



Kallelse till möte för socialnämnden

Tid: 2021-06-15, **Kl:** 18:00

Plats: Munkhättevägen 49/Teams

Ordförande: Niklas Gladh (MP)

Sekreterare: Anneli Sjöberg

Ärenden:

		Dnr:
1.	Förslag på effektiviseringsåtgärder 2022	SN/2021:00235
2.	Remissvar - Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott 6-18 år, Dnr. 4.3-5883/2020	SN/2021:00231
3.	Yttrande Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa	SN/2021:00226
4.	Förvaltningschefen informerar - muntlig information	SN 2021/00019
5.	Samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem	SN 2021:00088
6.	Anmälan av delegationsbeslut	SN 2021:00016
7.	Anmälningsärenden	SN/2021:00008



1 Förslag på effektiviseringsåtgärder 2022

Beslut

Socialnämnden godkänner förslag på effektiviseringar 2022 inför yttrandet till mål- och budget 2022.

Sammanfattning

Förvaltningen föreslår följande effektiviseringsåtgärder inför 2022:

<u>Åtgärd</u>	<u>Effektivisering tkr</u>
Säga upp Hallunda Torg lokalen och ersätta den	
1. med mindre och mer ändamålsenlig lokal	2 000
Säga upp boenden i bostadsrättsform och erbjuda	
2. hyresrätter till brukarna	2 122
3. Avveckling av tjänsten anhörigsamordnare	685
Effektivisering av kostnader kopplade till HR	
4. genom centralisering av HR funktionen	393
5. Avveckling av verksamhetssystem WM-omsorg	434
Totalt	5 634

**Referens**

Zaid Zakaria, ekonomichef

Mottagare

Socialnämnden

Förslag på effektiviseringsåtgärder 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner förslag på effektiviseringar 2022 inför yttrandet till mål- och budget 2022.

Sammanfattning

Förvaltningen föreslår följande effektiviseringsåtgärder inför 2022:

<u>Åtgärd</u>	<u>Effektivisering tkr</u>
Säga upp Hallunda Torg lokalen och ersätta den	
1. med mindre och mer ändamålsenlig lokal	2 000
Säga upp boenden i bostadsrättsform och erbjuda	
2. hyresrätter till brukarna	2 122
3. Avveckling av tjänsten anhörigsamordnare	685
Effektivisering av kostnader kopplade till HR	
4. genom centralisering av HR funktionen	393
5. Avveckling av verksamhetssystem WM-omsorg	434
Totalt	5 634

Ärendet

Botkyrka kommun står inför ekonomiska utmaningar framöver med prognoser om minskade skatteintäkter och ökade utgifter. Kommunen har som ambition att vara proaktiv och genomföra effektiviseringar av verksamheten i tid så att dessa insatser kan vara välgrundade, långsiktiga och ha medborgarens fokus.

I nämndernas preliminära driftbudgetar ligger effektiviseringskrav på omkring 1 procent 2022 och 2 procent per år 2023 – 2025. För socialnämnden innebär det effektiviseringar på 5,1 mkr för hela verksamheten (exklusive försörjningsstöd), samt 0,4 mkr på central administration. Effektiviseringarna för 2022 kommer att totalt uppgå till ca 5,5 mkr.



Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Förslag 1: Säga upp Hallunda torg lokalen och ersätta den med mindre och mer ändamålsenlig lokal. Hallunda Torg uppgår till 839 kvm och inrymde utöver Boendestödsteamerna även daglig sysselsättningsverksamhet som idag har gått över till Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden. Genom att säga upp lokalen och tillträda en mindre lokal (ca 300 kvm) kan en besparing på ca 2 mkr göras årligen.

Operativ konsekvens: Ingen konsekvens utöver att boendestödsteamerna kan komma att behöva utgå från ett annat läge i kommunen.

Förslag 2: En flytt av de klienter som bor i bostadsrätter idag till hyresrätter i Botkyrkabyggens regi. Bostadsrätternas hyror sätts genom internhyresmodellen och hyran som tas ut idag är inte kostnadsneutral vid jämförelse av hyresintäkt och hyreskostnad, något som blir kostnadsneutralt vid övergång till hyreslägenheter. En årlig besparing uppgår till ca 2,9 mkr, men då uppsägningstiden vid intern inhyring har förlängts till 9 månader (tidigare 6 månader) beräknas effekten uppgå till 2,1 mkr för 2022.

Operativ konsekvens: Flytten kommer att innebära löpande och proaktivt planeringsarbete i förvaltningen för att säga upp bostadsrätter vid vakans samt bevaka inkommande hyresrätter, för att undvika vakanskostnader.

Förslag 3: Under året har beslut tagits av att avveckla en heltidstjänst anhörigsamordnare som led av effektiviseringskrav som åligger samtliga förvaltningar.

Operativ konsekvens: Funktionen anhörigsamordnare tas bort och ansvaret övertas av linjeorganisationen.

Förslag 4: HR organisationen har under 2021 centraliserats vilket innebär att personal rent organisatoriskt har flyttats till kommunledningsförvaltningen. Centraliseringen innebär mindre kostnader i förvaltningen kopplade till HR, då merparten av HR kostnaderna täcks upp av interndebiteringen.

Operativ konsekvens: Ingen konsekvens utöver att HR personalen som arbetar med HR frågorna mot förvaltningen tillhör en annan del i organisationen.

Förslag 5: Avveckling av IT-systemet WM omsorg som inte används i förvaltningen längre.

Operativ konsekvens: Ingen, all backup-material som behövs ur arkiveringsperspektiv har tagits fram för att säkerställa att det inte föreligger några behov att komma åt systemet i framtiden.

Expedieras till:

Ekonomichef Zaid Zakaria



2 Remissvar - Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott 6-18 år, Dnr. 4.3-5883/2020

Beslut

Socialnämnden godkänner yttrandet och beslutar att översända det till Socialstyrelsen samt anmäla yttrandet till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsens framtagna kunskapsstöd ämnar ge vägledning i att planera individuellt anpassade insatser som kan motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn och unga. Med anledning av detta önskar Socialstyrelsen att socialnämnden i Botkyrka kommun yttrar sig över huruvida kunskapsstödet är ett bra stöd, om det motsvarar förväntningarna, om det kan förbättras och om materialet är tillgängligt för mottagaren.

Socialnämnden välkomnar kunskapsstödet då det finns ett stort behov av stöd och kompetenshöjning i ärenden som berör normbrytande beteenden hos unga, i synnerhet vad gäller unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Socialnämnden vill framhålla att det finns ett behov av ytterligare vägledning avseende eftervård och om vilka insatser som ska erbjudas inom eftervården. Vidare föreslår socialnämnden att formateringen av kunskapsstödet bör ses över med syfte att göra kunskapsstödet mer lättillgängligt för mottagaren.

**Referens***Alice, Alexandersson, handläggande jurist***Mottagare**Socialnämnden
Kommunstyrelsen

Remissvar - Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott 6-18 år, Dnr. 4.3-5883/2020

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner yttrandet och beslutar att översända det till Socialstyrelsen samt anmäla yttrandet till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsens framtagna kunskapsstöd ämnar ge vägledning i att planera individuellt anpassade insatser som kan motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn och unga. Med anledning av detta önskar Socialstyrelsen att socialnämnden i Botkyrka kommun yttrar sig över huruvida kunskapsstödet är ett bra stöd, om det motsvarar förväntningarna, om det kan förbättras och om materialet är tillgängligt för mottagaren.

Socialnämnden välkomnar kunskapsstödet då det finns ett stort behov av stöd och kompetenshöjning i ärenden som berör normbrytande beteenden hos unga, i synnerhet vad gäller unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Socialnämnden vill framhålla att det finns ett behov av ytterligare vägledning avseende eftervård och om vilka insatser som ska erbjudas inom eftervården. Vidare föreslår socialnämnden att formateringen av kunskapsstödet bör ses över med syfte att göra kunskapsstödet mer lättillgängligt för mottagaren.

Ärendet

Botkyrka kommun har givits tillfälle att yttra sig över remiss från Socialstyrelsen gällande *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18år*. Svaret ska vara Socialstyrelsen tillhanda senast 24 juni 2021.



Kommunledningsförvaltningen har beslutat om att utse socialnämnden som ansvarig nämnd att avge yttrande för kommunens räkning. Efter beslut ska socialnämndens yttrande anmälas till kommunstyrelsens nästkommande sammanträde.

Socialnämndens synpunkter

Allmänna synpunkter

Inledningsvis vill socialnämnden framhålla hur värdefullt framtagandet av kunskapsstödet för barn och unga med normbrytande beteende är. Det finns ett utbrett behov av fördjupad kompetens på området för handläggare som hanterar förevarande klienter. Det är av särskild vikt att socialtjänsten får tillgång till kunskap om insatser som är utvärderade och effektiva för att motverka riskbeteenden och återfall i brott av barn och unga.

I synnerhet uppskattar socialnämnden att kunskapsstödet behandlar och fokuserar på unga med normbrytande beteenden och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Dessa ärenden är av komplex karaktär vilket innebär att kunskapsstödet möjliggör att socialsekreterarna, genom kunskapsstödet, tillgodogör sig arbetssätt för att bäst anpassa insatser och kommunikation utifrån barnet eller den ungas situation. Det innebär att kunskapsstödet underlättar socialtjänstens arbete och bidrar till att socialtjänsten kan genomföra en välanpassad och god vård för barnet eller den unge.

Möjliga förbättringsförslag

I avsnitt 5 behandlas samverkan och samordning med andra myndigheter och andra verksamhetsområden inom socialtjänsten. Inom ramen för detta kapitel bör ramarna för samverkan förtydligas. Exempelvis genom att redogöra för hur de olika myndigheterna får samverka och vad det finns för begränsningar vid samverkan med hänsyn till uppdrag och sekretess.

Socialnämnden önskar mer vägledning kring eftervård och vilka insatser som socialtjänsten bör erbjuda inom eftervården. Socialnämnden är av uppfattningen att eftervården är den svåraste fasen eftersom ungdomen återgår till sitt gamla sammanhang och därav finns det ett behov av vägledning.

Tillgänglighet för mottagaren

I vissa delar av kunskapsstödet hänvisas det till mer djupgående information genom formuleringen ”det kommer att återkomma senare i kunskapsstödet”, se exempelvis sida nio. Här är socialnämnden av uppfattningen att det vore önskvärt med hänvisningar till särskilda avsnitt för att göra informationen mer lättillgänglig.

Språket är tillgängligt men kunskapsstödet är utformat med långa stycken med mycket information i. Därav uppfattas kunskapsstödet som svårtillgängligt. Eftersom



kunskapsstödet ska utgöra ett praktiskt stöd vilket ska användas av socialsekreterare och chefer vid handläggning är det viktigt att materialet är lättöverskådligt och lätt att ta till sig. Socialnämnden föreslår därför att formateringen bör revideras med särskild fokus på att arbeta fram en tillgänglig text. Med fördel bör mängden information per stycke minskas ner och texten bör delas upp under fler rubriker. På så sätt kan läsaren snabbare navigera sig i texten. Därutöver skulle det vara önskvärt med fler flödesscheman eller andra typer av visualiseringar med syfte att göra texten lättillgänglig och konkret för den som använder kunskapsstödet.

Barnkonsekvensanalys

Kunskapsstödet avser att utgöra ett stöd för socialtjänstens arbete med barn och unga mellan 6 och 18 år. Kunskapsstödet berör således direkt barn och unga med normbrytande beteende och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och indirekt andra barn, exempelvis syskon. Socialnämnden anser att det finns stort behov av ett sådant stöd, i synnerhet från ett barnrättsperspektiv. Kunskapsstödet bidrar till att förevarande barn och unga får en god och individanpassad vård. Bedömningen är därför att kunskapsstödet möjliggör att barnets bästa kan tillgodoses i större utsträckning än tidigare.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

De ekonomiska konsekvenserna av beslutet är svåra att förutse. Det har inte framkommit något som tyder på att förslaget kommer innebära konkreta ekonomiska konsekvenser. Däremot kan implementering av nya arbetsmetoder medföra ökade kostnader på samma sätt som förslaget kan innebära mer effektiva och ändamålsenliga metoder för socialtjänsten vilket i längden bör resultera i ekonomiskt fördelaktiga konsekvenser.

Bilagor

Beslut att utse ansvarig nämnd att besvara remiss

Följebrev från Socialstyrelsen

Remissversion: Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott

Remissversion: Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning

Expedieras till:

Socialstyrelsen

Kommunstyrelsen

Svarsblankett till remiss rörande

Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd för socialtjänstens arbete med barn 6-18 år

Instruktioner

Denna svarsblankett innehåller fem delar:

1. Uppgifter om den organisation som lämnar synpunkter
2. Skattningsfrågor om remissversionen av kunskapsstödet
3. Skattningsfråga om bilaga 1 i kunskapsstödet
4. Plats för fritt skrivna synpunkter om kunskapsstödet och dess bilagor
5. Fråga om behov av nationellt implementeringsstöd

Om svarsblanketten är skrivskyddad när du öppnar den så spara ner den först och fyll i den därefter.

Uppgifter om organisationen som lämnar synpunkter

Namn på myndighet/organisation

Socialnämnden i Botkyrka kommun

Namn och telefonnummer till dig som har fyllt i blanketten för organisationens räkning

Alice Alexandersson, handläggande jurist, 070 237 41 16

1. Frågor om remissversionen av kunskapsstödet

Vi ber er skatta innehållet i det utkast ni har fått ta del av utifrån nedanstående frågor. Sätt en markering i någon av kryssrutorna (som motsvarar en skala) där endast de yttersta svarsalternativen finns angivna: 1= motsvarar inte alls, 6= motsvarar helt.

a) I vilken grad motsvarar kunskapsstödet era förväntningar på att vara till nytta/ge stöd för socialtjänsten?

- 1 Motsvarar inte alls
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 Motsvarar helt

Vad kan förbättras i kunskapsstödet som helhet eller i någon del för att omdömet ska bli högre?

Kunskapsstödet uppskattas mycket och motsvarar förväntningarna i huvudsak. Kunskapsstödet bör revideras i syfte att göra det mer lättillgängligt för läsaren. Exempelvis genom att se över mängden text per sida förslagsvis genom att minska ner mängden information per stycke och dela in texten utifrån fler rubriker. Det är även önskvärt med fler flödesscheman eller andra typer av visualiseringar eftersom det skulle göra kunskapsstödet mer lättillgängligt för den som nyttjar det.

Socialnämnden önskar mer vägledning kring eftervård och vilka insatser som socialtjänsten bör erbjuda inom eftervården. Socialnämnden är av uppfattningen att eftervården är den svåraste fasen eftersom ungdomen då återgår till sitt gamla sammanhang. Följaktligen finns det ett stort behov av vägledning och stöttning vad gäller eftervården.

b) I vilken grad motsvarar kunskapsstödet era förväntningar på att ha ett relevant innehåll?

- 1 Motsvarar inte alls
- 2
- 3
- 4
- 5

6 Motsvarar helt

Vad kan förbättras i kunskapsstödet som helhet eller i någon av delarna för att omdömet ska bli högre?

Kunskapsstödet har ett mycket relevant innehåll. Det behandlar ett område där det finns ett behov av kompetensutveckling. Det är särskilt uppskattat att kunskapsstödet rekommenderar flera konkreta insatser som ska vara effektiva för att motverka riskbeteende och återfall i brott. Socialnämnden välkomnar vidare att behovet, av att erbjuda multimodala KBT-baserade färdighetsprogram för barn 6–11 år, synliggörs i kunskapsstödet.

c) I vilken grad motsvarar kunskapsstödet era förväntningar på att vara läsbart, ha ett tillgängligt språk?

- 1 Motsvarar inte alls
2
3
4
5
6 Motsvarar helt

Vad kan förbättras i kunskapsstödet som helhet eller i någon av delarna för att omdömet ska bli högre?

I enlighet med ovan (1.a) är språket lättillgängligt men hur det presenteras bör ses över, i synnerhet beträffande rubriksättning och styckesindelningar.

2. I vilken grad motsvarar bilagan *Barn och föräldrar med NPF och IF* era förväntningar på att ha ett relevant innehåll och att vara till nytta/ge stöd?

- 1 Motsvarar inte alls
2

- 3
- 4
- 5
- 6 Motsvarar helt

Vad kan förbättras i bilaga 1 för att omdömet ska bli högre?

Bilagan om barn och föräldrar med NPF och IF behandlar ett område där det finns ett stort behov av stöd eftersom det avser komplexa ärenden. Bilagan utgör ett viktigt stöd eftersom den både förklarar vad neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning är och vad för insatser samt kommunikation som fungerar väl i dessa fall. Bilagan innehåller praktiska anpassningsstrategier vilket uppskattas då det möjliggör att socialtjänsten kan utforma en god vård för barn och unga med NPF och IF.

3. Fritt skrivna synpunkter om kunskapsstödet och dess bilagor

Se bifogat yttrande för synpunkter.

4. Fråga om behov av nationellt implementeringsstöd

Socialstyrelsen ska ta fram en plan för att stödja nationell implementering och uppföljning av kunskapsstödet och rekommendationerna.

Lämna gärna förslag på vad som är viktigt för Socialstyrelsen att ta fasta på i en sådan plan.

Tack för era svar!

**Referens**

Peter Vesterholm

peter.vesterholm@botkyrka.se

Mottagare

Kommunledningsförvaltningen

Beslut att utse ansvarig nämnd att besvara remiss - Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18år (Dnr 4.3-5883/2020)

Beslut

Undertecknad beslutar enligt kommunstyrelsens delegationsordning, C 10, att utse socialnämnden som ansvarig att yttra sig över Socialstyrelsens remiss *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18år*.

Sammanfattning

Botkyrka kommun har givits tillfälle att yttra sig över remiss från Socialstyrelsen gällande *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18år*. Svaret ska vara Socialstyrelsen tillhanda senast 24 juni 2021.

Genom detta beslut utses socialnämnden som ansvarig att avge yttrande för kommunens räkning.

Om delegationsbeslut

När ett beslut fattats med stöd av delegation ska det anmälas till kommunstyrelsen. Alla delegationsbeslut ska anmälas, oavsett om beslutet kan överklagas genom laglighetsprövning eller genom förvaltningsrättsligt överklagande. Anmälan är viktig för att kunna beräkna överklagandetiden för laglighetsprövning.

Delegationsbeslut ska anmälas till kommunstyrelsen vid kommunstyrelsens nästa sammanträde. Respektive delegat ansvarar för att beslutet lämnas till nämnden för anmälan.

Delegat:



Peter Vesterholm

t.f. kanslidirektör

SIGNATURSIDA

Detta dokument har elektroniskt undertecknats av följande
undertecknare:

NAMN:	Peter Andreas Vesterholm
IDENTIFIKATIONSTYP:	Svensk e-legitimation
IDENTIFIKATIONS-ID:	_08972e433f9b904110d7d28bbb51980765
DATUM & TID:	2021-05-11 21:06:30 +02:00



Certifierad av Comfact Signature
Accepterad av alla undertecknare
2021-05-11 21:06:35 +02:00
Ref: 1094407
www.comfact.se



[Validera dokumentet](#) | [Användarvillkor](#)

Möjlighet att lämna synpunkter på remissversion av kunskapsstöd med rekommendationer

Socialstyrelsen tar fram ett kunskapsstöd för socialtjänstens arbete med insatser för barn och unga 6-18 år med normbrytande beteenden. Publicering är planerad till september/oktober 2021.

Ni ges nu möjlighet att lämna synpunkter på remissversionen av *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18år*.

Remissversionen av kunskapsstödet är ofärdigt vad gäller referenser och layout, det har inte heller genomgått juridisk eller språklig granskning. Vi ber er ha överseende med detta.

I utskicket bifogas även *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* för kännedom.

Remissen besvaras genom att använda bifogad svarsblankett. Sista svarsdag är **24 juni 2021**

Remissvar skickas med e-post till projektledaren som också besvarar eventuella frågor.

Med vänlig hälsning,

Projektledare, Jenny Jakobsson

jenny.jakobsson@socialstyrelsen.se

075 – 247 4498

Sändlista

Kommuner:

Stockholm, Göteborg och Malmö

Representativt urval; Strömstad, Nybro, Eslöv, Helsingborg, Laxå, Kristinehamn, Lidingö, Botkyrka, Bollnäs, Härjedalen, Örnsköldsvik, Umeå

Statliga myndigheter:

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Myndigheten för föräldrarätt och föräldraskapsstöd (Mfof)

Statens institutionsstyrelse (SiS)

Brottsförebyggande rådet (Brå)

Barnombudsmannen (BO)

Övriga:

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Svenska vård

Famna

Separata utskick:

Riksförbundet Attention, Autism- och Aspergerförbundet, FUB

Nationella företrädare för metoder som ingår i Socialstyrelsens rekommendationer

Forskare

Remissversion:
Insatser för att motverka
fortsatt normbrytande
beteende och återfall i
brott

Kunskapsstöd med rekommendationer för
socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18 år

UTKAST

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning.....	4
Några utgångspunkter för socialtjänstens arbete med insatser	4
Om detta kunskapsstöd	5
Metod	8
Disposition	8
1. Målgruppen i kunskapsstödet	9
Vilka riskbeteenden handlar det om?	9
NPF/IF och normbrytande beteenden	11
2. Planera insatser	14
Teoretiska utgångspunkter (RBM)	14
Riskområden att uppmärksamma	16
Utveckla färdigheter och beteenden.....	17
Formulera mål och matcha med behandlingsinnehåll	19
Hög intensitet och multimodalitet.....	21
Stärka förutsättningar för förändring	23
3. Utforma uppdrag	28
Beskriva behov, mål och insatser	28
Dela upp behandlingsarbetet i faser	29
Kompletterande analyser	30
4. Följa upp insatser	31
5. Samverkan och samordning.....	33
6. Kunskapsbaserade insatser och rekommendationer	34
Gemensamt för verksamma insatser.....	34
Socialstyrelsens rekommendationer	36
Bilaga 1 – Barn och föräldrar med NPF och IF	47
Bilaga 2 – Färdighetsträningsprogram för barn	61
Bilaga 3 – Metodbeskrivning	63

Sammanfattning

Det finns en stor mängd forskning som bidrar med kunskap till socialtjänstens arbete med insatser för barn och unga med allvarliga riskbeteenden. I detta stöd ges kunskapsbaserad vägledning för att planera individuellt anpassade insatser som kan motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn och unga. Med principerna om risk, behov och mottaglighet som grund beskrivs vilka riskfaktorer som behöver uppmärksammas och hur behandlingen kan utformas med multimodala beteende- och färdighetsorienterade insatser. Därtill ges stöd för att utforma uppdrag, följa upp insatser och kring samverkan och samordning.

I kunskapsstödet har Socialstyrelsen också utfärdat fem rekommendationer om insatser som socialtjänsten *bör erbjuda* barn och unga med hög risk för fortsatt normbrytande beteende och en rekommendation om en insats som socialtjänsten *inte bör erbjuda*.

För barn 6-11 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende

Socialtjänsten bör erbjuda beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram, t.ex. Komet, Cope, De otroliga åren och Triple P

Socialtjänsten bör erbjuda multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram, t.ex. SNAP, Coping Power Program och Dina-programmet

För ungdomar 12-18 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende

Socialtjänsten bör erbjuda strukturerad familjebehandling i öppenvård, t.ex. BSFT, FFT, MDFT och MST

Socialtjänsten bör erbjuda Treatment Foster Care Oregon (TFCO) som alternativ till institutionsvård

Socialtjänsten bör erbjuda individuell KBT-baserad, strukturerad beteende- och färdighetsträning

Socialtjänsten bör inte erbjuda påverkans- eller konsekvensprogram av typen Scared Straight

Barn och unga med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning och normbrytande beteenden är en särskilt utsatt grupp. I stödet förmedlas kunskap för att stärka socialtjänstens möjligheter att motverka en ogynnsam utveckling för denna grupp.

Inledning

Barn med normbrytande beteendemönster och ungdomar med upprepad brottslighet är en grupp som förutom kriminalitet i vuxen ålder också löper risk för psykisk och somatisk ohälsa, missbruk och tidig död.¹ Att socialtjänsten kan erbjuda verksamma insatser för denna målgrupp är angeläget, både utifrån aspekten av mänskligt lidande och utifrån samhällskostnader.²

Målet med socialtjänstens insatser är att de ska vara till nytta och aldrig till skada.³ Det innebär att socialtjänstens insatser behöver baseras på bästa tillgängliga kunskap. Som komplement till vetenskapliga studier, eller i de fall sådana saknas, kan praktiken utveckla systematisk uppföljning och beprövad erfarenhet om hur insatserna fungerar.

Även om många kommuner erbjuder forskningsbaserade insatser med konstaterat gynnsamma effekter för barn och unga med allvarliga riskbeteenden är det vanligare med insatser vars nytta är oklar. En undersökning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar att de mest frekventa insatserna för barn och unga som begått brott är ospecificerade stödsamtal, ospecificerad familjebehandling och kontaktfamilj-/person.⁴ Det är exempel på insatser som inte är vetenskapligt utvärderade, de är också oklara vad gäller behandlingsinnehåll vilket gör dem svåra att utvärdera genom exempelvis systematisk uppföljning.

Att erbjuda utvärderade insatser är centralt för att motverka fortsatta riskbeteenden och återfall i brott, men för att vara effektiva behöver insatserna också anpassas efter individens behov och förutsättningar. Eftersom drivkrafterna bakom normbrytande beteenden och kriminalitet ser olika ut för olika personer är det viktigt att insatserna planeras med utgångspunkt i en bedömning av det enskilda barnets eller ungdomens unika mönster av risk- och skyddsfaktorer. Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* ger stöd i denna risk- och behovsbedömning.⁵

Några utgångspunkter för socialtjänstens arbete med insatser

Förutom att baseras på bästa tillgängliga kunskap behöver socialtjänstens insatser för barn och unga utformas med hänsyn till verksamhetens juridiska ramverk.

En av grundstenarna i socialtjänstens verksamhet är att den ska vara jämlik.⁶ Brister i jämlikhet som leder till att individer missgynnas till följd av

¹ Bl.a. BRÅ 2021

² SBU 2020, hälso-ekonomisk analys

³ Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, Socialstyrelsen, sid 55

⁴ SBU 2020, praxisundersökning, se tabell 7.1

⁵ Socialstyrelsen 2020, *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende – Kunskapsstöd för socialtjänsten*

⁶ Se bl.a. 1 kap. 1 § SoL och 6 § LSS

kön, könsidentitet och könsuttryck, sexuell läggning, ålder, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning kan vara diskriminering.⁷ Att tillgängliggöra insatser för olika målgrupper, öka kunskap och medvetenhet kring stereotypa normer och föreställningar är exempel som kan bidra till insatser på lika villkor.

Socialtjänstens insatser ska också utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.⁸ Barns och föräldrars delaktighet är ofta en förutsättning för att de insatser som väljs ska ge önskat resultat. Delaktighet kan främja motivation och engagemang vilket i sin tur ökar sannolikheten för att insatserna blir till hjälp. Socialtjänsten behöver arbeta aktivt för att möjliggöra för barn och föräldrar att vara delaktiga vid såväl planering och utformning som vid uppföljning av insatser. Det gäller även i situationer där det inte går att få samtycke till insatser.

En annan vägledande princip för socialtjänsten är att insatserna ska utgå från en helhetssyn på barns och ungas situation.⁹ Barn och unga med normbrytande beteenden kan också behöva andra stödinsatser än de som riktas mot deras riskbeteenden. Ibland kan andra åtgärder från socialtjänst eller andra vårdgivare till och med vara en förutsättning för att familjen ska kunna tillgodogöra sig de insatser som sätts in för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott.

Socialtjänstens arbete för att motverka en fortsatt ogynnsam utveckling hos barn och unga med allvarliga riskbeteenden handlar sällan om enkla lösningar. I uppdraget spelar den professionelle handläggaren, med sin yrkeserfarenhet och personliga kompetens en viktig roll. I arbetet behövs förmåga att kombinera olika kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Det handlar bland annat om att kunna väga samman vetenskaplig kunskap med det enskilda barnets situation, familjens erfarenheter och önskemål. Insikt om vilka specifika förutsättningar som kan finnas i mötet med olika klienter, ett inkluderande och respektfullt bemötande av barn och föräldrar är viktiga förutsättningar för att skapa förtroende som kan bidra till positiva, varaktiga förändringar.

Om detta kunskapsstöd

Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott är en fortsättning på Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2020 om att bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende.¹⁰ Det här kunskapsstödet avser socialtjänstens arbete med insatser för de barn och unga som enligt socialtjänstens bedömning löper hög risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott.¹¹

⁷ se 1 kap. 4 § diskrimineringslagen

⁸ Se 1 kap 1 § tredje stycket SoL och 3 kap 5 § SoL

⁹ Helhetsprincipen innebär att människans olika behov beaktas och vägs samman. Helhetssynen innebär att socialtjänsten informerar sig om hur samspelet mellan den enskilde, familjen, nätverken i omgivningen och den omgivande miljö påverkar och fungerar. (SOU 2007:82, sid 121.)

¹⁰ Socialstyrelsen 2020, *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende*

¹¹ Kunskapsstödet omfattar inte sexuellt normbrytande beteende eller sexualbrott.

Stödet ger kunskapsbaserad vägledning i arbetet med att planera och utforma insatser med utgångspunkt i barnets eller den unges individuella mönster av riskfaktorer. Vägledningen tar sin utgångspunkt i ett vetenskapligt grundat ramverk som sammanfattar viktiga faktorer för att uppnå bästa möjliga resultat. Faktorerna har formulerats i ett antal principer, där principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM) är de mest centrala. Kunskapsstödet omfattar även avsnitt om uppföljning av insatser och om samverkan och samordning.

I det avslutande kapitlet beskrivs vad som utmärker verksam behandling för målgruppen och här presenteras Socialstyrelsens rekommendationer om insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn 6-11 år respektive ungdomar 12-18 år.

I bilaga 1 förmedlas kunskap för att stärka socialtjänstens arbete med barn och unga med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning och normbrytande beteenden.

Inriktning och avgränsningar

Kunskapsstödet vänder sig till handläggare och chefer inom socialtjänsten med ansvar för att planera, utforma och följa upp insatser för barn och unga 6-18 år. Det omfattar inte de planerings-, genomförande- och uppföljningsaktiviteter som utförare av insatser ansvarar för.

Kunskapsstödet är avgränsat till arbetet med individuellt utformade och behovsprövade insatser för barn och unga som uppvisar allvarliga riskbeteenden, och som socialtjänsten bedömer löper **hög risk** för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott med undantag för sexuellt normbrytande beteende och sexualbrott. Stödet fokuserar på behandlingsinnehåll och riskfaktorer som behöver påverkas för att bryta en negativ utveckling. Det omfattar öppenvårdsinsatser som riktas till föräldrar, barn eller till hela familjen, och behandlingsinsatser för barn och unga placerade i familjehem eller på HVB.

Kunskapsstödet kan användas som stöd vid yttranden enligt 11 § LUL¹² men handlar i övrigt inte specifikt om påföljder för unga lagöverträdare. För information om socialtjänstens särskilda ansvar för unga lagöverträdare hänvisas läsaren till Socialstyrelsens handbok *Barn och unga som begår brott*.¹³

Syfte

Kunskapsstödet syftar till att främja kunskapsutveckling och likvärdighet i socialtjänstens arbete med barn och unga med normbrytande och brottsligt beteende.

Målet med rekommendationerna är att fler barn och unga ska erbjudas vetenskapligt utvärderade insatser med påvisat gynnsamma effekter avseende allvarliga riskbeteenden och kriminalitet. Socialstyrelsens förhoppning är också att beskrivningarna av hur principerna om risk, behov, multimodalitet och mottaglighet kan tillämpas kommer att bidra till att även socialtjänstens övriga insatser utformas i enlighet med bästa tillgängliga kunskap.

¹² Se även Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2019-30) för vilka uppgifter som bör eller kan finnas med i yttrandet

¹³ Socialstyrelsen 2020, *Barn och unga som begår brott – handbok för socialtjänsten*

Genom att kunskapsstödet inkluderar barn från 6 år vill Socialstyrelsen framhålla betydelsen av tidiga insatser för barn som löper hög risk för fortsatt normbrytande beteende och kriminalitet.

Målgrupp

Kunskapsstödet vänder sig i första hand till socialsekreterare och chefer i socialtjänsten med ansvar för handläggning av ärenden som rör barn och unga i ålder 6-18 år. Stödet kan också vara relevant för utförare av insatser för att få förståelse för vad som ligger bakom socialtjänstens uppdrag. Beslutsfattare kan använda kunskapsstödet som underlag för utveckling av den egna öppenvården och vid upphandling av externa vård- och omsorgstjänster.

Kunskapsstödet kompletterar annat stöd

Socialtjänstens arbete med behovsprövade insatser kan illustreras som en process i fem steg som vart och ett består av olika aktiviteter (figur 1).

Figur 1 Flödesschema över handläggning av ärenden och genomförande av insatser



Kunskapsstödet *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* (kallas fortsättningsvis *Bedöma risk och behov*) ger stöd för de första två stegen i processen. Där beskrivs hur forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer kartläggs och analyseras för att mynna ut i en sammanfattande bedömning av barnets risknivå, behov och mottaglighet.

Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott tar vid det föregående kunskapsstödet. I kapitel 2 ges vägledning i arbetet med att planera insatser med utgångspunkt i en genomförd risk- och behovsbedömning. I kapitel 3 och 4 ges stöd för nästa steg i socialtjänstens handläggningsprocess – att utforma uppdrag och följa upp insatser.

Socialstyrelsens kunskapsstöd baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta kunskapsstöd behöver därför läsas som komplement till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt handböcker som ger stöd i tillämpningen av gällande regelverk. Relevanta handböcker i relation till detta kunskapsstöd är:

- *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*
- *Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen*
- *Placerade barn och unga – Handbok för socialtjänsten*
- *LVU – handbok för socialtjänsten*
- *Barn och unga som begår brott – Handbok för socialtjänsten*

Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott ska också ses som ett fördjupande komplement till BBIC:s grundbok och metodstöd när det gäller arbetet med insatser för barn och unga med normbrytande beteende och kriminalitet.¹⁴

Agenda 2030

Agenda 2030 är namnet på de globala utvecklingsmål som har beslutats av Förenta nationerna, FN. Socialstyrelsens arbete ska på olika sätt bidra till att genomföra målen på nationell och internationell nivå. Detta kunskapsstöd har bland annat bäring på mål 3 (god hälsa och välbefinnande) och mål 16 (motverka alla former av våld).

Metod

Kunskapsstödet har tagits fram i enlighet med Socialstyrelsens interna rutin för kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Rutinen omfattar bland annat framtagande av vetenskapliga underlag och en process för rekommendationer. Det vetenskapliga underlaget för rekommendationerna i detta kunskapsstöd beskrivs i *Kunskapsunderlag med metodbeskrivning* (separat publikation).

Förutom det vetenskapliga underlaget om insatser har vi sammanställt kunskap och erfarenheter om frågor som rör barn och föräldrar med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning och vi har inhämtat synpunkter från socialtjänsten på ett tidigt utkast av kunskapsstödet kapitel 2-4. Läs mer om kunskapsunderlagen och rekommendationsprocessen i bilaga 3 *Metodbeskrivning*.

Disposition

Kunskapsstödet är indelat i sex kapitel:

1. Målgruppen i kunskapsstödet
2. Planera insatser
3. Utforma uppdrag
4. Följa upp insatser
5. Samverkan och samordning
6. Kunskapsbaserade insatser och rekommendationer

Därtill finns tre bilagor:

Bilaga 1. Barn och föräldrar med NPF och IF

Bilaga 2. Färdighetsträningsprogram för barn

Bilaga 3. Metodbeskrivning

Här ska en begreppslista läggas till

¹⁴ Vi kommer att förtydliga hur beskrivningarna i kunskapsstödet relaterar till handläggningsfaserna och dokumentationsstöden i BBIC

1. Målgruppen i kunskapsstödet

Målgruppen i detta kunskapsstöd är barn och unga i åldern 6-18 år som enligt socialtjänstens bedömning löper hög (eller mycket hög) risk för fortsatt normbrytande beteende och kriminalitet. Beteckningen hög eller mycket hög risk speglar socialtjänstens samlade bedömning av barnets risk för fortsatta beteendeproblem baserat på forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer. En sådan bedömning kan göra med utgångspunkt i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov* eller med stöd av en standardiserad bedömningsmetod.¹⁵

Vilka riskbeteenden handlar det om?

Det finns olika termer för att beteckna de riskbeteenden som är i fokus i kunskapsstödet. Normbrytande beteende är ett samlingsnamn för negativa, destruktiva beteenden hos barn och unga som innebär brott mot gällande sociala normer, regler eller lagar.¹⁶ Begreppet omfattar alltså både kriminella handlingar och icke-formella regelbrott, även om brott ofta nämns i tillägg till normbrytande beteende.

I detta kunskapsstöd används begreppet riskbeteenden som komplement till normbrytande och brottsligt beteende. Begreppet omfattar beteenden som utgör riskfaktorer för fortsatt normbrytande beteende och återfall i kriminalitet. Det kan till exempel handla om trotsighet, ilska, aggressivitet, negativa attityder, impulsivitet och beteenden som följer av bristande kognitiva eller sociala färdigheter och destruktiva problemlösningsstrategier. Flera av dessa riskbeteenden kännetecknar symtom för diagnoserna trotssyndrom eller uppförandestörning.¹⁷

Trotssyndrom karaktäriseras bland annat av att barnet eller den unge tappar besinningen, är lättretlig och arg, argumenterar och trotsar mot auktoritetspersoner, gör avsiktligt sådant som retar eller lägger skulden på andra.

Uppförandestörning karaktäriseras bland annat av att barnet eller den unge uppvisar beteenden som hot, våld och trakasserier, lögner, intrång, stöld, skolk och rymningar.¹⁸

Riskbeteenden utvecklas kumulativt

Ett grundantagande i kunskapsstödet är ett barns riskbeteende i övre tonåren sannolikt har samma orsaksbakgrund som de riskbeteenden som barnet uppvisade i lågstadiet. Det kan förstås utifrån så kallad kumulativ kontinuitet,

¹⁵ Se Socialstyrelsens allmänna råd om att använda standardiserade bedömningsmetoder vid riskbedömning i handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare (HSLF-FS 2019:30) Exempel på sådana metoder som används för barn och unga med normbrytande beteenden och kriminalitet i Sverige är SAVRY, YLS-CMI, EARL och ESTER bedömning. Läs om strukturerade bedömningsmetoder på Metodguiden för socialt arbete.

¹⁶ Se *Bedöma risk och behov*, sid 16-17

¹⁷ Observera att beskrivningarna här inte är kompletta, för att indikera diagnos ska symtomen också inträffa med en viss frekvens och varaktighet samt medföra negativa konsekvenser för barnet och hans eller hennes omgivning.

