gäller barnärenden i individ- och familjeomsorgen definieras och problematiseras i rapporter och utredningar. Vad utgör ett missförhållande? Hur beskrivs konsekvenserna för barnet och hur görs bedömningen i relation till dessa? Vilka problemkonstruktioner finns i utredningarna?

Lex Sarah i socialtjänsten

Lex Sarah infördes i SoL1999, efter en skandal på ett äldreboende och gällde inledningsvis endast äldreomsorgen. Syftet var att både skydda äldre personer som inte själva kunde föra sin talan och att ge personalen möjlighet att slå larm utan risk för repressalier. Samma regler infördes i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) 2005, och 2011 infördes rapporteringsskyldigheten i hela socialtjänsten, inklusive Statens Institutionsstyrelse (Socialstyrelsen 2014). Personal ska rapportera såväl avsiktliga som oavsiktliga händelser som de uppfattar som missförhållanden.

Arbetsgivaren utser en utredare som ska granska rapporter. I många kommuner finns en särskild funktion: socialt ansvariga samordnare (SAS) som genomför utredningen, men det kan också vara andra tjänstemän som exempelvis förvaltningsjurister. Utredarnas bakgrund, utbildning och specifika kompetens i att exempelvis intervjua barn går inte att utläsa av utredningarna och är inte kartlagd. Vi vet dock genom samtal med flera av dem att många är socionomer, men deras expertis varierar troligtvis. Utredaren samlar in ytterligare information om händelsen genom dokumentation och intervjuer med olika aktörer och sammanställer utredningen. Orsaker till händelsen beskrivs, åtgärder föreslås och utredningen ska avslutas med en bedömning om händelsen varit ett missförhållande, en risk för missförhållande, och om det varit allvarligt. Socialnämnden (eller den som bedriver enskild verksamhet) granskar sedan utredningen och fattar beslut om huruvida utredningens slutsatser godkänns. I de fall där missförhållandet bedömts vara allvarligt ska socialnämnden skicka utredningen till IVO som granskar den. IVO kan begära mer information eller öppna ett tillsynsärende (SoL, 27 kap 6§). I upphandlade verksamheter gäller samma regler som för de kommunala, men där skickar bolagets chef utredningen till IVO.

Med den utökade lagstiftningen 2011, då individ- och familjeomsorgen inkluderades, skedde samtidigt en diskursförändring från en rättighetsdiskurs – där den personliga vakandeplikten som i första hand gällt brukarna och anställdas rätt att kritisera sin arbetsplats – till en skyldighetsdiskurs. Fransson (2013, s. 121) menar att när rapporteringsskyldigheten infördes 1999 gällde uttrycket "personlig vakandeplikt" i första hand i relation till brukarna, personalen skulle med rapportering av missförhållanden

särskilt värna om sköra äldre personer som inte kunde föra sin egen talan. I den senare propositionen (2009/10:131) förstärktes istället personalens vakandeplikt som en skyldighet att genast rapportera och att medverka till god kvalitet. Detta innebar ett personligt ansvar gentemot arbetsgivaren och en skyldighet för personalen att samverka med arbetsgivaren för att uppnå god kvalitet. Med detta diskursskifte blir det också tydligt hur lex Sarah alltmer införlivats i det som kallats granskningssamhället som också beskrivits som en ny form av samhällelig styrning (Power 1999).

Tidigare forskning

Forskning om lex Sarah finns främst inom äldreomsorg och funktionshinder och visar att utredningar och åtgärder ofta är bristfälliga, särskilt saknas strukturella åtgärder (Björne, Deveau & Nylander 2021; Kjellberg, Berg & Österberg 2023). I en studie av hur utredarna graderar allvarlighetsgrad inom hela socialtjänsten framkom att de använde olika strategier och förhållningssätt, samt att dessa varierade både inom och mellan utredare och områden (Berg & Kjellberg 2022).

Internationellt finns ingen motsvarighet till lex Sarah, men forskning om utredningar av särskilt allvarliga fall (*Serious Case Reviews* [SCR]) finns, främst från Storbritannien. Dessa granskningar är inte identiska med lex Sarah, men det finns likheter, inte minst när det gäller deras syfte: att förhindra att liknande händelser inträffar och att lära av misstag. I en kritik av SCRs i England menar Preston-Shoot (2018) att forskning visat på många och återkommande brister i granskningarna. De håller låg kvalitet, brister i följsamhet till lagstadgade krav, det är stor skillnad mellan bedömningar, åtgärder är liknande och återkommande och lärdomar är svåra att dra på grund av en förenklad syn på organisationsförändringar. Ytterligare kritik är underlåtenhet att tala med eller involvera barnen, samt en generell brist på uppriktigt engagemang i utredningarna. Liknande kritik förs fram av Dickens et al. (2023) som pekar på flera, men inkompatibla funktioner med granskningarna. Förutom det uppenbara, att fastställa vad som hänt och vad som orsakat händelsen, samt förhindra missförhållanden och förbättra barnavården, så finns flera tvetydiga mål; att skingra allmänhetens upprördhet, avleda uppmärksamhet från orsaker som är svåra att åtgärda och ibland släta över komplicerade skeenden. Rees, Fatemi-Dehaghani, Slater, Swann och Robinson (2021) visar i en tvärvetenskaplig studie av granskningar av barnärenden i Wales att det fanns en kunskapshierarki; information från sjukvårdens professionella värderades högre än den från socialtjänst och familjebehandlare, minst hänsyn togs till föräldrarnas uppfattningar. Vuxna lyssnades också på mer än barn. Detta ledde till ett "tunnelseende", med fasta föreställningar om vilka som hade tolkningsföreträde som blev svåra att utmana. Det var vanligt med hinder i informationsdelning mellan verksamheter och bristande dokumentation. Barnets perspektiv eller barnets egen

röst saknades ofta i granskningarna. Därtill tenderade de att vara kontextlösa som en följd av sekretess.