¹⁸ Exempel på kriterier för trotssyndrom och uppförandestörning enligt den psykiatriska diagnosmanualen DSM-5

dvs. att riskfaktorer och riskbeteenden i tidiga år leder till ett succesivt adderande av riskfaktorer och riskbeteenden. Läs mer om kumulativ kontinuitet i kunskapsstödet *Bedöma risk och behov*.¹⁹ Det är viktigt att ha i åtanke att normbrytande beteenden utvecklas, vidmakthålls och förstärks i samspel med omgivningen. Detta återkommer vi till senare i kunskapsstödet.

I låg- och mellanstadieåldern är kan normbrytande beteende bland annat yttra sig som ilskeutbrott, vägran att underordna sig vuxnas regler och krav hemma och i skolan, lögnar och andra bedrägliga beteenden, svårigheter med samspel och konflikter med andra barn, att ta risker och att utsätta sig själv och andra för fara. För barn som får möjlighet att vistas utan uppsikt från vuxna kan riskbeteendena ta sig uttryck som mobbing och elakheter mot andra barn, skadegörelser och snatterier. Barnet kan börja vistas i riskmiljöer, debutera med alkohol och droger och företa sig grövre brott. I högstadie- och gymnasieåldern ökar riskbeteendena i allvarlighetsgrad och frekvens då umgänget och identifikationen med andra personer med samma typ av riskbeteenden förstärks samtidigt som kontakterna med prosociala barn och vuxna minskar.

Hos vissa barn och unga utvecklas normbrytande beteenden först i samband med puberteten och då rör det sig ofta om en snabb negativ utvecklingsprocess. Beteendena kan vara lika destruktiva och allvarliga som de riskbeteenden som har utvecklats över längre tid. Däremot har barn med senare debut ofta färre riskfaktorer och fler skyddsfaktorer vilket kan minska risken att de utvecklar långvarigt normbrytande beteende och kriminalitet.²⁰

Beskrivningarna visar att tidiga signaler på normbrytande beteenden alltid måste tas på stort allvar och att insatser behöver sättas in innan barnets riskbeteenden befästs. Det betyder inte att ungdomar vars riskbeteenden upptäcks eller uppstår senare i livet inte ska ges uppmärksamhet. Även i dessa fall behövs insatser från socialtjänsten för att vända en negativ utveckling.

Allvarlig brottslighet i målgruppen

Ungdomsåren är en period i livet då de allra flesta individer begår kriminella handlingar. Förseelsebrott, snatterier och till och med enstaka allvarligare brott kan därmed ses som normalt för en tonåring. För de allra flesta kommer dessa beteenden klinga av i takt med ålder och mognad.²¹

För yngre barn kan alla former av brott däremot vara en varningssignal som behöver tas på allvar. Svenska och internationella studier visar att ungefär fem procent av de pojkar som begår brott före 13 års ålder står för 50–60 procent av alla brott som begås av unga vuxna, det gäller framför allt de allvarliga brotten.²² Samtidigt kommer inte alla som begår eller misstänks för brott innan de är straffmyndiga att fortsätta med kriminalitet. I en studie från Brottsförebyggande rådet (Brå) fann man att knappt hälften av barnen under 15 år som misstänktes för brott under 2012 hade återfallit i ny brottsmisstänke inom tre år.²³

¹⁹ *Bedöma risk och behov*, sid 28-29

²⁰ Moffit 1993, Farrington et al 2009.

²¹ Skolundersökningen om brott 2019. Om utsatthet och delaktighet i brott. Stockholm; Brå: Rapport 2020:11

²² Stattin & Magnusson, 1991, Moffit & Scott 2008

²³ Brott begångna av barn. En utvärdering av ändringarna i lagen med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare under 15 år. Rapport 2014:20. Brottsförebyggande rådet 2014

När det gäller straffmyndiga barn (15-17 år) har Brå studerat gruppen med flest återfall i brott, så kallade högaktiva ungdomar. Jämförelser mellan 1990-, 00- och 2010-talet visar att gruppen högaktiva ungdomar har minskat över tid.²⁴ I sin senaste studie av högaktiva ungdomar finner Brå att ju lägre ålder vid första lagföringen, desto fler återfall i brott. Däremot konstaterar Brå att så kallade strategiska brott inte längre utgör en indikator på ökad risk för återfall i brott hos barn och unga.²⁵ Läs mer om återfall och brottslighet bland barn och unga på Brottsförebyggande rådets webbplats.

Socialstyrelsens handbok *Barn och unga som begår brott* (2020) ger stöd till socialtjänsten i arbetet med barn och unga som är misstänkta för brott eller som har begått brott.

Efter att handboken publicerades har en ny påföljd för unga lagöverträdare införts – **Ungdomsövervakning**. Kriminalvården ansvarar för att verkställa påföljden som bland annat innebär att den unge begränsas i sin rörelsefrihet. Under påföljden kan den unge vara aktuell för insatser från socialtjänsten. Ungdomsövervakning förutsätter samverkan mellan socialtjänsten och Kriminalvården.

Läs mer om ungdomsövervakning i Meddelandeblad nr 1/2021, på Socialstyrel-

NPF/IF och normbrytande beteenden

I uppdraget att ta fram detta kunskapsstöd ingick att särskilt belysa barn och unga med normbrytande beteenden och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). I arbetet bestämdes fokus till NPF-diagnoserna attention deficit hyperactivity disorder (adhd) och autismspektrumtillstånd (autism) men även att lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IF) och svag teoretisk begåvning skulle inkluderas.²⁶

Barn och unga med normbrytande beteenden och neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning är en sårbar grupp med förhöjd risk för ogynnsam utveckling.²⁷ Det blir tydligt om man ser till unga placerade på SiS där studier visar att mellan 39-48 procent har minst en diagnos avseende neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning.²⁸ Det kan jämföras med

²⁴ *Strategiska brott. Vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär?* Rapport 2000:3, Brå. *Strategiska brott bland unga på 00-talet*. Rapport 2011:21, Brå. *Strategiska brott bland ungdomar på 2010-talet*, Brå: Rapport 2021:5

²⁵ *Strategiska brott bland ungdomar på 2010-talet*, Stockholm, Brå: Rapport 2021:5

²⁶ Se förklaringar i begreppslistan.

²⁷ Beaudry et al (2020) *An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities*. Rutten et al (2017) *Autism in adult and juvenile delinquents: a literature review*. Cino (2014) *A crime to be punished or a problem to be solved? Antisocial behaviour orders and young people with mild learning disabilities*

²⁸ Anckarsäter et al (2006) *Prevalence's and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents*, Ståhlberg et al (2010) *Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalence's and treatment needs*, Socialstyrelsen (2018) *Vård för barn och unga I HVB utifrån deras samlade behov – förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*

att förekomsten av dessa diagnoser bland barn på befolkningsnivå är 5-7 procent när det gäller adhd och 1-2 procent vad gäller autism och IF.²⁹

Orsaksbakgrunder

Precis som för alla barn och unga kan utvecklingen av normbrytande beteende hos barn med funktionsnedsättning inte förklaras av enkla orsakssamband, utan det handlar om ett samspel av faktorer hos barnet, i familjen och i andra sammanhang. Läs mer om risk- och skyddsfaktorer för att utveckla normbrytande beteenden i kunskapsstödet *Bedöma risk och behov*.

Kopplingen mellan riskbeteenden och NPF eller IF ser olika ut beroende på diagnos, men i detta kunskapsstöd uppmärksammas svårigheter och omständigheter som är gemensamma vid adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning. Beskrivningarna nedan utgår från vad som har lyfts fram av de experter och intresseorganisationer som Socialstyrelsen har träffat i projektet, se metodbilaga 3.

Individuell sårbarhet

Barn och unga med NPF, IF och svag teoretisk begåvning har också ofta en komplex problematik med svårigheter inom flera områden. Till exempel är överlappningen mellan adhd, autism och IF stor vilket innebär att ett barn ofta har fler än en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Många har också svårigheter inom fler än ett diagnosområde även om de fullständiga kriterierna för en andra neuropsykiatrisk diagnos inte alltid är uppfyllda. Dessutom finns en betydande samtidig förekomst av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning som påtagligt ökar risken för kriminalitet.³⁰

Flera av de svårigheter och symtom som utmärker adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning påverkar individens beteende på olika sätt och vissa funktionsnedsättningar relaterar till normbrytande beteenden. Det handlar till exempel om impulsivitet, uppmärksamhetsproblem, nedsatt verbal förmåga, bristande självkontroll, svårigheter att lösa problem, svårigheter att läsa av andra personer och situationer och bristande flexibilitet.

Nedsatt förmåga att samspela, kunna följa regler, förstå sociala koder, aggressivitet och bristande konflikthantering kan bidra till svårigheter att skapa och upprätthålla prosociala kamratrelationer. Svårigheter med impulsivitet och konsekvenstänk, att vara lättledd och ha svårt att bedöma andras pålitlighet kan utgöra risker i normbrytande umgängen.

Skolproblem och svag anknytning till skolan är vanligt bland barn och unga med NPF, IF och låg teoretisk begåvning. Det gäller i synnerhet elever som inte får rätt anpassningar och stöd i skolan. Skolproblem kan bland annat visa sig som hög frånvaro, underkända betyg, mobbing och konflikter med lärare och andra elever. Funktionsnedsättningarna kan medföra svårigheter med inläring, elever med svag teoretisk begåvning kan ha särskilt svårt att klara skolans kunskapskrav då de inte har rätt till särskola och inte alltid får

²⁹ Socialstyrelsen (2019) *Geografiska skillnader i förskrivning av adhd läkemedel*, Lundström et al (2015) *Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general*, <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=24813&nodeId=39571>

³⁰ Andershed & Andershed (2005) *Normbrytande beteende i barndomen – Vad säger forskningen?*

nödvändiga anpassningar för att nå målen. I skolan ställs också krav på socialt samspel (både skrivna och oskrivna regler) som kan medföra svårigheter då de inte är anpassade efter elever med NPF och IF.

Svårigheter i familjen

Ärftligheten för NPF och intellektuell funktionsnedsättning är hög. Det innebär att många föräldrar till barn med adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning har egna funktionsnedsättningar, ofta utan diagnos. För dessa föräldrar kan det vara en stor utmaning att upprätthålla en fungerande familjevardag. Föräldraskapet ställer krav på förmågor som personer med NPF ofta har svårt med, som att organisera och planera, ha tålamod, hantera stress och att delta i sociala aktiviteter kring barnet.

Många föräldrar till barn med funktionsnedsättning tar också ett stort ansvar och driver själva frågor, kontakter och samordning kring barn med behov av stöd från olika aktörer. Det är inte ovanligt att familjerna lever under omfattande och långvarig stress.

Familjens vardag påverkas också ofta av att barnet har en funktionsnedsättning och barnets svårigheter kan leda till konflikter och ansträngda relationer i familjen. Känslobrott och svårhanterligt temperament hos barnet kan öka risken för negativa beteenden och uppfostringsstrategier hos föräldrar.

Socialtjänsten kan behöva öka sin kunskap om NPF

Olika rapporter pekar mot att kunskapen om neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar behöver öka inom socialtjänsten. I en enkätundersökning från 2020 uppgav 96 procent av nära 300 handläggare inom sociala barn- och ungdomsvården att det inte finns tillräcklig NPF-kunskap i den egna arbetsgruppen.³¹ Även föräldrar till barn med NPF vittnar om sådana kunskapsbrister i socialtjänsten.³² Intresseorganisationer har framfört att bristande NPF-kompetens och brist på anpassade stödinsatser i socialtjänsten kan vara delförklaringar till att så många barn och unga med NPF placeras i tvångsvård.³³

I bilaga 1 har Socialstyrelsen sammanställt kunskap om svårigheter som barn och föräldrar med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning kan ha och hur socialtjänsten kan tillgängliggöra sina insatser för målgruppen.

³¹ Familjefytets rapport: del 2. Riksförbundet Attention 2020

³² Familjefytets rapport: del 1. Riksförbundet Attention, 2020

³³ <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/barn-med-autism-far-illa-i-tvangsvarden-27322>

2. Planera insatser

Det här kapitlet ger kunskapsbaserad vägledning för socialtjänstens arbete med att planera och utforma insatser för barn och unga 6-18 år med utgångspunkt i en genomförd risk- och behovsbedömning.

En förutsättning för att tillämpa stödet är alltså att det redan har gjorts en kartläggning och sammanvägd bedömning av barnets eller den unges risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende och kriminalitet. Vi påminner om att målgruppen för detta kunskapsstöd är barn och unga med allvarliga riskbeteenden, som socialtjänsten bedömer löper **hög risk** för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott.

Processen att planera insatser beskrivs som fem moment vilka avslutas med frågor till stöd för handläggningen av enskilda ärenden. Inledningsvis beskrivs kapitlets teoretiska utgångspunkter.

Teoretiska utgångspunkter (RBM)

Kapitlet om att planera insatser baseras på ett vetenskapligt grundat ramverk som sammanfattar viktiga faktorer för att uppnå bästa möjliga resultat när det gäller insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Ramverket utgår från principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM) som tillsammans utgör en modell för bedömning och behandling.³⁴ I kunskapsstödet har Socialstyrelsen anpassat vissa begrepp, utvecklat exempel och innehåll för att göra modellen förenlig med socialtjänstens arbete med barn och unga i åldern 6-18 år.³⁵

RBM-modellen grundas på omfattande, framförallt nordamerikansk, forskning om återfallsförebyggande insatser för ungdomar och vuxna.³⁶ Studier visar att principerna kan överföras till vård av ungdomar i en europeisk kontext³⁷ och att de kan vara giltiga för yngre barn med normbrytande beteenden³⁸.

Principerna om risk, behov och mottaglighet utgör kärnan i modellen men ramverket har utvecklats och består idag av 15 forskningsbaserade principer uppdelade i tre teman; grundläggande värderingar, principer för bedömning och behandling samt organisatoriska och strukturella principer.³⁹

³⁴ RBM-modellen är ett teoretiskt och praktiskt ramverk som sammanställts uppdaterats av de kanadensiska forskarna D.A. Andrews och James Bonta, 1994, 1998, 2003, 2006, 2010, 2017.

³⁵ Anpassningarna har gjorts med hänvisning till den första principen i modellen som innebär att varje verksamhet behöver utforma sitt arbete med RBM-principerna utifrån sitt specifika uppdrag, sin målgrupp och sitt etiska och juridiska ramverk.

³⁶ Se referenser i Bonta & Andrews 2017, *The psychology of criminal conduct*, sixth edition

³⁷ Koehler et al (2012) *A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe*

³⁸ Nee et al (2012) *Addressing criminality in childhood: is responsivity the central issue?*

³⁹ Socialstyrelsen söker nu tillstånd från upphovspersonerna att få översätta och publicera samtliga 15 principer för att kunna hänvisa till dessa i en bilaga till kunskapsstödet.

Principer för behandling

Enligt RBM-modellen planeras insatser med utgångspunkt i en strukturerad bedömning av individens risknivå, drivkrafter för fortsatt normbrytande beteende och mottaglighet. Modellens fem principer för behandling omfattar:

- *Risk* handlar om att insatsernas omfattning ska matcha individens risknivå, där personer med hög risk för fortsatta beteendeproblem ska ha den mest intensiva behandlingen. En annan aspekt av riskprincipen är att inte blanda individer med olika risknivå i gruppbehandling eller i institutionsvård.
- *Behov* handlar om att insatser generellt ska riktas mot de riskfaktorer som forskning visar har betydelse för att minska återfall och specifikt mot de faktorer som driver den enskildes normbrytande beteenden.
- *Multimodalitet* handlar om att insatserna ska riktas samtidigt mot flera olika riskfaktorer.
- *Generell mottaglighet* handlar om att använda de behandlingsmetoder och strategier som forskning visar ger bäst effekt: beteende- och färdighetsorienterade insatser med utgångspunkt i KBT och social inlärningsteori som karaktäriseras av bland annat förstärkning, rollspel, modellering och kognitiv omstrukturering.
- *Specifik mottaglighet* handlar om att anpassa genomförandet av insatserna utifrån individens förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen. Exempel på mottaglighetsfaktorer är inlärningsstil, motivation, kön, ålder, kognitiv förmåga och etnicitet.

Den teoretiska basen i RBM-modellen är socialpsykologisk där normbrytande beteenden förstås som inlärd beteende-/tankemönster och bristfälliga färdigheter.⁴⁰ Precis som beskrivs i Socialstyrelsens kunskapsstöd om att bedöma risk och behov utgår man i RBM-modellen från att individens agerande utvecklas och upprätthålls av ett samspel av risk- och skyddsfaktorer på individnivå, familjenivå och i omgivande sociala kontexter.

I linje med RBM-principerna utformas insatser så att barn och föräldrar får hjälp att stärka sina färdigheter, utveckla nya tankesätt och handlingsstrategier samt att det sociala sammanhanget runt barnet (kamrater, skola, fritid) och runt familjen kan utgöra stöd för barnet att utveckla och bibehålla prosociala beteenden.

⁴⁰ Det socialpsykologiska perspektivet baseras på två teoretiska ramverk *General Personality theory* och *Cognitive Social Learning theory*

Riskområden att uppmärksamma

I RBM-modellen består behovsprincipen av sju områden med faktorer som bör uppmärksammas i behandling för att minska risken för fortsatta normbrytande beteenden. Riskområdena motsvarar påverkbara faktorer som upprätthåller och förstärker normbrytande beteenden och kriminalitet.

De risk- och skyddsfaktorer som beskrivs i kunskapsstödet *Bedöma risk och behov* grundas i första hand på forskning om *utveckling* av normbrytande beteenden. Samtidigt utgör flera av dessa faktorer också risker för *fortsatta* beteendeproblem och de överlappar i hög grad behovsprincipens sju riskområden. I tabell 1 beskrivs behovsprincipens riskområden med hänvisningar till berörda faktorer i *Bedöma risk och behov* och BBIC:s delområden.⁴¹

Tabell 1 Riskområden att fokusera på vid insatser mot normbrytande beteenden

Behovsprincipens riskområden (Bonta & Andrews 2017)	Faktorer i <i>Bedöma risk...</i> (Andershed & Andershed, 2020)	Delområden BBIC (BBIC grund-/metodbok)
Personlighetsmönster <i>Spänningsökande, impulsivitet, otålig aggressivitet, svag självkontroll, likgiltighet inför andra och fientlig inställning till sin omgivning</i>	- Trotsighet, ilska eller oräddhet. - Överaktivitet, impulsivitet, koncentrationssvårigheter. - Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger	- Känslor och temperament - Socialt beteende - Attityder och värderingar
Attityder och värderingar <i>Tankar och attityder som stödjer, bortförklarar eller förminskar betydelsen av normbrytande beteenden</i>	- Negativa problemlösningar, tolkningar och attityder	- Attityder och värderingar
Umgänge <i>Umgänge med personer med normbrytande beteenden eller som stödjer individens normbrytande handlingar</i>	- Problematiska kamratrelationer, - Föräldrarnas egna svårigheter (kriminellt beteende)	- Relationer till andra barn och vuxna - Föräldrarnas hälsa och beteende
Missbruk <i>Användning av alkohol och droger</i>	- Alkohol eller droganvändning	- Socialt beteende - Hälsa och utveckling
Föräldrar/familj <i>Bristfällig tillsyn, uppsikt och reaktion/hantering av barnets normbrytande beteenden samt problematiska familjerelationer</i>	- Föräldrarnas svårigheter med uppfostringsstrategier. - Svårigheter i föräldra-barnrelationen	- Vägledning och uppfostringsstrategier - Känslomässigt stöd
Skola <i>Svag anknytning till skola och bristfälliga prestationer</i>	- Bristfälliga skolprestationer. - Frånvaro av positiv skolanknytning (skyddsfaktor)	- Trivsel och närvaro - Lärande - Studieresultat
Fritid <i>Brist på prosociala aktiviteter och fritidsintressen</i>	- Frånvaro av positiva umgängen och aktiviteter (skyddsfaktor)	- Relationer till andra barn och vuxna

Steg ett i planeringsprocessen är att identifiera vilka av ovanstående riskområden som driver det enskilda barnets normbrytande beteende eller kriminalitet. Detta görs med utgångspunkt i den tidigare genomförda risk- och behovsbedömningen. Om det saknas uppgifter för att kunna identifiera drivkrafter bakom barnets riskbeteenden kan det ingå i uppdraget till den som ska utföra insatserna att göra en kompletterande analys eller bedömning, läs mer i avsnittet *Kompletterande analyser*.

⁴¹ I de fall en strukturerad risk- och behovsbedömningsmetod har används i utredningen kan det underlätta att utgå från den aktuella metodens terminologi istället för riskkategorierna som presenteras i detta kapitel

I det enskilda ärendet

Identifiera vilka av riskområdena ovan som är aktuella för det enskilda barnet enligt den risk- och behovsbedömning som gjorts i utredningen.

- Vilka risker upprätthåller/förstärker barnets normbrytande beteenden just nu?
- Vilka risker kan leda till att situationen förvärras ytterligare?

Utveckla färdigheter och beteenden

Ovan beskrivs *vad* som behöver påverkas för att minska normbrytande beteenden, nästa fråga är *hur* förändringen ska gå till. I enlighet med RBM-modellen sker förändring av normbrytande beteenden genom att individen får hjälp att utveckla nya färdigheter, tankesätt och alternativa handlingsstrategier snarare än att endast försöka begränsa oönskade beteenden. Det handlar om att påverka riskfaktorer hos barn och föräldrar och att stödja och förstärka barnet i olika situationer och miljöer.

Påverka riskfaktorer hos barn och föräldrar

Att påverka risker kopplat till barnets *personlighetsmönster* handlar i korthet om att ge barnet stöd i att utveckla färdigheter i problemlösning, självkontroll och socialt handlande. För behov inom *föräldrar/familj* kan det handla om att föräldrar får hjälp att utveckla nya uppfostringsstrategier, öka sin förmåga att hantera konflikter och spendera mer tid med barnet.

Även när det gäller riskområde *umgänge, fritid och skola* handlar det om att utveckla färdigheter och handlingsstrategier. För att barnet ska kunna skapa goda kamratrelationer, ersätta olämpligt umgänge och engagera sig i prosociala aktiviteter kan hen behöva stärka sin förmåga till självreglering och socialt samspel samtidigt som föräldrarna kan behöva utveckla strategier för tillsyn och uppsikt. För att få till en fungerande skolgång kan barnet behöva utveckla sin förmåga att hantera konflikter och föräldrarna lära nya strategier för att få barnet att gå till skolan. När det gäller riskområde *missbruk* kan det för barnets del handla om att utveckla strategier för att hantera risksituationer och föräldrarna kan behöva nya metoder för gränssättning.

Att möta behov inom riskområde *attityder och värderingar* handlar om att påverka normbrytande tankemönster.⁴² Det kan ske genom att medvetandegöra barnet om hans eller hennes normbrytande tankar och tolkningar, utmana dessa och att lära ut nya prosociala tankemönster, problemlösningar och beteenden. Attityder och värderingar upprätthålls och förstärks i umgänge med likasinnade varför det också är viktigt att öka kontakten med prosociala kamrater.

⁴² I RBM-modellen delas normbrytande attityder in i tre kategorier, 1) att förneka ansvar, förminska skada, lägga skuld på brottsoffer mm., 2) att idealisera normbrytande beteenden, egenskaper och sammanhang mm. 3) att ta avstånd från rättsväsende, skolan mm.

Stödja och förstärka barnet i olika miljöer

För att normbrytande beteenden ska kunna ersättas med nya strategier och färdigheter behöver barnet uppleva att de prosociala alternativen lönar sig. Det innebär att prosociala beteenden, färdigheter och tankar behöver förstärkas, till exempel genom bekräftelser och att omgivningen hjälper barnet att se vilka positiva konsekvenser och möjligheter som följer av prosociala strategier. För att få genomslag behöver förstärkning ske varhelst barnet prövar och tillämpar nya strategier såsom i hemmet, på fritiden och i skolan.

Samtidigt kan de upplevda nackdelarna eller riskerna med att använda normbrytande strategier behöva öka. Det kan till exempel handla om uteblivna belöningar, logiska konsekvenser och att uppsikten av barnet (upptäcktsrisken) ökar.

För att skapa en förstärkningsstruktur runt barnet är det viktigt att föräldrar, skol- och fritidspersonal, tränare m.fl. agerar enhetligt och konsekvent. De vuxna kan behöva ta fram gemensamma strategier för hur barnets prosociala agerande kan bekräftas i olika sammanhang, för uppsikt och tillsyn av barnet och hur barnets normbrytande beteenden ska bemötas.

I det enskilda ärendet

Identifiera vilka beteenden, tankar och färdigheter som barnet och föräldrarna behöver utveckla och hur andra vuxna runt barnet behöver agera.

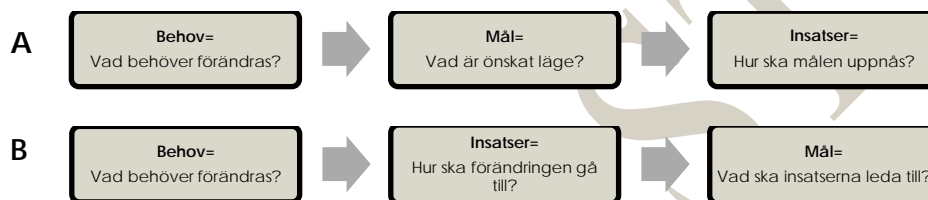
- Vilka färdigheter, strategier och tankar/attityder behöver barnet utveckla?
- Vilka färdigheter, strategier och tankar/attityder behöver föräldrarna utveckla?
- Vad kan skolpersonal och andra vuxna runt barnet göra för att främja en positiv utveckling för barnet?
- I vilka sammanhang och av vilka personer kan barnet ges stöd och uppmuntran då hen tränar och tillämpar nya färdigheter och strategier?

Formulera mål och matcha med behandlingsinnehåll

Att formulera mål är en central del i planeringen av insatser. De övergripande målen i beslutsunderlaget anger behandlingsinriktningen och ligger till grund för de mer detaljerande delmålen som formuleras i uppdrag och genomförandeplan.

Det vanligaste är kanske att mål formuleras i relation till barnets behov och att insatserna speglar hur målen ska uppnås (se A i figur 2). Det är också möjligt att matcha insatser till barnets behov och att målen tas fram i nästa steg för att spegla vad insatserna ska leda till (se B i figur 2). Oavsett vilket tillvägagångssätt som väljs är det viktigt att målen speglar barnets behov och att de pekar mot den önskade förändringen.

Figur 2 Två tillvägagångssätt för att ta fram mål



För att identifiera insatser som matchar det enskilda barnets behov är det bra att först specificera behandlingsinnehåll innan insatser definieras i termer av specifika behandlingsmetoder eller utförare.

Att formulera vad barn och föräldrar behöver utveckla i form av färdigheter, beteenden och tankesätt samt hur andra vuxna runt barnet kan utgöra ett stöd visar vad insatserna behöver innehålla. Andra vuxna kan till exempel vara skol- och fritidspersonal, släktingar, boendepersonal, fältassistenter och tränare. På nästa sida (tabell 2) ges exempel som kan användas som inspiration i arbetet med att matcha risk/behov och mål med behandlingsinnehåll. **Tänk på att beskrivningarna är exempel som måste individualiseras!**

Tabell 2 Exempel på matchning mellan risk/behov, mål och behandlingsinnehåll

Risk/behov	Mål	Exempel på behandlingsinnehåll
Barnet uppvisar normbrytande beteenden, t.ex. aggressivitet, trotsighet, regel- och lagbrott	Utveckla prosociala färdigheter och beteendestrategier	Barnet ges stöd för att: lära sig nya handlingsstrategier, öka sin förmåga att känna igen och hantera risksituationer Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att ge barnet positiv uppmärksamhet, ha en genomtänkt strategi för gränssättning och känna igen och hantera risksituationer Andra vuxna uppmärksammar och bekräftar barnets positiva beteenden, stödjer barnet i att använda nya handlingsstrategier och att hantera risksituationer
Barnet är spänningssökande, impulsivt, otåligt aggressiv, har svag självkontroll, är likgiltig inför andra, fientligt inställd till sin omgivning	Utveckla förmåga till känsloreglering, problemlösning och sociala färdigheter	Barnet ges stöd för att: öka sin förmåga att reglera känslor, lösa problem, läsa av situationer och att uttrycka empati Föräldrar ges stöd för att: stärka sina färdigheter i problemlösning och självkontroll och/eller sin förmåga att stödja barnet med detta Andra vuxna stödjer barnet i att utveckla färdigheter i problemlösning, självkontroll och socialt handlande
Barnet uppvisar attityder och värderingar som stödjer normbrytande handlingar	Utveckla prosociala tankesätt, attityder och värderingar	Barnet ges stöd för att: utveckla prosociala tankesätt, attityder och värderingar samt stärka sociala färdigheter Föräldrarna ges stöd för att: kunna ta avstånd från barnets normbrytande handlingar och attityder samt visa på alternativa tankesätt och beteenden Andra vuxna stödjer barnet i att utveckla prosociala tankesätt, attityder och värderingar
Barnet umgås med personer som agerar normbrytande eller som stödjer barnets normbrytande beteenden	Stärka prosociala umgängen och kontakter	Barnet ges stöd för att: stärka sitt intresse för och förmåga att samspela med prosociala personer och i prosociala sammanhang Föräldrarna ges stöd för att: utveckla strategier för uppsikt och tillsyn samt för att kunna hjälpa barnet att skapa och bibehålla prosociala kamratrelationer Andra vuxna stödjer barnet att samspela med prosociala kamrater
Barnet har svag anknytning till skolan och/eller bristfälliga prestationer	Stärka anknytningen till skolan och förbättra skolprestationer	Barnet ges stöd för att: öka sina förutsättningar att klara av målen i skolan, att fungera socialt i och känna anknytning till skolan Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att stötta barnets skolgång Andra vuxna ger förutsättningar för barnet att trivas och att klara av målen i skolan
Barnet har ett problematiskt bruk av alkohol och/eller använder droger	Utveckla alternativ till användning av alkohol/droger och förebygga återfall	Barnet ges stöd för att: lära sig känna igen risksituationer och "tacka-nej-färdigheter" Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att använda gemensamma regler och konsekvenser gällande barnets missbruk Andra vuxna stödjer barnets alkohol-/drogfria umgängen och aktiviteter
Barnet saknar prosociala fritidsintressen och -aktiviteter	Öka deltagande i prosociala fritidsaktiviteter	Barnet ges stöd för att: öka sina sociala färdigheter och sin motivation att engagera sig i en prosocial aktivitet samt stöd för att hitta och prova nya aktiviteter Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att engagera sig i barnets fritidsaktiviteter Andra vuxna stödjer barnets prosociala fritid
Relationerna i familjen är problematiska/konfliktfyllda	Stärka relationer och reducera konflikter i familjen	Barn och föräldrar ges stöd för att: öka sin förmåga att kommunicera. Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att förebygga och lösa konflikter
Föräldrarna brister i tillsyn, uppsikt och omsorg, har svårigheter med uppfostringsstrategier	Stärka föräldrarnas tillsyn och uppsikt, förbättra uppfostringsstrategier, öka föräldrarnas värme och omsorg	Föräldrarna ges stöd för att: öka sin förmåga att utöva tillsyn och uppsikt samt utveckla positiva uppfostringsstrategier Andra vuxna stödjer och avlastar föräldrarna

Hög intensitet och multimodalitet

I linje med RBM-modellen ska barn och unga med hög risk för fortsatta normbrytande beteenden erbjudas omfattande, högintensiva och multimodala insatser. Med multimodal menas att man arbetar parallellt mot flera olika riskområden och riskfaktorer med hjälp av olika metoder eller behandlingstekniker.

I det här avsnittet beskrivs hur socialtjänsten planera intensiva och multimodala insatser i öppenvård och under placering.

Intensiva och multimodala öppenvårdsinsatser

Omfattningen och intensiteten i öppenvårdsinsatser kan öka när:

- det sätts in flera parallella insatser eller en större insats som riktas samtidigt mot barn, föräldrar/familj, skola, kamratrelationer och fritid
- fler än en förälder/omsorgsperson deltar och när andra personer i familjens privata nätverk engageras
- barnets professionella nätverk involveras, t.ex. skol- eller fritidspersonal.

Parallella insatser i t.ex. skolan, från BUP eller från andra delar av socialtjänsten kan också öka omfattningen och intensiteten av insatser kring barnet och familjen.

Behandlingsmängd och längd

Intensitet och omfattning handlar också om hur mycket och hur ofta, samt under hur lång period insatser ges. Behandlingsmängden beror bland annat på hur många behandlingstillfällen som planeras per vecka och hur länge varje tillfälle ska vara. Behandlingsintensiteten i öppenvårdsinsatser kan öka när:

- barn och föräldrar får i uppgift att träna på färdigheter eller strategier mellan behandlingsträffarna
- nya färdigheter och strategier generaliseras, dvs. övas i olika miljöer och situationer
- utföraren hör av sig mellan träffarna för att ge positiv förstärkning, påminna om hemuppgifter och följa upp hur det går
- barn och föräldrar ges möjlighet att själva ta kontakt med utföraren, även under kvällar och helger.

Intensiteten i behandlingen kan behöva variera över tid, till exempel för att följa familjens motivation och mottaglighet eller genom att kontakten är mer intensiv till en början för att succesivt glesas ut.

Hur länge en behandling behöver pågå kan variera och avgörs i första hand av när målen med insatserna har uppnåtts. En utgångspunkt i planeringen måste vara att det behövs gott om tid att möta komplexa behov och att arbeta multimodalt. För att positiva resultat som uppnås ska kunna stabiliseras och vidmakthållas över tid är det viktigt att inte avsluta insatserna så länge barnet bedöms löpa fortsatt risk för normbrytande beteenden. Att erbjuda långsiktigt stöd utan avbrott mellan olika insatser kan öka intensiteten i behandlingen. Ett sätt att tänka när insatsernas längd planeras är att dela upp behandlingsarbetet i olika faser, se *Dela in behandlingsarbetet i faser*.

Intensiva och multimodala insatser i dygnsvård

Placeringar utanför hemmet ses ofta som socialtjänstens mest omfattande insatser, men enbart boende i kombination med praktiskt och känslomässigt stöd är inte detsamma som en intensiv behandlingsinsats. I linje med RBM-modellen handlar intensiteten i dygnsvården snarare om i vilken utsträckning den innehåller aktiviteter med syfte att påverka risk- och skyddsfaktorer.

Vård och behandling i familjehem eller på HVB kan bli intensiv och multimodal när:

- det i uppdraget ingår att stödja barnet att träna färdigheter och beteenden i vardagen
- det utöver vardaglig färdighetsträning tillsätts strukturerade behandlingsinsatser med syfte att påverka normbrytande beteenden, färdigheter och attityder.
- åtgärder tillsätts i skolan och barnet ges särskilt stöd med skolnärvaro och skolarbete av familjehem eller personal
- barnet ges särskilt stöd för att skapa och bibehålla prosociala relationer och engagera sig i prosociala fritidsaktiviteter
- föräldrar och/eller andra i barnets nätverk ges parallella insatser på hemmaplan eller när boendet får i uppdrag att jobba med barnets familj

Familjehem kan behöva särskild handledning eller utbildning för att kunna ge barnet tillräckligt stöd. Familjehemsföräldrar kan också, precis som ursprungsföräldrar, behöva stöd för att utveckla uppfostringsstrategier och föräldra-barnrelationen. Barn placerade i familjehem kan beviljas insatser som vanligtvis involverar ursprungsfamiljen, som exempelvis föräldraskapsstödsprogram och strukturerad familjebehandling.

Läs mer om hur vård på HVB och SiS kan utformas i avsnittet *Minska risker med institutionsvård*.

Fortsatt vård eller stöd efter placering

Om barnet bedöms löpa risk för fortsatta normbrytande beteenden vid placeringens avslut behövs eftervårdsinsatser för att möta återstående vårdbehov. Eftervården riktas då mot kvarstående riskfaktorer och för att vidmakthålla de positiva resultat som uppnåtts under placeringen.

I det enskilda ärendet

Identifiera hur **insatser i öppenvård** kan bli multimodala och intensiva.

- Hur ska behandlingen fungera multimodalt? Vilka arenor och personer behöver involveras och på vilket sätt?
- Hur ofta ska behandlaren träffa barnet och/eller föräldrarna?
- Hur ska behandlingsarbetet och stödet mellan träffarna se ut?
- Vad behövs för att uppnåda behandlingsresultat ska kunna generaliseras och vidmakthållas över tid

Identifiera hur **insatser i dygnsvård** kan bli multimodala och intensiva.

- Hur ska familjehem/boendepersonal stödja barnet att träna färdigheter i vardagen?
- Vilka strukturerade behandlingsinsatser behövs för barnet?
- Hur ska familjehem/boendepersonal stödja barnet att klara sin skolgång och vilka åtgärder behövs i skolan?
- Hur ska familjehem/boendepersonal stödja barnet att utveckla prosociala kamratrelationer och fritidsaktiviteter?
- Vilka parallella stöd- och behandlingsinsatser behöver föräldrarna?
- Hur kan barnets fungerande på hemmaplan stärkas?
- Hur kan kontinuiteten i vården säkras och hur ska behovet av eftervård tillgodoses?

Stärka förutsättningar för förändring

Förutom att insatserna ska matcha barnets behov och risknivå behöver de anpassas efter barnets och föräldrarnas mottaglighet. För att åstadkomma förändring behöver behandlingen också omfatta ett aktivt motivationsarbete där barns och föräldrars styrkor tas tillvara. Eftersom behandlingsprocessen ofta präglas av motstånd och bakslag kan socialtjänsten också behöva planera för motgångar.

Anpassa insatserna utifrån mottaglighet

I linje med RBM-modellen ska insatserna utformas med hänsyn till individens förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen. Det kan till exempel handla om att anpassa mötesstrukturer och behandlingsupplägg, sättet att kommunicera eller praktiska arrangemang som möjliggör för barn och/eller föräldrar att delta och fullfölja behandlingen.

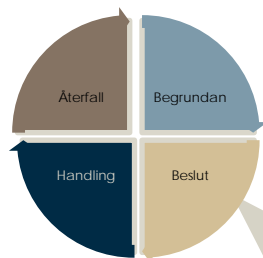
Exempel på faktorer som kan vara relevant att beakta är individens inlärningsstil, ålder, personlighet, etnicitet och kognitiva förmågor. Läs mer om att anpassa insatser för barn och föräldrar med neuropsykiatrisk eller intellektuell (kognitiv) funktionsnedsättning i bilaga 1.

Stödja motivation

Att förändra inlärd beteenden och samspelsmönster kräver ofta stora ansträngningar av både barn och föräldrar. Att hela eller delar av familjen uttrycker lågt intresse, tvivel eller motstånd inför och under socialtjänstens insatser är inte ovanligt.

En modell för att förstå motivation och förändringsprocesser är Prochaska och Di Clementes förändringshjul (figur 3). Enligt modellen cirkulerar individen mellan olika förändringsstadier, däribland återfall i gamla beteendemönster, till dess att en varaktig beteendeförändring kan uppnås.⁴³ Förändringshjulet illustrerar vikten av att motivationsarbetet anpassas efter var i förändringsprocessen barn respektive föräldrar befinner sig.

Figur 2 Förändringshjulet OBS EJ KOMPLETT BILD



Motivationsstödande insatser behöver ofta ges kontinuerligt, både för att stödja individen att påbörja, engagera sig i och fullfölja behandling. Om det saknas aktuell kunskap om barnets och föräldrarnas motivation kan det ingå i uppdraget till utföraren att göra en sådan bedömning, se *Kompletterande analys*.

Motivation kan ses som en kombination av vilja att förändra sitt beteende och tilltro till sin förmåga att (kunna) åstadkomma denna förändring, se figur 4.⁴⁴

Figur 4 Motivation att förändra utifrån att vilja och att kunna

Att vilja förändring



⁴³ Prochaska & Di Clemente 1982, *Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change*

⁴⁴ Uppdelningen av motivation i att vilja/kunna härrör från Motiverande Samtal (MI). Illustrationen är hämtad 2016-10-19 från folkhälsomyndigheten.se/somra/motivation, sidan finns inte längre kvar..

Observera att illustrationen är förenklad. Till exempel kan det för vissa vara enklare att säga att man inte vill istället för att uttrycka osäkerhet kring sin förmåga, eller tvärtom – jag vill, men det går inte. Tilltron till den egna förmågan kan dessutom både över- och underskattas. Trots begränsningar kan illustrationen ge en fingervisning om vilka motivationsstödande aktiviteter som behövs.

Planera för att stödja vilja till förändring

Drivkrafter till att vilja förändring kan beskrivas som yttre och inre motivation.⁴⁵ Yttre motivation skapas genom påverkan utifrån, exempelvis belöningar eller varningar om negativa konsekvenser. Exempel på aktiviteter som kan stödja barns och föräldrars yttre motivation är

- kontinuerlig uppmuntran och bekräftelse
- beteendekontrakt för barn och ungdomar med överenskomna belöningar och logiska konsekvenser
- stöd till föräldrar att belöna sig själva när mål uppnås
- att erbjuda/ge information om vilka negativa konsekvenser nuvarande situation kan leda till på kort och lång sikt

Inre motivation handlar om att individen gör något för sin egen eller för sakens skull och är den typ av drivkraft som behövs för att uppnå mer varaktiga beteendeförändringar. Inre motivation kan bara frambringas av individen själv men socialtjänsten kan skapa förutsättningar för att inre motivation ska kunna utvecklas. Till exempel genom ge barn och föräldrar hjälp att förändra sitt sätt att tänka och att reflektera kring konsekvenser av nuvarande situation och upptäcka fördelar med att förändra sitt beteende. Inre motivation till förändring är fokus i motiverande samtal (MI) som förordas i RBM-modellen.⁴⁶

Planera för att stödja tilltron till förmågan att förändra

Tilltron till den egna förmågan påverkas bland annat av individens erfarenheter av att ha lyckats eller misslyckats med uppgifter och åtaganden tidigare i livet.⁴⁷ För familjer med barn med normbrytande beteenden kan kritik och ifrågasättanden från omgivningen och tidigare insatser som inte gett resultat påverka barns och föräldrars tro till sin förmåga. Exempel på strategier för att stärka tilltron till den egna förmågan är att

- uttrycka förtroende och att barn och föräldrar är experter på sina egna liv
- synliggöra barns och föräldrars styrkor och potential
- formulera delmål på ett sätt som gör dem enkla att uppnå
- uppmuntra barn och föräldrar att beskriva och skatta sina framsteg i behandlingen

⁴⁵ Di Clemente (1999) *Motivation for change: Implications for substance treatment*, Ryan & Deci (2000) *Self-determination Theory*

⁴⁶ Se MI på Metodguiden för socialt arbete

⁴⁷ Bandura & Locke (2003) *Negative self-efficacy and goal effect revisited*

Att stärka färdigheter och utveckla strategier för att kunna hantera olika situationer samt att erbjuda hög tillgång till stöd kan också trygga individen och stärka tilltron till den egna förmågan.⁴⁸

Stärka skyddsfaktorer

I RBM-modellen ingår inte specifika skyddsfaktorer men att stärka skyddande och främjande faktorer runt barn och föräldrar har en stark tradition i svensk socialtjänstpraktik. Det finns också gott om forskning till stöd för att uppmärksamma skyddsfaktorer i arbete med barn och unga med normbrytande beteenden.⁴⁹

I kunskapsstödet *Bedöma risk och behov* beskrivs skyddsfaktorer som kan bidra till att minska fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott samt öka barns och föräldrars förutsättningar att ta till sig behandlingsinsatserna:

- medvetenhet och probleminsikt (barn och föräldrar)
- positiv inställning och motivation till behandling (barn och föräldrar)
- starkt intresse för och engagemang i barnets liv (föräldrar)
- positivt förhållningssätt och god förmåga att lösa problem (barn)
- en positiv anknytning till skolan, närvaro av prosociala kamrater eller prosociala fritidsintressen (barn).⁵⁰

Minska risker med institutionsvård

I RBM-modellen förordas insatser i öppenvård framför placering på institution. Placering på institution likt hem för vård och boende (HVB) och Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem sker därför endast när öppenvårdsinsatser bedöms vara otillräckligt. Att placera barn och unga med normbrytande beteenden på HVB och SiS behöver övervägas noga med tanke på att forskning visar att vård på institution är förenad med risk för negativ kamratpåverkan och förvärrad beteendeproblematik.⁵¹

Riskerna med institutionsvård minskar när vården organiseras efter RBM-principerna.⁵² Det innebär bland annat att vården behöver innehålla strukturerade beteende- och färdighetsorienterade samt motivationsstödjande insatser, ha skolan i fokus och inkludera den unges familj. Andra viktiga aspekter i en kunskapsbaserad institutionsvård är att vården är målstyrd med fokus på att stärka ungdomarnas fungerande utanför institutionsmiljön och på hemmaplan.⁵³

Planera för motgångar

Även om insatser planeras och utformas enligt bästa tillgängliga kunskap och förändringsarbetet går som planerat finns en överhängande risk för motgångar.

⁴⁸ Jmf. strategier i MI för att stärka tilltron till den egna förmågan. Se t.ex. Motiverande samtal på folkhälsomyndigheten.se

⁴⁹ Referenser ska läggas till

⁵⁰ *Bedöma risk och behov* sid 42-46

⁵¹ Att samla ungdomar med ett normbrytande beteende i grupp, avskilda från sin hemmiljö och med små möjlighet till prosociala kontakter och sammanhang medför en risk för negativ kamratpåverkan där antisociala attityder och ett allvarligt normbrytande beteende kan "smitta av sig" och förstärkas (Dishion et al. 1999; Dodge et al, 2006). Se även Andreasen 2003

⁵² Se t.ex. Bonta & Andrews 2017, Koehler et al 2013, Landberger & Lipsey 2005

⁵³ Andreasen 2003

Med utgångspunkt i förändringshjulet (se ovan) kan bakslag och återfall ses som en naturlig del i förändringsarbetet.

Socialtjänsten behöver ibland gripa in till skydd för barn och unga men för att motverka behandlingssammanbrott och undvika att mer repressiva åtgärder vidtas behöver det finnas beredskap för att snabbt kunna agera i kritiska situationer. En sådan beredskap kan handla om att identifiera vilka personer i barnets nätverk som kan snabbinkallas till ett möte, att på förhand komma överens om hur kontakten mellan familj och utförare kan intensifieras eller på vilket sätt tillsynen och uppsikten av barnet kan öka.

Täta uppföljningar och kontinuerlig kontakt mellan socialtjänst och utförare och mellan socialtjänst och familj är också viktigt för att kunna följa utvecklingen och tidigt identifiera behov av att justera genomförandet av insatserna.

I det enskilda ärendet

Identifiera hur barnets och föräldrarnas förutsättningar till förändring kan stärkas.

- Hur behöver möten och behandlingsupplägget anpassas?
- Hur behöver kommunikationen anpassas?
- Vilka praktiska arrangemang krävs för att möjliggöra för barn och föräldrar att delta?
- Vad behövs för att stödja barnets och föräldrarnas motivation till förändring?
- Vilka skyddsfaktorer/styrkor hos barnet och föräldrarna kan uppmärksammas och tas tillvara i behandlingsarbetet?
- Vad ska hända om/när det uppstår bakslag och motgångar?

3. Utforma uppdrag

För att socialtjänstens bedömning och planering ska kunna omsättas i konkreta insatser är det viktigt att utforma ett tydligt uppdrag till den eller de som ska utföra insatserna.⁵⁴ Uppdraget ligger till grund för utförarens planering, utformning och uppföljning av insatserna.

Om socialtjänstens risk- och behovsbedömning behöver kompletteras för att insatserna ska kunna utformas i enlighet med principerna om risk, behov och mottaglighet kan det ingå i uppdraget till utföraren att genomföra en kompletterande analys eller bedömning (se *Kompletterande analys*).

Förutom uppdrag ska eller bör socialtjänsten i vissa fall också upprätta en plan för insatsernas genomförande. I detta avsnitt refereras bara till uppdraget men vägledningen kan också vara tillämplig vid socialtjänstens utformning av genomförandeplaner.

Företrädare från socialtjänsten har beskrivit att när insatser ska utföras inom den egna öppenvård kan det uppstå diskussioner mellan socialsekreterare och behandlare om vem som ansvarar för att utforma uppdraget. Oklarheter kring denna gränsdragning kan förebyggas genom att man inom nämnden tar fram rutiner som tydliggör ansvarsfördelningen mellan socialtjänstens myndighets- och utförarorganisation.

Beskriva behov, mål och insatser

I linje med RBM-modellen kan barnets behov, övergripande mål och behandlingsinnehåll formuleras med utgångspunkt i exempelbeskrivningarna i tabell 2. I uppdraget beskrivs också vilka skyddsfaktorer och styrkor hos barn och föräldrar som ska omhändertas, vilka motivationsstödjande insatser som behövs och hur kommunikation, mötesstruktur mm. ska anpassas utifrån barnets och föräldrarnas mottaglighet.

Uppdraget kan också behöva tydliggöra hur utföraren ska engagera barnets privata nätverk och hur utföraren ska koordinera sina insatser med andra vårdgivare, samarbeta med skola, andra myndigheter eller civila aktörer. I enlighet med RBM-modellen beskriver uppdraget också insatsernas omfattning och intensitet.

Det finns fördelar med att redan från början ange ett ungefärligt slutdatum för uppdraget. Det kan underlätta planering, ge en tydlig ram och bidra till intensitet i arbetet. Samtidigt är det viktigt att inte ange för snäva tidsramar. Utgångspunkten behöver vara att det tar tid att förändra normbrytande beteenden och uppnå varaktiga förändringar.

⁵⁴ Läs mer om regelverket kring socialnämndens uppdrag och genomförandeplan i Socialstyrelsens handbok *Handläggning och dokumentation*.

Ange delmål

I uppdraget bryts de övergripande målen i beslutsunderlaget ner i konkreta, mätbara delmål. Även här kan exemplen i tabell 2 fungera som utgångspunkt genom att delmålen kopplas till barnets behov inom aktuella riskområden eller till beskrivningarna av vilket stöd som barn respektive föräldrar ska ges.

Delmålen är liksom de övergripande målen centrala då de kommer att styra behandlingsarbetet och användas vid uppföljning för att avgöra hur väl insatserna fungerar. Realistiska mål som speglar barns och föräldrars önskemål och problemformulering kan också vara avgörande för viljan att påbörja och engagera sig i behandlingsinsatserna.

De delmål som socialtjänsten formulerar i uppdraget behöver vara så pass utförliga att det blir tydligt för barn, föräldrar och utförare vad som ska uppnås i förhållande till olika riskområden och vad olika aktiviteter ska syfta till. Delmålen i uppdraget bryts sedan ner av utföraren som tillsammans med barn och föräldrar kontinuerligt formulerar aktuella och mer kortsiktiga mål (t.ex. veckovisa) med koppling till familjens vardagssituation.

Mål som avser beteenden och färdigheter kan ofta formuleras konkret som en aktiv handling, till exempel vad barnet eller föräldrarna ska klara av att göra eller göra mer av. Mål som beskriver eftersträvningsvärda beteenden och önskad riktning kan fungera som kompass i behandlingsarbetet. Mål som formuleras som negationer, dvs. beskriver vad man inte ska göra, sätter tvärtom fokus på det som inte fungerar vilket ofta är mindre hjälpsamt. "Att sluta slåss" kan till exempel hellre formuleras som "att lämna konfliktyllda situationer".

För att formulera mätbara mål är det bra att redan från början tänka på hur förändringar av barnets risker/behov och mål ska kunna mätas och följas upp. Läs mer om skalor för att mäta förändring och måloppfyllelse i avsnittet *Följa upp insatser*.

Dela upp behandlingsarbetet i faser

I uppdraget kan insatsen beskrivas uppdelat i uppstarts-, behandlings- och generaliseringsfas, med aktiviteter och delmål knutna till respektive fas.

I uppstartsfasen upprättas en genomförandeplan, där planeras hur kontakten mellan barn/föräldrar och utförare ska utformas och för eventuell samverkan. Utföraren kan genomföra de analyser eller bedömningar som ingår i uppdraget (se nedan), skapa samarbetsallians och arbeta motivationsstödande.

Behandlingsfasen är den fas som pågår längst, och det är i huvudsak då behandlingsinsatserna genomförs. Arbetet präglas av att förändringsprocessen ofta omfattar både motstånd, framsteg, bakslag och utveckling. I behandlingsarbetet stämmer utföraren kontinuerligt av uppnådda resultat i relation till barnets risker och behov för att försäkra sig om att insatsen fungerar som avsett, och vid behov modifiera eller anpassa ytterligare för att möta individuella behov och omständigheter.

Under generaliseringsfasen befästs nya färdigheter och beteenden, så att de fungerar i olika situationer och över tid. Generaliseringsfasen kan delvis pågå parallellt med behandlingsfasen, för att därefter glesas ut och alltmer handla om hur barn och föräldrar kan hantera olika utmaningar som de kan komma att ställas inför framöver.

Kompletterande analyser

Vid behov kan socialtjänsten uppdra åt utföraren att göra en kompletterande analys som grund för utformning av insatserna. En sådan bedömning ska inte ersätta socialtjänstens risk- och behovsbedömning utan fungera som ett tillägg.

Syftet med en kompletterande analys kan till exempel vara att få fördjupad kunskap om riskfaktorer eller om barnets och föräldrarnas styrkor och motivation. En kompletterande bedömning kan också användas för att mäta förändringar av barnets och familjens problem över tid. Nedan ges exempel på tre varianter på kompletterande analyser med olika syften.

Kartlägga beteenden med funktionell analys

En funktionell analys (även kallad beteende- eller funktionsanalys) innebär en närmare kartläggning av individens beteende och kan bland annat öka förståelsen för barnets riskbeteenden och samspelsmönster i familjen. Analysen kan ge kunskap om vad som ligger bakom, triggar och upprätthåller ett riskbeteende, vilka situationer som är kritiska och hur olika problem hänger ihop. Funktionell analys kan också visa på möjliga lösningar, till exempel vilka färdigheter och beteendestrategier som barn och föräldrar behöver utveckla, hur omgivningen kan behöva förändras och hur önskvärda beteenden kan förstärkas på kort och längre sikt.

Bedöma färdigheter och beteendeproblem med standardiserade bedömningsmetoder

Det finns olika standardiserade metoder för att bedöma barns och ungas färdigheter och beteendeproblem.⁵⁵ En sådan bedömning kan öka kunskapen om barnets behov och därmed hur insatserna kan behöva utformas eller vad som behöver prioriteras. Standardiserade bedömningsmetoder kan också användas för att följa upp hur problemen förändras över tid och ge en indikation på om insatserna är till hjälp.

Bedöma motivation med hjälp av skattningsskalor

Det finns olika skalor för att bedöma motivation. I motiverande samtal (MI) används två skalor där den ena mäter hur *angeläget/viktigt* det är för individen att ändra på det aktuella beteendet och den andra skalan mäter individens *tilltro* till sin förmåga att klara av förändringen.⁵⁶ Att skilja på den upplevda angelägenhetsgraden och tilltron till sin förmåga kan öka förståelsen om vilka motivationsstödande insatser som behöver tillsättas.

⁵⁵ Sök efter bedömningsmetoder på Metodguiden för socialt arbete

⁵⁶ Se t.ex. Motiverande samtal med ungdomar – stöd vid rådgivning om levnadsvanor. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010:14

4. Följa upp insatser

Att följa upp insatser innebär att kontinuerligt utvärdera resultat i förhållande till uppdraget. Uppföljningen är också ett viktigt tillfälle för socialtjänsten att följa barnets utveckling.

Mål och delmål i relation till barnets risker/behov står i fokus vid uppföljningen men en utvärdering behöver också göras av hur utföraren genomför insatsen. I vilken utsträckning mål och delmål uppnås kan både ses som ett mått på barns och föräldrars framsteg, hur väl utföraren har lyckats genomföra sitt uppdrag och om socialtjänstens uppdrag är ändamålsenligt.

Om uppföljningen visar att det inte går som planerat behöver resultatet analyseras för att rätt åtgärder ska kunna vidtas. Exempel på frågor som kan ställas är

- Har utföraren genomfört insatsen som planerat? Om inte, vad beror det på och vad krävs för att så ska ske?
- Har insatsen genomförts enligt socialtjänstens uppdrag men resultaten utblir ändå? Kan insatsen modifieras för att ge ökad effekt eller behöver delmål formuleras om?
- Har det hänt saker eller tillkommit information som innebär att uppdragsbeskrivningen behöver ändras?

Individbaserad systematisk uppföljning

När den individbaserade uppföljningen sker systematiskt och dokumenteras på ett likartat sätt i alla ärenden kan uppgifter sammanställas på grupp- och verksamhetsnivå. På så vis kan individuppföljningen bidra med kunskap om resultat av socialtjänstens olika insatser för barn och unga med normbrytande beteenden. Genom systematisk uppföljning skapas beprövad kunskap och erfarenhet som kan komplettera vetenskaplig kunskap. För de insatser där det saknas vetenskaplig kunskap om insatsers effekter är utveckling av beprövad erfarenhet den kunskapsgrund som praktiken får lita sig emot. På så vis spelar uppföljningen av insatser en viktig roll i en evidensbaserad praktik.

Läs mer om systematisk uppföljning och evidensbaserad praktik på kunskapsguiden.se

Genom att ta reda på hur barnets behov, problem eller situation förändras över tid får socialtjänsten en bild av vilka framsteg som gjorts och om insatserna är till nytta. För att veta om det har skett en förändring behöver den aktuella bilden kunna jämföras med hur det såg ut innan insatserna påbörjades. Det innebär att barnets och föräldrarnas problem/situation behöver mätas på samma sätt före, under och efter insatserna.

Det finns olika sätt att få tillförlitlig kunskap om hur en problembild förändras över tid, det vanligaste är kanske att använda skattningsskalor. Till exempel finns *standardiserade bedömningsmetoder* för att mäta barns riskbeteenden och färdigheter, föräldrars uppfostringsstrategier, ungas användning av droger mm.⁵⁷ Det går också att använda *individuella skattningsskalor* med skräddarsydda frågor eller påståenden som barn och föräldrar tar ställning till, till exempel i vilken utsträckning de uppfattar att ett visst problem har förekommit under den senaste veckan.⁵⁸ *Visuella skalor* med numreringar, färger eller bildsymboler kan användas för att låta barn och föräldrar skatta hur de upplever sin situation eller ett visst problem vid olika tillfällen.⁵⁹

Skala för att dokumentera uppföljning i BBIC

Uppföljning och resultatutvärdering kan summeras i termer av förändringsriktning och måluppfyllelse. I BBIC finns en fyrgradig skala för att dokumentera detta:

- Positiv förändring och målet uppfyllt
- Positiv förändring men målet inte uppfyllt
- Ingen förändring
- Negativ förändring

⁵⁷ Se t.ex. Metodguiden för socialt arbete på socialstyrelsen.se och Verktøy, stöd och metoder på uppdragpsykiatri.se

⁵⁸ Se *Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer*, Socialstyrelsen 2012

⁵⁹ Visuella skattningsskalor finns att ladda ner kostnadsfritt via Infoteket på regionuppsala.se

5. Samverkan och samordning

Socialtjänsten behöver ofta samverka med andra myndigheter och andra verksamhetsområden inom den egna myndigheten för att barn och föräldrar ska få den hjälp och det stöd som de behöver. När socialtjänstens insatser ska genomföras av olika utförare blir också samordning viktig, detsamma gäller om barnet eller föräldrarna får parallella insatser från andra vårdgivare.

Ett sätt att samverka och samordna insatser och uppdrag kan vara att sammankalla barn, föräldrar, utförare och andra vårdgivare till gemensamma planeringsmöten för att tydliggöra roller och ansvar samt koordinera de olika insatserna. Mötena kan också syfta till att skapa samsyn kring problembilden och om vad som behöver göras runt barnet och familjen.⁶⁰

Samordnad individuell plan (SIP) är ett verktyg för samverkan kring barn med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.⁶¹ SIP tydliggör ansvarsfördelning mellan socialtjänstens barn- och ungdomsvård och till exempel:

- kommunens LSS-verksamhet
- skola och elevhälsa
- primärvård
- barn- och ungdomspsykiatri
- habilitering
- Maria eller liknande missbruks-/beroendemottagning
- ungdomsmottagning
- polis
- fältarbetare
- familjehem eller HVB.

Ibland kan gemensamma planeringsmöten och SIP vara otillräckligt. Kontakten mellan olika aktörer kan behöva vara tätare (kanske på daglig basis) för att åstadkomma ett samordnat stöd till barnet och hans familj. I dessa fall kan socialtjänsten utse en särskild koordinator eller liknande stödfunktion med uppgift att stämma av och integrera de olika insatserna och åtgärderna.⁶²

Förutom att olika insatser behöver samordnas praktiskt och tidsmässigt är det viktigt att de vuxna som är involverade eftersträvar samsyn om hur barnet bäst kan stöttas. Det kan också vara aktuellt att löpande dela information om barnets situation och framsteg och att komma överens om gemensamma strategier för hur barnets svårigheter ska bemötas.⁶³

⁶⁰ Läs mer om samverkan och samsyn i *Samverkan för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från olika aktörer* (Socialstyrelsen 2013)

⁶¹ Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL. Läs mer i *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan. Barn och unga 0-18 år* (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019)

⁶² Läs mer om koordinator-rollen i *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* (Socialstyrelsen 2017)

⁶³ Läs mer om de juridiska förutsättningarna för samverkan i *Lagstiftning om samverkan kring barn och unga – en sammanfattning* (Socialstyrelsen, 2015)

6. Kunskapsbaserade insatser och rekommendationer

Det finns omfattande internationell, men även svensk forskning om effekter av psykosociala behandlingsinsatser för barn och unga med normbrytande beteenden. Som en del i arbetet med kunskapsstödet har Socialstyrelsen sammanställt ett vetenskapligt underlag med resultat från ett femtiotal systematiska översikter och metaanalyser av studier om effekter av insatser för barn 6-11 år respektive unga 12-18 år.

I det här avsnittet beskrivs de insatser som har visat sig ha det bästa vetenskapliga stödet. Det är fem insatstyper som har befunnits ha ett så starkt stöd att Socialstyrelsen har utfärdat rekommendationer till socialtjänsten om att insatsen *bör erbjudas* målgruppen. Därutöver har en insatstyp identifierats där det vetenskapliga underlaget talar för avrådan från att använda insatsen, det vill säga en rekommendation om *att inte erbjuda* den typen av program.

Kapitlet inleds med en kort beskrivning av utgångspunkter och teorier som är gemensamma för de rekommenderade insatserna. Därefter presenteras och kommenteras de sex insatstyperna och dess rekommendation. Avslutningsvis ges en sammanfattning av rekommendationernas giltighet för olika grupper.

Gemensamt för verksamma insatser

Gemensamt för de insatser som har visat sig vara mest verksamma är att de är strukturerade, baseras på en programteori⁶⁴ och att de låter sig beskrivas i någon form av behandlingsprinciper eller manual. Alla de rekommenderade insatserna utgår från kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt från principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM). Insatserna fokuseras till riskfaktorer som i forskning visat sig innebära en förhöjd risk för ett fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott, med möjlighet att anpassa insatserna efter barns/föräldrars förutsättningar.

En annan central utgångspunkt är vikten av kontinuerlig kvalitetssäkring och uppföljning för att garantera att insatsen genomförs på det sätt som det är tänkt och med rätt kompetens, så kallad behandlingstrohet.⁶⁵

Socialekologiskt perspektiv

Gemensamt för majoriteten av de rekommenderade insatserna är att de utgår från ett socialekologiskt perspektiv. Perspektivet är ett sätt att förstå samspelet

⁶⁴ Programteori kan beskrivas som en teori eller modell för hur en intervention ska kunna bidra till att åstadkomma de resultat som interventionen syftar till. Programteorin består i sin tur av förändringsteori som beskriver de processer eller verkansmekanismer som åstadkommer förändring, samt aktivitetsteori som beskriver de konkreta aktiviteter som behöver vidtas för att få processerna att verka (jmf. Funnell & Rogers, 2011).

⁶⁵ Forster & Ogen, 2012

mellan risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer och mellan olika sammanhang.⁶⁶ Med hjälp av ett socialekologiskt perspektiv åskådliggörs komplexiteten där barnets risk- och skyddsfaktorer kan påverka varandra både inom och mellan olika nivåer och i båda riktningarna, se sid 27 i kunskapsstödet *Bedöma risk och behov*.

Som en konsekvens av det socialekologiska synsättet räcker det inte med att bara adressera en ensam riskfaktor. Istället behöver insatserna genomföras med stöd av ett multimodalt arbetssätt, med parallella insatser riktade mot flera riskområden och med olika angreppssätt, för att lyckas åstadkomma varaktig förändring.

Social inlärningsteori och KBT-baserade insatser

Gemensamt för samtliga rekommenderade insatsformer är att de baseras på social inlärningsteori och teorier om kognitiv färdighetsträning (KBT-baserade insatser).

Social inlärningsteori kan användas både som förståelseram för hur ett normbrytande beteende uppstår och befästs hos barnet, men utgör också en grund för konkreta behandlingsstrategier. En av de bärande tankarna i social inlärningsteori är att socialt beteende uppstår i samspel med andra, exempelvis i familjen, i skolmiljön och i kamratkretsen. Barnet förvärvar olika beteenden och strategier, dels genom att iaktta andra och härma deras beteende, men också genom att pröva och öva på egen hand. De beteenden och strategier som ger bästa möjliga utdelning, det vill säga förstärks av omgivningen på ett eller annat sätt, kommer barnet att fortsätta med. Till att börja med, när barnet är litet, är föräldrarna och familjen den viktigaste respondenten för barnets beteende. I takt med barnets utveckling blir kamrater och andra sociala sammanhang allt viktigare arenor där barnet lär och befäster ett socialt beteende. I och med att ett beteende ses som något inlärt följer samtidigt möjligheten att ett oönskat beteende inte är statiskt utan kan förändras genom att individen lär sig nya strategier och beteenden.

KBT-baserade insatser är ett samlingsnamn för metoder med utgångspunkt i social inlärningsteori tillsammans med kognitiv teori om hur tankar påverkar känslor och beteenden. Inom det psykosociala fältet inriktar sig insatserna mer på att identifiera och bryta negativa tankemönster genom att aktivt träna på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska den behandlade problematiken. De två perspektiven och teknikerna förekommer dock ofta tillsammans.

Oavsett vilket problem som behandlas, kännetecknas KBT av ett strukturerat upplägg och ett undersökande samarbete mellan behandlaren och klienten. Efter en kartläggning av vad som utlöser problemen och gör att de kvarstår (beteendeanalys) formuleras en konkret behandlingsplan som provas och utvärderas under behandlingens gång. Hemuppgifter, att öva på nya färdigheter och att omgivningen uppmärksammar och förstärker önskvärda beteenden är viktiga delar av behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp.

⁶⁶ Se t.ex. Socialstyrelsen 2020 *Bedöma risk och behov*... Andershed & Andershed 2013; Bronfenbrenner, 1979

Socialstyrelsens rekommendationer

Här presenteras rekommendationer om insatser för att minska fortsatt normbrytande beteende och återfall i kriminalitet hos barn 6-11 år respektive ungdomar 12-18 år. Läs i bilaga 3 *Metodbeskrivning* om hur rekommendationerna har tagits fram.

För varje rekommendation ges en kort beskrivning av insatsen följt av en motivering och kommentarer till det den bedömning som gjorts utifrån det kunskapsunderlag som ligger till grund för rekommendationen. I de systematiska översikter som ingår i kunskapsunderlaget har olika typer av insatser och dess effekter utvärderats i relation till ett jämförelsealternativ. Jämförelsealternativen varierar inom och mellan olika översikter, det vill säga, den utvärderade insatsen kan ha jämförts med sedvanliga insatser, andra specificerade insatser eller en jämförelsegrupp som inte erhållit någon insats (t.ex. väntelista). Referenser och mer detaljer kring kunskapsunderlaget beskrivs i *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* (separat publikation).

Fem av rekommendationerna i detta kunskapsstöd är starkt positiva (bör erbjudas) och en rekommendation är starkt negativ (bör inte erbjudas).

Notera att även insatser som *bör erbjudas* ska föregås av en individuell bedömning och matchas med det enskilda barnets behov och familjens mottaglighet. Samtliga insatser som rekommenderas i kunskapsstödet är strukturerade och flertalet är manualbaserade, men inom metodernas ramar ges möjlighet till individuella anpassningar.

Oavsett rekommenderad insats är det viktigt att beakta principen om multimodalitet. Det betyder att även när en rekommenderad insats riktar sig enbart till föräldrarna eller enbart till barnet så kan det samlade stödet behöva inbegripa både barn och föräldrar samt skola och andra sociala kontexter.

Föräldraskapsstöd (6-11 år)

Societjänsten bör erbjuda beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram, t.ex. Komet, Cope, De otroliga åren och Triple P, för barn 6-11 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram för barn med normbrytande beteenden utgår från kognitiv psykologi och social inlärningsteori.⁶⁷ Programmen adresserar riskfaktorer hos barnet och i familjen. Målsättningen är att minska barns normbrytande beteenden genom att stärka föräldra-barnrelationen, föräldrarnas uppsikt och tillsyn samt föräldrarnas uppfostringsmetoder.⁶⁸

Föräldrar får hjälp att utveckla beteenden och färdigheter som att visa positiv uppmärksamhet, att kommunicera på ett enkelt sätt och att ha en genomtänkt strategi för gränssättning.⁶⁹ Programmen ges traditionellt i grupper om cirka 8-10 föräldrar. Exempel på behandlingskomponenter som ingår i programmen är observationer, modellering, rollspel, diskussioner och hemuppgifter. Vissa föräldraskapsstödsprogram omfattar också hantering av stress och träning av känsloreglering för föräldrar.⁷⁰

Fyra exempel på beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram som används i Sverige är Komet, Cope, De Otroliga åren och Triple P. Läs mer om programmen på Metodguiden för socialt arbete.⁷¹

Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram för barn 6-11 år baseras på nio systematiska översikter med 157 unika primärstudier.⁷² Alla nio översikter visar att beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram i högre grad än jämförelsealternativen minskar normbrytande beteenden hos barn. De positiva resultaten gäller också när insatsen riktas till föräldrar till barn med ADHD eller till familjehemsföräldrar.

Resultatet från internationella studier bekräftas också av svenska effektutvärderingar av beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram (Komet, Cope och De otroliga åren).⁷³

Det vetenskapliga stödet gäller när programmen ges föräldrar i grupp. När föräldrar har egna svårigheter som påverkar deras möjlighet att genomföra hemuppgifter och fullfölja strategier är det viktigt att insatsen anpassas efter

⁶⁷ Furlong et al (2012) *Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early onset conduct problems in children aged 3 to 12 years*, Campbell Systematic Reviews 2012:2

⁶⁸ Andershed & Andershed (2005) *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?*

⁶⁹ Lager & Bremberg (2009) *Spridning av nya metoder för föräldrastöd i förskole- och skolåldern fram till år 2008*, Statens Folkhälsoinstitut 2009:1

⁷⁰ Furlong et al 2012

⁷¹ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>

⁷² Battagliese et al 2015, Baumel et al 2016, Kaminski & Claussen 2017, Lundahl et al 2006, Lundahl et al 2008, Medlow et al 2016, SBU 2017, Uretsky & Hoffman 2017, Zvi et al 2011.

⁷³ Socialstyrelsen (2015) *Effekter av föräldrastöd. Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen*. Kling et al (2006) *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem*. Axberg et al (2007) *Evaluation of the Incredible Years Series – an open study of its effects when first introduced in Sweden*. Thorell L (2009) *The community parent education programme: treatment effects in a clinical and community-based sample*.

föräldrarnas behov och förmåga. Den gruppbaseade insatsen kan då kompletteras med individuellt stöd eller ges helt individuellt. Oavsett om programmet ges helt eller delvis individuellt är innehållet detsamma som när det ges i grupp.

Färdighetsträningsprogram (6-11 år)

Socialtjänsten bör erbjuda multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram, t.ex. SNAP, Coping Power Program och Dina-programmet för barn 6-11 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram för barn med normbrytande beteenden utgår från social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi. Programmen adresserar riskfaktorer hos barnet, i familjen och i andra sociala kontexter. De ges till barn i grupp och syftar till att utveckla förmåga till känsloreglering, problemlösning och sociala färdigheter.

Situationer och färdigheter som tränas är bland annat att ta kontakt med andra, undvika bråk, följa regler, hantera arga känslor och hur man gör om man blir anklagad för något. I programmen kan barnet också göras uppmärksam på konsekvenserna av det egna beteendet. Exempel på behandlingskomponenter som ingår i programmen är modellering, rollspel, observationer, hemuppgifter och positiv förstärkning.

I multimodala färdighetsträningsprogram som till exempel SNAP, Coping Power Program och Dina-programmet riktas även insatser till barnens föräldrar. Dels för att själva lära sig föräldraskapsfärdigheter och dels för att kunna stödja och förstärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning. I multimodala program ingår också kontakt med barnets skola för att skolpersonal ska kunna stödja och förstärka barnet i skolmiljön.⁷⁴ Läs mer om SNAP, Coping Power Program och Dina-programmet i bilaga 2.

Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram för barn 6-11 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende baseras på tre systematiska översikter med 95 unika primärstudier.⁷⁵ Alla tre översikter visar att färdighetsträning i högre grad minskar normbrytande beteende och kriminalitet hos barn i förhållande till jämförelsealternativen.

I det vetenskapliga underlaget ingår både studier av mer ospecificerad KBT-baserad beteende- och färdighetsträning och studier av namngivna färdighetsträningsprogram. För att säkerställa en helhetssyn på barnets problem och situation behöver färdighetsträningsprogram för barn i någon mån även involvera föräldrar eller andra omsorgspersoner och samverka med skolan. Som en del i rekommendationsprocessen eftersökte Socialstyrelsen därför information om

⁷⁴ Andershed & Andershed 2015 *Normbrytande beteende i barndomen – vad säger forskningen*, Eresund & Wrangsjö 2008 *Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn*, Piquero et al (2010) *Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviours*, Campbell Systematic Review.

Kazdin (2017) *Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems* In Weisz & Kazdin (Eds.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed, pp. 142-158).

⁷⁵ Battagliese et al 2015, McCart et al 2006, Piquero et al 2010.

multimodala färdighetsträningsprogram⁷⁶ och identifierade därigenom Stop Now And Plan (SNAP), Coping Power Program (CPP) och Dina-programmet.

Så vitt känt erbjuds för närvarande inte multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram för barn 6-11 år inom svensk socialtjänst. Däremot används sådana program inom socialtjänsten i Norge, Danmark och Finland vilket talar för att de kan tillämpas i en svensk kontext (se bilaga 2).

Strukturerad familjebehandling (12-18 år)

Socialtjänsten bör erbjuda strukturerad familjebehandling i öppenvård, t.ex. BSFT, FFT, MDFT och MST för ungdomar 12-18 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Med strukturerad familjebehandling menas manualbaserade familjeterapeutiska interventioner i öppenvård för tonåringar med normbrytande beteenden inklusive kriminalitet och missbruk. I det vetenskapliga underlaget identifierades fyra namngivna strukturerade familjebehandlingsprogram med vetenskapligt stöd: Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensionell familjeterapi (MDFT) och Multisystemisk terapi (MST).⁷⁷

Alla de fyra familjebehandlingsprogrammen utgår från ett socialekologiskt perspektiv och tillämpar beteendeterapeutiska principer och färdighetsträning med syfte att minska ungdomens normbrytande beteenden. Programmen adresserar riskfaktorer hos ungdomen, i familjen och i andra sociala kontexter. Familjemedlemmar och andra viktiga personer runt ungdomen involveras (direkt och/eller indirekt) i behandlingsarbetet.⁷⁸

Andra gemensamma komponenter är att stärka föräldrarnas förmågor och beteenden vad gäller att exempelvis vara tillgänglig och stödjande, att lösa konflikter, att hålla uppsikt och utöva tillsyn och att ha en genomtänkt strategi för gränssättning.⁷⁹ Läs mer om BSFT, FFT, MDFT och MST på Metodguiden för socialt arbete.⁸⁰

⁷⁶ Dels med utgångspunkt i de tre översikternas referenslistor, dels i Andershed & Andershed 2015 *Normbrytande beteende i barndomen – vad säger forskningen* och Enebrink P 2008 *Kognitiv beteendeterapi för barn* Eresund & Wrangsjö (red) *Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn*

⁷⁷ Socialstyrelsen *Öppna jämförelser 2020 – Social barn och ungdomsvård*. Resultatbilaga

⁷⁸ Sid 336 i Dopp et al 2017, sid 578, 609 i von Sydow et al 2013

⁷⁹ Socialstyrelsens konsensusprocess om kunskapsbaserade föräldraskapsstrategier 2018 med metodföreträdare från BSFT, FFT, MDFT, MST och TFCO (arbetsdokument)

⁸⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>

Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om strukturerad familjebehandling i öppenvård för ungdomar 12-18 år baseras på åtta systematiska översikter med 156 unika primärstudier.⁸¹ Samtliga översikter visar att strukturerad familjebehandling i större utsträckning minskar normbrytande beteende eller kriminalitet för insatsgruppen i förhållande till jämförelsealternativen.⁸²

Behandlingsmodellerna FFT och MST har även utvärderats i svenska RCT-studier som visade likvärdiga eller positiva effekter jämfört med socialtjänstens sedvanliga insatser.⁸³

I sammanhanget kan noteras att Socialstyrelsen också rekommenderar BSFT, FFT, MDFT och MST för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.⁸⁴

Treatment Foster Care Oregon (12-18 år)

Socialtjänsten bör erbjuda Treatment Foster Care Oregon (TFCO) som alternativ till institutionsvård för ungdomar 12-18 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) är en form av strukturerad familjebehandling som ges under tiden den unge är placerad i familjehem, en så kallad behandlingsfamilj. TFCO har stora likheter med strukturerade familjebehandlingsprogram i öppenvård (se ovan). Programmet utgår från en sociekologisk modell och tillämpar beteendeterapeutiska principer och färdighetsträning med syfte att minska ungdomens normbrytande beteenden. Programmet är multimodalt och adresserar riskfaktorer hos ungdomen, i familjen och i andra sociala kontexter.