Ett annat och närliggande forskningsområde är hur beslut fattas och bedömningar görs inom barnavården. Vi granskar inte barnutredningar i denna studie, men rapporterna gällde många gånger barnutredningar. Forkby, Höjer och Liljegren (2016) har granskat hur socialnämnderna fattar beslut om tvångsomhändertagande av barn. Även om nämnden sällan gick emot de bedömningar som socialtjänstens tjänstemän gjorde, påverkade deras beslut ändå tjänstemännens bedömningar, eftersom de visste vad politikerna i nämnden prioriterade. Det gällde inte minst ekonomiska överväganden. I en annan svensk studie har Heimer, Näsman och Palme (2018) granskat ett mycket stort antal barnutredningar från två olika kommuner samt intervjuat professionella som var direkt inblandade i utredningarna, eller som var väl insatta i utredningsprocessen. Resultatet visar att det svenska familjeorienterade perspektivet i barnavården medförde att barnens röster inte hördes. Studien ger stöd för att öka barns delaktighet i utredningar, vilket skulle utmynna i bättre anpassade och adekvata insatser för barnet. En äldre studie av Östberg (2010) framhåller att det snarare verkade vara en medveten hållning i barnutredningar att hålla barnen utanför arbetet, eftersom förtroendet mellan föräldrarna och socialtjänsten annars kunde äventyras. Även Mattsson (2017) har analyserat barnavårdsutredningar i två kommuner där barnet utsatts för eller bevittnat våld. Utredningarna skilde sig åt mellan kommunerna, i den ena fokuserades på barnets utsatthet för våld, eller bevittnandet av våld. I den andra kommunen var utredningarna mer generellt hållna och aktualiserade sällan frågor om våld. Mattsson lyfter också fram olika kunskapspraktiker i de två kommunerna, där utbildning om våld i nära relation hade getts till den kommun där våldet utreddes mest.

I internationell forskning visar en stor jämförande studie mellan fyra olika länder att socialarbetarnas egna attityder och föreställningar i bedömnings- och beslutsprocesser i barnavården, samt ländernas olika välfärdsmodell hade störst påverkan på deras bedömningar (Benbenishty et al. 2015). Lika fall bedöms olika, vilket beror på en rad olika omständigheter, såväl individuella som organisatoriska (Keddel & Hyslop 2020). Bedömningar görs efter många olika förhandlingar mellan såväl aktörer som regelverk.

För att förenkla bearbetningen av komplexa fall och frågeställningar använder socialarbetare ibland tumregler och andra genvägar i bedömningar (Ebsen, Leth Svendsen, Pape Thomsen & Jørgensen 2023; Taylor 2017). Fördelen med tumregler är att de hjälper socialarbetarna att minska stora mängder information och att göra bedömningar i komplexa fall under tidspress. Platt och Turney (2014) menar att det är oundvikligt att socialsekreterare använder förenklande principer i arbetet och att det är bra att ta hänsyn till dessa, men de kan också leda till bristande transparens, för-

senade insatser och andra typer av partiskhet (Ebsen et al. 2023). Vid granskningar av fel, brister och missförhållanden finns skäl att tro att utredarna också använder sig av tumregler, eftersom även de står inför komplexa fall och händelser som kräver snabba beslut.

Teoretiska utgångspunkter

Tolkningarna av de rapporterade händelserna betraktar vi i linje med Carol Bacchis (2009) policyanalytiska ramverk som "representationer av problem". Bacchi har utvecklat sin policyanalys sedan 1990-talet och den har sina teoretiska grunder i poststrukturalism, feminism, och socialkonstruktionism. Bacchi intresserar sig för de maktförhållanden som finns i den diskursiva inramningen av problem och deras lösningar. Det centrala begreppet är problematisering, vilket Bacchi menar är det som sker när policyn tolkas i praktiken (Bacchi & Goodwin 2016). Varje policy för med sig implicita antaganden om vad policyn är tänkt att lösa och vem/vilka som bär ansvar för problemet. I vårt fall gäller det missförhållanden; utredarna måste tolka policyn genom att bestämma vad som utgör ett missförhållande, föreslå åtgärder och gradera allvarlighetsgraden. Därför blir det analytiskt intressant att fokusera på konstruktioner av problem i utredningarna och de effekter som konstruktionerna kan medföra. Bacchi (2009) talar om diskursiva effekter; hur ett problem beskrivs sätter gränser för vad som kan tänkas om, och göras åt ett problem. Utredarna är delaktiga i en diskursiv praktik, där de framställer de individer som varit involverade i händelsen på olika sätt. Barnet, vårdnadshavarna, handläggare och personal ges olika roller och positioneras i relation till dessa roller, så kallade subjektspositioner. Problematiseringar får effekter på subjektspositioner, vilka som är tillgängliga och vad som går att göra inom ramen för hur människor beskrivs och vad det ger dem för handlingsmöjligheter. Bacchi menar att grupper ofta sätts i motsats till varandra, till exempel arbetslös/arbetsför, våldsutövare/våldsutsatt och att dessa motsatsförhållanden förstärker skillnader och därmed också formar både hur de själva uppfattar sina möjligheter, samt vilka insatser som kan bli aktuella vid olika åtgärdsförslag på problem. Generellt refererar Bacchis analytiska modell till olika sätt att problematisera politisk styrning. Med en sådan inställning till vårt material betraktar vi utredningarna som exempel på politisk styrning via lagstiftning som genom utredarnas representationer av problem leder till handlingsätt och agerande som i sin tur formar organisationens uppdrag och påverkar såväl dem som arbetar där som dem insatserna berör.

Metod

Studien är en del av ett större forskningsprojekt om lex Sarah i socialtjänsten (se Kjellberg, Berg & Österberg 2023). Alla rapporter med vidhängande utredning samlades in från en region (Västra Götaland) under ett år (2019). I den här studien har vi lyft ut rapporter och utredningar från individ- och familjeomsorgen som berör barnärenden med fokus på hur händelser definieras och förstås som missförhållanden i rapporter och utredningar.