Behandlingsfamiljen är utbildad i den specifika behandlingsmetoden och ingår i ett behandlingsteam runt ungdomen. I behandlingsteamet ingår också en ungdomsterapeut och färdighetstränare som arbetar direkt med ungdomen och en familjeterapeut som arbetar med ursprungsfamiljen. Läs mer om TFCO på Metodguiden för socialt arbete.⁸⁵

Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om TFCO baseras dels på en systematisk översikt från SBU, dels på två systematiska översikter där TFCO ingår som en av flera strukturerade familjebehandlingsmodeller.⁸⁶ Totalt handlar det om 11 unika primär-

⁸¹ Baldwin et al 2012, Dopp et al 2017, Hartnett et al 2017, McCart & Sheidow 2016, SBU 2020, van der Pol et al 2017, van der Stouwe et al 2014, von Sydow et al 2013.

⁸² Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt om insatser för unga lagöverträdare (2008) där familjebaserade insatser (t.ex. FFT och MST) konstaterades vara den behandlingsinriktning som mest konsekvent har visat effekt på ungdomars återfall i kriminalitet.

⁸³ Hansson et al (2000) *Funktionell familjeterapi: en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet*. Hansson et al (2004) *Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis*. André Löhholm et al (2009) *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: resultat efter två år*. André Löhholm et al (2014) *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: resultat efter fem år*

⁸⁴ Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*

⁸⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>

⁸⁶ Dopp et al 2017, McCart & Sheidow 2016, SBU 2018

studier om TFCO. I SBU:s översikt jämförs TFCO med institutionsvård, medan den i övriga översikter jämförs med ingen eller andra insatser i form av institutionsvård eller öppenvård.

Samtliga översikter i underlaget visar att TFCO i högre grad minskar normbrytande beteende och kriminalitet i förhållande till jämförelsealternativen.⁸⁷ TFCO har också utvärderats i svenska RCT-studier som visat positiva effekter avseende normbrytande beteenden jämfört med socialtjänstens sedvanliga insatser.⁸⁸

Socialstyrelsens rekommendation avser TFCO som alternativ till placering på institution (HVB eller SiS) när strukturerad familjebehandling i öppenvård inte bedöms vara tillräcklig. Förutom det forskningsstöd som visar att TFCO i minskar normbrytande beteenden motiveras rekommendationen av det svaga vetenskapliga stödet för institutionsvård, liksom risken för ”smitta” mellan ungdomar som vårdas tillsammans.⁸⁹

Notera att även andra varianter av behandlingsfamilj erbjuds inom svensk socialtjänst. Dessa har dock inte utvärderats vetenskapligt och det är oklart i vilken utsträckning de innehåller samma programkomponenter som TFCO. Socialstyrelsens bedömer att nuvarande kunskapsläge är otillräckligt för att rekommendera andra varianter av behandlingsfamilj än TFCO.

Beteende- och färdighetsträning (12-18 år)

Socialtjänsten bör erbjuda individuell KBT-baserad, strukturerad beteende- och färdighetsträning för ungdomar 12-18 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende. Insatsen kan ges i öppenvård och på institution.

KBT-baserad, strukturerad beteende- och färdighetsträning för unga med normbrytande beteenden bygger på kunskap från inlärningsteori, socialpsykologi och kognitiv psykologi. Insatsen adresserar riskfaktorer hos den unge och kan ges både i öppenvård och på institution,

KBT-baserad beteende- och färdighetsträning syftar till att utveckla nya beteenden, tankesätt och färdigheter. Behandlingskomponenter som ingår är bland annat modellering, rollspel, observationer, hemuppgifter och positiv förstärkning. Exempel på färdigheter som tränas är självkontroll, att ge och ta kritik och konsekvenstänkande. Insatsen kan också omfatta kognitiv omstrukturering och beteendekontrakt i form av en överenskommelse om ungdomens och

⁸⁷ Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2008) om insatser för unga lagöverträdare där familjebaserade insatser (bl.a. TFCO) konstaterades vara den behandlingsinriktning som mest konsekvent har visat effekt på ungdomars återfall i kriminalitet.

⁸⁸ Hansson & Olsson (2012) *Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden*. Bergström & Höjer (2015) *Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting*

⁸⁹ Forskning har visat att institutionsvård ska förbehållas de ungdomar med den allra största risken för ett fortsatt allvarligt normbrytande beteende (t.ex. Lowenkamp et al., 2006). Samtidigt pekar annan forskning på att det ligger en fara i att samla ungdomar med ett normbrytande beteende i grupp, eftersom det medför en risk för negativ kamratpåverkan där antisociala attityder och ett allvarligt normbrytande beteende kan ”smitta av sig” mellan ungdomar. (Dishion et al. 1999; Dodge et al., 2006). Ungdomar placerade på institution är dessutom avskilda från sin hemmiljö och med små möjlighet till prosociala kontakter och sammanhang, vilket understryker den risken ytterligare. En svensk studie av vård på särskilt ungdomshem indikerar att vården många gånger saknar strategier för att motverka negativ kamratpåverkan (Ahoen, 2012).

behandlarens åtagande, privilegier och sanktioner för ungdomen samt hur uppföljning av kontraktet ska ske.⁹⁰

Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om individuell, KBT-baserad, strukturerad beteende- och färdighetsträning för ungdomar 12-18 år baseras på sju systematiska översikter med 110 unika primärstudier.⁹¹ Översikterna utvärderar KBT-baserade insatser där en majoritet av studierna avser strukturerad beteende- och färdighetsträning i öppenvård eller på institution.

Översikterna i underlaget visar att KBT-baserade insatser minskar normbrytande beteenden och kriminalitet för insatsgruppen i förhållande till jämförelsealternativen.⁹² Så vitt känt saknas svenska publicerade effektstudier av KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för ungdomar med normbrytande eller kriminellt beteende.

Det vetenskapliga underlaget ger inte stöd för att exemplifiera insatsen med någon namngiven metod. Socialstyrelsens rekommendation avser insatser som har ett strukturerat och utarbetat upplägg och som ges individuellt, rekommendationen avser inte insatser som ges till ungdomar i grupp. Den rekommenderade insatsen kan kompletteras med stöd till föräldrar och/eller involvera skolan för att påverka fler riskfaktorer och för att se till att ungdomen får stöd av sin omgivning i förändringsprocessen.

Scared Straight (12-18 år)

Socialtjänsten bör inte erbjuda påverkans- eller konsekvensprogram av typen Scared Straight för ungdomar 12-18 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Scared Straight är en typ av påverkans- eller konsekvensprogram med syfte att avskräcka ungdomar från kriminellt beteende. Insatsen består av verkliga presentationer av fängelsemiljöer för att visa på de risker och allvarliga konsekvenser som ett fortsatt normbrytande beteende skulle kunna medföra. I Sverige har denna typ av program också bestått av besök på bland annat akutmottagningar och missbruksmottagningar.⁹³ De tidiga versionerna av Scared Straight var huvudsakligen konfronterande medan dagens program är mer undervisande.⁹⁴ Läs mer om Scared Straight på Metodguiden för socialt arbete.⁹⁵

⁹⁰ Enebrink (2008) *Kognitiv beteendeterapi för barn* i Eresund & Wrangsjö (red) Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn, Lardén (2002) *Från brott till genombrott – kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem*, Lardén (2020) *Vägen ut ur kriminalitet*

⁹¹ Brännström et al 2016, de Vries et al 2015, de Swart et al 2012, Koehler et al 2013, Litschge et al 2010, SBU 2020, van der Stouwe et al 2020.

⁹² Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt (208) om insatser för unga lagöverträdare där KBT-baserade insatser bedömdes vara effektiva för att motverka ungdomars återfall i kriminalitet

⁹³ BRÅ (2008) *Kommunernas påverkansprogram och deras deltagare år 2004. En kartläggning*. Rapport 2008:1

⁹⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/scared-straight/>

⁹⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>

Motivering och kommentarer till rekommendationen

Rekommendationen om att socialtjänsten inte bör erbjuda Scared Straight-program baseras på en systematisk översikt som visar att programmen istället för att motverka fortsatt kriminalitet *ökar* risken jämfört med ingen insats.⁹⁶

Det är oklart i vilken utsträckning program av typen Scared Straight förekommer i Sverige idag. Att avråda socialtjänsten från att använda påverkans-/konsekvensprogram med syfte att avskräcka antas dock minska risken att sådana program kan komma att övervägas i framtiden.

UTKAST

⁹⁶ Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2008) om insatser för unga lagöverträdare där Scared Straight bedömdes öka risken för återfall i kriminalitet

Kommentarer till rekommendationerna

Rekommendationernas giltighet för olika grupper

I detta avsnitt beskrivs rekommendationernas giltighet för tre grupper som utgör minoriteter i studierna i det vetenskapliga underlaget; flickor, barn och unga med utländsk bakgrund samt barn och unga med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Den sammantagna bedömningen är att rekommendationerna är tillämpliga även för dessa grupper men att insatserna kan behöva tillgängliggöras utifrån grupp-specifika mottaglighetsfaktorer.

Flickor

Flickor utgör en minoritet i de flesta publikationer som ingår i det vetenskapliga underlaget. I de systematiska översikterna redovisas inte resultat uppdelat på pojkar och flickor men däremot analyseras kön som moderator i flera översikter. Dessa analyser visar att kön inte har betydelse för behandlingsutfallet.⁹⁷ Nedan presenteras resultat från två översiktsartiklar med resultat för flickor. Dessa ingår inte i underlaget till rekommendationerna, men berör de insatser som rekommenderas i kunskapsstödet.

Enebrink (2013) har sammanställt resultat från studier om effekter av insatser för flickor med normbrytande beteenden. Det handlar bland annat om föräldraskapsstödsprogram, KBT-baserad färdighetsträning, strukturerad familjebehandling och TFCO. Författarens slutsats är att tillgängliga data pekar mot att behandlingsutfallen för flickor inte skiljer sig från utfallen för pojkar men att det behövs fler studier som belyser faktorer som kan vara specifikt relaterade till flickors aggressivitet och att insatser kan behöva utvecklas med komponenter som relaterar till flickors normbrytande beteenden.⁹⁸

Granski et al (2020) redogör könsuppdelade resultat från en metaanalys av 29 effektstudier av program där hälften av studiedeltagarna är flickor. Författarna finner mestadels likheter i behandlingsutfall mellan flickor och pojkar och konstaterar bland annat att de mest effektiva insatserna för både flickor och pojkar med normbrytande beteenden och kriminalitet är multimodala familjebaserade program och KBT-baserad färdighetsträning. Behandlingseffekterna av färdighetsträning visade sig emellertid vara något mindre för flickor och författarna menar därför att sådana program (och även andra insatser) kan behöva utvecklas med mottaglighetskomponenter som matchar flickors förutsättningar och erfarenheter. Det kan till exempel handla om att uppmärksamma hur snäva könsnormer påverkar flickor, ta hänsyn till tankemönster och handlingsstrategier som förknippas specifikt med flickors normbrytande beteenden, lägga större tonvikt vid sunda kärleks- och vänskapsrelationer och beakta förekomst av psykiatrisk problematik.⁹⁹

Barn och föräldrar med utländsk bakgrund

I flera av de översikter som ingår i det vetenskapliga underlaget har författarna analyserat etnicitet som en modererande faktor. Sammantaget konstateras att

⁹⁷ Hendriks et al 2007, SBU 2020

⁹⁸ Enebrink (2013) *What works for Girls with Conduct Problems?* i A-K Andershed (red) *Girls at risk: Swedish Longitudinal Research on Adjustment*, Advancing Responsible Adolescent Development, Springer Science & Business Media, New York 2013

⁹⁹ Granski et al. *A Meta-analysis of Program Characteristics for Youth with Disruptive Behaviour Problems: The moderating role of Program format and Youth Gender*, Am J Community Psych (2020) 65:201-222

studiedeltagarnas etnicitet inte har betydelse för behandlingsutfallet.¹⁰⁰ Detta bekräftas i tidigare forskning som visar att insatser mot normbrytande beteenden som är effektiva för barn och unga i majoritetssamhället också är effektiva för barn och unga i etniska minoritetsgrupper.¹⁰¹ Det gäller bland annat föräldrastödsprogram, strukturerad familjebehandling, färdighetsträning och KBT.¹⁰²

Det bör noteras att en majoritet av denna forskning är genomförd i länder där etnicitet oftare reflekterar inhemska minoritetsgrupper och rastillhörighet (t.ex. latinos och afro-amerikaner) än nyligen invandrade minoriteter vilket skulle kunna påverka resultatens överförbarhet till svensk socialtjänst. Samtidigt finns inget forskningsbaserat stöd för att rekommendera andra insatser för barn och unga med utländsk bakgrund.¹⁰³

Manualbaserade insatser för barn och unga med normbrytande beteenden, b.l.a. föräldraskapsstödsprogram och strukturerad familjebehandling, har också anpassats med syfte att göra insatserna (mer) relevanta och tillgängliga för språkliga och etniska minoritetsgrupper. Det kan till exempel handla om att använda begrepp och uttryck med kulturell relevans och lägga till en programmodul med riktat innehåll för den aktuella gruppen.¹⁰⁴ För att inte riskera att minoritetsgrupper erbjuds mindre verk samma insatser får kulturella anpassningar inte innebära att kärnkomponenterna i manualbaserade program förändras.¹⁰⁵ Forskningen om effekterna av anpassade program är begränsad och resultaten är motstridiga. Vissa studier pekar mot att kulturella anpassningar inte alls påverkar behandlingseffekten, andra studier indikerar att anpassade insatser kan öka eller tvärtom minska behandlingseffekten.¹⁰⁶

Barn och föräldrar med NPF

I projektgruppens litteratursökningar inkluderades studier av riktade insatser för barn och unga med adhd. Däremot exkluderades studier av insatser specifikt för barn och unga med måttlig till svår autism eller intellektuell funktionsnedsättning (IF) då det kunde antas att dessa snarare ges inom hälso- och sjukvården (se *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning*). Detta innebär dock inte att barn och unga med autism och IF inte kan förekomma i de urval av individer som studerats i vårt vetenskapliga underlag.

De insatser som Socialstyrelsen rekommenderar vid normbrytande beteenden bedöms därför vara tillämpliga för barn och unga med adhd och i regel även vid autism, IF och låg teoretisk begåvning. Enligt mottaglighetsprincipen behöver genomförandet utformas efter det enskilda barnets svårigheter och

¹⁰⁰ Lägg till referenser för 3, 6, 12, 16, 20, 22 och 26.

¹⁰¹ Holm-Hanssen et al (2007), Pina et al (2019) *Evidence-based psychosocial interventions for ethnic minority youth: the 10 year update*, Marsiglia & Booth (2014) *Cultural adaption of interventions in real practice settings*, Meija et al (2016) *Different strokes for different folks? Contrasting approaches to cultural adaption of parenting interventions*, Wiltsey-Stirman et al (2019) *The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions*

¹⁰² Holm-Hanssen et al (2007)

¹⁰³ Holm-Hanssen et al (2007)

¹⁰⁴ Bernal et al (1995)

¹⁰⁵ Marsiglia & Booth, Meija et al, Pina, Wiltsey Stirman, Ferrer-Wreder et al 2012

¹⁰⁶ Holm-Hanssen et al (2007), Pina et al (2019) *Evidence-based psychosocial interventions for ethnic minority youth: the 10 year update*, Marsiglia & Booth (2014) *Cultural adaption of interventions in real practice settings*. Meija et al (2016) *Different strokes for different folks? Contrasting approaches to cultural adaption of parenting interventions*, Kumpfer et al (2017) *Cultural adaption and implementation of family evidence-based interventions with diverse populations*, Wiltsey-Stirman et al (2019) *The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions*,

fungerande (se bilaga 1). För barn och unga med större nedsättningar i kognitiv förmåga kan det behöva göras en bedömning av om de tänkta insatserna går att anpassa efter individens utvecklings- och funktionsnivå.¹⁰⁷

Beteende- och färdighetsträning adresserar förmågor och funktioner som många barn och unga med NPF har svårt med. Det innebär inte att sådana insatser är olämpliga, tvärtom kan de hjälpa barnet att hantera sin funktionsnedsättning, utveckla förmågor och färdigheter och bemästra problem.¹⁰⁸ Att KBT-baserade färdighetsträningsprogram är tillämpliga för barn och unga med autism bekräftas av studier inom svensk Habilitering, även om dessa inte specifikt är riktade mot normbrytande beteenden.¹⁰⁹

Gruppbaserade föräldraskapsstödsprogram kan med fördel kompletteras med individuellt stöd till föräldrar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det finns också särskilt utformade föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med egen funktionsnedsättning, men dessa ingår inte i rekommendationen om föräldraskapsstöd i detta kunskapsstöd.¹¹⁰

¹⁰⁷ Hronis et al (2017) *A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implication for cognitive behavioural therapy*

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2014) *Stöd till barn, unga och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd*

¹⁰⁹ Choque et al (2015) *Manualized social skills group training for children and adolescents with higher functioning autism spectrum disorder*

¹¹⁰ Till exempel Förstärkt Komet för föräldrar, se <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/forstarkt-komet-for-foraldrar-med-barn-3-11-ar/>, Improving Parenting Skills – Adults with ADHD (IPSA), se <http://www.ipsaadhd.se/>, Parenting Young Children (PYC), se <https://www.pyc.se/>

Bilaga 1 – Barn och föräldrar med NPF och IF

I kunskapsstödet *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* uppmärksammas barn och unga med normbrytande beteenden och neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Innehållet i den här bilagan är inte avgränsat till barn med normbrytande beteenden utan kan också vara relevant för socialtjänstens arbete med barn och unga som har andra problem och behov.

Inriktning och avgränsningar

Bilagan handlar om barn, unga och föräldrar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF), lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IF) och svag teoretisk begåvning.

NPF är ett samlingsnamn för flera diagnoser där de vanligaste är attention deficit hyperactivity disorder (adhd), autismspektrumtillstånd (autism), Tourettes och språkstörning. Här syftar NPF i första hand till adhd och autism. Bilagan inkluderar även personer som begåvningsmässigt befinner sig strax ovanför gränsen till intellektuell funktionsnedsättning, med så kallad svag teoretisk begåvning. Det är en grupp som Socialstyrelsen m.fl. menar behöver uppmärksammas mer.^{111 112}

Barn och unga med NPF, IF och svag teoretisk begåvning har ofta svårigheter inom fler än ett diagnosområde och det kan vara stora skillnader i behov och fungerande mellan individer med samma diagnos. I detta underlag har vi därför valt att inte beskriva diagnosspecifika svårigheter, istället betonas funktioner och behov som många barn och unga med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning har gemensamt. För information om enskilda neuropsykiatriska diagnoser hänvisar vi till webbsidorna i tipsrutan nedan.

¹¹¹ Fernell & Ek (2010) *Borderline intellectual functioning among children and adolescents – insufficiently recognized difficulties.*

¹¹² Socialstyrelsen (2019) *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*

Läs mer!

Information och fakta om neuropsykiatriska diagnoser och intellektuell funktionsnedsättning finns bland annat på:

- kunskapsguiden.se
- webbplatsen ”självhjälp på vägen”
- funktionshindersguiden.se
- webbplatsen ”Infoteket om funktionshinder”
- SUF-Kunskapscentrum
- habiliteringen.se
- spsm.se
- socialstyrelsen.se
- autism.se
- attention.se
- fub.se

Begrepp

Adhd	Diagnos: attention deficit hyperactivity disorder. Samlingsnamn som även omfattar attention deficit disorder (add).
Autism	Diagnos: autismspektrumtillstånd, ibland förkortat AST. Samlingsnamn för hela spektrumet av autisttillstånd, inkluderar även de tidigare diagnoserna Aspergers syndrom, atypisk autism och autistliknande tillstånd.
Intellektuell funktionsnedsättning (IF)	Diagnos: Kallades tidigare utvecklingsstörning. IF karaktäriseras av nedsatt teoretisk, social och/eller praktiska förmågor. Delas in i fyra nivåer som innebär olika omfattning av svårigheter; lindrig, måttlig, svår och mycket svår. IF innebär en intelligenskvot <70.
Kognition	Hjärnans förmåga att ta emot, lagra, bearbeta och plocka fram information. Exempel på diagnoser som innebär nedsättningar av kognitiva funktioner och förmågor är adhd, autism och intellektuell funktionsnedsättning
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF)	Samlingsnamn: neurologiska beteendesyndrom däribland adhd, autism, IF, Tourettes och språkstörning
Svag teoretisk begåvning	Personer med en intelligenskvot inom normalzonens nedre del (IK 70-84)

Kognitiva funktioner och svårigheter

Vid adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning är flera av individens kognitiva funktioner påverkade. Kognition handlar om hjärnans förmåga att ta emot, lagra, bearbeta och plocka fram information. Exempel på kognitiva funktioner är självreglering, arbetsminne, uppmärksamhet och teoretisk begåvning.

För att kunna anpassa sin verksamhet behöver socialtjänsten både *generell kunskap* om och *praktisk förståelse* av vad kognitiva funktionsnedsättningar kan innebära i vardagen. I detta avsnitt beskrivs kognitiva funktioner som relaterar till adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning samt exempel på svårigheter som kan uppstå när dessa funktioner är nedsatta. Beskrivningarna är ett urval av information och ger inte någon heltäckande bild av de funktionsnedsättningar som personer med adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning kan ha. Begreppen är i flera fall överlappande och representerar olika sätt att strukturera och förstå.

Allmän kognitiv funktion (teoretisk begåvning)

Allmän kognitiv funktion, teoretisk begåvning eller intelligens handlar om en underliggande förmåga att flexibelt hantera information, lära sig saker och lösa problem samt att omsätta sina kunskaper i vardagen.

Lägre teoretisk begåvning innebär att ha svårare än jämnåriga med i princip alla funktioner och förmågor som beskrivs nedan. Det handlar om svårigheter med bland annat slutledningsförmåga, planering, omdöme och förmåga att lära sig av erfarenheter. Även om diagnoskriterierna för lindrig intellektuell funktionsnedsättning inte uppfylls kan undergenomsnittlig begåvning medföra stora svårigheter i vardagen, i skolan och i sociala relationer.

Abstraktionsförmåga

Abstraktionsförmåga innebär att kunna tänka på sådant som inte finns ”här och nu” och att kunna generalisera, tänka hypotetiskt och att se sammanhang.

Svårigheter med abstrakt tänkande kan påverka problemlösningsförmågan och medföra svårigheter att förstå metaforer och liknelser. Det kan också innebära svårigheter med moraliskt resonerande, som att förstå och ta hänsyn till andras behov och känslor.

Adaptiv förmåga

Adaptiv förmåga handlar om förmågan att fungera situationsanpassat i vardagen och omfattar både praktiska, sociala och kognitiva färdigheter.

Brister i adaptiv förmåga kan bland annat innebära svårigheter att sköta hushåll och ekonomi (praktiska färdigheter), att umgås och kunna bedöma andras pålitlighet och avsikter (sociala färdigheter) och lära sig att läsa, räkna och att begreppsmässigt förstå tid (kognitiva färdigheter).

Arbetsminne

Arbetsminnet håller kvar information i stunden tills informationen har bearbetats i hjärnan. Arbetsminnet är en förutsättning både för att kunna förstå och tolka vad andra säger och för att kunna bygga upp egna tankar. Arbetsminnet ger också möjlighet att växla mellan olika uppgifter, så kallad simultankapacitet.

En nedsatt arbetsminnesförmåga kan bland annat medföra svårigheter att memorera information, förstå instruktioner och att bryta ner problem i mindre beståndsdelar. Begränsad förmåga att behålla information i stunden kan göra att man glömmer bort vad man just har läst eller vad som nyss har sagts vilket kan leda till att man tappar fokus.

Central koherens

Central koherens handlar bland annat om förmågan att foga samman detaljer till en helhet, att kunna växla mellan detaljer och helhet och att kunna använda sig av sammanhanget för att förstå en situation.

Svag central koherens kan medföra svårigheter att överblicka, se samband och att generalisera. Det kan vara svårt att uppfatta ”den röda tråden” och att kunna läsa mellan raderna, det finns risk för misstolkningar beroende på att delar i en helhet missas.

Exekutiva funktioner

Exekutiva funktioner är ett samlingsnamn på flera funktioner som tillsammans fungerar som styrfunktion för att målinriktat kontrollera tankar, känslor och handlingar.

Brister i de exekutiva funktionerna kan innebära svårigheter att genomföra en aktivitet man förutsatt sig eftersom det påverkar förmågan att komma igång med uppgifter eller aktiviteter, uthållighet, uppmärksamhet, att planera och organisera, hejda impulser, lösa problem och att anpassa sig i olika situationer. Exekutiva svårigheter påverkar individens dagliga liv, till exempel förmågan att klara skola och arbete, att fungera självständigt i sitt hem och att utveckla och bibehålla sociala relationer.

Mentalisering

Mentalisering handlar dels om att se och förstå sig själv i ett utifrånperspektiv, dels om att förstå andra. Att ha en medveten uppfattning om att man själv och andra människor har känslor, behov och föreställningar samt en förståelse för hur man själv och andra tänker och känner i olika situationer.

Svårigheter med mentalisering påverkar förmågan att tolka och interagera i sociala sammanhang, till exempel att föreställa sig vad andra vet och inte vet, att dra slutsatser om andras avsikter utifrån deras beteende och att förstå vad andra vill höra.

Perceptionsförmåga

Perception handlar om att via sinnen (hörsel, syn, smak, lukt och känsel) ta emot och bearbeta information.

Perceptionssvårigheter innebär nedsatt förmåga att registrera, organisera och tolka olika slags sinnesintryck. Sinnesintryck kan upplevas svagare, starkare eller annorlunda än för de flesta andra. Vanligast är överkänslighet för något sinnesintryck. Det kan vara svårt att bära vissa kläder, ljud kan bli alltför påträngande, viss konsistens på mat kan vara obehaglig eller vissa lukter svåra att tolerera. Situationer med många intryck kan upplevas som kaotiska och stressande.

Självreglering

Självreglering handlar om att kunna hålla en ”lagom” uppmärksamhetsnivå och viljemässigt reglera motivation och känslor, att kunna hejda sig och inte styras av impulser.

Bristande självreglering medför bland annat svårigheter att hålla ut och göra klart en uppgift och att kunna koncentrera sig på det man vill eller måste göra. Bristande självreglering kan också medföra impulsivitet, dvs. svårigheter att kontrollera sitt beteende och sina känslor, oavsett om de uppfattas som positiva eller negativa. Personer med nedsatt självreglering kan ha svårt att motstå frestelser och avstå från kortsiktig tillfredsställelse till fördel för en mer långsiktig belöning.

Språklig förmåga

Språklig förmåga avser förståelse, uttrycksförmåga och att kunna använda språket i ett socialt samspel. Språklig förmåga är en förutsättning för att kunna vara delaktig och kommunicera i de allra flesta vardagliga situationer både skriftligt och muntligt.

Den som har en språkstörning kan inte lära sig sitt modersmål på samma sätt och i samma takt som jämnåriga. Man kan ha svårt att formulera sig muntligt och skriftligt, att hitta ord, ha bristande ordförråd och ha svårt att förstå talat och skrivet språk. Det blir svårt för personen att uttrycka det man vill samtidigt som man riskerar att missuppfatta det andra säger. En nedsatt språklig förmåga märks ofta inte så tydligt utåt och behöver inte höras i talet för utomstående.

Tidsuppfattning

Tid är abstrakt, att kunna avläsa klockan är inte samma sak som att kunna uppleva och hantera tid i sin vardag. Tidsbegrepp gör det möjligt att kunna ordna händelseförlopp efter en tidsaxel och att kunna placera in en händelse vid en specifik tidpunkt.

Svårigheter med tidsuppfattning påverkar möjligheten att planera, organisera och förstå när saker ska inträffa. Det kan till exempel medföra svårigheter att passa tider, beräkna hur lång tid olika saker tar eller förstå när man behöver börja för att bli klar vid en viss tid.

Uppmärksamhet/koncentration

Uppmärksamhet innebär att vissa objekt är i fokus och bearbetas medan andra väljs bort. Ett sådant fortlöpande urval är en förutsättning för att kunna ta in information och förstå sin omvärld. Koncentration gör det möjligt att bibehålla uppmärksamhet för att fokusera på en uppgift under en längre tid utan att störas av ovidkommande intryck.

Koncentrationsproblem kan för vissa yttra sig som svårigheter att sitta stilla och arbeta fokuserat, att vara lättstörd och ha svårt att återgå till en uppgift om man blir avbruten. För andra kan det vara svårt att överhuvudtaget komma igång. Uppmärksamhetsproblem kan visa sig genom att man har svårt att hålla ordning, att man glömmar, tappar bort saker och snabbt blir uttråkad. Personer som har svårt med uppmärksamhet kan också ha svårt att förstå orsak-verksammande och att se sin egen roll i skeenden. Uppmärksamhetsproblem kan också medföra svårigheter att agera genomtänkt och att hålla ett långsiktigt mål i tanken.

Förståelse för det enskilda barnets fungerande

Förutom generell kompetens om kognitiva funktioner behöver socialtjänsten förstå det enskilda barnets unika förmågor och svårigheter. Det kan vara stora skillnader i behov och fungerande mellan individer med samma diagnos. Att se till vad barnet har svårt med i sin vardag istället för enbart till diagnoser är en viktig utgångspunkt för socialtjänstens anpassningar.

Man är inte sin diagnos. Det är så mycket annat som är viktigt. Mina utvecklingssteg, mina svårigheter och mina behov. // Ungdom i Ung Dialogs expertgrupp

Att skapa förutsättningar för barnet att känna sig förstådd/inte missuppfattad är en förutsättning för att lyckas i behandlingsarbetet. Det förutsätter att barnet ges möjlighet uttrycka sina önskemål och behov och att socialtjänsten lyssnar på barnets tankar och beskrivningar. Föräldrar är också en viktig informationskälla.

Det är viktigt att ta del av information dokumenterad i utredningar från exempelvis psykiatri, habilitering, socialtjänst och elevhälsan. Utifrån hur det enskilda barnet känner inför att prata om sin diagnos kan man berätta för barnet vad man har läst och fråga om det stämmer. Komplettera informationen med barnets (och föräldrarnas) aktuella bild av hur funktionsnedsättningen påverkar barnet i olika situationer och livsområden.

Utgå från vad som fungerar bra (hemma, i skolan, på fritiden) och vad som kan vara svårt i vardagen (hemma, i skolan, på fritiden). Vid planering och utformning av insatser kan frågor också ställas om vad som kan stressa och försvåra för barnet och vilket stöd hon eller han behöver för att behandlingskontakten ska fungera. Tänk på att många barn med NPF har svårt att besvara öppna frågor, läs mer under rubriken *Kommunikation*.

Det kan vara hjälpsamt att genomföra en funktionell analys tillsammans med barnet för att få information om hur hen brukar (re)agera i olika situationer. Analysen kan skapa en gemensam förståelse kring barnets beteende och fungerande. Om barnet varit aktuellt för insatser tidigare kan analyser av vad som har fungerat bra och vad som inte har varit verksamt ge värdefull kunskap om hur insatserna kan utformas. Läs mer om funktionell analys i kunskapsstödet och avsnittet *Kompletterande analys*.

Uppmärksamma styrkor

Samtidigt som det är nödvändigt att se till barnets svårigheter för att kunna anpassa insatserna är det viktigt att uppmärksamma vad som faktiskt fungerar väl, och bygga vidare på barnets styrkor och talanger. Många barn och unga med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning kan ha sviktande självförtroende, ofta till följd av tidigare motgångar och bakslag. Det kan därför vara extra viktigt att fokusera på styrkor, bekräfta barnets förmågor och framgångar och att stötta en realistisk positiv självbild.

Barnets starka sidor kan i vis mån kompensera för de svagare. Exempel på styrkor kan vara att ha en stark drivkraft, vara energisk, envis, ihärdig, kreativ eller att kunna tänka utanför ramarna och ifrågasätta normer, vara bra på att se

detaljer, att ha specialintressen och stora kunskaper inom ett visst ämne eller att vara starkt engagerad i en hobby eller fritidsaktivitet.

Ojämnheter i funktionsnivå

Det är viktigt att förstå att många barn och unga med adhd och autism (och i viss mån även IF) har en ojämn funktionsnivå med väl utvecklade färdigheter och förmågor i vissa avseenden och tydliga svårigheter i andra.¹¹³ Det som någon kan klara av under vissa omständigheter kanske inte alls fungerar i ett annat sammanhang. Det handlar alltså dels om en ojämnhet mellan skilda förmågor, dels om ett ojämnt fungerande vid olika tidpunkter och i olika miljöer hos samma individ.

Många barn och unga med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning är också känsliga för stress, och stress kan i hög grad påverka fungerandet. Sömnbrist, förändringar i vardagen eller i planering, bristfälliga rutiner och för höga krav eller förväntningar är exempel på faktorer som kan skapa stress.

Stora variationer i fungerande kan vara svårt för omgivningen att förstå så det gäller att vara lyhörd och att utgå från att barnet för det mesta gör sitt bästa. Det är också bra att tillsammans försöka identifiera och hjälpa till att reducera faktorer som skapar stress hos barnet eller den unge.

Flickor med NPF eller IF

En tumregel är att skillnaderna mellan individer är större än mellan flickor och pojkar som grupp, men det finns ändå skäl att se till de särskilda förutsättningar och behov som kan finnas hos flickor med adhd, autism och IF.

Flickors funktionsnedsättningar uppmärksammas mer sällan i skolan och de utreds i lägre grad och dessutom senare i livet än pojkar. Orsaken till att det ser ut så är inte klarlagt men oavsett förklaring så är funktionsnedsättningarna lika stora och symtomen lika allvarliga hos flickor som hos pojkar.¹¹⁴ Socialtjänsten kan därför behöva vara särskilt uppmärksam på outredda svårigheter hos flickor.

I arbetet med flickor med normbrytande beteenden är det viktigt att tänka på att snäva könsnormer med föreställningar om hur flickor och kvinnor förväntas agera, prestera och relatera till andra ofta drabbar flickor med adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning extra hårt. Det handlar till exempel om att flickor förväntas vara stillsamma, ambitiösa och högpresterande, omhändertagande och relationsinriktade. Dessa förväntningar finns inte bara hos omgivningen utan också hos flickorna själva, vilket kan vara en delförklaring till varför flickor i högre utsträckning än pojkar tenderar att maskera sin funktionsnedsättning.

¹¹³ Det mest typiska vid IF är en jämn låg funktionsnivå men även bland personer med IF förekommer mer ojämn profil.

¹¹⁴ Se till exempel SBU (2005) Adhd hos flickor – en inventering av det vetenskapliga underlaget, Kopp et al (2010) Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders,

Mer om flickor med adhd och autism!

Filmer och föreläsningar:

- Webinarium från Attention om tjejer/kvinnor och NPF (Youtube)
- Flickor med autism – Sagas historia (Autism och Aspergerförbundet webb)
- Flickor och kvinnor med autism, föreläsningar med Svenny Kopp (Youtube)
- Konsten att fejka arabiska, föreläsning av Lina Linman (Youtube)

Böcker och annat skrivet material:

- Ung kvinna ADHD – om gruppträffar för flickor och unga kvinnor (Attentions webbsida)
- Flickor med autism och ADHD – en guidebok för föräldrar och professionella (Maria Buhler 2020)
- ADHD - från duktig flicka till utbränd kvinna (Lotta Borg Skoglund, 2020)
- Flickor med ADHD - Hur de känner och varför de gör som de gör (Kathleen Nadeau m.fl. 2018).
- Konsten att fejka arabiska: en berättelse om autism (Lina Liman, 2017)
- Flickor med Aspergers syndrom/högfungerande autism och flickor med AD/HD: pedagogiska, sociala och medicinska aspekter (Brigitte Oxelqvist m.fl. 2016)

Samverkan och samordning av insatser

Ofta behövs olika kompetenser och samverkan med andra vårdgivare och med skolan för att hitta lösningar som svarar mot behovet av stöd hos barn och unga med NPF eller IF och deras föräldrar. Socialstyrelsen har tagit fram en modell för samordning av det stöd som socialtjänsten och hälso- och sjukvården ansvarar för.¹¹⁵

Vid behov ska socialtjänsten initiera och upprätta en samordnad individuell plan (SIP).¹¹⁶ En SIP underlättar samordning av insatser från olika aktörer och tydliggör ansvarsfördelning mellan huvudmän, se avsnittet *Samverkan och samordning* i kunskapsstödet.

Barn och unga behöver få information om vad som sägs mellan myndigheter, t.ex. mellan socialtjänst och BUP. Få en skriftlig sammanställning av vad som sagts och bestämts. Som det är nu får man läsa i sina journaler när man fyllt 18 år vad myndigheterna faktiskt tyckte och skrev. // Ungdom i Ung Dialogs expertgrupp

Socialtjänsten har också en viktig uppgift att uppmärksamma hälso- och sjukvården och skolan på outhärliga behov eller när aktuella stödåtgärder från andra aktörer verkar vara otillräckliga. Det kan också handla om att hjälpa barn och föräldrar att komma i kontakt med professioner som kan ge stöd och råd som till exempel arbetsterapeut, specialpedagog eller studie- och yrkesvägledare med specialkompetens i NPF.

Samarbete med och stöd till föräldrar

I samarbete med föräldrar till barn med adhd, autism och IF behöver socialtjänsten ha förståelse för de påfrestningar som familjen kan leva under och

¹¹⁵ Socialstyrelsen 2017-10-31 *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning*

¹¹⁶ 2 kap 7 § SoL

kunna anpassa sina förväntningar och erbjuda stöd som passar föräldrarnas situation och behov.¹¹⁷

Socialtjänsten kan erbjuda sig att påminna om möten, ha telefon- eller mailkontakt mellan träffar och att avlasta i samordning av myndighetskontakter kring barnet. En koordinator eller motsvarande stödfunktion kan ge föräldrar praktisk hjälp i att kartlägga och samordna myndighetskontakter, vara stöd vid möten och hjälpa föräldrar att formulera hur myndigheter kan stödja dem i föräldrarollen. Läs mer om koordinator-rollen i *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* (Socialstyrelsen 2017).

Föräldrar till barn med NPF eller IF kan också behöva stödinsatser för egen del, det gäller ofta föräldrar med egna kognitiva svårigheter. Det kan till exempel handla om hjälp att fylla i blanketter, planera och organisera vardagen, mobilisera familjens nätverk eller att söka hjälp hos andra vårdgivare.

Stöd, utbildning och möjlighet till erfarenhetsutbyte för föräldrar till barn med NPF eller IF ges också vid BUP eller Habilitering och via intresseorganisationer som Attention, Autism- och Aspergerförbundet samt FUB.

Läs mer!

- Föräldrar med ASD – handbok för bättre familjeliv (www.asdforalder.se)
- Att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning – tema på kunskapsguiden.se
- Att vara förälder till ett barn eller tonåring med adhd eller add (Lena Westholm, adhd-center Stockholm)

Att tänka på i arbete med barn och föräldrar med NPF eller IF

Gemensamt för många personer med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning är behov av struktur, tydlighet, förutsägbarhet och kontinuitet.¹¹⁸ På en övergripande nivå är det bland annat viktigt att tänka på:

- att göra en tydlig planering
- att kommunicera både muntligt och visuellt (text och bild)
- att bryta ner aktiviteter i mindre delar
- att stötta genom täta påminnelser och återkopplingar
- att erbjuda stöd över längre tid och undvika byte av socialsekreterare och stödperson

I samtal krävs att kunna hålla mycket information i arbetsminnet, att se sammanhang, snabbt kunna föreställa sig olika sätt att lösa ett problem och att kunna formulera tankar och känslor i ord. Samtalsbaserat stöd och behandling är därför många gånger svårt eller otillräckligt för barn och föräldrar med NPF eller IF. Insatserna kan behöva vara mer mångsidiga och aktivitetsbaserade (lära genom att göra), och stödet mer handfast med praktiska och pedagogiska inslag. Exempel kan vara att visa praktiskt hur en uppgift kan göras, att vara

¹¹⁷ Socialstyrelsen (2017) *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning*

¹¹⁸ Texterna i detta avsnitt bygger i huvudsak på beskrivningar från medverkande experter, se metodbeskrivning sid 19

med som stöd vid träning av strategier och färdigheter, att hjälpa till att planera och organisera vardagen och att följa med barnet till aktiviteter.

Tips!

Så kallad tydliggörande pedagogik kan användas som tankemodell vid planering och utformning av insatser för barn och föräldrar med NPF. Tydliggörande pedagogik syftar till att skapa förutsägbarhet, meningsfullhet och begriplighet och handlar om att ge individen svar på följande frågor:

Vad ska jag göra? Var ska jag vara? När ska jag göra det? Vem ska jag vara med? Hur länge ska det hålla på? Vad ska jag göra sen?

Anpassa insatser och kommunikation

I detta avsnitt beskrivs strategier som **kan** vara hjälpsamma i planering och utformning av insatser för barn och föräldrar med NPF eller IF.¹¹⁹ Det är viktigt att tänka på att anpassningar måste utgå från den enskildes fungerande och funktionsnedsättningens svårighetsgrad. Något som känns bra och fungerar för en person behöver inte vara rätt för en annan. Det gäller att efterfråga barnets och föräldrarnas önskemål och beskrivningar av behov samt att ta tid på sig att försöka förstå hur kommunikationen och insatserna kan anpassas i varje enskilt fall.

Generella anpassningsstrategier

- Se till att genomförandeplanen är konkret i beskrivningar av insatser, mål och uppföljning. Att det tydligt framgår vad barn, föräldrar och utförare förväntas bidra med under insatsen. Illustrera processen steg för steg.
- Formulera realistiska behandlingsmål med hänsyn till barnets och föräldrarnas förutsättningar och fungerande.
- Håll fokus på planerade aktiviteter och kortsiktiga delmål. Påminn emellanåt om det övergripande syftet och målet med insatsen.
- Erbjud praktiskt stöd, t.ex. hjälp med planering och att påminna om tider,
- Var prestigelös, be om ursäkt och backa när missförstånd uppstår.
- Försök att undvika förändringar av det som har planerats, håll det du har lovat.
- Erbjud hjälp att minska och förebygga stress
- Gör täta avstämningar för att säkerställa att det går åt rätt håll. Bekräfta och belöna framsteg, acceptera motgångar.
- Om motivationen verkar tryta – undersök bakomliggande orsaker och hantera dessa

¹¹⁹ Texterna i detta avsnitt bygger på beskrivningar av medverkande experter som på tidigare publicerade material, se metodbeskrivning sid 19

- I stället för att träna på det barnet har allra svårast för (ex. se folk i ögonen eller att sitta stilla), fokusera på hur hon eller han kan lära sig att uttrycka sina förutsättningar och behov (ex. att kunna säga ”jag lyssnar fast jag inte ser dig i ögonen” eller ”jag skulle behöva en paus”).
- Möjliggör för barn och föräldrar att kunna höra av sig mellan möten. Berätta och visa att du finns som stöd och uppmuntra dem att prova själva.

Vid planering av familjehemsvård eller HVB

- Säkerställ att familjehem/boende har kompetens för och erfarenhet av barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Se till att stöd- och behandlingsinsatser anpassas efter barnets eller den unges fungerande
- Specificera i uppdraget vad barnet eller den unge behöver för typ av anpassningar och stöd, beskriv vilka strategier som har fungerat bättre och sämre tidigare
- Säkerställ att familjehem/boende kan erbjuda hög grad av struktur och förutsägbarhet i vardagen
- Hör av dig regelbundet till den placerade istället för att uppmana barnet eller den unge att ta kontakt vid behov.

Ett HVB med ”NPF-kompetens” kanske inte alltid blir rätt. Om ungdomen behöver ha det på ett visst sätt, och de andra boende på ett annat sätt. Då blir det ju fel, ändå.

På en medicinsk avdelning kan alla behöva samma medicin. Det är inte så vid NPF, alla boende kan behöva olika insatser, stöd och bemötande

// Ungdomar i Ung Dialogs expertgrupp

Kommunikation

- Kommunicera visuellt. Skriv och rita på White-board eller blädderblock för att illustrera det ni pratar om.
- Gör listor i punktform och kartor över sammanhang, använd bilder för att förtydliga och förstärka.
- Använd visuella skalor för att underlätta för barn/föräldrar att svara på frågor och uttrycka sin åsikt och sina känslor.
- Utryck dig konkret, rakt och tydligt, undvik bildliga uttryck och ironi.
- Utelämna inte information som kan antas vara underförstådd och håll fokus på det som är viktigt.

- Använd inte osäkerhetsmarkörer som ”vi får se” och ”kanske” eller vaga uttryck som ”sen”.
- Ställ inte öppna/reflekterande och icke-konkreta frågor som ”hur upplever du din situation?” eller ”hur skulle du vilja ha det?” Ge istället tydliga alternativ som barnet/föräldern kan välja mellan.
- Ställ en fråga i taget och ge mycket gott om tid för att invänta svar. Omformulera din fråga om barnet/föräldern inte verkar ha förstått.
- Om du är osäker på om barnet/föräldern har uppfattat det som du vill förmedla, be honom eller henne att återberätta med egna ord (fråga inte ”har du förstått?”)

Tips!

Via webbsidan Infoteket om funktionshinder nås material och verktyg som socialtjänsten kan använda i samarbete med barn och föräldrar med NPF.

Det är också bra för socialtjänsten att känna till att det finns kognitivt och kommunikativt stöd och hjälpmedel för personer med adhd, autism och IF som kan underlätta och kompensera i vardagen. Till exempel kan kalenderappar, bildsymboler och påminnelsefunktioner ge stöd för att sortera information, organisera och planera samt hantera tid. Information om olika typer av stöd nås via Infoteket om funktionshinder.

Möten/träffar

Nedan presenteras strategier som kan underlätta för barn och föräldrar med NPF eller IF i möten med socialtjänsten. Återigen – se till att anpassa strategierna utifrån det enskilda barnets och föräldrarnas fungerande och behov.

Kallelser

I Socialstyrelsens stödmaterial *Kallelser till barn i socialtjänsten* framgår vilken information som behöver finnas med i en mötesinbjudan till barn och unga.¹²⁰ För barn och föräldrar med NPF eller IF är det viktigt att tänka på att kallelsen är lättläst och tydligt strukturerad med den centrala informationen i punktform. Se exempel på kallelse i Socialstyrelsens stödmaterial *Underlätta för personer med autism i möten med socialtjänsten*.¹²¹

Om kallelser eller annan information skickas via brev är det bra att märka kuvertet på ett tydligt vis. Visa barnet och/eller föräldern hur kuvertet ser ut och berätta att när ett brev med den märkningen kommer behöver det öppnas och läsas.

Påminnelser

Påminn om mötet (tid och plats) och eventuellt vad barnet/föräldrarna behöver ha med sig. Skicka en (sista) påminnelse via sms eller mail dagen innan eller samma dag som mötet ska äga rum.

¹²⁰ Artikelnummer 2020-6-6838

¹²¹ Artikelnummer 2019-12-6480

Förbered dig väl inför mötet

- Strukturera och planera mötet väl.
- Ta fram en agenda som kan sättas upp eller delas ut.
- Avsätt tid för att undvika stress, planera in pauser.
- Om barnet/föräldrarna har svårt med uthållighet kan mötet delas upp i flera mindre delar.
- Se till att mötet kan genomföras i en lugn och ostörd miljö utan störande ljud (t.ex. lysrör, fläktar, tickande klocka) och flimrande ljus eller andra visuella intryck (t.ex. förbipasserade) som kan riskera att distrahera.
- Om det inte fungerar med möten där ni sitter mitt emot varandra – föreslå en promenad eller biltur.

När barnet och/eller föräldrarna anländer

- Avstå från inledande socialt småprat om du inte vet om barnet/föräldrarna klarar av och uppskattar kallprat.
- Undvik fysisk beröring om du inte vet om barnet/föräldrarna klarar av och uppskattar det.
- Säkerställ att barnet/föräldrarna är bekväma med den sittplats som erbjuds och med den fysiska miljön i rummet.

Vid mötets början

- Inled mötet med att ange ramarna, hur länge det ska pågå, när ni ska ta paus osv.
- Gör en sammanhangsmarkering genom att visa stegen i den aktuella processen och var ni befinner er för tillfället, t.ex. ”detta är möte två av fem där vi ska... som ska leda fram till att...”
- Sätt upp eller dela ut agenda med information om syfte, tidsramar och punkter för mötets innehåll. Redogör muntligt vad som står.

Under mötet

- Använd timglas för att visualisera tidsramarna
- Håll dig till agendan och bocka av punkterna efter hand.
- Vad uppmärksam på behov av pauser.
- Var lyhörd för vad barnet/föräldrarna behöver och vill göra under pausen, förmedla att det är okej att sitta tyst.

Inför mötets avslut

- Förbered avslut av mötet, säg t.ex. att ”nu är det 10 minuter kvar”.
- Kontrollera att du har förstått vad barnet/föräldrarna vill förmedla genom att kort sammanfatta det som du har uppfattat.
- Stäm av att barnet/föräldrarna har förstått vad du har velat förmedla genom att be dem återge viktiga punkter från mötet.
- Sammanfatta och dokumentera det ni planerar framåt; vem som ska göra vad, när och hur det ska göras samt när och hur det ska följas upp.

Vid mötets avslut

- Låt barnet/föräldrarna ta del av den sammanfattande dokumentationen, vid mötets avslut eller i efterhand. Det kan vara nedskrivet på papper, digitalt eller avfotograferat.
- Informera om hur och när barnet/föräldrarna kan få kontakt med dig fram tills nästa inplanerade möte.

Litteraturlista

Innehållet i denna bilaga baseras på kunskap och erfarenheter från experter och intresseorganisationer, se metodbeskrivning i bilaga 3. Därtill hämtade projektgruppen information från följande kunskapsmaterial:

- Adhd i vardagen (Statens institutionsstyrelse, odaterad)
- Att föra samtal med barn med autism (Autism & Aspergerförbundet, odaterad)
- Att möta personer med adhd (Socialstyrelsen, 2016)
- Autismspecifik kompetens (Autism & Aspergerförbundet, 2018)
- Bemötande vid NPF (ASPI Utbildning AB, 2017)
- Kognitiva funktioner och svårigheter, bilaga 1 i Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete (Socialstyrelsen, 2019)
- Kort om adhd hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen med flera 2014)
- Stöd vid möten (Autismforum och Riksföreningen Autism/Empowerment, 2007)
- Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd (Socialstyrelsen, 2014)
- Tips för bättre möten (Riksförbundet Attention, odaterad)
- Tips när du ska ha möte med en person som har adhd (Socialstyrelsen, 2016)
- Underlätta för personer med autism i möte med socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2019)
- Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017)

Bilaga 2 – Färdighetsträningsprogram för barn

I kunskapsstödet hänvisas till Metodguiden för socialt arbete för vidare information om de namngivna metoder som exemplifieras i rekommendationerna. I Metodguiden beskrivs insatser som har rapporterats som använda metoder inom socialtjänsten. Eftersom metoderna i rekommendationen om multimodala färdighetsträningsprogram ännu inte används i Sverige ingår de i skrivande stund inte i Metodguiden. Därför ges här en beskrivning av SNAP, Coping Power Program och Dina-programmet.

SNAP

Stop Now and Plan (SNAP) är en manualbaserad intervention för pojkar respektive flickor 6-11 år i grupp som består av 13 veckovisa behandlingstillfällen à 90 minuter. I programmet lär sig barnen strategier och färdigheter för ökad känslokontroll och problemlösning, bland annat genom att lära sig känna igen triggers samt stanna upp och tänka på konsekvenserna av sitt beteende istället för att agera impulsivt.¹²² SNAP för pojkar och flickor är snarlika men programmet för flickor införlivar feministisk teori och lägger större tonvikt vid kommunikation och relationsbyggande.¹²³

Parallellt med barngruppen träffas föräldrar i grupp, dels för att lära egna föräldraskapsfärdigheter och strategier och dels för att kunna stödja och förstärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning.¹²⁴ Som tillägg till de obligatoriska barn- och föräldragrupperna kan skolpersonal involveras för att stödja och förstärka barnet i skolmiljön.

SNAP används i Norge som riktad insats inom ramen för skolprogrammet Positive Behavioral Intervention and Support (norsk akronym PALS).¹²⁵

Coping Power Program

Coping Power Program (CPP) är en manualbaserad intervention för barn 8-12 år i grupp som består av 32 veckovisa behandlingstillfällen à 60 minuter. Det finns också en förkortad variant med 24 träffar à 60 minuter. I programmet lär sig barnen bland annat ilske-kontroll, problemlösning, perspektivtagande, sociala färdigheter och att hantera gruppträck.¹²⁶

Parallellt med barngruppen träffas föräldrar i grupp, dels för att lära egna föräldraskapsfärdigheter och strategier och dels för att kunna stödja och för-

¹²² CDI SNAP Resource Guide, Osmam 2020

¹²³ <https://childdevelop.ca/snap/snap-programs/snap-girls>

¹²⁴ CDI SNAP Resource Guide, Osmam 2020

¹²⁵ Se https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/pals-positiv-atferd-stottende-laeringsmiljo-2-utg/

¹²⁶ Helander et al (2018) *The effects of Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial*

stärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning. Behandlarna har kontinuerlig kontakt med barnens lärare så att de kan stödja och förstärka barnet i skolmiljön.¹²⁷

Barnkomponenten i CPP (barngruppen) har testats och utvärderats i Sverige som tillägg till föräldraskapsstödsprogrammet Komet.¹²⁸ Studien genomfördes i BUP:s öppenvård, studiedeltagarna var 8-12 år gamla (*m* 9.3 år) med bland annat trotssyndrom och uppförandestörning. Resultaten efter avslutad insats visade att barnens beteendeproblem minskade i båda grupperna och att barnen i CPP-gruppen förbättrade sina prosociala beteenden i högre grad än barnen i jämförelsegruppen.¹²⁹

Dina-programmet

Dina-programmet (Dina Dinosaur Treatment Program) är en manualbaserad intervention för barn 4-8 år i grupp som består av 18-22 veckovisa behandlingstillfällen à 120 minuter. I programmet lär sig barnen bland annat kamratfärdigheter, andra sociala färdigheter, problemlösning, empati och att känna igen egna och andras känslor.

Dina ingår i programserien De otroliga åren och barngrupperna rekommenderas i kombination med något av programseriens föräldraskapsstödsprogram.¹³⁰ Barn- och föräldraprogram ges då parallellt och är innehållsmässigt samordnade. Under programmet har Dina-behandlarna kontinuerlig kontakt med barnens föräldrar och skolpersonal så att de kan stödja och förstärka barnet i hemmet och i skolmiljön.¹³¹

Dina-programmet erbjuds inom socialtjänsten i Danmark¹³², Finland¹³³ och Norge¹³⁴.

¹²⁷ www.copingpower.com

¹²⁸ Helander et al (2018)

¹²⁹ Helander et al (2018) *The effects of Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial*

¹³⁰ <http://www.incredibleyears.com/programs/child/>

¹³¹ https://ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dinosauruskolen-i-smagrunder/

¹³² Se danska Servicestyrelsen (2011) *Evaluering af De utrolige år, slutrapport*

¹³³ <https://sites.utu.fi/ihmeellisetvuodet/sv/>

¹³⁴ <https://dua.uit.no/dinosauerskole/>

Bilaga 3 – Metodbeskrivning

I denna bilaga beskrivs hur vi har arbetat med kunskapsstödet och vilka externa experter och sakkunniga som bidragit i Socialstyrelsens arbete. Beskrivningarna i remissversionen kommer att utvecklas.

Om rekommendationer i kunskapsstöd

Arbetet med kunskapsstödet har följt Socialstyrelsens interna rutin för kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Rutinen omfattar bland annat framtagande av vetenskapliga underlag och en process för rekommendationer.

I de fall ett kunskapsstöd innehåller rekommendationer baseras dessa på kunskapsläget vid den aktuella tidpunkten, det vill säga på befintligt vetenskapligt stöd där det finns, i kombination med erfarenhetsbaserad kunskap.¹³⁵

Vid nationella rekommendationer inom socialtjänsten är det relevantt att se till aspekter med betydelse för den berörda klientgruppen. Faktorer som rör socialtjänstens organisation eller lokala förutsättningar beaktas som regel inte.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd kan rekommendationer formuleras med fem alternativa uttryck. I listan beskrivs vilken tyngd och innebörd de olika rekommendationsuttrycken har.

Rekommendation	Innebörd
Bör Stark positiv rekommendation	De flesta i den berörda målgruppen bör erbjudas insatsen
Kan Svag positiv rekommendation	Den berörda målgruppen kan erbjudas insatsen under vissa förutsättningar
Kan i undantagsfall Svag negativ rekommendation	Insatsen kan erbjudas målgruppen under vissa förutsättningar
Bör inte Stark negativ rekommendation	Den berörda målgruppen bör inte erbjudas insatsen
FoU	Insatsen bör inte erbjudas rutinmässigt, endast inom ramen för studier eller med samtidig utvärdering

Rekommendationerna i detta kunskapsstöd

I detta kunskapsstöd ges fem starkt positiva (bör) och en starkt negativ (bör inte) rekommendation. Till grund för dessa rekommendationer finns 27 systematiska översikter som omfattar över 520 primärstudier. Sex av översikterna är utgivna av SBU, Campbell eller Cochrane vilka anses hålla mycket god vetenskaplig kvalitet, resterande översikter har granskats och bedömts hålla tillräckligt god kvalitet. Samtliga översikter beskrivs i *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* (separat publikation).

Socialstyrelsens sammanställning och bedömningar av det vetenskapliga stödet för olika insatser med preliminära förslag till rekommendationer granskades av en extern expertgrupp bestående av fem forskare med erfarenhet av forskningsområdet och målgruppen:

¹³⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/om-nationella-kunskapsstod>

- Martin Bergström, docent i socialt arbete, Lunds Universitet
- Torbjörn Forkby, professor i socialt arbete, Linnéuniversitet
- Therese Skoog, lektor i psykologi, Göteborgs Universitet
- Knut Sundell, sakkunnig socialtjänst, Statens beredning för medicinsk och social utredning (SBU)
- Stefan Wiklund, professor i socialt arbete, Stockholms Universitet

De externa granskarna deltog i ett tidigt skede av arbetet och står inte nödvändigtvis bakom de slutliga rekommendationsformuleringarna i kunskapsstödet.

Socialstyrelsens bearbetade förslag till rekommendationer behandlades sedan i en strukturerad konsensusprocess med en rekommendationsgrupp om 12 externt sakkunniga personer. Urvalskriterier för att delta i rekommendationsarbetet var att deltagarna skulle ha direkt eller indirekt erfarenhet från arbete med barn eller unga med normbrytande beteenden samt erfarenhet av evidensbaserad praktik med viss vana att läsa vetenskapliga texter. Vid sammansättningen av rekommendationsgruppen eftersträvades geografisk spridning och representation från både stora, mellanstora och små kommuner. Följande personer ingick i rekommendationsgruppen:

- Josefine Axelsson, FoU-ledare Region Jönköping
- Mikaela Baum, specialisthandläggare Uppsala kommun
- Henric Bergqvist, enhetschef Trollhättan Stad
- Marie Frendin, projektledare FoU-enheten, Statens institutionsstyrelse
- Fredrik Hjulström, socialpolitisk chef Akademikerförbundet SSR
- Eva Lakso, avdelningschef Social välfärd Norrbottens kommuner
- Martin Lardén, enhetschef Kriminalvården
- Kajsa Lönn Rohdin, psykolog och utvecklingsledare Länsstyrelsen i Stockholms län
- Karin Nordmark, utredare Socialförvaltningen Stockholm Stad
- Anki Olsson, enhetschef Fagersta kommun
- Gun Olsson Ekström, processledare IFO BoU, Göteborg stad
- Petra West Stenkvist, enhetschef Arbetsmarknads- och socialförvaltningen i Malmö stad

I processen tog gruppmedlemmarna individuell ställning till Socialstyrelsens rekommendationsförslag utifrån det vetenskapliga underlaget och i förhållande till ett antal centrala principer för socialtjänstens verksamhet.¹³⁶ Därtill följde diskussioner i grupp. Rekommendationsprocessen avslutades i konsensus där samtliga deltagare ställde sig bakom de sex slutgiltiga rekommendationsformuleringarna och var överens om att insatsernas nytta överstiger dess eventuella negativa konsekvenser.

¹³⁶ Barns och föräldrars rätt till delaktighet, helhetssyn på barns och föräldrars situation, barns och föräldrars individuella behov och förutsättningar, nyttan med insatserna överstiger eventuella risker

Stöd för att planera, utforma och följa upp insatser

Avsnittet om att planera och utforma insatser har utarbetats av Socialstyrelsens projektgrupp med utgångspunkt i socialtjänstens process för handläggning av ärenden och Bonta & Andrews (2017) *Psychology of criminal conduct, sixth edition*. Socialstyrelsen söker nu tillstånd från upphovspersonerna att få översätta och publicera samtliga 15 principer i RBM-modellen för att kunna hänvisa till dessa i en bilaga till kunskapsstödet.

En tidig version av kapitel 2-4 lästes och kommenterades av företrädare från socialtjänsten med fokus på texternas användbarhet och begriplighet. I gruppen fanns företrädare med erfarenhet av handläggning av både barn- och ungdomsärenden:

- Paulina Franzén, Malmö stad
- Kristina Gustafson, Eskilstuna
- Asta Magnusdottir, Trelleborg
- Jeanette Nilsson Oskarshamn
- Sara Pettersson Lund
- Rosalie Wikström Stockholm stad

Kunskapsunderlag om NPF och IF

Underlaget till bilaga 1 baseras i första hand på kunskap och erfarenheter som projektgruppen samlade in från experter och intresseorganisationer:

- Annika Brar, psykiatriker och habiliteringsläkare i Region Stockholm
- Tatja Hirvikoski, FoUU-chef, docent vid Kind/KI
- Lotta Borg Skoglund, överläkare i psykiatri, forskare vid CPF/KI
- Autism- och Aspergerförbundet
- Riksförbundet FUB
- Fanny Eklund, projektledare Ung Dialog (Attention)
- Linda Petersson Bloom och Lena Samuelsson, rådgivare/sakkunniga på Specialpedagogiska skolmyndigheten

Insamlade uppgifter sammanställdes i teman i ett första utkast till kunskapsunderlag som informanterna gavs möjlighet att lämna synpunkter på. Därefter reviderades underlaget, även efter synpunkter från internt sakkunniga på Socialstyrelsen. De externa experterna står därför inte nödvändigtvis bakom alla texter i bilagan.

Senare i arbetet har projektgruppen också inhämtat kunskap och erfarenhet från:

- Elisabet Sundström Graversen, projektledare Familjelyftet (Attention)
- Expertgruppen i projektet Ung dialog (Attention)

Remissversion:

Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning

Kunskapsstöd med rekommendationer om insatser
för barn och unga med hög risk för fortsatt
normbrytande beteende

UTKAST

Innehåll

Remissversion:	0
Inledning	2
Utgångspunkter	3
Vår process	3
Syfte och frågeställningar	3
Urval av studier	4
Litteratursökningar	4
Inklusions- och exklusionskriterier	5
Resultat från litteratursökningarna	6
Resultatredovisning	8
Föräldraskapsstödsprogram	10
Färdighetsträning för barn	12
Strukturerad familjebehandling inkl. TFCCO	14
Beteende- och färdighetsträning för ungdomar	17
Scared Straight	19
Kommentarer till det vetenskapliga underlaget	20
SBU:s översikt om insatser i öppenvård	20
Styrkor i det vetenskapliga underlaget	20
Begränsningar	21
Bristande precision	21
Bristande transparens	22
Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet	22
Överlappning av primärstudier	23
Bilaga 1 Tabeller med referenser	24
Bilaga 2 Överlappningar av primärstudier	47
Bilaga 3 Sökdokumentation	49

Inledning

Detta är en separat bilaga till Socialstyrelsens kunskapsstöd *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i kriminalitet – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18 år*.

I dokumentet beskrivs de litteratursökningar som gjorts i projektet och de resultat som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer. Här har Socialstyrelsens också kommenterat det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar.

Dokumentet har tre bilagor. I bilaga 1 beskrivs de inkluderade översiktsartiklar i tabellform, i tabell 2 redovisas överlappningar av primärstudier mellan olika systematiska översikter och i bilaga 3 finns dokumentationen från samtliga litteratursökningar.

Följande medarbetare på Socialstyrelsen har deltagit i arbetet med att sammanställa det vetenskapliga underlaget:

- Jenny Jakobsson, projektledare/granskare
- Karin Nordin Jareno, projektmedarbetare och medgranskare
- Cecilia Andrée Löfholm, projektmedarbetare och medgranskare
- Ulrika Bergström, projektmedarbetare
- Natalia Berg, informationsspecialist
- Niklas Långström, har bidragit med synpunkter

Metod

Utgångspunkter

I projektdirektivet beslutades att arbetet med kunskapsstödet skulle bygga vidare på Socialstyrelsens tidigare sammanställda kunskap genom att uppdatera rapporten *Insatser för unga lagöverträdare - En systematisk sammanställning av översikter om effekter på återfall i kriminalitet* (Socialstyrelsen/IMS, 2008). Därutöver skulle vi genomföra litteratursökningar om insatser för barn i åldern 6-11 år.

I direktivet beslutades också att två SBU-rapporter skulle omhändertas i projektet: en systematisk översikt om psykosociala öppenvårdsinsatser för att förebygga återfall i brott bland ungdomar (2020) och en systematisk översikt om TFCO/behandlingsfamilj för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018).

Vår process

Vårt arbete med att sammanställa och beskriva det vetenskapliga stödet för insatser har följt Socialstyrelsens interna rutin *Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap*. Rutinen omfattar formulering av PICO:s och frågeställningar, relevansgranskning av abstracts och fulltextartiklar, kvalitetsgranskning med stöd av AMSTAR¹, mallar för sammanställning och tabeller för syntes. Socialstyrelsens process för framtagande av kunskapsstöd omfattar inte gradering av resultatens tillförlitlighet.

Litteratursökningarna genomfördes i mars 2020 av en informationsspecialist. Relevans- och kvalitetsbedömningar gjordes av två av varandra oberoende granskare i projektgruppen. Oenigheter i bedömningar diskuterades i ett konsensusförfarande. Syntes av data gjordes i huvudsak genomförts av en projektmedlem. Innehållet i resultatredovisningen har diskuterats gemensamt i projektgruppen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med litteratursökningarna var att identifiera vetenskaplig litteratur om effekter av insatser för att minska normbrytande beteenden hos barn (6-11 år) och unga (12-18 år). Med normbrytande beteenden avses antisociala eller aggressiva beteenden, symtom på uppförandestörning och kriminella handlingar exklusive sexuellt utagerande beteende och sexualbrott.

¹ A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR) är en mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter

Enligt Socialstyrelsens rutin ska det vetenskapliga underlaget för ett kunskapsstöd i första hand bygga på systematiska översikter och i andra hand på primärstudier. I vårt fall har endast vetenskapliga översiktsartiklar eftersökts.

Sammanlagt har fem litteratursökningar genomförts i projektet. Två sökningar avsåg insatser för barn 6-11 år. Dels en riktad sökning om föräldraskapsstödsprogram, dels en bred sökning om psykosociala insatser riktade till föräldrar, barn eller både och. För den äldre målgruppen (12-18 år) gjordes tre sökningar baserade på Socialstyrelsens rapport om insatser för unga lagöverträdare (2008): medling vid brott, särskilt kvalificerad kontaktperson och andra insatser i öppen- och slutenvård som kan komma ifråga då en ungdom döms till ungdomsvård eller som ges inom socialtjänstens övriga verksamhet.²

Projektets primära utfallsmått var normbrytande beteenden (t.ex. aggressivitet, externaliserade beteenden, symtom på trotsyndrom och uppförandestörning), och utveckling av kriminalitet (för barn 6-11 år) eller återfall i brott (för unga 12-18 år),

Följande frågeställningar låg till grund för de fem litteratursökningarna.

1. Vilka effekter har *föräldraskapsstödsprogram* för barn 6-11 år avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet?
2. Vilka effekter har *andra psykosociala insatser* för barn 6-11 år avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet?
3. Vilka effekter har *särskild kvalificerad kontaktperson/mentorskap* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?
4. Vilka effekter har *medling* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?
5. Vilka effekter har insatser tillämpliga inom ramen för *ungdomsvård* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?

Urval av studier

Litteratursökningar

Litteratursökningarna gjordes i databaserna Campbell Library, Cochrane Library, Criminology Collection, IBSS, Medline, PsycInfo, ProQuest, Social Science Database, SocIndex, Sociology Collection, SwePub samt på SBU:s hemsida. Endast översiktsartiklar på engelska och svenska har eftersökts i projektet. Se sökdokumentation i bilaga 2.

² Vi valde att inte söka litteratur om ungdomstjänst (dvs. oavlönat arbete samt annan särskilt anordnad verksamhet) som ingår i Socialstyrelsens rapport från 2008 med motiveringen att ungdomstjänst inte har ett uttalat terapeutiskt/rehabiliterande syfte.

Ett tjugooårsperspektiv är en vanlig tidsavgränsning vid litteratursökningar. Vad gäller den yngre populationen (6-11 år) eftersöktes därför artiklar publicerade år 2000-2020. När det gäller sökningar om insatser för ungdomar 12-18 år behövde projektet förhålla sig till Socialstyrelsens rapport (2008) om insatser för unga lagöverträdare varför sökperioden bestämdes till 2008-2020.

Inklusions- och exklusionskriterier

Beträffande studiedesign inkluderades systematiska översikter med eller utan meta-analys (sammanvägning av resultat från flera studier) och synteser av systematiska översikter/metaanalyser. Icke-systematiska översiktsartiklar inkluderades om de beskrev en insats som inte var belyst i någon av de systematiska översikterna.

Endast expertgranskade artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter inkluderades. Det innebar att akademiska avhandlingar, myndighetsrapporter, interna riktlinjedokument och bokkapitel exkluderades i relevansgranskningen.

Med utgångspunkt i projektets frågeställningar (PICO:s) fastställdes ett antal kriterier som stöd för bedömning av artiklarnas relevans. Vi **inkluderade** artiklar där

- a) Studiepopulationen var barn och unga med konstaterade utagerande beteendeproblem, t.ex. barn med diagnos eller symtom på uppförandestörning och trotssyndrom, där populationen beskrevs med engelska termer som *externalizing/disruptive/conduct/antisocial behaviours/problems* eller där studiepopulationen var barn och unga som hade begått brott.
- b) Minst 70 procent av studiepopulationen hade en medelålder mellan 6-18 år eller ett åldersspann på minst 5 år och max 20 år³
- c) De insatser som studerades skulle kunna tillämpas inom svensk socialtjänst (öppenvård eller slutenvård)
- d) de utfallsmått som redovisades avsåg utagerande beteendeproblem i form av normbrytande beteende, t.ex. symtom på uppförandestörning, trotsyndrom eller adhd, externaliserade beteenden, aggressivitet, antisocialt beteende, kriminalitet eller återfall i brott. Utfall kunde mätas på olika sätt, t.ex. föräldraskattning, lärarskattning, beteendeobservation, självskattning eller registerdata.

Vi exkluderade artiklar som enbart baserades på studier i låg- och medelinkomstländer samt artiklar vars primära syfte var att undersöka kostnadseffektivitet. Vidare **exkluderades** artiklar där

³ I de fall det saknades sammanslagen information om hela studiepopulationens ålder utgick vi från uppgifter om respektive primärstudie. Då inkluderades översiktsartiklar där minst 70 procent av de ingående studierna hade en studiepopulation med medelålder mellan 6-18 år alternativt åldersspann min 5 och max 20 år

- a) studiepopulationen var barn och unga med svår till måttlig autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning
- b) de insatser som studerades avsåg åtgärder på universell eller (endast) selektiv preventionsnivå
- c) de rapporterade utfallsmåtten endast avsåg adhd-symtom

Resultat från litteratursökningarna

De fem sökningarna resulterade i sammanlagt 900 träffar. Av dessa lästes 228 i fulltext varav 167 sorterades bort vid relevansgranskning. De vanligaste skälen till exkludering av fulltexter var att studiepopulationen inte matchade projektets frågeställningar vad gäller ålder eller grad/typ av beteendeproblem, att artikeln inte var en systematisk översikt och att de insatser som studerades eller utfall som rapporterades inte motsvarade projektets inklusionskriterier. Här kan noteras att ett femtiotal systematiska översikter om föräldraskapsstödsprogram exkluderades då dessa i huvudsak avsåg barn i förskoleåldern.

61 översiktsartiklar bedömdes vara relevanta för projektet varav 49 kvalitetsgranskades med stöd av AMSTAR.⁴ I enlighet med Socialstyrelsens rutin kvalitetsgranskades inte de 12 översikter från Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration och SBU som inkluderats då de kan antas hålla en hög kvalitetsnivå.

10 översikter exkluderades efter AMSTAR-granskning då de bedömdes vara av låg kvalitet. 27 artiklar bedömdes vara av måttlig kvalitet och 12 av hög kvalitet, dessa ingår därmed i vårt underlag tillsammans med publikationerna från Cochrane, Campbell och SBU. Sammanlagt inkluderades 51 översiktsartiklar.

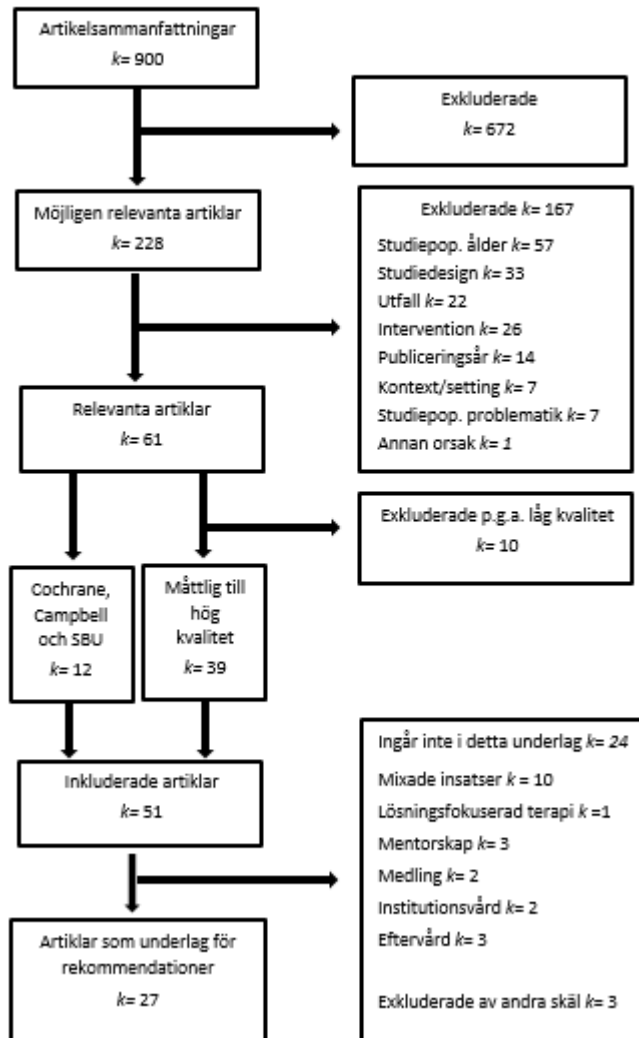
Efter interna diskussioner och återkoppling från externa granskare bedömdes att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att utfärda rekommendationer om mentorskap/kvalificerad kontaktperson, medling och om särskilda program på institution eller i eftervård för ungdomar 12-18 år.⁵ Därmed återstår 27 systematiska översiktsartiklar som grund för projektgruppens förslag på rekommendationer. Se flödesschema, figur 1.

Översikterna i detta underlag avser föräldraskapsstödsprogram för barn ($k=9$), färdighetsträning för barn ($k=3$), strukturerad familjebehandling för ungdomar ($k=9$), KBT-baserade insatser för ungdomar ($k=7$) och konsekvens- och påverkansprogram av typen Scared Straight ($k=1$).

⁴ AMSTAR innehåller elva kvalitetskriterier. Vi bedömde den sammanlagda kvaliteten som låg, måttlig eller hög.

⁵ Resultaten pekade inte samstämmigt mot positiva eller negativa effekter. I vissa fall bedömdes dessutom att resultaten inte kunde överföras till svensk socialtjänstkontext.

Figur 1. Flödesschema



Resultatredovisning

Samtliga publikationer beskrivs mer detaljerat i tabeller i bilaga 1. Där framgår fullständig referens, syfte med studien, utfallsmått, information om ingående studier, resultat, författarnas slutsats och deras bedömning eller kommentar om resultatens tillförlitlighet. I bilaga 1 redovisas också projektgruppens bedömning av översikternas kvalitet.

I redovisningen nedan framgår resultat sammanfattat i text på svenska och i tabeller på engelska. Tabellerna beskriver förste författare och årtal, information om de studier som ingår i översikten (intervention/er som studeras, studiedesign och jämförelsealternativ), antal primärstudier som ingår i översikten samt rapporterade effekter avseende normbrytande beteende och kriminalitet.

De resultat som beskrivs handlar uteslutande om mellangrupps effekter, dvs. utfallet av den studerade insatsen i förhållande till jämförelsealternativen. I texten redogör vi i huvudsak bara för statistiskt signifikanta effekter. När författarna rapporterar ett icke-signifikant resultat uttrycker vi det som att de inte fann någon effekt. I enstaka fall, t.ex. för att belysa potentiellt skadliga effekter, anges även icke-signifikanta effekter i resultatredovisningen.