Material

Studiens material består av lex Sarah-utredningar som inkluderar den initiala rapporten skriven av personal och en utredning utförd av en tjänsteman i kommunen. I utredningen sammanfattas den händelse som rapportören beskrivit och det material som utredaren själv samlat in och som ligger till grund för bedömningen. Därefter anges orsaker, åtgärder och utredningen avslutas med en samlad bedömning av huruvida händelsen är ett missförhållande eller inte och om det är allvarligt eller ej (eller risk för något av dessa två alternativ). Om händelsen bedöms som ett allvarligt missförhållande (eller risk för) ska det framgå att en anmälan gjorts och att utredningen skickats till IVO. Vi har granskat såväl rapporten som utredningen och dokumentens omfång varierade mellan 2–30 sidor.

Av alla insamlade rapporter i en region ($n = 1105$) som vi kodat i en databas gällde 223 individ och familjeomsorgen. Syftet med den föreliggande studien var att granska ärenden inom individ- och familjeomsorgen som gällde barn och vi lyfte ut dessa ($n = 72$). Samtliga av dem gällde någon form av rättssäkerhetsproblem. Därefter sållade vi bort rapporter som specifikt berörde bristande sekretess ($n = 7$). Dessa handlade främst om e-post som av misstag skickades fel och vi tog bort dem därför att de var förhållandevis korta och utan större komplexitet. Åtta rapporter saknade bedömning, dessa ingår inte heller i analysen. Slutligen analyserades 57 rapporter.

Projektet har godkänts av Etikprövningsnämnden (nr: 2020-05817). Rapporterna hade anonymiserats av kommunerna och det framgår sällan kön på någon av de inblandade personerna. Vi redovisar inte vilka kommuner som utredningarna kommer från.

Analys

Analysen innehöll två faser. I den första inledde vi med en översiktlig läsning av ca 30 rapporter och kodade dessa enligt en manifest innehållsanalys (Driscio & Maschi 2015). Därefter formulerade vi fem frågor som användes i kodningen av alla 57 rapporterna: Hur beskrevs: händelsen, konsekvenser för barnet, orsaker, åtgärder och den bedömning som gjordes. Sedan gick vi igenom alla koder och sorterade rapporterna i tre övergripande kategorier som vi fann om hur utredarna hanterade konsekven-

ser för barnet: 1) konsekvenser för barnet beskrevs och utreddes 2) konsekvenser för barnet beskrevs i rapporten, men nämndes inte i utredningen 3) konsekvenser för barnet utreddes inte och saknades i rapport, utredning och bedömning (se tabell 1). Hur konsekvenserna beskrevs satte vi sedan i relation till den bedömning som utredaren gjort.

Tabell 1. Kategorisering av 57 rapporter: Bedömning av missförhållande och konsekvenser för barnet.

Bedömning	Konsekvenser för barnet			Totalt
	Utreds	Finns i rapport, nämns ej i utredning	Utreds inte	
Missförhållande/risk för	18		12	30
Allvarligt missförhållande /risk för	7		3	10
Inget Missförhållande	1	11	5	17
Totalt	26	11	20	57

I den andra analysfasen använde vi oss av Bacchis (2009) policyanalys. Bacchis analys består av sex frågor och vi använde två av dem för att klargöra olika förståelser av lex Sarah-policyn. Vi har översatt och gjort en mindre omformulering av Bacchis två frågor för att tydliggöra hur de användes i vårt material:

- Hur formuleras och förstås det problem som enligt utredaren utgör missförhållandet (hur representeras problemet som ligger till grund för missförhållandet)?
- Vilka effekter skapas av dessa representationer av problem? Med effekter menar vi i detta sammanhang diskursiva effekter, vad en viss förståelse och tolkning av policyn leder till och vilka lösningar som föreslås, inte huruvida insatserna varit effektiva. För ett mer varierat språkbruk kallar vi också representationer av problem för problemkonstruktioner.

Vi utvecklar dessa problemkonstruktioner i resultatdelen.

Resultat

Resultatet presenteras efter de tre kategorier av hur konsekvenserna för barnet utreddes: konsekvenser utreddes, konsekvenser fanns i rapport, men nämndes inte i utredningen och konsekvenser utreddes inte. I utredningen ska det framgå om den rapporterade händelsen utgjort ett missförhållande och då ska händelsen ha medfört ett hot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (2 kap. 3 §, SOSFS 2011:5).

Konsekvenser för barnet utreddes

Konsekvenser för barnet fanns beskrivet och relativt tydligt utrett i knappt hälften av de analyserade utredningarna. Detta innebar att det i utredningen fanns med kommentarer om barnen, vad som hänt dem och hur de reagerat. Sådan information samlades från dokumentation eller genom intervjuer med handläggare som talat med barnen. Det kunde exempelvis konstateras att "I samtliga [barn]utredningar har barnen kommit till tals" (13:29). Ett missförhållande förstods således i relation till lidande och skada för barnet.

De allra flesta bedömningar där konsekvenser för de inblandade barnen utreddes konstaterade vara missförhållanden, eller risk för missförhållanden och några av dem bedömdes vara allvarliga.

Även om konsekvenserna för barnet var synliga i utredningen, var bedömningen av allvarlighetsgraden ibland svår att förstå. Händelser där konsekvenserna för barnen beskrevs som små eller inga, bedömdes ändå som allvarliga. Ett exempel på det är en rapport som rörde ofullständiga utredningar av familjehem och att medgivande sänkades från socialnämnden. Konsekvenserna för barnen utreddes, men ansågs måttliga, däremot beskrevs en kaotisk situation på enheten för barn och unga.