Vi har inte gjort några egna beräkningar eller andra bearbetningar av data. I tabellerna beskrivs effektstyrka och konfidensintervall med de mått som författarna själva använder⁶. I löptext anges mellangrupps effekt som effektstorlek (ES). Vi har konverterat oddskvot (OR) till ES för ökad läsbarhet.

Vi uttrycker effekternas storlek som marginella, små, medelstora och stora, se cut-off värden i tabellen nedan. Våra benämningar av effektstorlek skiljer sig därmed i vissa fall från författarnas egna.

Effektmått	Tolkning
Effektstorlek (ES)	≤ 0.19 = marginell effekt $0.20-0.49$ = liten effekt $0.50-0.79$ = medelstor effekt ≥ 0.80 = stor effekt

⁶ Cohen's *d*, standardiserad medelvärdeskilnad (SMD), oddskvot (OR), log oddskvot (LOR), riskskillnad (RD) mm.

Begrepp och förkortningar i resultatredovisningen

k	antal primärstudier
ES	effektstorlek
Utfallsmått	vad effekterna av insatserna avser
Systematisk översikt (SÖ)	artikel där resultat från flera studier samlas, granskas och vägs samman på ett systematiskt och vetenskapligt sätt
Metaanalys	metod för sammanvägning av data
RCT	randomiserad kontrollerad studie
CCT	kontrollerad icke-randomiserad studie
Single group study	studie utan jämförelsegrupp
Comparison	vad den utvärderade insatsen jämförs med
TAU	sedvanlig insats (treatment as usual)
Alternative treatment	annan namngiven insats
Wait-list	väntelista
No treatment	ingen insats
Placebo	insats som utformats för att inte ge effekt
Ns.	icke-signifikant

Föräldraskapsstödsprogram

Rekommendationen om föräldraskapsstödsprogram för barn 6-11 år baseras på nio systematiska översikter⁷ varav sju redovisar sammanvägda resultat. Två översikter är av deskriptiv karaktär. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Battagliese et al 2015	0.92	Externaliserade symtom
Baumel et al 2016	0.44	Externaliserade symtom
Lundahl et al 2006	0.42, 0.44	Trots och uppförandeproblem
Lundahl et al 2008	0.20, 0.48	Uppförandeproblem
SBU 2017	0.33	Externaliserade symtom
Uretsky et al 2017	0.40	Beteendeproblem
Zvi et al 2011	0.32	Externaliserade symtom

I en metaanalys av 8 RCT-studier finner Battagliese et al (2015) stora effekter på barns utagerande beteende av KBT-baserade föräldraskapsstödsprogram jämfört med inga insatser (ES= 0.92) [1].

Baumel et al (2016) väger samman resultat från 7 RCT- och CCT-studier om KBT-baserade digitala föräldraskapsstödsprogram. Författarna finner en liten genomsnittseffekt av dessa program jämfört med väntelista (ES = 0.44) [2].

Lundahl et al (2006) väger samman resultat från 63 RCT- och CCT-studier om föräldraskapsstödsprogram. Författarna noterar jämförbara små effekter för beteendebaserade (ES= 0.42) och icke-beteendebaserade (ES= 0.44) program. Analyser av uppföljningsdata med jämförelsegrupp visar att behandlingseffekterna för beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram kvarstår över tid (ES= 0.21, $k= 21$). Det saknades uppföljningsdata för icke-beteendebaserade program [3].

I en metaanalys baserad på 26 RCT- och CCT-studier finner Lundahl et al (2008) större effekter av föräldraskapsstödsprogram när båda föräldrarna medverkar (ES= 0.48) jämfört med när endast mödrar deltar i insatsen (ES= 0.20). Författarna konstaterar att behandlingseffekterna för båda insatsformerna kvarstår över tid ($k= 19$) [4].

Två översikter avser föräldraskapsstödsprogram riktade till familjehemsföräldrar.

I en översikt om insatser för bättre hälsa hos familjehemsplacerade barn finner SBU (2017) en liten effekt av ett beteendebaserat föräldraskapsstödsprogram vad gäller utagerande beteende hos barn jämfört med inga eller sedvanliga insatser (ES= 0.33). Resultatet baseras på två RCT-studier [5].

⁷ Totalt 202 varav 157 unika primärstudieartiklar (35 enkla dubletter, övriga redovisas i bilaga 2)

Uretsky et al (2017) väger samman resultat från 11 RCT-, CCT-studier och studier utan kontrollgrupp om gruppbaseade föräldraskapsstödsprogram för familjehemsplacerade barn. Författarna finner att programmen har en liten genomsnittlig effekt på barns beteendeproblem (ES= 0.40) [6].

I en Cochrane-översikt av Zvi et al (2011) ingår fem RCT- och CCT-studier om KBT-baserade föräldraskapsstödsprogram för barn med adhd. Författarna noterar en liten genomsnittlig effekt av föräldraskapsstödsprogram jämfört med sedvanliga insatser (ES= 0.32) [7].

Två översiktsartiklar om föräldraskapsstödsprogram är av beskrivande karaktär.

Medlow et al (2016) sammanfattar resultat från 9 RCT-studier av kommunbaseade föräldraskapsstödsprogram (beteende- och anknytningsbaseade) jämfört med inga eller alternativa insatser. Författarna finner att insatserna tycks minska beteendeproblem hos barn och unga med hög grad av problembelastning [8].

Med utgångspunkt i en systematisk översikt av 64 RCT och CCT-studier graderar Kaminski et al (2017) det vetenskapliga stödet för olika insatser för barn med beteendeproblem.⁸ Två beteendebaserade insatstyper rankas som ”well-established” vilket motsvarar högsta graden av evidens. Dels beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram i grupp, dels beteendebaserat individuellt föräldrastöd där även barn deltar i insatsen. Författarna motiverar sin bedömning med att båda insatstyperna har utvärderats av oberoende forskare i flera välgjorda RCT-studier med positiva resultat i jämförelse med andra eller inga insatser [9].

Artiklar om föräldraskapsstöd för barn

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[1] Battagliese et al 2015	I= CBT-based parent training D= RCT C= no treatment, wait list, alternative treatment	8	Externalizing behaviours $d = -0.92$ (-1.23 to -0.61)
[2] Baumel et al 2016	I= CBT-based internet-/webbased parent training D= RCT, CCT	7	Externalizing behaviours ES= 0.44 (0.21 to 0.66)
[3] Lundahl et al 2006	I= Behavioural and non-behavioural parent training programs D= RCT, CCT C= NR	63	Compliance and problematic behaviours Behavioural PT: $d = 0.42$ (0.35 to 0.49) Non-behavioural PT: $d = 0.44$ (0.16 to 0.71) Follow up: Behavioural PT: $d = 0.21$ (0.08 to 0.33). $k=21$

⁸ Procedures and criteria established for Clinical Child and Adolescent Psychology The review involved two steps: (a) determining the body of sufficiently well-conducted studies to be included in the review and (b) aggregating findings from the well-conducted studies to evaluate the level of evidence supporting each treatment family: well-established, probably efficacious, possibly efficacious, experimental, or of questionable efficacy.

[4] Lundahl et al 2008	I= Parent training programs with mothers only and both parents D= RCT, CCT C= wait list, treatment control	26	Disruptive behaviour PT including mothers only: $d= 0.20$, both mothers and fathers: $d= 0.48$, significant contrast Follow-up: Mothers only: $d= 0.63$, both mothers and fathers: $d= 0.39$ non-significant
[5] SBU 2017	I= Incredible years (children in foster care) D=RCT C= wait list, TAU	2	Externalizing behaviour SMD= 0.33 (0.03 to 0.63)
[6] Uretsky et al 2017	I= Group format foster or kin caregiver training programs D=RCT, CCT, single group C= NR	11	Behavioural problems ES= -0.40 (-0.52 to -0.28)
[7] Zvi et al 2011 (Cochrane)	I= CBT/behavioural based parent training for adhd in children D= RCT, CCT	5	Externalizing behaviour SMD= -0.32 (-0.83 to 0.18)
[8] Medlow et al 2016	I= Community based parenting interventions. D= RCT C= wait list, alternative treatment	9	Among adolescents at the higher end of problem severity at baseline, clinically significant improvements were observed with reductions in challenging behaviours for intervention group youth, and greater numbers of 'improved' and 'recovered' youth out-
[9] Kaminski & Claussen 2017	I= Behavioural-based family treatments for disruptive behaviours in children D= RCT, CCT C: no treatment, TAU, alternative treatment	64	Two treatments achieved the highest distinction of well-established (level 1): Group parent behaviour therapy and Individual parent behaviour therapy with child participation. Both had multiple published randomized trials by independent research teams documenting superiority of the treatment

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Färdighetsträning för barn

Rekommendationen om färdighetsträning för barn 6-11 år baseras på tre systematiska översikter med sammanvägda resultat.⁹ I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Battagliese et al 2015	0.45	Externaliserade symtom
McCart et al 2006	0.23	Antisocialt beteende och kriminalitet
Piquero et al 2010	0.09, 0.30	Beteendeproblem och kriminalitet

I en metaanalys av 9 RCT-studier om KBT-baserade insatser (primärt färdighetsträningsprogram) riktade till barn med trotssyndrom, uppförandestörning

⁹ Totalt 97 varav 95 unika primärstudieartiklar (2 dubletter)

och adhd finner Battagliese et al (2015) små effekter avseende utagerande beteenden jämfört med ingen insats (ES= 0.45)¹⁰ [1].

McCart et al (2006) väger samman resultat från 41 RCT- och CCT-studier om KBT-baserade insatser riktade till barn 6-12 år. Insatserna består primärt av olika typer av gruppbaserad färdighetsträning. Författarna finner en genomsnittligt liten effekt för KBT avseende antisocialt beteende och kriminalitet jämfört med inga insatser (ES= 0.23). För en bredare åldersgrupp (5-18 år) rapporteras att effekterna av KBT-baserade insatser består över tid (ES= 0.31) [10].

En Campbell-översikt av Piquero et al (2010) baseras på RCT-studier om insatser för ökad självkontroll. Programmen var i huvudsak gruppbaserade och bestod av social och/eller kognitiv färdighetsträning. En majoritet av studierna hade genomförts i skolmiljö. Baserat på föräldraskattningar fann författarna marginella effekter av programmen vad gäller beteendeproblem och kriminalitet jämfört med inga insatser (ES= 0.09, $k=9$). Små effekter rapporteras baserat på lärarskattningar (ES= 0.30, $k=14$) [11].

Artiklar om KBT-baserad färdighetsträning för barn

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[1] Battagliese et al 2015	I= CBT child therapy i.e. skills-training, D= RCT C= no treatment, wait list	9	Child CBT: externalizing symptoms; $d= 0.45$ (-0.70 to -0.21), $k= 9$
[10] McCart et al 2006	I= CBT i.e. anger management, conflict resolution, social skills training, cognitive restructuring D= RCT, CCT C= no treatment, placebo	41	Antisocial behaviour (incl. delinquency) $d= 0.2$ (0.11 to 0.32) for children aged 6-12. For total sample aged 5-18: $d= 0.35$ (0.25 to 0.47), follow up: $d= 0.31$ (0.13 to 0.48)
[11] Piquero et al 2010 (Campbell)	I= Self-control interventions, group-based (68%), school-based (79%). Social skills training (32%), cognitive coping strategies (27%) D=RCT C= no treatment, wait list	34	Delinquency and conduct problems Parent report: ES= 0.09 (-0.17 to 0.34), $k=9$ Teacher report: ES= 0.30 (0.13 to 0.46), $k=14$

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

¹⁰ Battagliese et al rapporterar också resultat för KBT-baserade insatser riktade till barn och föräldrar tillsammans (ES= 0.55) vilket bl.a. innebär färdighetsträningsprogram för barn i kombination med föräldraskapsstöd men effekter presenteras sammanslaget med effekter av föräldra-/barnprogram såsom Parent Child Interaction Therapy (PCIT).

Strukturerad familjebehandling inkl. TFCO

Rekommendationen om strukturerad familjebehandling i öppenvård respektive om TFCO för ungdomar 12-18 år baseras på nio systematiska översikter¹¹ varav sju redovisar sammanvägda resultat. Två översikter är av deskriptiv karaktär. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Baldwin et al. 2012	0.21, 0.26	Kriminalitet, missbruk
Dopp et al. 2017	0.25	Antisocialt beteende inkl. kriminalitet
SBU 2018	0.27, 0.34	Kriminalitet
Hartnett et al 2017	0.35-0.75	Antisocialt beteende, missbruk
van der Pol et al 2017	0.24	Kriminalitet, externaliserade symtom,
van der Stouwe	0.20	Kriminalitet
SBU 2020	0.12	Externaliserade symtom
	ns.	Återfall i brott

Översikterna omfattar insatserna Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensionell familjeterapi (MDFT), Multisystemisk terapi (MST) och Treatment Foster Care Oregon (TFCO).

Tre av översikterna rapporterar sammanslagna resultat för flera familjebehandlingsprogram, resterande redovisar programspecifika resultat. I tabellen nedan ges en bild av vilken typ av översikt som respektive program ingår i.

Program	Antal översikter med programspecifika resultat	Antal översikter med sammanvägda resultat
BSFT	-	2
FFT	2	3
MDFT	2	2
MST	3	3
TFCO	3	1

Översikter som utvärderar flera program

Baldwin et al (2012) väger samman resultat från RCT-studier av BSFT, FFT, MDFT och MST. Författarna finner små effekter avseende kriminalitet (ej särredovisat från missbruk) för de fyra familjebehandlingsprogrammen jämfört med sedvanliga insatser (ES= 0.21, $k= 11$) och jämfört med alternativa insatser (ES= 0.26, $k=11$) [12].

Dopp et al (2017) väger samman resultat från 28 CCT-studier om FFT, MST och TFCO. De finner små effekter avseende kriminalitet och annat antisocialt beteende för de tre familjebehandlingsprogrammen jämfört med inga eller

¹¹ Totalt 264 varav 156 unika primärstudieartiklar (26 enkla dubletter, övriga redovisas i bilaga 2)

andra insatser (ES= 0.25). Författarna konstaterar att de gynnsamma effekterna består över tid [13].

von Sydow et al (2013) sammanfattar resultat från 47 RCT-studier och metaanalyser av BSFT, FFT, MDFT och MST. Författarna konstaterar att de fyra familjebehandlingsprogrammen tycks vara effektiva för ungdomar med kriminellt beteende och att positiva effekter kvarstår över tid [14].

Översikter som utvärderar ett program

Hartnett et al (2017) jämför resultat från olika studier av FFT. När FFT utvärderas i RCT-studier finner författarna en liten effekt avseende antisocialt beteende och missbruk, både i jämförelse med väntelista (ES= 0.48, $k= 3$) och med annan namngiven insats (ES= 0.35 $k= 5$). I CC-studier påvisas måttliga effekter för FFT i jämförelse med alternativa insatser (ES= 0.75, $k= 3$) [15].

van der Pol et al (2017) utvärderar MDFT baserat på åtta RCT-studier. Författarna finner en liten genomsnittlig behandlingseffekt avseende kriminalitet och utagerande beteende jämfört med alternativa insatser (ES= 0.24) [16].

van der Stouwe et al (2014) utvärderar MST baserat på 22 RCT- och CCT-studier. Författarna finner en liten effekt av MST avseende kriminalitet (ES= 0.20) och andra beteendeproblem (ES= 0.23) jämfört med alternativa insatser [17].

SBU (2018) utvärderar effekter av TFCO för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Översikten baseras på RCT-studier där TFCO jämförs med vård på institution. SBU finner små effekter av TFCO avseende kriminalitet baserat på registerdata (ES= 0.37, $k= 6$) och baserat på självskattning (ES= 0.24, $k= 3$) [18].

Med utgångspunkt i en systematisk översikt av 26 RCT-studier graderar McCart & Sheidow (2016) den vetenskapliga styrkan för insatser för ungdomar 12-19 år med antisocialt och kriminellt beteende.¹² Författarna rankar MST och TFCO för unga lagöverträdare som "well-established" vilket motsvarar den högsta evidensnivån [19].

SBU om effekter av strukturerad familjebehandling i öppenvård

I en systematisk översikt från SBU (2020) om öppenvårdsinsatser för ungdomar som har begått brott ingår FFT, MST och MDFT. Effekter som undersöks är återfall i brott och externaliserade problem efter i genomsnitt två. SBU finner

¹² Studies were identified through an extensive literature search and evaluated using Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology (JCCAP) level of support criteria, which classify studies as well-established, probably efficacious, possibly efficacious, experimental, or of questionable efficacy based on existing evidence.

ingen effekt avseende återfall i brott eller externaliserade symtom för FFT ($k=7$) eller för MDFT ($k=2$) jämfört med sedvanliga eller alternativa insatser.

För MST finner SBU inga effekter avseende återfall i brott jämfört med sedvanliga insatser ($k=9$). Vad gäller externaliserade symtom konstaterar SBU marginella effekter till fördel för MST jämfört med sedvanliga insatser ($ES=0.12$, $k=6$) [20].

Artiklar om strukturerad familjebehandling för ungdomar

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[12] Baldwin et al 2012	I= BSFT, FFT, MDFT, MST D= RCT C= TAU, alternative treatment or control	26	Delinquency and substance use Vs. TAU $d=0.21$ (0.02 to 0.40), $k=11$ Vs alternative therapy $d=0.26$ (0.05 to 0.48), $k=11$ Vs. control $d=0.70$, ns, $k=4$
[13] Dopp et al 2017	I= FFT, MST, TFCO D=CCT C= no treatment, TAU, group care, alternative treatment	28	Antisocial behaviour (incl. delinquency): $d=0.25$ (0.11 to 0.39) The benefit of family-based treatments was evident on average 2.5 years after the completion of treatment
[14] von Sydow et al 2013	I= BSFT, FFT, MST, MDFT D=RCT and meta-analysis C= no treatment, placebo, alternative treatment, TAU	47	Summary findings: - No indication of adverse effects - An efficacious treatment approach for externalizing and juvenile delinquency - Engagement and retention rates are superior to other therapy approaches for externalizing disorders - Efficacious in multiple domains of functioning - Positive effects are long lasting - Some European trials have less positive results than older U.S. trials. - Treatment programs are adapted more to the needs of boys and more efficacious for males
[15] Hartnett et al 2017	I= FFT D= RCT, CCT C= wait list or no treatment (CLT), TAU, alternative treatment (ALT)	14	Behavioural disorders and substance use. Significant effects range $d=0.35-0.75$ RCT: FFT vs. CTL $d=0.48$, $k=3$ RCT: FFT vs. TAU $d=0.20$, $k=3$ ns. RCT: FFT vs. ALT $d=0.35$, $k=5$ CCT: FFT vs. CTL $d=0.90$, $k=2$, ns. CCT: FFT vs. TAU $d=0.08$, $k=2$, ns. CCT: FFT vs. ALT $d=0.75$, $k=3$
[16] van der Pol et al 2017	I= MDFT D= RCT C= Alternative treatment	8	Delinquency and externalizing psychopathology $d=0.24$, $p<0.01$.
[17] van der Stouwe et al 2014	I= MST D= RCT, CCT C= Alternative treatment	22	Delinquency overall mean ES: $d=0.20$, $p<.001$ General delinquency: $d=0.23$, $p<.001$ Psychopathology: $d=0.27$, $p<.001$

[18] McCart & Sheidow 2016	I= Treatments for adolescent disruptive behaviour D= RCT C= waitlist, no treatment, TAU, alternative treatment	22	Two treatments met criteria as <i>well-established</i> when delivered to justice-involved youth: MST and TFCO.
[19] SBU 2018	I= TFCO D= RCT C= institutional care	9	Delinquency, official records: SD= 0.37 (0.208 to 0.584) Delinquency, self-report: SD=0.24 (0.02 to 0.46)
[20] SBU 2020	I= MST, FFT, MDFT D= RCT, CCT C= TAU, alternative treatment	12	MST – recidivism/register RD= 0.07(-0.20 to 0.06) ns. k= 5 MST – recidivism/self-report: SMD= 0.12 (-0.26 to 0.03), ns. k= 5 MST – externalized symptoms, self-report: SMD= -0,12 (-0,23 to -0,01), k=6. MST – externalized symptoms, parent report: SMD= 0.14 (-0.25 to 0.02), k=5 FFT – recidivism: RD= -0.09 (0.31 to 0.13) ns. MDFT – recidivism: SMD= 0.14 (-0.40 to 0.12), ns.

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Beteende- och färdighetsträning för ungdomar

Rekommendationen om KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för ungdomar 12-18 år baseras på sju översiktsartiklar¹³ varav sex redovisar sammanvägda resultat. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Litschge et al 2010	0.49	Återfall i brott
de Vries et al 2015	0.61, 0.57	Kriminalitet
Koheler et al 2013	0.30	Återfall i brott
SBU 2020	ns.	Återfall i brott
van der Stouwe 2020	0.28, ns.	Kriminalitet, externaliserade problem
de Swart et al 2012	0.52	Kriminalitet och antisocialt beteende

I en metaanalys av 8 metaanalyser finner Litschge et al (2010) en genomsnittligt liten effekt av KBT- och beteendebaserade insatser (främst färdighetsträning) avseende återfall i brott (ES= 0.49) [21].

de Vries et al (2015) utvärderar insatser för ungdomar med hög risk att utveckla allvarlig kriminalitet. I översikten ingår RCT- och CCT-studier. Författarna finner en medelstor effekt avseende kriminalitet för program som innehåller beteendekontrakt (ES= 0.61, k=5) och beteendemodellering (ES= 0.57, k= 6) [22].

¹³ Totalt 113 varav 110 unika primärstudieartiklar (3 dubletter)

Koehler et al (2013) utvärderar program för unga lagöverträdare i Europa. I översikten ingår 11 RCT- och CCT-studier om KBT-och beteendebaserade insatser i form av bl.a. kognitiv och social färdighetsträning, träning av problemlösning och förstärkning av prosociala beteenden. Författarna finner en liten genomsnittlig effekt för KBT avseende återfall i brott för KBT jämfört med ingen eller annan insats (ES= 0.30) [23].

I SBU:s översikt om öppenvårdsinsatser för att motverka återfall i brott (2020) ingår två CCT-studier om KBT i grupp. SBU finner inga effekter avseende återfall i brott för gruppbaserad KBT jämfört med sedvanlig insats [20].

van der Stouwe et al (2020) utvärderar effekter av social färdighetsträning avseende kriminalitet och externaliserade problem. I metaanalysen ingår 28 RCT- och CCT-studier från institution och öppenvård. Författarna finner små sammanvägda effekter avseende kriminalitet då social färdighetsträning jämförs med ingen insats (ES= 0.28) men inga effekter i jämförelse med annan insats. Inga effekter påvisas vad gäller externaliserade problem [24].

Baserat på 27 RCT- och CCT studier finner de Swart et al (2012) att KBT-baserade insatser inom institutionsvård har en medelstor effekt avseende antisocialt beteende och kriminalitet (ES= 0.52). Författarna finner inga signifikanta effekter av färdighetsträning på institution [25].

Brännström et al (2015) utvärderar Aggression Replacement Training (ART), ett manualbaserat program med syfte att minska aggressivitet, öka sociala färdigheter och främja moraliskt resonering hos ungdomar. Författarna finner att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna bedöma insatsens effekt [26].

Artiklar om KBT-baserade insatser för ungdomar

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[20] SBU 2020	I= Group-based CBT D= CCT C= TAU	2	Re-offending Risk difference= -0.17 (-0.53 to 0.18) ns.
[21] Litschge et al 2010	I= CBT/behavioural treatments D= meta-analysis	8	Re-offending Median ES= 0.49, Range 0.04 to 1.15.
[22] de Vries et al 2015	I= Prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency D= RCT, CCT C= no treatment, TAU	39	The overall mean effect: $d = 0.24$, $p < .001$ corresponding to a significant reduction of 13.44% in delinquency compared to care as usual or no treatment. Effects by treatment characteristics: Behavioural Modelling: $d = 0.57$, $k = 6$ Behavioural Contracting $d = 0.61$, $k = 5$

[23] Koehler et al 2013	I= Individual CBT and behavioural treatment e.g. thinking skills programs, social skills and problem solving approaches, reinforcement of behavioural change D= RCT, CCT C=no treatment, TAU, alternative treatment	11	Re-offending OR=1.73 (1.26 to 2.36), p <0.001
[24] van der Stouwe et al 2020	I= Social skills training (SST) in residential and non-residential settings D= RCT, CCT C= no treatment, placebo, alternative treatment	28	Offending SST vs. no treatment/placebo: d= 0.28 (0.12 to 0.43) SST vs. alternative treatment: d= 0.08 (0.00 to 0.16), after trim and fill analysis: d= -0.01 (-0.18 to 0.15) Externalizing behaviour SST vs. no treatment/placebo: d= 0.25 (0.11 to 0.67) ns. SST vs. alternative treatment: d= 0.11 (-0.16 to 0.38) ns.
[25] de Swart et al 2012	I= Evidence based institutional care (e.g. structured and manual-guided treatment based on empirical evidence) D= RCT, CCT C = institutional care as usual, non-institutional care	18	Delinquency, behaviour problems. Moderator analyses indicated that cognitive behaviour therapy in institutional care showed a significant and medium-strong effect d= 0.520 (0.281 to 0.759), k= 10 whereas (social) skills training showed no effect: d = 0.02 (-0.25 to 0.29), k= 8
[26] Brännström et al 2016	I= Aggression Replacement Therapy (ART) D= RCT, CCT C= no treatment, no-ART, parts of ART, alternative treatment, TAU	12	Looking at each individual study, the results indicate positive effects of ART, both on recidivism and on the secondary outcomes. However [...] included studies showed substantive clinical and methodological diversity, the overall methodological quality of the studies was poor [...].

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Scared Straight

Rekommendationen om påverkans- och konsekvensprogram av typen Scared Straight baseras på en Cochrane-översikt med sammanvägda resultat.

Baserat på 9 RCT-studier konstaterar Petrosino et al (2013) en genomsnittlig negativ effekt av Scared Straight (ES= -0.29). Resultatet visar att programmet ökar risken för kriminalitet jämfört med ingen insats [27].

Artiklar om "Scared Straight"

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[27] Petrosino et al 2013 (Cochrane)	I= "Scared straight" and other awareness programs D= RCT C= no treatment	9	The OR (fixed-effect) for effects on officially measured criminal behaviour indicated a negative program effect: OR= 1.68 (1.20 - 2.36) Meta-analyses of seven studies show the intervention to be more harmful than doing nothing.

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Kommentarer till det vetenskapliga underlaget

SBU:s översikt om insatser i öppenvård

Ett av kunskapsunderlagen för Socialstyrelsens rekommendationer rörande ungdomar 12-18 år är SBU:s systematiska översikt *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott*.¹⁴ Den togs fram av SBU för att utgöra ett underlag för detta kunskapsstöd.

SBU:s övergripande slutsats är att det inte går att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än de de jämförts med, när det gäller återfall i brott de följande åren (i genomsnitt två år). Denna slutsats kan uppfattas gå stick i stäv med Socialstyrelsens beslut om rekommendationer för ungdomar 12-18 år.

Socialstyrelsens rekommendationer baseras emellertid på ett bredare urval av studier jämfört med SBU:s inklusionskriterier. I Socialstyrelsens vetenskapliga underlag ingår översikter med resultat om andra normbrytande beteenden (inte bara återfall i brott) och resultat baserat på eftermätningar (inte bara uppföljning).

SBU:s resultat indikerar att det vetenskapliga stödet är mer begränsat när det gäller de rekommenderade insatsernas effekt på återfall i kriminalitet på längre sikt.

Styrkor i det vetenskapliga underlaget

Socialstyrelsens process för att sammanställa bästa tillgängliga kunskap innebär att systematiska översikter (om möjligt) ska ligga till grund för myndighetens kunskapsstöd. När resultat från flera enskilda studier vägs samman i en systematisk översikt ger det en mer tillförlitlig bild av det vetenskapliga stödet för insatsens effekter. Det är ofta ont om studier på socialtjänstens område men när det gäller insatser för barn och unga med normbrytande beteende och kriminalitet finns det gott om internationell forskning och även svenska studier.

Till grund för rekommendationerna i det aktuella kunskapsstödet finns 27 systematiska översikter baserade på över 520 primärstudier. Sex av dessa översikter är utgivna av SBU, Campbell eller Cochrane vilka anses hålla

¹⁴ SBU 2020 *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott – En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Rapport 308/2020

mycket god vetenskaplig kvalitet. Resterande översikter har granskats och bedöms hålla tillräckligt god kvalitet. Underlaget har också lästs och kommenterats av en extern expertgrupp med stor erfarenhet av forskningsområdet och målgruppen.

Förutom den stora omfattningen av studier med många studiedeltagare och översikternas goda kvalitet visar resultaten samstämmigt på gynnsamma effekter av de insatser som rekommenderas. Även om effektstorlekarna varierar något antas samstämmiga resultat vara tillräckligt vid riktlinjer och rekommendationer.¹⁵ I kunskapsstödet presenteras också svenska studier som bekräftar resultat i vårt underlag vilket ytterligare stärker relevansen och styrkan i slutsatserna.

Att flera rekommendationer avser typer av insatser istället för enstaka namngivna metoder kan också ses som en styrka. Möjligheten att generalisera resultaten ökar då genomsnittseffekterna kan härledas till faktorer som är gemensamma för olika program snarare än till enskilda metoder.

Sammantaget kan sägas att rekommendationerna baseras på ett gediget vetenskapligt underlag. I rekommendationsprocessen har hänsyn också tagits till resultatens tillförlitlighet och överförbarhet. Dessa bedömningar har dock inte varit helt enkla vilket beskrivs i följande avsnitt om begränsningar.

Begränsningar

Även om det vetenskapliga underlaget är gediget finns svårigheter med att vägleda praktiken utifrån resultat baserat på sammanställningar av flera systematiska översikter. Inte minst då Socialstyrelsens process inte medger egna bearbetningar av data eller ger stöd för att bedöma tillförlitlighet. De svårigheter som finns är av olika karaktär:

- Bristande precision
- Bristande transparens
- Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet
- Överlappning av primärstudier

Bristande precision

Ett sammantaget resultat som baseras på flera systematiska översikter har sämre precision än ett resultat baserat på en enskild översikt eller på några primärstudier. Även om det finns samstämmighet mellan översikter (t.ex. att fyra meta-analyser rapporterar små effektstorlekar 0,25–0,42) kommer de genomsnittliga effekterna spegla många enskilda effekter av varierande storlek.

¹⁵ Sid 95 SBU:s metodbok <https://www.sbu.se/sv/metod/?pub=48286>

Att vårt underlag baseras på flera systematiska översikter innebär också att vi får en spridning i studiepopulation, interventioner och utfall. Trots att vi har gjort en strukturerad relevansgranskning med inklusions- och exklusionskriterier utifrån våra frågeställningar kommer det finnas en viss variation mellan översikterna vad gäller målgruppens problemtyngd, ålder, bakgrund, under vilka förutsättningar de har erhållit insatsen, vad insatsen har jämförts med och hur utfallet har mätts.

Svårigheterna med precision kan emellertid vändas till en fördel. Resultaten indikerar att insatserna fungerar för en bred målgrupp, i en variation av kontexter, oavsett mätmetod och i relation till olika jämförelsealternativ.¹⁶

Bristande transparens

Att sammanställningen baseras på systematiska översikter innebär också sämre transparens, vi får svårare att beskriva vårt underlag, att förstå och tolka resultat. Vi är hänvisade till författarnas beskrivningar av de underliggande studierna (som kan vara mer eller mindre utförliga) och har inte tillräcklig information för att kunna bedöma om det finns skillnader som kan ha betydelse för utfallen.

Bristande transparens gör det också svårt att bedöma resultatens överförbarhet till svensk kontext. Till exempel ifall de alternativa/sedvanliga insatserna i studierna är jämförbara med de insatser som erbjuds i svensk socialtjänst, om de sociala och kulturella kontexterna som studierna har genomförts i liknar svenska förhållanden och i vilken utsträckning interventionerna har implementerats och studerats utanför forskarnas kontroll.

Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet

Socialstyrelsens process omfattar inte någon strukturerad bedömning av resultatens tillförlitlighet, vi utgår vad författarna själva uttrycker om tillförlitligheten i sina resultat.

Om och hur författarna bedömer eller kommenterar resultatens tillförlitlighet varierar. SBU använder GRADE och gör en strukturerad skattning av den vetenskapliga styrkan för varje utfallsmått.¹⁷ I översikterna från Campbell och Cochrane beskrivs metodologiska brister och risker för snedvridning utan att författarna graderar tillförlitligheten. I andra översikter beskriver författarna olika begränsningar i primärstudier och/eller i hanteringen av data men de gör inte alltid en koppling till tillförlitligheten i sina sammanvägda resultat. I

¹⁶ Moderatoranalyser i flera översikter ger också stöd för ett sådant resonemang då studiedeltagarnas kön, ålder och etnicitet inte bedöms påverka resultaten. Se info i tabellbilagan under resultat för referenserna 3, 6, 12, 16, 20, 22 och 26.

¹⁷ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) är ett system för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka för respektive utfallsmått. Evidensstyrka anges i fyra nivåer ("pluppar"). Förenklat kan sägas att ett starkt vetenskapligt underlag (fyra "pluppar") är så stabilt att risken är liten för att ny forskning skulle komma fram till andra slutsatser. På samma vis innebär ett begränsat vetenskapligt underlag att risken är högre för att nya studier kan förändra slutsatsen

några fall resonerar författarna inte alls om styrkan i sina resultat, vilket inte är det samma som att tillförligheten är låg, eller hög.

Detta gör det svårt att bedöma tillförlitligheten i resultaten för respektive insats, särskilt när olika resultat ska vägas mot varandra. Vad säger vi om effekten av en insats när SBU finner en effektstorlek på 0.04 som bedöms ha mycket låg tillförlitlighet (en ”plupp”) om man i tre andra översikter rapporterar effektstorlekar runt 0.30 men där tillförlitligheten inte har graderats? Är det resultatet med konstaterat låg tillförlitlighet eller resultaten med mer obestämmd tillförlitlighet som ska vägleda?

Överlappning av primärstudier

Överlappningar av primärstudier mellan systematiska översikter riskerar att påverka det sammantagna resultatet. Som framgår i fotnoter i resultatredovisningen är detta inget problem i de vetenskapliga underlagen för KBT-baserade insatser men när det gäller föräldraskapsstöd och framförallt strukturerad familjebehandling återkommer vissa studier/artiklar i flera av översikterna (se bilaga 2). Risken att enstaka studier leder till snedvridning i de sammanvägda resultaten hanteras som regel i respektive översikt, men utan att vi gör egna analyser utgör överlappningarna en viss osäkerhetsfaktor.

Bilagga 1 Tabeller med referenser



NR	Reference	Aim of study Outcomes	Number of studies =k, (years of publication) Research design Participants (total number =n, sex, age) Location (countries) Intervention Comparison condition	Results Authors´ conclusion	Socialstyrelsens bedömning med stöd av AMSTAR: hög eller måttlig kvalitet, max 11 poäng Authors´ comment on strengths of evidence
[1]	Battagliese, G., et al. (2015). "Cognitive-behavioural therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness." Behaviour Research And Therapy 75: 60-71.	AIM: to conduct a meta-analysis evaluating the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) to reduce externalizing symptoms in two disorders: ADHD and ODD. The efficacy of CBT to improve social competence and positive parenting and reduce internalizing behaviours, parent stress and maternal depression was also explored. Outcomes:	K = 21 (1984-2012) Design: RCT Population: total n 1 960, 67 % boys, mean age 7 years. Diagnosis: ODD, CD, ADHD Location: NR Interventions: Parent Training and Child therapy (e.g. skills-training programs) Separately or combined. Includes studies of the Incredible Years, Triple P, Dinasaure-group, Problem Solving Communication Training, Attention Skills program. Control: wait list, no treatment (two studies compared intervention with alternative treatment).	Results: Externalizing symptoms: d = -0.52 (95 % CI = -0.68 to -0.36) p <0.0001 ODD symptoms: d = -0.879 (95 % CI = 1.244 to -0.513) p <0.0001. Aggressive behaviour: d = -0.284 (95 % CI = -0.464 to -0.104), p <0.0001 Moderate effects when treatments were directed to children only: d = -0.452 (-0.696 to -0.209), k = 9, p < 0.001 or delivered to children and parents together: d = -0.549 (-0.738 to -0.359), k 15, p < 0.001. CBT delivered exclusively to parents: d = -0.917 (95% CI= -1.226 to -0.609), k 8, p < 0.001 or to children and teachers: d= -0.871 (-1.226 to -0.517), k 3, p < 0.001 produced large effect sizes.	Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias Resonerar ej om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Authors comment on strengths of evidence: NR

		Externalizing symptoms ODD-symptoms Aggressive behaviours		<p>Children with a diagnosis of ADHD showed a moderate symptomatic improvement $d = -0.404$ (-0.710 to -0.097) $k = 6$, $p < 0.01$ whereas greater therapeutic effects were found in children with a diagnosis of ODD $d = -0.785$ (95% CI = -0.932 to -0.638), $k = 17$, $p < 0.001$</p> <p>Authors' conclusion Overall, this meta-analysis suggests that CBT is effective in targeting externalizing disorders. The results support the hypothesis that multimodal treatments involving children, parents and caregivers (e.g. teachers) are particularly beneficial to reduce externalizing symptoms.</p>	
[2]	Baumel, A., et al. (2016). "Digital parent training for children with disruptive behaviours: Systematic review and meta-analysis of randomized trials." Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 26(8): 740-749.	<p>Aim: to quantitatively assess the efficacy of digital-based parent (DBP) programs versus a control condition.</p> <p>Outcomes: Externalizing behaviours and effective parenting.</p>	<p>$K = 7$ (2000-2015)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: total $n = 718$, % boys NR, mean age range 4.7–14.4 years. Elevated disruptive behaviour based on ECBI</p> <p>Location: NR</p> <p>Interventions: internet-/web-based parent training, interactive or not interactive. 6 of 7 studies on CBT-/behavioural based programs</p> <p>Control: waitlist</p>	<p>Results: Compared to control groups, DBP resulted in significantly greater improvement in child behaviour $ES = 0.44$ (95 % CI = 0.21 to 0.66) and parent behaviour $ES = 0.41$ (95 % CI = 0.25 to 0.57).</p> <p>Improvement in child behaviour was moderated by age group and severity of clinical presentation, which overlapped 100%. While DBP was superior to control in studies of younger children (mean age < 7 years) with a clinical range of disruptive behaviours $ES = 0.61$ (95 % CI = 0.40 to 0.82), results were non-significant for in studies of older children (mean age > 11 years) with nonclinical range of symptoms $ES = 0.21$ (95 % CI = -0.01 to 0.42)</p> <p>In studies of younger children, interactive programs were more effective in improving child behaviour ($ES = 0.82$) compared to non-interactive programs ($ES = 0.36$). $p < 0.05$.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Resonerar ej om studiekvalitet i diskussion/slutsatser</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Small number of studies. Results are limited to parent's reports. None of the studies focused on a sample with low SES.</p>

				<p>Authors conclusion Although additional studies are needed, DPT holds promise as a potentially scalable evidence-based treatment of children with disruptive behaviour that can serve human resources.</p>	
[3]	Lundahl, B., et al. (2006). "A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects." Clinical Psychology Review 26(1): 86-104.	<p>Aim: Comparing behavioural and nonbehavioural programs, evaluating follow-up effects, isolating dependent variables expressly targeted by parent training, and examining moderators</p> <p>Outcome: Child compliance and problematic behaviours, Not criminal activities.</p>	<p>K = 63 (1979-2003)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: Total n NR, % boys NR Three age categories: preschool (mean age 48 months) k 36, elementary school (mean age 99 months) k12 and middle school (mean age 155 months) k12 Child's symptom level pre-treatment: clinical (k=40), mixed (k= 4), nonclinical (k=14)</p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: Behavioural and non-behavioural parent training programs (PT), ex. Incredible Years, Triple P, PMT, PCIT</p> <p>Control: NR</p>	<p>Results: Overall ES for behavioural PT on child behaviour: $d = .42$ (95% CI= 0.35 to 0.49) $p < 0.01$, $k = 59$ and for non-behavioural PT: $d = 0.44$ (95% CI = 0.16 to 0.71) $p < 0.01$, $k = 9$</p> <p>Additional moderator analyses pursued only for behavioural PT. Analysis of long term follow-up effects (e.g. less than or equal to 1 year from completion of PT) were conducted only for studies with control group (k 21): $d = 0.21$ (95% CI=0.08 to 0.33), $p < 0.11$. Improvement in child behaviour was not significantly influenced by child age though effect sizes were greatest for younger children and lowest for older children. Economically disadvantaged children did not realize the beneficial outcome of their non-disadvantaged counterparts, $Q_b = 7.88$, $p < 0.01$. Children from studies that included clinically significant levels of disruptive behaviours prior to treatment evidenced more change than those from studies without clinically elevated symptoms or mixed groups, Q_b's=5.62 and 6.38 (p's < 0.05), respectively. Children in groups with a relatively high percentage of single parents did not change as</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias Resonerar ej om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Because our study included more than double the number of studies examined in other reviews, we were able to more thoroughly explore heterogeneity of outcomes and the role of moderators. Also, increased number of studies included in our meta-analysis should provide a more stable picture of the effectiveness of parent training. Understanding the durability of effects of non-behavioral programs was compromised because only four studies assessed such a relationship.</p>

				<p>much as those with relatively low percentage of single parents, $Q_b=5.11$, $p < 0.01$.</p> <p>Authors' conclusion: Results from our meta-analysis suggest that, in general, parent training designed to modify disruptive child behaviour is a robust intervention producing effect sizes in the moderate range immediately following treatment. Up to 1 year following the completion of parent training effects remained meaningful, but were small in magnitude. Understanding the durability of effects of non-behavioral programs was compromised because only four studies assessed such a relationship. While the effects of behavioural interventions were robust, our results also suggest attention should be paid to the interaction between participant characteristics and program features to maximize the likelihood of success.</p>	
[4]	Lundahl, B. W., et al. (2008). "A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training." <i>Research on Social Work Practice</i> 18(2): 97-106.	<p>Aim: To investigate whether including fathers in parent training enhances outcomes and whether mothers and fathers benefit equally from parent training</p> <p>Outcome: Child disruptive behaviour</p>	<p>$K = 26$ (1979-2001)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: total $n = 2\,040$, % boys NR, mean age range: 25-198 months</p> <p>(No criteria used for child's symptom level, 14 of 26 included studies target children with early onset/recorded conduct problems or ADHD)</p> <p>Location: NR</p>	<p>Results: Immediate results on child behaviour in studies with mothers only: $d = 0.20$, $k = 8$ and in studies with both mothers and fathers: $d = 0.48$, $k = 16$. Significant contrast $p \leq .01$</p> <p>Follow-up results on child behaviour in studies with mothers only: $d = 0.63$, $k = 3$ and in studies with both mothers and fathers: $d = 0.39$, $k = 16$. Non-significant contrast.</p> <p>Follow-up results on child behaviour as rated by mothers: $d = 0.99$, $k = 5$ and as rated by fathers: $d = 0.85$, $k = 5$. Non-significant contrast</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Studies that only included mothers were less rigorous, which may confound our results. An answer to the question of whether father involvement improves outcomes is not as clear. The differences found across studies that did or did not include fathers may have been a function of factors other than father involvement.</p>

		(Fathers/mothers behaviours and perceptions)	<p>Intervention: Individual and group parent training programs targeting disruptive child behaviour</p> <p>Control: treatment control or wait-list</p>	<p>Authors' conclusion: Fathers should not be excluded from parent training and should be encouraged to attend. Further research should seek to understand how parent-training programs might better meet the needs of fathers.</p>	(for example sampling rationale, investigators' attitude toward father involvement)
[5]	SBU (2017). "Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU".	<p>Syfte: Syftet med denna rapport är att sammanställa kunskap om metoder och insatser till barn och familjehemsföräldrar.</p> <p>Utfall: Externaliserade symtom</p>	<p>Design: RCT, CCT</p> <p>I rapporten bedöms följande insatser vara relevanta för Socialstyrelsens frågeställningar:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Fostering Individualized Assistance Program (FIAP) o Keeping foster and kin parents supported (KEEP) o Incredible Years (IY) o Incredible Years Dina program – riktat till barn o Middle school success (MSS) o Parent Management Training Oregon (PMTO) 	<p>Resultat: Incredible Years (IY) externaliserade symtom. $k=2$ RCT, $C=TAU$ och väntelista. $SMD=0.33$ (95% $KI=0.03$ till 0.63).</p> <p>SBU konstaterar att IY kan minska barns beteendeproblem samt öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen. Grade: två pluggar</p> <p>Det vetenskapliga underlaget för effekter av Incredible Years (Dina program), KEEP, PMTO, FIAP och MSS bedömdes som otillräckligt.</p>	
[6]	Uretsky, M. C. and J. A. Hoffman (2017). "Evidence for group-based foster parent training programs in reducing externalizing child behaviours: A systematic review and meta-analysis." Journal of Public Child Welfare 11(4-5): 464-486.	<p>Aim: To examine the effectiveness of group-based in-service foster parent training programs in reducing externalizing child behaviours.</p> <p>Outcome: Behavioural problems as measured by ECBI, PDR, CBCL, BASC</p>	<p>$K = 11$ of which 7 in meta-analysis (2007-2016)</p> <p>Design: RCT ($k=5$) CCT ($k=4$), single group design ($k=2$)</p> <p>Participants: Total $n = 2\,830$, overall even split between boys and girls. mean age range 7.6-12.5 years</p> <p>Location: USA ($k=7$), Europe ($k=4$)</p> <p>Intervention: Group-format foster or kin caregiver training program that met on a</p>	<p>Results: All of the studies included in this review reported a significant decrease in at least one measure of reported child behaviour problems. No studies reported an increase in child problem behaviours for the treatment group. In addition, among the groups that analysed three or more measurement points, the treatment effect was maintained at follow-up.</p> <p>The quantitative synthesis ($n=7$) identified a significant small to medium total average effect size on externalizing child behaviours: $ES = -.403$ (95% $CI = -.523$ to $-.282$)</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (10)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: There was evidence of heterogeneity among studies suggesting the presence of publication bias</p> <p>Small sample size was a limitation among four studies making it difficult to differentiate between a non-significant results and type II error.</p>

			<p>regular basis for a minimum of three sessions. Including: Incredible Years (IY), KEEP (Keeping Foster and Kin Parents Supported and Trained), Middle School Success program, and Cognitive Behavioural Parent training</p> <p>Control: control and comparisons</p>	<p>No significant effects were identified for child age, ethnicity or caregiver characteristics</p> <p>Authors' conclusion: Overall group-based caregiver training programs appear to be effective in reducing caregiver reported problem behaviours. There was not sufficient evidence to assess treatment effects on specific problem behaviours (e.g., internalizing behaviours, hyperactivity)</p>	<p>Nearly all of the adult participants were female making it difficult to conclude that these interventions are effective for male caregivers.</p> <p>Limited attempts to identify moderating relationships between important demographic variables and the treatment effect</p>
[7]	<p>Zvi, M., et al. (2011). "Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years." The Cochrane Database Of Systematic Reviews(12): CD003018.</p>	<p>Aim: To determine whether parent training interventions are objective in reducing ADHD symptoms and associated problems in children aged between 5-18 years with a diagnosis of ADHD, compared to controls with no parent training intervention.</p> <p>Outcome: Change in the child's ADHD symptom related behaviour in home or school setting. Changes in the child's general behaviour</p>	<p>K = 5 (1993-2010)</p> <p>Design: RCT, QRCT</p> <p>Participants: total $n = 284$, % male 73 (one study did not supply data on gender), mean age range: 6.56-8.9 years,</p> <p>Location: USA (k3), Canada (k1), Netherlands (k1)</p> <p>Intervention: Cognitive/behavioural based parent training (i.e. group-based, for individual parents or couples, combination of individual/couple and group.</p> <p>Control: TAU</p>	<p>Results: Results of meta-analysis on child's externalising behaviour: SMD -0.32 (95% CI= -0.83 to 0.18), $I^2 = 60%$, ns.</p> <p>Two studies focusing on behaviour at home had different findings: one found no difference between parent training and treatment as usual, whilst the other reported statistically significant results for parent training versus control. The two studies of behaviour at school also had different findings: one study found no difference between groups, whilst the other reported positive results for parent training when ADHD was not comorbid with oppositional defiant disorder. In this latter study, outcomes were better for girls and for children on medication.</p> <p>Authors' conclusion: Parent training may have a positive effect on the behaviour of children with ADHD. It may also reduce parental stress and enhance parental confidence. However, the limited strengths of evidence of the included studies</p>	<p>Quality of evidence This systematic review found limited evidence of sufficient methodological rigour and with adequate reporting to confidently assess the clinical effects of parent training interventions for children with ADHD. Overall the trials were few in number (five), small in size (numbers ranged from 24 to 96), and provided little information about core issues to allow us to assess risk of bias (such as methods of sequence generation, allocation concealment and completeness of outcome data). Overall, the internal validity of studies in this review has limitations.</p>

				increases the risk of bias in the results. Data concerning ADHD-specific behaviour are ambiguous. For many important outcomes, including school achievement and adverse effects, data are lacking. Evidence from this review is not strong enough to form a basis for clinical practice guidelines. Future research should ensure better reporting of the study procedures and results.	
[8]	Medlow, S., et al. (2016). "A systematic review of community-based parenting interventions for adolescents with challenging behaviours." J Adolesc 52: 60-71.	<p>Aim: The primary aim of this review was to evaluate the efficacy and effectiveness of parenting programs designed for the treatment of challenging adolescent behaviours.</p> <p>Outcome: Challenging behaviours</p>	<p>K = 9 (1985-2004)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n 959 families. 58 % male. Age range 9-18 years (central tendency 12.7 years).</p> <p>Location: USA (k4), Australia (k3), Israel (k1), Netherlands (k1)</p> <p>Intervention: Community based parenting interventions. Behavioural parent training (k 7) and relationship enhancement (k 6)</p> <p>Control: alternative treatment, wait list</p>	<p>Results: Among adolescents at the higher end of problem severity at baseline, clinically significant improvements were observed with reductions in challenging behaviours for intervention group youth, and greater numbers of 'improved' and 'recovered' youth outcomes compared to no change or 'deterioration' in control group youth.</p> <p>Authors' conclusion: Arriving at a full and comprehensive judgement of the success of community-based parenting interventions will perhaps require a more nuanced consideration of each intervention's ultimate purpose; whether short-term management of challenging behaviours, immediate skills to cope with these behaviours, or improved functioning of the young people and the family at large in the longer-term.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Inget resonemang om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: NR</p>

[9]	<p>Kaminski, J. W. and A. H. Claussen (2017). "Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviours in children." Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 46(4): 477-499.</p>	<p>Aim: To examine the strength of evidence for psychosocial treatments for disruptive behaviours in children</p> <p>Per the Evidence Base Update guidelines, eligible studies were those that investigated the effects of a manualized psychosocial treatment on outcomes of children with identified disruptive behaviour problems (based on clear behavioural cutoffs or diagnosis), using reliable and valid measures, with an adequate sample size and appropriate analyses to detect effects</p> <p>Outcome: disruptive behaviours</p>	<p>K = 64 (1977-2016)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: Age range 3-13 years (mean age 8)</p> <p>Location: USA and Canada (k =33), Europe (k =18) of which 3 from Sweden and 5 from Norway, Australia and New Zealand (k =6), others (k =6) Note: not all of these studies contribute to final classification</p> <p>Intervention: Categorizing treatments into six core treatment models combining those with delivery variants and four adjunct modules 26 distinct treatment families were identified for the review.</p> <p>Control: no treatment, TAU, alternative treatment</p>	<p>Results: Two treatments achieved the highest distinction of well-established (level 1): Group parent behaviour therapy and Individual parent behaviour therapy with child participation. Both had multiple published randomized trials by independent research teams documenting superiority of the treatment over a psychological placebo or another treatment.</p> <p>Authors' conclusion: In this review, treatments including a behavioural orientation appeared in general to have a stronger evidence base than treatments lacking behavioural elements</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Framgår ej om minst två oberoende granskare genomfört urval och kodning</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Substantial variability in effectiveness of different programs within the same treatment family has been previously documented; thus, a particular level of evidence might not hold true for every individual program in a treatment family. Systematic investigations of implementation, dissemination, and uptake are needed to ensure that children and families have access to effective treatments</p>
-----	---	--	---	--	---

[10]	<p>McCart, M. R., et al. (2006). "Differential Effectiveness of Behavioural Parent-Training and Cognitive-Behavioural Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis." <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> 34(4): 527-543.</p>	<p>Aim: In an attempt to shed light on which antisocial youth might be most likely to benefit from behavioural parent training and CBT, this meta-analysis explored whether the effectiveness of these interventions was moderated by youth demographic variables</p> <p>Outcome: Antisocial behaviour (e.g. physical or verbal aggression, delinquency)</p>	<p>K = 71 of which BPT k 30, CBT k 41 (1973-2004)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants (CBT sample): Total n 2 684. 60 % only male study samples, 40 % gender mixed samples. Mean age 11.28 (range 5-18 years). 22% DSM diagnosed, 78% at risk</p> <p><i>Note: population in BPT studies were younger than our selection criteria.</i></p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: Cognitive behavioural therapy (CBT) – involving anger management, conflict resolution, social skills training or cognitive restructuring. 93% group-based. Includes studies of Coping Power Program, Dinasaure program, Problem Solving Skills Training and Aggression Replacement Training</p> <p>Control: untreated or placebo</p>	<p>Results: Post-treatment ES= 0.35 (95% CI= 0.25 to 0.47). Significant relationship between ES and youth age ($\beta = .37$ $p < .01$) indicating that CBT was more effective for older youths.</p> <p>ES at follow up= 0.31 (95% CI=0.13 to 0.48)</p> <p>Comparisons between the BPT and CBT studies involving youth in a similar age range (6–12 years) showed significantly higher ES for BPT: $d = 0.45$ (95% CI= 0.28 to 0.60) than for CBT: $d = 0.23$ (95% CI= 0.11 to 0.32).</p> <p>Authors' conclusion: This finding [differences in effects between BPT and CBT for children 6-12] ... [...] can be considered in the context of developmental theory, which contends that the developmental tasks faced by youth at different ages may influence how they respond to various interventions.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The results indicate that there may be systematic differences in the outcomes associated with BPT and CBT when the setting of the intervention is considered. The higher ES for BPT compared to CBT may be related to systematic differences in the outcome source (e.g. parent or teacher reports)</p>
[11]	<p>Piquero, A. R., et al. (2010). "Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviours."</p>	<p>Aim: The main objective of this review is to assess the available research evidence on the effect of self-control improvement programs on</p>	<p>K = 34 (1975-2008)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n= 4 573, % male 55.9 Average age 6.23 years (age range 3-10 years)</p> <p>Location: USA (k31), other countries (k3)</p>	<p>Results: Parent report in delinquency and problem behaviour: mean ES 0.09 (95% CI= -.17 to .34), $p = .50$, k 9 Teacher report on delinquency and problem behaviour: mean ES 0.30 (95% CI= .13 to .46), $p < .001$, k 14</p>	<p>Quality of evidence: It is important to note several methods for assessing the "quality" of the included studies. One of the most agreed upon determinants of study quality is the study's research design. Because all of the included studies were based on a randomized controlled experiment to evaluate the effectiveness of self-control</p>

	<p>Campbell Systematic Reviews 6(1): 1-117.</p>	<p>self-control and delinquency and problem behaviours. In addition to investigating the overall effect of early self-control improvement programs, this review will examine, to the extent possible, the context in which these programs may be most successful.</p> <p>Outcome: Self-control and/or child behaviour problems</p>	<p>Intervention: Overall, a substantial majority were group-based interventions (67.6%) and were operated in a school setting (79.4%). While most could be broadly characterized as social skills development programs (32.4%), a considerable number of the interventions focused on cognitive coping strategies (26.5%), video tape training/role playing (20.6%), immediate/delayed rewards clinical interventions (11.8%), and relaxation training (8.8%).</p> <p>Programs: Fast Track (i.e. Coping Power Program), Montreal Youth Study. Also cognitive coping strategies interventions, video tape training/role playing intervention with the intention of improving self-control and relaxation training intervention to promote self-monitoring</p> <p>Control: no treatment, wait list (info lacking)</p>	<p>Parent report on child self-control: mean ES 0.33 (95% CI= -.18 to .84), p=.10, k 15 Teacher report on child self-control: mean ES 0.28 (95% CI= .07 to .48), p< .01, k 15</p> <p>The analyses indicated that: (1) self-control improvement programs improve a child/adolescent's self-control; (2) these interventions also reduce delinquency and problem behaviour; and (3) the positive effects generally hold across a number of different moderator variables and groupings as well as by outcome source (parent-, teacher-, direct observer-, self-, and clinical report)</p> <p>Authors' conclusion: We conclude that self-control improvement programs should continue to be used to improve self-control and reduce delinquency and behaviour problems up to age 10, which is the age cut-off where Gottfredson and Hirschi argue that self-control becomes relatively fixed and no longer malleable.</p>	<p>improvement interventions, it is reasonable to assume that these studies are of high quality. Yet, it was rare for any of the studies to provide any detail on whether the randomization process was compromised or if attrition had any differential effects for the experimental/control groups. Thus, it is possible that some group imbalances might have arisen. Having said this, only 15% of the studies included in this analysis either reported or demonstrated significant attrition problems, which would lead us to assume that the overwhelming majority of these studies were of high quality in this regard. Nevertheless, we still included a measure of whether there was substantial attrition reported in a particular study as a control measure (e.g., potential moderator) in the analysis that follows. Finally, most of the studies did not provide any information on whether the experimental/control groups were treated similarly throughout the course of the intervention by those who administered the intervention.</p>
[12]	<p>Baldwin, S. A., et al. (2012). "THE EFFECTS OF FAMILY THERAPIES FOR ADOLESCENT DELINQUENCY AND SUBSTANCE ABUSE: A META-ANALYSIS." Journal of Marital and</p>	<p>Aim: In this meta-analysis, we evaluate the post treatment effects of BSFT, FFT, MDFT, and MST on adolescent delinquency and substance abuse as compared to treatment-as-usual (TAU),</p>	<p>K = 24 (1973-2009)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: n 2146, % boys NR, age range 11-19 years</p> <p>Location: US, Canada, Europe (Sweden, Norway)</p>	<p>Results: As a group the four family therapies had statistically significant, but modest effects as compared to TAU $d = 0.21$ (95 % CI = 0.02 to 0.40), $k = 11$ and as compared to alternative therapy $d = 0.26$ (95 % CI = 0.05 to 0.48), $k = 1$. The effect of family therapy compared to control was larger ($d = 0.70$; $k = 4$) but was not statistically significant probably because of low power.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Ingen information om primärstudierna Ingen skattning av studiernas kvalitet.</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The general conclusions come with important caveats. Power was an issue. Three studies had a large influence on</p>

	Family Therapy 38(1): 281-304.	alternative therapy, and control. Outcomes: Delinquency/substance abuse	Interventions: Functional Family Therapy (FFT) k 3, Multisystemic Therapy (MST) k 12, Brief Strategic Family Therapy (BSFT) k 5, Multidimensional Family Therapy (MDFT) k 4 Control: TAU, alternative therapy, other control	There was insufficient evidence to determine whether the various models differed in their effectiveness relative to each other. None of the following study characteristics were significant predictors of effect size: sample size, mean age, proportion female, proportion ethnic minority, time since treatment, presenting problem or referral source. Authors' conclusion Family therapy—specifically BSFT, FFT, MDFT, and MST—appears to modestly exceed the effects of TAU and alternative therapies. Actually, the situation is likely a bit more complicated than that but the literature in this area is not yet sufficiently large to answer critical questions, such as is one treatment more effective than the others and on what outcomes do the family therapies have the biggest effect?	aggregate effect sizes and estimates of between-study heterogeneity.
[13]	Dopp, A. R., et al. (2017). "Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multi-level meta-analysis." Journal of Consulting and Clinical Psychology 85(4): 335-354.	Aim: To estimate the size of the overall mean effect of family-based treatments for serious juvenile offenders, and to examine the influence of moderators on the magnitude of treatment effects Outcomes: Antisocial behaviour (e.g. delinquency, conduct disorder, criminal)	K = 28 (1992-2013) Design: prospective research design including at least one comparison condition Participants: total n = 5 564, 72 % males mean age 14.98, Location: USA k21, remaining studies from Canada or Europe Intervention: MST (k 19), FFT (k 3), TFCO (k 4) Control: TAU, group care, no-treatment, alternative treatment	Results: Small positive effect of family-based treatments on antisocial behaviour relative to usual services conditions: d 0.25 (95% CI = 0.11 to 0.39). This means that a randomly selected youth who received a family-based treatment had a 59.48% probability of a superior outcome when compared to a randomly selected youth who received a comparison treatment The benefit of family-based treatments was evident on average 2.5 years after the completion of treatment Authors' conclusion	Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9) Begränsat resonemang om studiernas kvalitet och inverkan på resultat Authors comment on strengths of evidence: The findings of the present review must be considered in the context of five general limitations. First, it is notable that all treatment models were developed in the United States, which may limit how well the present results generalize to family-based treatments that have been developed in other countries, cultural contexts, and languages.

				<p>The present meta-analysis demonstrated that family-based treatments for serious juvenile offenders (in particular, MST, TFCO, and FFT) produced greater reductions in antisocial behaviour and more improvements in a variety of secondary outcomes than did usual community services.</p>	<p>The present meta-analysis revealed few significant moderator effects, thus leaving a great deal of unexplained variance between and within studies. Our inclusion criteria required certain methodological characteristics (e.g., inclusion of a comparison condition), but it was not possible to evaluate all potential reasons that a study might not be published. Such unmeasured factors may have contributed, beyond the effects of publication bias, to the finding that peer-reviewed studies tended to have larger effects than did studies that were not peer reviewed. Interpretation of the present findings was made more difficult by a lack of important details about interventions in usual services (i.e., comparison) conditions,</p>
[14]	<p>von Sydow, K., et al. (2013). "The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT." Family Process 52(4): 576-618.</p>	<p>Aim: This review focuses on providing evidence for the efficacy of systemic therapy—which very often, but not always, is also family therapy.</p> <p>Outcome: Externalizing disorders or symptoms (ADHD, conduct disorders, and substance use disorders)</p>	<p>K = 47 (1973-2011) and Cochrane-reviews</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n 6 445, 76 % male Age range < 17 years</p> <p>Location: USA (k 36), Europe (k 10) of which one from Sweden and one from Norway, China (k 1)</p> <p>Intervention: Systemic therapy in any mode, i.e. BSFT (k 8), FFT (k 5), MST (k 16), MDFT (k 8) other systemic family therapies (k 10)</p>	<p>Authors' summary findings: systemic family therapy (i.e. BSFT, FFT, MST, MDFT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No indication of adverse effects • An efficacious treatment approach for externalizing and juvenile delinquency • Engagement and retention rates are superior to other therapy approaches for externalizing disorders • Efficacious in multiple domains of functioning • Positive effects are long lasting • Some European trials have less positive results than older U.S. trials. • Treatment programs are adapted more to the needs of boys and more efficacious for males. 	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Inget resonemang om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Ej bedömt risk för publikationsbias,</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Limitations due to subsuming of trials of varying methodological quality and possible effects of a publication bias</p> <p>The boundaries between systemic and other treatments are blurring. Some of the approaches that were labeled as systemic also include other ingredients</p>

			Control: alternative therapy, TAU, no treatment, placebo		
[15]	Hartnett, D., et al. (2017). "The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioural and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis." Family Process 56(3): 607-619.	<p>Aim: ..to provide a comprehensive meta-analysis of the effectiveness of FFT for adolescent behavioural and substance misuse problems. The study sought to test six hypotheses corresponding to the six separate meta-analyses conducted</p> <p>Outcome: Behavioural and conduct disorders, substance use</p>	<p>K = 14 (1973-2016)</p> <p>Design: RCT (k = 11), CCT (k = 7)</p> <p>Participants: total n 1 691, % male insufficient info, age range 14-17</p> <p>Location: USA (k 12) UK and Ireland (k 2)</p> <p>Intervention: FFT</p> <p>Control: no-treatment or wait list control groups (CTL) TAU, well defined alternative treatments (ALT)</p>	<p>Results: Random assignment FFT versus CTL k = 3, n = 165, d = .48, p < .01. Random assignment FFT versus TAU, k = 3, n = 250, d = .20, ns. Random assignment FFT versus ALT, k = 5, n = 406, d = .35, p < .05. Nonrandom assignment FFT versus CTL, k = 2, n = 548, d = .90, ns. Nonrandom assignment FFT versus TAU, k = 2, n = 130, d = .08, ns. Nonrandom assignment FFT versus ALT, k = 3, n = 175, d = .75, p < .001.</p> <p>Authors' conclusion: Collectively, these results provide support for the effectiveness of FFT compared with untreated controls and well-defined ALTs.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Heterogeneity of outcome measures used in the meta-analysis combined with the small number of studies to some extent limit the confidence that may be placed in the results of this review. In confining our review to English language articles, we excluded two important articles published in Swedish</p>
[16]	van der Pol, T. M., et al. (2017). "Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with	<p>Aim:</p> <p>Outcome: Delinquency, externalizing psychopathology</p>	<p>K = 19 (2001-2015) 8 studies</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n 1 488, % males range 67-83, mean age range 13.73-16.99,</p> <p>Location: USA (k 7) Europe (k =1)</p>	<p>Results: Overall mean ES for MDFT was beneficial compared to adolescents receiving another form of therapy, d = 0.24, p < .01. Variance between effect sizes within studies (level 2 variance), r2 = .012, v2(1) = 23.00, p = .14, was nonsignificant No significant differences between the effect sizes for the five outcome categories</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (11)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: ES was not moderated by type of control, geographic location of studies, dependent/independent researchers or study sample size. Nor for study sample</p>

	multiple behaviour problems - a meta-analysis." Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 58(5): 532-545.	(substance abuse, internalizing psychopathology, family functioning)	<p>Intervention: MDFT</p> <p>Control: CBT, combined treatment (CT), group therapy (GT)</p>	<p>ES was not moderated by for study sample characteristics, duration of therapy or duration of follow up period.</p> <p>Percentage of severe substance abusers in the study sample was associated with larger effects favouring MDFT, $F(1,45) = 6.150, p = .017$.</p> <p>Percentage of disruptive behaviour disorder (DBD) was positively related to the effect size, $F(1,5) = 14.072, p = .013$, indicating that samples with higher percentages of DBD responded better to MDFT.</p> <p>Authors' conclusion: It can be concluded that MDFT is effective for adolescents with substance abuse, delinquency, and comorbid behaviour problems. Subsequently, it is important to match specific characteristics of the adolescents, such as extent of impairment, with MDFT</p>	<p>characteristics, duration of therapy or duration of follow up period. Due to the selection of only RCTs we should be cautious to generalize the findings in experimental settings to routine youth care</p>
[17]	van der Stouwe, T., et al. (2014). "The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis." <u>Clinical Psychology Review</u> 34(6): 468-481.	<p>Research questions: 1) to what extent is MST effective in the prevention of recidivism? 2) To what extent is MST effective in improving juveniles' functioning on other psychosocial? 3) Which sample, treatment and study characteristics have a moderating effect on outcomes? 4) What is the unique</p>	<p>K = 22 (1986-2012)</p> <p>Design: RCT, QE</p> <p>Participants: total n 4 066, 75 % male Mean age range 11.9-16.3 years.</p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: MST</p> <p>Control: single treatment, multiple treatment</p>	<p>Results: Overall mean ES on delinquency: $d = .201 (z = 3.7, p < .001)$</p> <p>General delinquency: $d = .233 (z = 3.9, p < .001)$. ES for violent and non-violent delinquency were non-significant. Psychopathology: $d = .268 (z = 5.3, p < .001)$</p> <p>Of all study characteristics, only the country where the research has been conducted retained its unique moderating effect on delinquency with larger effects found for studies carried out in the USA.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Some studies were of weak study design and therefore had questionable validity.</p> <p>Several moderators, mostly study design and publication characteristics, were excluded from the multiple regression analyses, because these were highly correlated with other moderators</p>

		<p>contribution of significant moderators when controlling for other significant moderating variables?</p> <p>Outcome: Delinquency (self-reports, official records)</p> <p>Secondary outcomes: Psychopathology</p>		<p>Larger effects were found in studies with an average participants' age of under 15 years and in studies with a larger proportion of Caucasian juveniles.</p> <p>Smaller effects of MST were shown if the control treatment was multimodal</p> <p>Authors' conclusion: MST seems most effective with juveniles under the age of 15, with severe starting conditions. Furthermore, the effectiveness of MST may be improved when treatment for older juveniles is focused more on peer relationships and risks and protective factors in the school domain.</p>	<p>Analysis of peer factors and trim and fill analysis of substance use and peer factors where somewhat underpowered</p>
[18]	<p>McCart, M. R. and A. J. Sheidow (2016). "Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behaviour." <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> 45(5): 529-563.</p>	<p>Aim: This article updates the evidence base on treatments for adolescent disruptive behaviour, focusing primarily on the treatment literature published from 2007 to 2014.</p> <p>Outcome: Disruptive behaviour</p>	<p>K = 27 (2007-2014)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n NR, 63 % male, age 12-19 years</p> <p>Location: USA k 18, other countries k 9</p> <p>Intervention: Treatment type categories: behavioural therapy/parenting skills, CBT, family therapy, psychodynamic therapy and others.</p> <p>Control: wait list, alternative treatment, TAU, no treatment</p>	<p>Results: Two treatments met criteria as <i>well-established</i> when delivered to justice-involved youth: MST (k= 16) and TFCO (k= 6).</p> <p>In addition, MST met criteria as probably efficacious when delivered to disruptive youth who are not justice involved.</p> <p>Authors' conclusion: Results indicate that since the prior reviews, there has been a noteworthy expansion of research on treatments for adolescent disruptive behaviour, particularly treatments that are multicomponent in nature. Despite these advances, more research is needed to address key gaps in the field.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Many studies were limited to a post-treatment only assessment, placing significant limits on the conclusions one can make about a treatment.</p> <p>Multiple measures to confirm results from different perspectives were used in just over one half of the studies.</p>

[19]	SBU (2018). "Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU."	<p>Syfte: Denna rapport utvärderar en insats till ungdomar med allvarliga beteendeproblem som kallas Treatment Foster Care/behandlingsfamilj.</p> <p>Utfall: Kriminalitet (register eller självskattningsformulär) Placering på låst avdelning.</p>	<p>K = 8 (1990-2015)</p> <p>Design: RCT (k 6), CT</p> <p>Participants: totalt $n = 633$, en studie enbart pojkar, två studier enbart flickor, fem könsblandade grupper, ålder mellan 11-19 år</p> <p>Location: USA (k5), UK (k3), Sverige (k1)</p> <p>Intervention: TFCO (f.d. MTFC)</p> <p>Control: institutionsvård</p>	<p>Resultat: Kriminalitet baserat på registerdata: SD= 0.369 (95% KI= 0.208 till 0.584), $p = 0.000$, $k = 6$. NNT= 8. GRADE: 3 pluppar</p> <p>Kriminalitet baserat på självskattning: SD= 0.242 (95% KI=0.024 till 0.461), $p = 0.030$, $k = 3$. NNT=13. GRADE: 3 pluppar</p> <p>Placering på låst institution: SD= 0.665 (95% KI= 0.378 till 0.953), $p = 0.000$, $k = 6$. NNT=5. GRADE: tre pluppar</p> <p>SBU's slutsats: När ungdomar med allvarliga beteendeproblem placeras i TFCO, leder detta troligtvis till mindre fortsatt kriminalitet och färre placeringar på låst avdelning än när ungdomarna placeras på institution. Det är också möjligt att TFCO leder till färre kriminella kamrater, mindre användning av narkotika och bättre psykisk hälsa, än vid placering på institution.</p> <p>Enligt expertis är överförbarheten av resultaten goda eftersom institutionsvård i USA liknar den i Sverige och i Storbritannien (86). Det faktum att TFCO implementerats med goda resultat i Sverige talar också för den slutsatsen.</p>
[20]	SBU (2020). Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.	<p>Syfte: Syftet med projektet var att systematiskt utvärdera det vetenskapliga stödet för psykosociala insatser inom social tjänstens och BUP:s öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott.</p> <p>Utfall: Återfall i brott, externaliserade symptom</p>	<p>K = 37 (2000-2019)</p> <p>Design: RCT (k22), CCT (k15)</p> <p>Location: USA (k15), UK (k4), Nederländerna (k4), Sverige (k2) Kanada (k1)</p> <p>Intervention: MST (k 10), FFT (k 7), KBT (k 2), mentorskap (k 2), MDFT (k 2) samt vardera en studie avseende 13 andra insatser.</p> <p>Control: alternativ insats, TAU</p>	<p>Resultat:</p> <p>MST Recidivism/register RD=0.07 (95% CI= -0.20 to 0.06) ns. $k = 5$. Grade: en plupp Recidivism/self-report: SMD= 0.12 (95% CI=-0.26 to 0.03), ns. $k = 5$. Grade: en plupp Ext. symptoms, self-report: SMD= -0,12 (95% CI=-0,23 to -0,01), $k = 6$. Grade: två pluppar Ext. symptoms, parent report: SMD= 0.14 (95%CI= -0.25 to 0.02), $k = 5$. Grade två pluppar</p> <p>FFT Recidivism: RD= -0.09 (95% CI= 0.31 to 0.13) $k = 4$, ns. Grade: en plupp</p> <p>MDFT Recidivism: SMD= 0.14 (95% CI= -0.40 to 0.12), $k = 2$, ns, Grade: en plupp</p> <p>Mentoring Recidivism: OR= 1.06 (95% CI= 0.61 to 1.83) $k = 2$, ns. Grade: en plupp</p> <p>KBT i grupp Recidivism: RD= -0.17 (95% CI=-0.53 to 0.18), $k = 2$, ns. Grade: en plupp</p> <p>Moderatorer</p>

				<p>Ålder, kön, studiedesign, land, publikationsår och uppföljningstid påverkade inte effektstorlek. Starkare effekt på återfall i brott om jämförelsegruppen fick en insats med låg intensitet, RD: -0,12 (95 % KI= -0,14 till -0,09) med fördel för den utvärderade insatsen, jämfört med en jämförelsegrupp med insats med medelhög kvalitet intensitet RD: -0,03 (95 % KI= -0,07 till 0,01) eller Hög kvalitet intensitet RD: -0,00 (95 % KI= -0,05 till 0,04).</p> <p>SBU´s slutsats: Utifrån de granskade studierna går det inte att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än det de jämförts med när det gäller återfall i brott de följande åren (i genom snitt två år). Att det saknas säker kunskap om vilka effekter som olika specifika psykosociala öppenvårdsinsatser kan ha på ungdomars återfall i brott innebär inte att social tjänsten och barn- och ungdomspsykiatri per automatik ska sluta att använda dem. Det kan även anses som etiskt problematiskt att avstå från insatser som teoretiskt skulle kunna förebygga brott, och som upplevs fungera väl av verksamheter och klienter.</p>	
[21]	Litschge, C. M., et al. (2010). "The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies." <u>Research on Social Work Practice</u> 20(1): 21-35.	<p>Aim: to provide a descriptive summary of the meta-analyses that have accrued on the topic of treatments for children and youth with conduct problems and anti-social behavior</p> <p>Outcomes: conduct problems</p>	<p>K= 26 (1980-2007)</p> <p>Design: meta-analyser</p> <p>Participants: majority boys in 15 studies others NR. Age 9.7–19 years (NR in 8 studies).</p> <p>Interventions: Group-Based Therapies, Family Treatments, Multimodal Therapies, Miscellaneous Therapies.</p>	<p>Results The majority of effect sizes (45%) were medium in magnitude ($d < .36$).</p> <p>Median ES by treatment category type: CBT/behavioural therapies: 0.49, Range 0.04 to 1.15. k 8 (of which 5 on skills-training) Multimodal therapies: 0.47 Range: -0.24 to 1.13 k 9 Family therapies: 0.41 Range: -0.15 to 1.06 k 4 Group-based therapies: 0.26 Range: 0.10 to 0.94 k 2 Mixed therapies: 0.13 Range: -0.07 to 0.84 k 3</p> <p>Authors´ conclusion: Although there is considerable variation in effect sizes, the results seem to demonstrate evidence for equifinality. Furthermore, these effects are sturdy across a number of interrelated outcomes. Practitioners who work with children and adolescents should be aware of the range of evidence-</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning: Hög kvalitet (8) Flera kvalitetskriterier ej tillämpliga</p> <p>Authors´ comment on reliability of results: It is important to reiterate that although there are a number of promising results in reducing conduct problems among children and youth, some of these treatments have not been tested under real-world conditions. The advancement of scientifically validated treatments must struggle with implementation, fidelity, and outcome assessment in order to achieve meaningful translation into everyday practice.</p>

				based treatments available for conduct problems.	
[22]	de Vries, S. L. A., et al. (2015). "Practitioner review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency--recommendations for clinical practice." Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 56(2): 108-121.	<p>Aim: To examine the overall effect of prevention programs for persistent juvenile delinquency, and how effectiveness is influenced by the type and intensity of the program, characteristics of the participants, design of the study, and type of outcome.</p> <p>Outcomes: Delinquency, criminal offending, recidivism</p>	<p>K = 39 (1973-2008)</p> <p>Design: 21 RCT, 18 CT</p> <p>Participants: total n 9 084, % male NR, mean age 14.8 years (age range 6-20 years).</p> <p>Location: USA (k 35) Canada (k 3) Europe (k 1)</p> <p>Interventions: behavioural treatments, skills training, restorative justice programs, community-based, home-based, boot camps, family group homes, etc.</p> <p>Formats: one-to-one, group, family or mixed/multimodal programs</p> <p>Control: TAU, no treatment</p>	<p>Results: The overall mean effect: $d = 0.24$, $p < .001$ corresponding to a significant reduction of 13.44% in delinquency compared to care as usual or no treatment.</p> <p>No significant effects of age, gender, ethnicity or type of program were found.</p> <p>Effects by treatment components/characteristics: Behavioural Modelling: $d = 0.57$, $k = 6$ Parenting Skills: $d = 0.63$, $k = 7$ Behavioural Contracting $d = 0.61$, $k = 5$... were significantly associated with better program outcomes, indicating that programs containing these specific components yielded larger effect sizes.</p> <p>Effects by program format: Family: $d = 0.65$, $k = 4$ Multimodal: $d = 0.36$, $k = 12$ One-to-one: $d = 0.26$, $k = 8$ Group-based: $d = 0.03$, $k = 13$</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (10)</p> <p>Authors comment on reliability of results: Lack of information on program characteristics such as intensity and setting. It was not possible to examine the role of program integrity.</p>