"[...]en kaotisk situation främst på området barn och familj. Flera avvikelser har rapporterats senaste halvåret [...] Förvaltningschef slutade sin anställning efter sommaren. Enhetschef och verksamhetschef har slutat sina anställningar, familjehemssekreterare och handläggare har slutat [...] konsekvenserna för barnen anses måttliga och sannolikheten att det kommer att inträffa igen bedöms vara liten. Antalet ärende det rör sig om och omfattningen över tid, är i en så hög grad att det bedöms som ett allvarligt missförhållande. (21:4)

Här motiverades allvarligheten av att bristerna varit många och skett upprepade gånger.

Några utredningar lyfte fram allvarliga konsekvenser för barnen, men någon anmälan gjordes inte till IVO. En bortglömd orosanmälan gällde omsorgssvikt och misstanke om våld mot barn, "Den uteblivna kontakten har inneburit ett allvarligt hot

mot de berörda barnens hälsa och utveckling” (50:29). Åtgärder hade gått igenom med arbetslaget för att det inte skulle kunna hända igen, de åtgärder hade vidtagits som ”krävs för att så långt de går säkerställa att det inte inträffade skall hända igen” (50:29). Denna utredning skickades inte till IVO. Sådana bedömningar återfanns i flera utredningar, där socialnämnden i någon mening tog över IVOs roll.

Andra händelser bedömdes däremot inte som allvarliga, även om oron för barnen framstod som ganska allvarlig. I en utredning som gällde våld i hemmet och där orosanmälningar inte ansågs ha hanterats adekvat hade barnet ”löpt fortsatt risk att utsättas för våld i hemmet” (17:1). I en annan utredning sades fördröjningen av barnutredning leda till försvårande av bevis, som eventuella blåmärken, och ”barnet fick ensam bära oron under en hel helg efter att ha berättat om en svår händelse för en vuxen” (14:1). Dessa konsekvenser ansågs inte utgöra ett allvarligt missförhållande, trots att det framgick av utredningarna att risk fanns för fortsatt våld och uttalad oro. En annan händelse bedömdes inte heller som allvarlig och gällde en 17-årigs kriminella aktiviteter där skyddsbedömning och förhandsbedömning saknades efter orosanmälningar från skola och polis. Konsekvenserna för ungdomen beskrevs utförligt i utredningen och sammanfattades med att det var,

[...] tydligt att ungdomens socialt nedbrytande beteende behövde få ett stopp för att han inte skulle fara illa och riskera en mer negativ utveckling [...] att socialtjänsten inte agerade mer kraftfullt [har] medfört påtagliga negativa konsekvenser för aktuell ungdom [...] hans behov av skydd och omsorg blev inte tillgodosett. (13:28)

Här konstateras konsekvenserna för ungdomen ha varit påtagliga, men sammantaget var det inte tillräckligt allvarligt för en anmälan till IVO. Orsakerna beskrevs som ”ett högt tryck på att socialtjänsten skulle genomföra besparingar” men här står också att det fanns risk för att man i vissa områden,

[...] börjar normalisera svåra livssituationer för barn. Detta kan leda till att barn i särskilt utsatta områden ’får vara med om mer’ innan socialtjänsten griper in [...] de insatser som socialtjänsten kan erbjuda på hemmaplan står ofta inte i paritet med de svårigheter som finns. (13:28)

Detta var en ovanlig formulering i materialet som helhet, här sattes orsaker och åtgärder i ett större sammanhang. Problemet förstods här som att socialtjänsten var underfinansierad, men även att samhällsutvecklingen i stort beskrevs genom att uppmärksamma särskilda förhållanden i det som kallas utsatta områden. En bild beskrevs av en förort där ungdomar drogs in i kriminalitet och droger, med en pressad social-

tjänst som inte gavs tillräckligt med resurser. Även en bristande samverkan mellan olika verksamheter lyftes fram, detta var också vanligt i många andra utredningar, men här konstaterades att,

Brister i samverkan kan i sig inte betraktas som ett missförhållande. Det finns dock risk att klienter drabbas om svårigheter i kommunikationen medför att socialsekreterare inte lyssnar på/eller vet hur de ska värdera den information som lämnas. (13:28)

Här är ett förtydligande av att det inte är verksamhetens brister i sig som utgör missförhållandet, utan att bristerna lett till konsekvenser för barnet. Problemet rör sig från den större samhällskontexten till vad som sker inom socialtjänsten, där även förmåga och vilja att ta in och lyssna på det som förmedlades ifrågasattes, vilket drabbade klienterna.

I långa och mer komplexa utredningar kunde det finnas flera olika problem som beskrevs i relation till missförhållandet, såväl organisatoriska som strukturella. Det öppnade också upp för flera förslag på åtgärder. Att liknande omständigheter hade uppmärksammats tidigare och att de nu återigen upprepades indikerade att åtgärderna inte varit tillräckliga. Händelsen bedömdes utgöra ett missförhållande, men inte allvarligt. Att händelser upprepas flera gånger har visat sig vara en anledning att bedöma även mindre allvarliga händelser som allvarliga (Berg & Kjellberg 2022), dock inte i detta fall. En större samhällskontext beskrevs och att gränsen för vad som uppfattas som allvarligt var högre i utsatta områden än i andra, vilket skulle kunna förstås som att det kanske får inträffa fler händelser av samma typ här, utan att det anses allvarligt.

När ett missförhållande beskrevs som ett förhållande där det enskilda barnet farit illa, ligger det i linje med definitionen i SOSFS 2011:5 och med "rättighetsdiskursen" (Fransson 2013) där personalens vakandeplikt över klienter som inte själva förmår att bevaka sina intressen fokuseras och där bristande kvalitet, som fallerande samverkan, inte per definition utgör ett missförhållande. Barnen positionerades här som subjekt (Bacchi 2009) i behov av skydd och omsorg, när det misslyckades förelåg ett missförhållande. Däremot framstod inga tydliga mönster för hur allvarlighetsgraden bedömdes. Upprepade händelser, utan några uttalade allvarliga konsekvenser för barnens hälsa, bedömdes i vissa fall ändå vara allvarligt. Den tolkning vi gör är att när något skedde upprepade gånger likställdes det med allvarliga organisatoriska problem i verksamheterna, som tidigare åtgärder inte kunnat avhjälpa, eller så hade dessa varit ofullständiga. Missförhållanden förstods som systematiska brister och knöts då inte heller till en enskild anställds ansvar. Det var organisatoriska brister: rutiner, processer och strukturer inom verksamheterna som förstods som ett missförhållande.

Konsekvenser fanns i rapport men nämndes inte i utredningen

I en mindre del av materialet (11 rapporter), påpekades konsekvenser för barnet i rapporten, men de nämndes inte i utredningen. Ingen av dessa rapporter bedömdes utgöra något missförhållande. I utredningarna hanterades beskrivningar om allvarliga konsekvenser i rapporten på två sätt. Det ena var att rapportörens oro beskrevs som obefogad och det andra var att de konsekvenser som fanns i rapporten inte lyftes fram i utredningen.

I några utredningar framställdes rapportören som mindre trovärdig, om än godhjärtad. Personal från en enhet inom socialtjänsten rapporterade att barn- och ungdomsenheten inte följt upp och agerat i ett ärende i tid, vilket lett till att ett barn inte fått den behandling de menade borde ha satts in (3:23). Händelserna hade varit många, konsekvenserna gällde psykisk hälsa för barnet, utsatthet för våld i kombination med bristande föräldraförmåga. När rapporten skrevs hade barnet skyddsplacerats. I rapporten framhölls att bristande samverkan mellan olika enheter var ett skäl till den försenade och uteblivna behandlingen. I utredningen sammanfattades rapporten mycket kort och orsaken beskrevs som "Bakomliggande orsaker till det inträffade går att härleda till att det har funnits stor oro för klienten från rapportörens sida" (3:23). Händelsen ansågs inte ha medfört något hot eller konsekvenser för enskildas hälsa, men utredning av konsekvenser för barnen saknades. I ytterligare två utredningar fanns liknande formuleringar, i en av dem gick återigen orsakerna "att härleda till att det har funnits stor oro för klienten från rapportörens sida" (8:7). I den andra rapporterades att socialtjänsten inte haft någon kontakt med en häktad ungdom på nästan fem veckor, trots att detta inte ansågs vara en bra miljö för en 17-åring (33:12). I utredningen fanns inga uppgifter om ungdomen eller hens mående under denna tid, men det konstaterades att händelsen inte inneburit något hot eller konsekvenser för den enskildes psykiska hälsa.

I ovan utredningar konstrueras ett problem som rör rapportörens engagemang, rapportörerna positioneras som problemet; de är överdrivet oroade för barnens säkerhet. Rapportören görs därmed mindre trovärdig. Problemet framställs varken som relaterat till handläggningen av händelsen eller konsekvenserna för barnet.

I en annan rapport beskrevs hur en socialekreterare agerat i ett möte med föräldrar, släktingar och familjebehandlare. Barnen hade varit placerade i skyddssyfte, men var nu åter i hemmet. Det framgick av rapporten att ett av barnen berättat om våld från föräldrarna, vilket lett till skyddsplaceringen. I rapporten framstår det som att socialekreteraren hanterade mötet oprofessionellt och utsatte barnen för obehag genom att uppmuntra dem att besvara frågor om våldet inför de eventuellt våldsutövande föräldrarna. Enligt rapportören var detta agerande olämpligt och barnet uppvisade uppenbara tecken på stress. Utredningen bestod av en

direkt upprepning av formuleringarna i rapporten, utan att händelsen beskrevs ytterligare genom exempelvis granskning av journalanteckningar eller samtal med berörda.

Utredaren har uppmärksammat att det finns behov för verksamheterna att både internt och externt klargöra sina roller, mandat och kommunikationsvägar. Utredare vill lyfta fram att det finns behov av att rapporterande enhet ökar kunskaperna kring processen rörande lex Sarah [...] Händelserna har inte inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för den enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. (16:15)

Ett sätt att försöka tolka innebörden i ovanstående bedömning är att de som varit med på mötet borde talat mer med varandra, istället för att skriva en rapport. Problemet med händelsen, att socialsekreteraren under ett möte med så många inblandade och barn under 12 år sades ha utsatt barnen för både ett ökat hot, rädsla och obehag, omformulerades i utredningen till att verksamheterna hade problem med otydliga roller och att de inte hade tillräcklig kunskap om lex Sarah-processen. Något missförhållande ansågs inte föreligga, utan det framstår som att den rapporterande personalen inte förstått syftet med lex Sarah.

Ytterligare ett fall hade en liknande bedömning som ovan, även här framkom i rapporten vad som kan bedömas som allvarliga konsekvenser för ett barn som, trots många orosanmälningar, fått stanna kvar i ett hem som präglats av missbruk, hot-situationer och en "svår destruktiv miljö" (13:11). I rapporten förefaller det finnas olika uppfattningar om ett antal allvarliga orosanmälningar där rapportören menar att skyddet inte utretts tillräckligt. Det fanns indikationer på tungt narkotikamissbruk, drogpsykos och knivhot i hemmet. I utredningen framgår samma oro som i rapporten "den oro som inkommit har varit väldigt tydlig och inte handlat om vag oro, eller otydliga händelser", men i den information som inkommit fanns inget som "tyder på att socialsekreteraren i dåvarande bedömning inte har tagit in all information eller kunde ha förutsett kommande händelser." Här fanns olika uppfattningar om vad som kunde och borde gjorts. Trots den för barnet svårt destruktiva miljön som beskrevs i rapporten bedömdes inte händelsen som något missförhållande, än mindre allvarligt. Här synliggörs olika uppfattningar om vad för slags uppgifter som går att få fram i skyddsbedömningar vid orosanmälningar. I rapporten verkade barnet ha farit illa därför att skyddsbedömningen varit otillräcklig, men konsekvenserna för barnet framgick inte i utredningen som inriktade sig på vilken information som eventuellt fanns tillgänglig vid tidpunkten för skyddsbedömningen, det vill säga i vilken grad som socialsekreteraren kunde göras ansvarig.

Sammanfattningsvis skiftade uppmärksamheten i några utredningar ibland från

utredning av konsekvenser för det enskilda barnet till andra aktörers, oftast personalens, agerande. Två olika subjektspositioner framträder i materialet som får konsekvenser för åtgärder och lösningar (Bacchi 2009). I den första subjektspositionen framställdes personal i utredningen som känslostyrd och därmed som mindre kompetent och trovärdig. I den andra subjektspositionen beskrevs personal som trovärdig och ansvarsfull, regler följdes och tillräckligt med information hade samlats in. Oavsett hur personalen framställdes så framstod inte längre händelsen, eller konsekvenser för barnen som viktigt att granska, utan hur personalen agerat. En effekt av sådana konstruktioner ledde i ovan utredningar till att barnen blev osynliggjorda och att deras situation kanske inte utreddes ordentligt. Bedömningen blev att det inte förelåg något missförhållande.

Konsekvenser för barnet utreddes inte

I den tredje kategorin utreddes inte konsekvenser för barnen (20 rapporter). Mer än hälften av utredningarna bedömdes ändå vara missförhållanden och tre ansågs vara allvarliga. Gemensamt för utredningarna i denna kategori var att det saknades ett resonemang om hur barnen mådde eller hur de drabbats av bristerna i handläggningen.

En utredning gällde många fall av otillräcklig handläggning som en områdeschef upptäckt vid tjänstegenomgångar (17:7). Utredningen gick inte i detalj in på några konsekvenser för eventuellt drabbade barn, fokus var på bristerna i organisationen och vidtagna åtgärder. Händelserna var dock många och anmälades till IVO. Här framstår återigen den sammantagna effekten av många händelser, samt omfattningen av fel som begåtts i verksamheten, som avgörande för att bristerna betraktades som allvarliga. Hur bristerna drabbade barnen framgick inte. Ytterligare ett exempel är en rapport där en barnutredning påpekades ha brister, med alltför lite kontakt med föräldrar och barn. Bristen som påtalades var att samtal med barn och vårdnadshavare hade saknats i den ursprungliga barnutredningen. I utredningen bedömdes detta som ett missförhållande, men orsaken var "sådant som verksamheten ständigt måste arbeta med" (54:11). Det konstaterades också att det alltid fanns en risk att liknande händelser kunde inträffa. Samtal med barnen valdes bort av utredaren "jag har valt att inte prata med barnen eller vårdnadshavare då rapporten främst handlar om brister i handläggningsprocessen". Denna förståelse av missförhållande tycks skilja på det som sker inom organisationen och konsekvenserna av detta arbete för klienterna.

Flera andra utredningar beskrev också organisatoriska brister, vilka bedömdes utgöra missförhållanden. Det saknades ordförandebeslut i en omplacering av en ungdom och här konstaterades att "Det är ett missförhållande att delegationsförbud vid omplacering inte är känt av medarbetare" (16:12). I en annan utredning överskreds utredningstiden för en orosanmälan som en följd av bristande handläggningsrutiner.

Effekten av dessa brister i socialtjänstens handläggning av ärendet har lett till att brukare har utsatts för ett missförhållande då detta har inneburit konsekvenser för den enskildas rättssäkerhet. (13:6)

I denna utredning är det således inte konsekvenser för psykisk eller fysisk hälsa som utgör missförhållandet, utan barnets rättssäkerhet, men det som ska utredas enligt lagstiftning är om bristerna i rättssäkerhet har lett till konsekvenser för den psykiska eller fysiska hälsan. Några sådana konsekvenser konstaterades inte i detta fall.

Bacchi (2009) påpekar att tystnad, eller det som inte sägs, också formar förståelsen av policy. Tystnaden omkring barnen, deras vårdnadshavare och deras erfarenheter framstår i några utredningar som mindre relevant information för missförhållandebedömningen och för formulering av åtgärder. Genom ett ökat problemfokus på systematiska brister och kvalitetsutveckling tycks rapportering av missförhållanden ha blivit ett mål i sig snarare än ett medel för att möta barnens behov bättre (jfr Kjellberg 2012).

Att omedelbart vidtagna åtgärder avbrutit den pågående händelsen var ytterligare en anledning till att händelser inte ansågs utgöra ett missförhållande. Exempelvis beskrevs i en utredning att händelsen egentligen inte berörde barnen, utan organisationen och att "situationen redan är utagerad" (54:10). Den akuta händelsen förklarades ha avvärijts och föreslagna åtgärder hade varit tillräckliga. Att situationen var utagerad behöver dock inte betyda att konsekvenserna av händelsen för barnet inte behöver utredas. Omedelbart vidtagna åtgärder beskrevs i de flesta utredningar, trots det kan händelsen leda till konsekvenser för barnen. Det kan tänkas att de problem som orsakade händelsen fanns kvar i verksamheten och hade kunnat orsaka missförhållanden längre fram.

Framträdande i den sista kategorin var en förstärkning och utveckling av förståelsen av missförhållande som systemfel. Allvarlighetsgraden avgjordes av att händelser upprepats flera gånger; ju fler händelser av samma typ, desto allvarligare missförhållande. Systematiskt kvalitetsarbete var nyckelord som återkom frekvent i dessa utredningar, det var inte bara kvalitetsarbetet som skulle vara systematiskt, utan även bristerna. Detta har i en analys av klagomålsprocesser kallats för systemmodellen (Kjellberg 2012). Bristerna måste upprepas, enskilda kan drabbas flera gånger och deras perspektiv försvinner i processen. Det är ett synsätt som vuxit fram som en del av en kvalitetssäkringsdiskurs och som en ökad implementering av kvalitetssäkring inom socialtjänsten. I de identifierade utredningarna i detta tema försvann barnens perspektiv, missförhållandet förstods som organisatoriska brister med en vag koppling till konsekvenser för barnen.

Diskussion

I artikeln har bedömningar av vad som beskrivs utgöra ett missförhållande i 57 lex Sarah-rapporter med utredningar, som berör barn inom individ- och familjeomsorgen, analyserats. I en inledande innehållsanalys fann vi tre generella kategorier av hur konsekvenserna för barnen utreddes: de utreddes, konsekvenser fanns beskrivet i rapporten, men nämndes inte i utredningen, eller så utreddes de inte. Carol Bacchis (2009) policyanalys inspirerade analysen av vilka representationer av problem som framkom i utredningarna.

Framträdande i resultatet var att förstå missförhållandet som systematiska brister i verksamheten, men även enligt definitionen i SOSFS 2011:5, som den skada eller lidande som barnet åsamkats. Därtill sattes personalens agerande i fokus, där framskrivningar av individuella aktörers trovärdighet blev avgörande. Fokus på barnen, deras egna röster och barnperspektivet var i hög grad frånvarande i utredningarna, vilket även konstaterats i barnavårdsutredningar (Heimer, Näsman & Palme 2018; Östberg 2010). Missförhållande och dess allvarlighetsgrad förstods i relation till de konsekvenser de fått för barnen i mindre än hälften av de granskade utredningarna. Svårigheter att bedöma allvarlighetsgraden har också diskuterats (Platt & Turney 2014) och lämnar ett stort utrymme för bristande överensstämmelse i bedömningar. När allvarliga händelser inte anmäls till IVO fångar inte deras statistik upp alla allvarliga händelser. Denna osäkerhet försvårar jämförbarhet och tillförlitlighet.

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet (Socialstyrelsen 2014) och det är därför kanske inte konstigt att det i så många utredningar söktes efter upprepade brister i organisationen för att definiera missförhållande. Lex Sarah syftar till att förhindra missförhållande och att främja kvalitet, men för organisationen – och därmed även personalen – blir efterlevnaden av ett systematiskt kvalitetsarbete också en väsentlig drivkraft för organisatorisk legitimitet (jfr Lundström, Pålsson, Sallnäs & Shanks 2021; Power 1999). Lex Sarah blir då ett medel för att visa att missförhållanden uppmärksammas, vad det sedan ger för resultat blir mindre tydligt. Dickens et al. (2023) visar att det finns flera dolda funktioner med olika granskningssystem som att fördröja och förminska eventuella skandaler.

Det huvudsakliga resultatet visade på avsevärda skillnader mellan bedömningar i utredningarna också i fall med liknande händelser. Detta överensstämmer med forskning om varierande bedömningar i granskningar (Berg & Kjellberg 2022; Preston-Shoot 2018) och i barnavårdsärenden (Benbenishty et al. 2015; Ebsen et al. 2023; Keddel & Hyslop 2020; Mattsson 2017). Ansvar för lex Sarah ligger på kommunernas socialnämnd. Kommuner har olika förutsättningar både vad gäller personalförsörjning och möjligheter för fortbildning inom verksamheterna (Mattsson 2017). I större kommuner skrivs fler rapporter om missförhållanden därför att antalet verksamheter är fler och särskilda utredare arbetar specifikt inom något av socialtjänstens

olika områden, vilket förmodligen ger en ökad erfarenhet och kunskap om att göra bedömningar av missförhållanden inom till exempel individ- och familjeomsorgen. Det kan också finnas andra skäl till att kunskapen är större hos yrkesverksamma i vissa kommuner än i andra, vilket Mattsson (2017) visade i sin studie. Olika kunskapshöjande insatser för såväl rapporterande som utredande personal kan ha genomförts i varierande grad i kommunerna.

Det fanns olika uppfattningar om lagstiftningens funktion, vilket även Dickens et al., (2023) menar försvårar granskningar. Hur många gånger något inträffade, eller att händelsen knöts till personal som trovärdig eller ansvarstagande styrde i vårt material också vad som ansågs vara missförhållande eller om det var allvarligt. Den kritik som riktats mot granskningar av allvarliga fall i barnavården internationellt (Dickens et al. 2023; Preston-Shoot 2018), visade sig även i vår studie vara relevant. I utredningarna följdes inte alltid lagstadgade krav om hur en utredning ska genomföras, bedömningar saknades i flera utredningar och socialnämnden avgjorde själva vad som var adekvata åtgärder i några allvarliga fall, vilket är IVOs uppgift. Som Forkby, Höjer och Liljegrens (2016) studie visar så påverkas socialtjänstens tjänstemän av socialnämndernas beslut och föreslagna åtgärder, de vet vad som godkänns eller inte av politikerna i nämnden. Att i en ekonomiskt pressad situation för kommunen föreslå personalförstärkningar och andra kostnadsintensiva förslag kanske inte framstår som en möjlighet från socialtjänstens sida. Socialtjänsten står också inför olika utmaningar i kommunerna. En fråga som behöver uppmärksammas mer är om barn från områden med mindre resurser kanske måste utstå mer än vad barn från mer välbärgade områden gör.

Lex Sarah har aldrig utvärderats, men en rapport (Riksrevisionen 2023) lyfter flera viktiga och kritiska tillkortakommanden med lagstiftningens funktion inom äldreomsorgen, bland annat föreslås att enskilda och närstående ska informeras vid ett missförhållande och att de ska ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av en händelse, vilket nu sällan sker. I de analyserade utredningarna hörsammades barnens och föräldrarnas uppfattningar genom redan gjord dokumentation. Eftersom rapporten många gånger gällde brist på kontakt med barnen och föräldrarna i barnavården, bidrog en utredning – ännu en gång utan deras röster – inte med något nytt. Tvärtemot lagstiftningens intentioner riskerar utredningarna på detta sätt att barnen som subjekt osynliggörs (jfr Heimer, Näsman & Palme, 2018). Dessutom kan missförhållande upprepas och fortgå, adekvata åtgärder blir svåra att finna i brist på inkludering av barnens situation.

Ebsen et al. (2023) menar att socialarbetares tumregler riskerar att leda till partiskhet. Vissa utredningar kan förstås i ljuset av sådana förenklande principer (Rees et al. 2021) och neutraliserande resonemang av komplicerade fall, i synnerhet de utredningar som återopade att förbättringar ständigt behövde arbetas med, att liknande

händelser alltid kommer att inträffa, eller där personalens trovärdighet eller grad av ansvarighet framställdes som viktiga för hur missförhållandet definierades.

Slutsatser

Analysen av lex Sarah utredningar i individ- och familjeomsorgen visar på flera brister i utredningarna; det saknades överensstämmelse mellan utredningar av liknande missförhållanden och hur de bedömdes och åtgärdades. Ett missförhållande ska enligt definitionen i SOSFS (2011:5) sättas i relation till de konsekvenser en händelse får för den enskilde, detta gjordes i knappt hälften av de analyserade rapporterna och utredningarna. Det förekom flera och avvikande förståelser av vad som utgör ett missförhållande, där framför allt systematiska brister framhölls, utan framskrivna konsekvenser för barnen, som till stor del var frånvarande i utredningarna. Vilka funktioner som lex Sarah i individ- och familjeomsorgen egentligen har och ska ha, är något som behöver diskuteras och utredas mer.

Referenser

- Bacchi, C.L. (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Pearson.
- Bacchi, C.L. & Goodwin, S. (2016). *Poststructural policy analysis: a guide to practice*. Palgrave Pivot.
- Berg, K. & Kjellberg, I. (2022). Designated officials' approaches to judging serious incidents: an analysis of incident reports in care for older people, disability services and family services in Sweden. *European Journal of Social Work*, 26(5), s. 922–934. doi:org/10.1080/13691457.2022.2155801
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López, M., Devaney, J., Spratt, T., Koopmans, C., Knorth, E., Witteman, C., Del Valle, J. & Hayes, D. (2015). Decision making in child protection: an international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 49, s. 63–75. doi:org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015doi:org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015
- Björne, P., Deveau, R. & Nylander, L. (2021). Passing laws is not enough to change staff practice: The case of legally mandated "incident" reporting in Sweden. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 46(2), s. 186–196. doi:org/10.3109/13668250.2021.1873751
- Dickens, J., Cook, L., Cossar, J., Okpokiri, C., Taylor, J & Garstang, J. (2023). Re-envisaging professional curiosity and challenge: Messages for child protection practice from reviews of serious cases in England. *Children and Youth Services Review*, (152)107081, s. 1–9. doi:org/10.1016/j.childyouth.2023.107081
- Drisko, J., & Maschi, T. (2015). *Content analysis*. Oxford University Press.
- Ebsen, F., Leth Svendsen, I., Pape Thomsen, L. & Jørgensen, S. (2023). Decisions in Child Protection—Heuristics, Law and Organisation. *The British Journal of Social Work*, 53(5), s. 2940–2957. doi:org/10.1039/bjsw/bcad065
- Forkby, T., Höjer, S., & Liljegren, A. (2016). Making sense of common sense: examining the decision-making of politically appointed representatives in Swedish child protection. *Child & Family Social Work*, 21(1), s. 14–25. doi:org/10.1111/cfs.12100
- Fransson, S. (2013). *Yttrandefrihet och whistleblowing. Om gränserna för anställdas kritikrätt*. Pre-miss förlag.
- 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), s. 316–323. doi:org/10.1111/cfs.12424
- Keddell, E., & Hyslop, I. (2020). Networked decisions: Decision-making thresholds in child protection. *The British Journal of Social Work*, 50(7), s. 1961–1980. doi:org/10.1093/bjsw/bcz131
- Kjellberg, I., Berg, K. & Österberg, T. (2023). Exploring mandatory reporting in social care and social services in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 33(1), s. 29–41. doi:org/10.1111/ijsw.12588
- Kjellberg, I. (2012). Klagomålshantering och lex Sarah och lex Sarah-rapportering i äldreomsorgen. En institutionell etnografisk studie. Diss. Göteborgs universitet. Tillgänglig på: <http://hdl.handle.net/2077/30633>
- 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), s. 1–15.
- Mattsson, T. (2017). *Väld i barnavårdsutredningar: om socialtjänstens ansvar och viljan att veta*. Gleerups.
- Platt, D. & Turney, D. (2014). Making threshold decisions in child protection: A conceptual analysis. *The British Journal of Social Work*, 44(6), s. 1472–1490. doi:org/10.1093/bjsw/bct007
- Power, M. (1999). *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford University Press.

- Preston-Shoot, M. (2018). What is *Really* Wrong with Serious Case Reviews?, *Child Abuse Review*, 27(1), s. 11–23. doi:org/10.1002/car.2487
- Proposition 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.
- Rees, A.M., Fatemi-Dehaghani, R., Slater, T., Swann, R. & Robinson, A.L. (2021). Findings from a Thematic Multidisciplinary Analysis of Child Practice Reviews in Wales. *Child Abuse Review* 30(2), s. 141–154. doi:org/10.1002/car.2679
- Riksrevisionen (2023). Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre (RiR 2023:4). Tillgänglig på: <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2023/lex-maria-och-lex-sarah---statens-arbete-mot-vardskador-och-missforhallanden-inom-var-d-och-omsorg-av-al-dre.html>
- SFS (1993:387). Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SFS (2025:400). Socialtjänstlag.
- Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah. Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*. Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.
- Taylor, B. (2017). Heuristics in professional judgement: A psycho-social rationality model. *The British Journal of Social Work*, 47(4), s.1043–1060. doi:org/10.1093/bjsw/bcw084
- Östberg, F. (2010). *Bedömningar och beslut: från anmälan till insats i den sociala barnavården*. Diss. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.