				<p>Programs involving mixed target populations (juveniles, parents, and siblings) showed larger effect sizes ($d = 0.72$ $p < .001$) than programs that targeted only juveniles or juveniles and parents.</p> <p>Authors' conclusion Prevention programs have positive effects on preventing persistent juvenile delinquency. In order to improve program effectiveness, interventions should be behavioural-oriented, delivered in a family or multimodal format, and the intensity of the program should be matched to the level of risk of the juvenile.</p>	
[23]	<p>Koehler, J. A., et al. (2013). "A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe." <u>Journal of Experimental Criminology</u> 9(1): 19-43.</p>	<p>Aim: To examine the effectiveness of young offender rehabilitation programs in Europe as part of an international project on the transnational transfer of approaches to reducing reoffending</p> <p>Outcome: Re-offending as a formal legal measure (e.g. re-arrest, re-conviction, re-incarceration, revocation of probation or parole) or self-reported data.</p>	<p>K = 64 (1980-2009)</p> <p>Design: randomized experiment (k 4), strong statistical control (k 8), moderate control (k 13)</p> <p>Participants: total n = 7 940, In two thirds of the studies more than 90 % of the participants were male, average age range 14-23 (mean 17.9 years)</p> <p>Location: UK (k 16), Netherlands (k 4,) Germany (k 2), Norway (k 2) and Sweden (k 1). Community setting (k 17), custody setting (k 8)</p> <p>Intervention: Three categories of treatment type: Cognitive-Behavioural and Behavioural (e.g. thinking skills programs, social skills and problem solving approaches, reinforcement of behavioural change), Intensive supervision and Deterrence-Based</p>	<p>Results: The overall mean ES was OR =1.34, $p < .05$ which translates to a Pearson's r of .08 and a Cohens d of .16. The ES corresponds to 43 % rate of recidivism in the treatment groups, assuming a base rate of 50 % recidivism in the control groups.</p> <p>Behavioural and cognitive-behavioural treatment ranked above average OR=1.73 (95% CI= 1.26 to 2.36) k 11, whereas purely deterrent and supervisory interventions revealed a slightly negative outcome OR=0.85 (95% CI= 0.5 to 1.46) k 4.</p> <p>Non-behavioural interventions: OR 1.23 (95% CI=0.89 to 1.69), k 10</p> <p>Programs that were conducted in accordance with the risk-need-responsivity principles revealed the strongest mean effect OR=1.90</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on reliability of results: Studies of community treatment, with small samples, high program fidelity, and conducted as part of a demonstration project had larger effects; high methodological rigor was related to slightly smaller outcomes.</p> <p>The small number of primary studies limited the investigation of confounded moderators and multivariate analyses. Also, findings of larger ES among studies using small samples may have been influenced by a publication bias or a better quality of implementation</p>

		Antisocial behaviour that did not constitute crime were not included.	<p>interventions (e.g. amplified sanctions, boot-camps without educational/therapeutic elements, purely control-based supervision) and Non-Behavioural treatments (for example educational and vocational skills training, mentoring, restorative justice, intensive probation support)</p> <p>Control: TAU, no treatment, alternative treatment</p>	<p>(95% CI = 1.27 to 2.85)), which indicates a reduction of 16 % in reoffending against a baseline of 50 %.</p> <p>No outcome difference between voluntary and mandatory program participation.</p> <p>Authors' conclusion: Overall, most findings agreed with North American meta-analyses. However, two-thirds of the studies were British, and in most European countries there was no sound evaluation of young offender treatment at all. This limits the generalization of results and underlines the policy need for systematic evaluation of programs and outcome moderators across different countries</p>	
[24]	van der Stouwe, T., et al. (2020). "The effectiveness of social skills training (sst) for juvenile delinquents: A meta-analytical review." <u>Journal of Experimental Criminology</u> .	<p>Aim: To examine the effectiveness of social skills training (SST) for juvenile offenders and for whom and under which conditions SSTs are the most effective.</p> <p>Outcome: Offending, externalizing problems, social skills</p>	<p>K = 28 (1973-2015)</p> <p>Design: RCR, CCT</p> <p>Participants: total n 3 124, % male NR (a majority >75% male samples) Age range 12-18 years</p> <p>Location: USA (k = 8), other countries (k3). Residential setting k7, non-residential k4</p> <p>Intervention: SST, defined as treatment directed at improving specific social (interactional) skills, such as social problem-solving, and assertiveness, and/or decreasing social skill deficits</p>	<p>Results: Offending SST vs. no treatment/placebo: d= 0.28 (95% CI = .12 to .43) p < .01 SST vs. alternative treatment (after trim and fill): d= -0.01 (95% CI = -0.18 to 0.15) Externalizing behaviour: SST vs. no treatment/placebo: d= 0.25 (95% CI= -0.11 to 0.67) ns. SST vs. alternative treatment: d= 0.11 (95% CI= -0.16 to 0.38) ns. Studies with less than 75% males, in residential settings, and for outcomes at a follow-up of 6 months showed significant positive treatment effects</p> <p>Authors' conclusion:</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The lack of (explicitly) reporting about characteristics such as age, ethnicity, follow-up duration, and treatment limited the possibilities for moderator analyses.</p> <p>Only 5 studies reported on externalizing problems or social skills in addition to offending outcomes, which limited the statistical power of moderator analyses including these outcomes</p>

			<p>Control: no treatment, placebo, alternative treatment</p>	<p>SST may be a too generic treatment approach to reduce juvenile delinquency, because dynamic risk factors for juvenile offending are only partially targeted in SST.</p>	<p>Conducting about ten moderator tests per outcome increased the chance of finding a false positive</p>
[25]	<p>de Swart, J. J. W., et al. (2012). "The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis." <i>Children and Youth Services Review</i> 34(9): 1818-1824.</p>	<p>Aim: To examine the effectiveness of institutional youth care over the past three decades.</p> <p>Outcomes: Delinquency Behaviour problems</p>	<p>K = 27 (1987-2009)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: total n 17 038. 25 % of the studies included only boys, 75 % mixed gender samples. Mean age range 8.5–20.2 years. .</p> <p>Location: 70 % North America, 30 % western Europe.</p> <p>Interventions: Institutional EBT eg. structured and manual-guided treatment based on empirical evidence compared to 1)Regular group care (CAU), 2)non institutional EBT and 3) non institutional CAU</p>	<p>Results: Only comparison EBT vs. institutional care as usual yield a significant effect: $d = .337$, $p < .001$. (95% CI= 0.138 to 0.537)</p> <p>Moderator analyses showed that cognitive behaviour therapy had a significant and medium effect $d = .520$, $p < .001$ (95% CI= 0.281 to 0.759) $k= 10$ whereas (social) skills training $d = 0.02$ (-0.25 to 0.29), $k= 8$, and care as usual $d = -0.18$ (-0.43 to 0.06) $k=9$ showed no effect.</p> <p>Age, gender, type of outcome measure and study design characteristics did not influence the results.</p> <p>Authors' conclusion Institutional care can be equally effective as non-institutional care. It is more promising to provide youth with EBT during their stay in the institution.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Not all studies in the meta-analysis were of moderate quality. The overall effect size for CBT was based on a heterogeneous set of effect sizes.</p>
[26]	<p>Brännström, L., et al. (2016). "Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behav-</p>	<p>Aim: To examine the effect of ART on antisocial behaviour in young people and adults.</p> <p>Outcomes:</p>	<p>K = 16 (12 of youths, 4 adults) (1987-2014)</p> <p>Design: 10 RCT, 6 CCT</p> <p>Participants: total n 5172 (of which 1 790 youths). 8 studies only included men, 7</p>	<p>Results: Looking at each individual study, the results indicate positive effects of ART, both on recidivism and on the secondary outcomes. However, the majority of studies suffer from rather extensive flaws which greatly limit our ability to draw generalizable conclusions. The included</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (8) Intressekonflikter ej angivna.</p> <p>Authors comment on strengths of evidence:</p>

	<p>our in adolescents and adults: A systematic review." Aggression and Violent Behaviour 27: 30-41.</p>	<p>Recidivism in antisocial behaviour Secondary outcomes: social skills and anger management, moral reasoning.</p>	<p>mixed gender sample and 1 only females. Age range 12-18 years</p> <p>Location: USA (k 9), Norway (k 1), Australia (k 1), Russia (k1)</p> <p>Intervention: ART</p> <p>Control: TAU, no treatment, no-ART, parts of ART, other therapy etc.</p>	<p>studies showed substantive clinical and methodological diversity, the overall methodological quality of the studies was poor, and the post-intervention follow-up was generally limited. Almost half of the studies were conducted by researchers who have vested interests in the intervention.</p> <p>Authors' conclusion There is an insufficient evidence-base to substantiate the hypothesis that ART has a positive impact on recidivism, self-control, social skills or moral development in adolescents and adults.</p>	<p>The reported effects of ART on primary and secondary outcomes varied, and the high risk of bias in the included studies means that any result should be interpreted with considerable caution.</p>
[27]	<p>Petrosino, A., et al. (2013). "Scared Straight' and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency." The Cochrane Database Of Systematic Reviews(4): CD002796.</p>	<p>Aim: To assess the effects of programs comprising organized visits to prisons by juvenile delinquents or pre-delinquents, aimed at deterring them from delinquency.</p> <p>Outcome: Subsequent offending behaviour, as measured by such indices as arrests, convictions, contacts with police or self-reported offenses.</p>	<p>K = 9 (1967-1992)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n= 946, % male NR (only one study included girls) age range 15-17 years,</p> <p>Location: USA</p> <p>Intervention: Awareness programs, i.e. programs comprising organized visits to prisons of juvenile delinquents</p> <p>Control: no treatment</p>	<p>Results: Meta-analyses of seven studies show the intervention to be more harmful than doing nothing. The OR (fixed-effect) for effects on first post-treatment effect on officially measured criminal behaviour indicated a negative program effect: OR= 1.68 (95% CI= 1.20 - 2.36) and nearly identical regardless of the meta-analytic strategy: random-effects OR= 1.72 (95% CI= 1.13 to 2.62).</p> <p>Sensitivity analyses (random-effects) showed the findings were robust even when removing one study with an inadequate randomization strategy: OR= 1.47 (95% CI= 1.03 to 2.11), or when removing one study with high attrition: OR= 1.96 (95% CI= 1.25 to 3.08), or both: OR= 1.68 (95% CI= 1.10 to 2.58).</p> <p>Authors' conclusion:</p>	<p>Quality of evidence: Nine randomized trials were included in the review; only randomized trials, if implemented with good fidelity, produce statistically unbiased effects. However, the nine studies were not exemplars of trial quality. These were small studies, with very few providing convincing evidence that they reduced bias threats as measured by the Cochrane 'Risk of bias' tool. In fact, for some of the bias threats, the trials were rated with a great deal of uncertainty due to the lack of descriptive data in the report. However, three sensitivity analyses were conducted, the first dropping the study that experienced the greatest threat of bias due to randomization compromise, the second study that lost a considerable number of participants post-randomization and the third dropping them both. The effect</p>

				<p>We conclude that programs such as 'Scared Straight' increase delinquency relative to doing nothing at all to similar youths. Given these results, we cannot recommend this program as a crime prevention strategy. Agencies that permit such programs, therefore, must rigorously evaluate them, to ensure that they do not cause more harm than good to the very citizens they pledge to protect.</p>	<p>sizes remained stable in all three analyses, indicating that the negative effect for Scared Straight and other juvenile awareness findings is robust.</p>
--	--	--	--	---	--

UTKAS

Bilaga 2 Överlappningar av primärstudier

I tabellerna redovisas primärstudier som återfinns i minst tre översikter om föräldraskapsstödsprogram (A) och strukturerad familjebehandling (B)

Primärstudie	Översikter A
Schuhmann E. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trail with short-term maintenance.	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group.	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017, Battagliese 2015

Primärstudie	Översikter B
Alexander J. (1973). Short-term behavioural intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Hartnett 2017
Barnoski R. (2004). Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Borduin C. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Borduin C. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017, McCart 2016
Borduin C. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity.	Baldwin 2012, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Brown T. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at post-treatment and 6-month follow-up.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Dopp 2017
Butler S. (2011-2012). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders.	von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Chamberlain P. (1998). Comparison of two community alternative to incarceration for chronic juvenile offenders.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2018
Dennis M. (2004). I The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Henggeler S. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (1993). Family preservation using multisystemic therapy: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017

Henggeler S. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Letourneau E. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Leve L. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2018
Liddle H. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Liddle H. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive behavior therapy.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Liddle H. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Löfholm C. (2009). Multisystemic therapy with conduct-disordered young people: Stability of treatment outcomes two years after intake.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Mayfield J. (2011). Multisystemic therapy outcomes in an evidence-based practice pilot.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Ogden T. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Ogden T. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake.	von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Sawyer A. (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders.	von Sydow 2013, Dopp 2017, SBU 2020
Schaeffer C. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Sexton T. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting	von Sydow 2013, Hartnett 2017, Dopp 2017
Sundell K. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Timmons-Mitchell J. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Waldron H. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Hartnett 2017
Weiss B. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with noncourt-referred adolescents with serious conduct problems.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020

Bilaga 3 Sökdokumentation

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: EBSCO¹⁸ Datum: 2020-03-05
 Ämne: Insatser inom socialtjänst för att motverka normbrytande beteende och kriminalitet hos barn & unga
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet har föräldraskapsstödprogram för barn 6-11 år?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR SU (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*)	1329433
2.	DE	DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Predelinquent Youth" OR DE "Conduct Disorder" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Externalizing Symptoms" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Antisocial Behavior" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Aggressive Behavior" OR DE "Oppositional Defiant Disorder" OR DE "Disruptive Behavior Disorders" OR DE "Behavior Problems"	110491
3.	FT	TI (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR "criminal behavio*" OR "deviant behavio*" OR "defiant behavio*" OR "oppositional behavio*" OR "violent behavio*" OR "violent child*" OR "physical abuse" OR abuser* OR "Antisocial behavio*" OR "delinquent behavio*" OR "externalizing behavio*" OR "externalizing symptom*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavio*" OR aggression OR "aggressive behavio*" OR "behavior disorder*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavio*") OR AB (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR "criminal behavio*" OR "deviant behavio*" OR "defiant behavio*" OR "oppositional behavio*" OR "violent behavio*" OR "violent child*" OR "physical abuse" OR abuser* OR "Antisocial behavio*" OR "delinquent behavio*" OR "externalizing behavio*" OR "externalizing symptom*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavio*" OR aggression OR "aggressive behavio*" OR "behavior disorder*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavio*")	141634
4.		2 OR 3	189675
5.	DE	DE "Family Intervention" OR DE "Family Therapy" OR DE "Parental Role" OR DE "Parent Training" OR DE "Parental Involvement"	45361
6.	FT	TI ("Parent management" OR "parent training" OR "parental training" OR "parent skills training" OR	34880

¹⁸ Sökningen gjordes även i ett antal andra databaser med anpassning till databasernas indexering och gränssnitt. Medline och SocIndex - båda via databasplattformen EBSCO. Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection – samtliga via databasplattformen ProQuest.

	"parenting skill*" OR "parent behavioral training" OR "family-based intervention*" OR "parent-based intervention*" OR "family therapy" OR "family intervention*" OR "supportive emotion-related parenting" OR "supportive parenting" OR "parental support" OR "parental involvement" OR "parent involvement" OR "parenting support" OR "parenting program*" OR "parent program*" OR "parenting intervention*" OR "Parent-Child Interaction Therapy" OR "Family Check-Up" OR "Rational Positive Parenting program" OR "incredible Years" OR "Triple P-positive parenting program" OR "Training Oregon" OR "Chicago Parent Program" OR ((Connect OR Cope OR Comet) AND program*)) OR AB ("Parent management" OR "parent training" OR "parental training" OR "parent skills training" OR "parenting skill*" OR "parent behavioral training" OR "family-based intervention*" OR "parent-based intervention*" OR "family therapy" OR "family intervention*" OR "supportive emotion-related parenting" OR "supportive parenting" OR "parental support" OR "parental involvement" OR "parent involvement" OR "parenting support" OR "parenting program*" OR "parent program*" OR "Parent-Child Interaction Therapy" OR "Family Check-Up" OR "Rational Positive Parenting program" OR "incredible Years" OR "Triple P-positive parenting program" OR "Training Oregon" OR "Chicago Parent Program" OR ((Connect OR Cope OR Comet) AND program*))	
7.	5 OR 6	60831
8.	1 AND 4 AND 7 Year of Publication: 2000-2020	4488
9.	FT TI ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR AB ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR SU ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") Year of Publication: 2000-2020	78364
10.	8 AND 9 Academic Journals, English	115

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO¹⁹ Datum: 2020-02-26
 Ämne: Insatser inom socialtjänst för att motverka normbrytande beteende och kriminalitet hos barn & unga
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet, har psykosociala insatser för barn 6-11 år?
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och återfall i kriminalitet, har psykosociala insatser för ungdomar 12-18 år?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR SU (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*)	1330070
2.	DE	DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Predelinquent Youth" OR DE "Female Delinquency" OR DE "Male Delinquency" OR DE "Conduct Disorder" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Externalizing Symptoms" OR DE "Juvenile Gangs" OR DE "Juvenile Justice" OR DE "Criminal Offenders" OR DE "Female Criminal Offenders" OR DE "Male Criminal Offenders" OR DE "Mentally Ill Offenders" OR DE "Perpetrators" OR DE "Crime" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Antisocial Behavior" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Violent Crime" OR DE "Violence" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Oppositional Defiant Disorder" OR DE "Disruptive Behavior Disorders" OR DE "Behavior Problems"	153526
3.	FT	TI (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR perpetrator* OR criminal* OR procriminal* OR pro-criminal* OR offender* OR offending OR convict* OR ex-convict* OR adjudicated OR deviant OR gang OR gangs OR detention* OR detained OR violent OR violence OR "physical abuse" OR abuser* OR lawbreaker* OR "justice-involved" OR "Antisocial behavio**" OR "delinquent behavio**" OR "externalizing behavio**" OR "conduct problem**" OR "conduct disorder**" OR "disruptive behavio**" OR "behavior problem**" OR "challenging behavior**") OR AB (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR perpetrator* OR criminal* OR procriminal* OR pro-criminal* OR offender* OR offending OR convict* OR ex-convict* OR adjudicated OR deviant OR gang OR gangs OR detention* OR detained OR violent OR violence OR "physical abuse" OR abuser* OR lawbreaker* OR "justice-involved" OR "Antisocial behavio**" OR "delinquent behavio**" OR "externalizing behavio**" OR "conduct problem**" OR "conduct disorder**" OR "disruptive behavio**" OR "behavior problem**" OR "challenging behavior**")	235207
4.		2 OR 3	280710
5.	DE	DE "Family Therapy" OR DE "Strategic Family Therapy" OR DE "Structural Family Therapy" OR DE "Family Intervention" OR DE "Multisystemic Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE	180986

¹⁹ Sökningen gjordes även i ett antal andra databaser med anpassning till databasernas indexering och gränssnitt. Medline och SocIndex - båda via databasplattformen EBSCO. Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection – samtliga via databasplattformen ProQuest, samt en svensk databas SwePub.

		<p>"Social Group Work" OR DE "Outreach Programs" OR DE "Counseling" OR DE "Community Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rehabilitation Counseling" OR DE "Life Coaching" OR DE "Network Therapy" OR DE "Self-Help Techniques" OR DE "Social Support" OR DE "Institutionalization" OR DE "Institution Visitation" OR DE "Correctional Institutions" OR DE "Reformatories" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Institutional Schools" OR DE "Socialization" OR DE "Reintegration"</p> <p>TI (Treatment OR therapy OR therapies OR intervention* OR program* OR prevention OR family-based OR family OR parents OR parenting OR parental OR evidence-based OR individual-based OR group-based OR individualised OR individualized OR "community care" OR "juvenile care" OR "Institutional care" OR "residential care" OR "residential youth care" OR "residential faciliti**" OR "residential treatment" OR "residential center**" OR "group home**" OR "group care" OR "rehabilitation cent**" OR "correction faciliti**" OR "correctional faciliti**" OR "correctional institution**" OR institutionalized OR "outside of family" OR "out of home placement" OR "out of home care OR "time-limited placement" OR placement OR "social casework" OR "social group work" OR counseling OR "social support" OR "social network" OR rehabilitation OR coaching OR counseling OR guidance OR "Early Intervention Prevention Program**" OR "deactivation therapy" OR "Cognitive Behavior**" OR supervision* OR "aftercare program**" OR individual treatment" OR "restorative justice" OR Psychotherapy OR psychosocial* OR "diversion program**" OR "skills training" OR "self-control" OR "peer-support" OR "peer intervention**") OR AB</p>	
6.	FT	<p>("correctional program**" OR "re-entry program**" OR "early prevention" OR "prevention program**" OR "preventive program*" OR "preventive intervention**" OR family-based OR "family therap**" OR "family intervention**" OR evidence-based OR individual-based OR group-based OR individualised OR individualized OR "community care" OR "juvenile care" OR "Institutional care" OR "residential care" OR "residential youth care" OR "residential faciliti**" OR "residential treatment" OR "residential center**" OR "group home**" OR "group care" OR "rehabilitation cent**" OR "correction facility" OR "correction facilities" OR "correctional faciliti**" OR "correctional institution**" OR institutionalized OR "outside of family" OR "out of home placement" OR "out of home care OR "time-limited placement" OR "social casework" OR "social group work" OR counseling OR "social support" OR "social network" OR rehabilitation OR coaching OR guidance OR "Early Intervention Prevention Program**" OR "deactivation therapy" OR "Cognitive Behavior**" OR supervision* OR "family therapy" OR "family treatment" OR "aftercare program**" OR individual treatment" OR "restorative justice" OR Psychotherapy OR psychosocial intervention* OR "diversion program**" OR "skills training" OR "self-control" OR "peer-support" OR "peer intervention**")</p>	818749
7.	FT	<p>TI ("Multisystemic therapy" OR "Multi-systemic therapy" OR "Functional family therapy" OR "Brief Strategic Family Therapy" OR "Multi-Dimensional</p>	12614

		Family therapy" OR "Treatment Foster care" OR "Skills Training" OR "Aggression Replacement Training" OR "Gang Resistance Education and Training" (GREAT) OR "Perry Preschool Project" OR "Restorative justice (RJ) program*" OR "restorative justice program" OR "Family connection program*" OR EQUIP OR "Mode Deactivation Therapy" (MDT)) OR AB ("Multisystemic therapy" OR "Multi-systemic therapy" OR "Functional family therapy" OR "Brief Strategic Family Therapy" OR "Multidimensional Family therapy" OR "Treatment Foster care" OR "Skills Training" OR "Aggression Replacement Training" OR "Gang Resistance Education and Training" (GREAT) OR "Perry Preschool Project" OR "Restorative justice (RJ) program*" OR "restorative justice program" OR "Family Connection program*" OR EQUIP OR "Mode Deactivation Therapy" (MDT))	
8.		6 OR 7 OR 8	892650
Psykosociala insatser för unga 12-18 år			
9.	DE	DE "Incarceration" OR DE "Crime" OR DE "Criminal Conviction" OR DE "Legal Arrest" OR DE "Prisons" OR DE "Prisoners" OR DE "Recidivism" TI (Recidivism OR incarceration OR incarcerate* OR reincarcerat* OR re-incarcerat* OR custodial OR reoffending OR reoffender* OR reconviction* OR recurrence* OR re-entry OR reentry OR reintegration OR re-integration OR criminal* OR prison* OR jail* OR imprisoned OR "criminal history" OR reoccurrence OR rearrest* OR re-arrest* OR arrest*) OR AB (46229
10.	FT	Recidivism OR incarceration OR incarcerate* OR reincarcerat* OR re-incarcerat* OR custodial OR reoffending OR reoffender* OR reconviction* OR recurrence* OR re-entry OR reentry OR reintegration OR re-integration OR criminal* OR prison* OR jail* OR imprisoned OR "criminal history" OR reoccurrence OR rearrest* OR re-arrest* OR arrest*)	98459
11.		9 OR 10	112426
12.		1 AND 4 AND 8 AND 11	8163
13.	FT	TI ("sex offend*" OR sexual* OR "domestic violence" OR "intimate partner violence" OR depression OR anxiety OR "School-based" OR "school setting*" OR "classroom-based" OR "dating violence" OR "political violence" OR pharmacological OR HIV)	250818
14.		12 NOT 13	7263
15.	FT	TI ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR AB ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR SU ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*")	108526
16.	FT	14 AND 15 Year of Publication: 2008-2020; English, Academic Journals	86
Psykosociala insatser för barn 6-11 år			
17.	FT	TI (outcome* OR crime* OR criminal OR effectiveness OR delinquency OR delinquent OR conviction* offending) OR AB (crime* OR "criminal behavio*" OR outcome* OR "effect size" OR delinquency OR delinquent OR conviction* OR offending)	404066
18.		1 AND 4 AND 8 AND 17	12456

Year of Publication: 2000-2020

19.	18 NOT 13	10894
20.	15 AND 19 English, Academic Journals	347

SocIndex, PsycInfo, Medline

21.	TI ("Adolescent diversion project" OR "Better Futures Program" OR "Families and Schools together" OR "Juvenile Breaking the Cycle" OR "Positive Action" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program") OR AB ("Adolescent diversion project" OR "Better Futures Program" OR "Families and Schools together" OR "Juvenile Breaking the Cycle" OR KEEP OR "Positive Action" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR SNAP OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program")n" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR SNAP OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program")	99157
22.	1 AND 3 AND 15 AND 21 Year of Publication: 2000-2020	8

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])
- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term
**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

UTKAST



3 Yttrande Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030

Beslut

Socialnämnden godkänner yttrande gällande Strategi för psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030.

Sammanfattning

Region Stockholm begärt yttrande från Botkyrka kommun gällande förslag till strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa.

Strategin gäller för alla nämnder och bolag inom Region Stockholm, och har som målsättning att invånare i Stockholmsregionen ska kunna upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt psykiska välbefinnande i olika vardagsmiljöer under hela livsförloppet. Nämnder och bolag ska utveckla tillvägagångssätt som riktas till individer, vardagsmiljöer, närsamhällen och till styrande nivå.

Socialnämnden tillstyrker Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa

**Referens**

Merith Fröberg
merith.froberg@botkyrka.se

Mottagare

Socialnämnden
Kommunstyrelsen

Yttrande Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner yttrande gällande Strategi för psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030.

Sammanfattning

Region Stockholm begärt yttrande från Botkyrka kommun gällande förslag till strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa.

Strategin gäller för alla nämnder och bolag inom Region Stockholm, och har som målsättning att invånare i Stockholmsregionen ska kunna upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt psykiska välbefinnande i olika vardagsmiljöer under hela livsförloppet. Nämnder och bolag ska utveckla tillvägagångssätt som riktas till individer, vardagsmiljöer, närsamhällen och till styrande nivå.

Socialnämnden tillstyrker Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa

Ärendet

Region Stockholm begärt yttrande från Botkyrka kommun gällande förslag till strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa. Kommunstyrelsen har delegerat ärendet till



socialnämnden. Yttranden ska vara Region Stockholm till handa den 17 juni 2021.

Strategin

Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa gäller för Region Stockholm som koncern under perioden 2022 – 2030, och tydliggör nämnders och bolags enskilda och gemensamma ansvar inom området främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa.

Strategin utgår ifrån den begreppsmodell för psykisk hälsa som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har utvecklat tillsammans med andra myndigheter och Världshälsoorganisationens definition av psykisk hälsa som *ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i.*



Bild 1: Begreppsmodell inom området psykisk hälsa

Strategin har två huvudinriktningar; den ska dels främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande, dels förebygga psykisk ohälsa.

Den proaktiva huvudinriktningen, att främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande, har som målsättning att utveckla psykologiska och sociala förmågor som är kopplade till psykiskt välbefinnande. Att kunna hantera olika påfrestningar, att kunna fatta beslut, att kunna lära sig saker och att kunna sätta upp mål är exempel på sådana förmågor. Den reaktiva



huvudinriktningen, att förebygga psykisk ohälsa, har som målsättning att minska symtom på psykisk ohälsa.

Strategins övergripande målsättning är att Region Stockholms nämnder och bolag ska erbjuda *bästa möjliga och jämlika förutsättningar för att barn, unga, vuxna och äldre i Stockholmsregionen ska kunna upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt psykiska välbefinnande i olika vardagsmiljöer under hela livsförloppet.*

Strategin innebär att nämnder och bolag inom regionen utvecklar tillvägagångssätt som riktas till individer, vardagssituationer, närsamhällen och till styrande nivå. På individnivå kan till exempel kunskapshöjande insatser genomföras för att utveckla psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande och resiliens för psykisk ohälsa. På vardagsnivå handlar det om att utveckla hälsofrämjande miljöer inom till exempel hälso- och sjukvården och resenärsmiljöer, samt att erbjuda sakkunskap till andra aktörer för att möjliggöra för dem att utveckla vardagsmiljön. Arbete med att stärka närsamhälles och bostadsområdets kraft inriktas bland annat på dialog med och förankring hos idéburen sektor och civilsamhället, stadsdelar och kommuner. På den styrande nivån ska en hälsofrämjande politik och strategisk resursfördelning inom alla sektorer bidra till strategins mål.

Strategin ska bland annat säkerställa att psykisk hälsa prioriteras och beaktas i alla relevanta beslut om budget och verksamhet inom alla nämnden och bolag inom regionen, och stärka förutsättningarna för att beslut vilar på bästa möjliga vetenskapliga grund och beprövad erfarenhet.

Botkyrka kommuns synpunkter

Socialnämnden har tagit del av förslag till Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa, och lämnar följande synpunkter.

Positivt att lyfta fram främjande arbete

En av strategins två huvudinriktningar är att främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande. I strategin beskrivs psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande som en rad psykologiska och sociala förmågor som ger människor möjlighet att fungera väl, kunna upprätthålla goda relationer med andra människor, att kunna balansera positiva och negativa känslor och att kunna känna meningsfullhet, lycka och tillfredsställelse med livet. När individen kan stärka och utveckla dessa förmågor främjas hens psykiska



hälsa och välbefinnande, och strategin rekommenderar flera tillvägagångssätt för att åstadkomma detta.

Psykisk ohälsa orsakar stort lidande för individen och hennes anhöriga, och har negativ påverkan även på samhällsnivå. Botkyrka kommun ställer sig därför positiv till att till att strategin på ett tydligt sätt betonar betydelsen av att verka proaktivt och främjande.

En mångfald av angreppssätt

Det helhetsgrepp som strategin tar om området psykisk hälsa genom att rikta sig till såväl individnivå och individens vardagsmiljöer som närsamhälle och styrande nivå skapar förutsättningar för att få brett genomslag för arbetet. Att enbart arbeta med frågan på en eller ett par av dessa vore inte tillräckligt, då psykisk hälsa både påverkar och påverkas av alla de sammanhang som individen berörs av.

Harmonierar med befintliga styrdokument

Regional utvecklingsplan för Stockholm, RUFS 2050, uttrycker regionens samlade vilja och fungerar som en gemensam plattform för regionens aktörer och för samverkan inom Stockholms län och länen i östra Mellansverige. I planen anges mål och delmål som bland annat handlar om god livsmiljö, jämställdhet, jämlikhet, inkludering, tillväxt, ekologisk hållbarhet och resiliens. Förevarande strategi synliggör på ett tydligt sätt hur samtliga mål i RUFS 2050 både påverkar och påverkas av medborgares psykiska hälsa och välbefinnande. Strategin tydliggör också hur psykisk hälsa hänger samman med målen Region Stockholms budget och andra styrdokument.

Det är av stor betydelse både att regionala styrdokument harmonierar med varandra och att kopplingen mellan dem klargörs för att uppnå en effektiv styrning av regionens utveckling. Det är också positivt att strategin synliggör att psykisk hälsa har en direkt påverkan även på områden som ofta inte förknippas med psykisk hälsa, och därmed behöver vara beaktas inom alla verksamhetsområden.

Integrering i all verksamhet

En effekt av ovanstående är betoningen på att strategins områden behöver införlivas i all verksamhet, och ska integreras i alla relevanta beslut inom koncernen. Samtliga nämnder och bolag ska, inom ramen för sina respektive uppdrag, utveckla tillvägagångssätt för att främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande och förebygga psykisk ohälsa riktade till individer,



vardagsmiljöer, närsamhällen och till styrande nivå. För att kunna uppnå målbilden betonas också betydelsen av att ha ett helhetsperspektiv och att samverka med kommuner, idéburen sektor och näringsliv.

Strategins målbild berör hela samhället och aktörer inom regionen. Botkyrka kommun instämmer i att främjande av psykisk hälsa och välbefinnande behöver integreras i all verksamhet och beslut, och att aktörer från alla delar av samhället behöver samverka för att uppnå strategins målbild.

Barnperspektivet kan förstärkas

Den psykiska ohälsan ökar i hela samhället. Det finns emellertid anledning att särskilt uppmärksamma psykisk ohälsa bland barn och unga, och betydelsen av att vända trenden. Det är förvisso positivt att strategin betonar att alla ska ha jämlika förutsättningar för att ha jämlika förutsättningar för att utveckla förmågor som främjar psykisk hälsa och jämlik tillgång till god vård. I strategin påpekas att barn- och ungdomstiden *är en viktig period för utveckling av dessa förmågor [som främjar psykisk hälsa och resiliens]*. Att verka särskilt för barns och ungas psykiska hälsa medför därmed både att den främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande idag och en investering i framtiden genom att barn och unga som har förmågor som fungerar som skyddsfaktorer för psykisk ohälsa både mår bättre själva och har bättre förutsättningar för att föra dessa vidare till kommande generationer.

En satsning på barns och ungas psykiska hälsa får emellertid inte innebära en försämring av vuxnas och äldres förutsättningar för att utveckla de förmågor som främjar psykisk hälsa och välbefinnande och tillgång till god och effektiv vård.

Anhörigperspektivet saknas

I Sverige finns ungefär 1,3 miljoner vuxna anhöriga som dagligen hjälper sina närstående i olika utsträckning. En tredjedel av dem uppger sig känna av psykiska besvär som oro och/eller nedstämdhet kopplat till sitt omsorgsansvar, och det är tjugo gånger vanligare med psykiska besvär hos anhöriga än resten av befolkningen.

Det finns anledning att särskilt lyfta fram gruppen anhöriga då målgruppens behov kan omfatta både individuellt stöd för den psykiska hälsan och konkret stöd i form av avlastning för en hälsofrämjande vardagsmiljö. Att arbeta med att främja psykisk hälsa och välbefinnande och förebygga psykisk ohälsa hos anhöriga kan bidra till att minska målgruppens behov av



hälso- och sjukvård – vilket i sin tur kan bidra till ett minskat behov av biståndsbedömda insatser för dem de vårdar.

Tillgång till psykosocial kompetens

För barn och ungdom finns tillgång till psykosocialt stöd via bland annat psykolog och kurator i form av elevhälsovård och ungdomsmottagning. För vuxna motsvaras detta av vårdcentral. Relationen mellan hälsa och ohälsa är komplex och det är nödvändigt att komplettera det biologiska/medicinska perspektivet med det psykosociala, varför det systemteoretiska perspektivet tydligare behöver lyftas fram i strategin.

Barnkonsekvensanalys

Strategin tydliggör att strategin omfattar alla medborgare i regionen – barn, unga, vuxna och äldre. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga är emellertid särskilt oroande, och väntetiden för specialiserad vård är och har under en längre period varit lång. Det finns därför anledning att särskilt lyfta fram dessa gruppers behov av tillgång till både vård och främjande insatser.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Bilagor

Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande och förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030.

Expedieras till:

Kommunstyrelsen
Region Stockholm

Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030

Gäller för Region Stockholm

Dokumenttyp

Fastställd

Giltig till och med

Dokumentnummer

Fastställd av

Upprättad av

Informationssäkerhetsklass

1. Inledning	3
1.1 Syfte	3
2. Tillämpning	4
3. Psykisk hälsa är en grundläggande förutsättning för nämnder och bolag att nå sina mål	4
3.1 Två huvudinriktningar	6
4. Målbild	7
5. Strategins angreppssätt	8
5.1 Psykisk hälsa genomsyrar mål, delmål och målområden	9
6. Gemensamma utgångspunkter	11
6.1 Vägledande principer	11
6.2 Långsiktig ekonomisk uthållighet	11
6.3 Lärande och utveckling på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet	11
7. Uppdrag avgör tillvägagångssätt	12
7.1 Rekommenderade tillvägagångssätt	12
Individnivå: Utveckla psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande och resiliens	12
Vardagsmiljö: Utveckla hälsofrämjande miljöer	13
Närsamhälle: Stärka närsamhällens och bostadsområdets kraft	13
Styrande nivå: Utveckla hälsofrämjande politik och strategisk resursfördelning inom alla sektorer	14
8. Implementering och uppföljning	14

1. Inledning

Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa gäller för Region Stockholm som koncern under perioden 2022-2030 (i dokumentet används begreppet Strategin). Strategin utgår från Världshälsoorganisationens definition av psykisk hälsa och fokuserar på att utveckla förutsättningarna för psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande i barns, ungas, vuxnas och äldres vardagsmiljöer. När psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande stärks byggs växtkraft hos alla som bor, verkar eller vistas i Stockholmsregionen.

Strategin vilar på Region Stockholms värderingar och står i nära samspel med andra relevanta styrande dokument¹. Den tydliggör nämnders och bolags enskilda och gemensamma ansvar inom strategins område. När Region Stockholms nämnder och bolag integrerar psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande i budget och i verksamhetens planering och genomförande etableras bästa möjliga förutsättningar för att uppnå strategins målbild. Samtidigt bidrar strategin till att nämnder och bolag uppnår sina mål och till social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. Genom nämnder och bolags aktiva arbete inom området kan Region Stockholms vision om *"en attraktiv hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut"* förverkligas.

Region Stockholms nämnder och bolag ska bidra till Stockholmsregionens gemensamma vision om att bli *"Europas mest attraktiva region"* (Regional Utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF5 2050). Ansvaret för Stockholmsregionens utveckling beskrivs i RUF5 på följande sätt: *"Eftersom ingen enskild aktör har rådighet över alla de beslut och åtgärder som krävs är framgångsfaktorn att aktörerna samverkar och söker helhetsperspektiv".* Av det följer att *"Ett starkt gemensamt ansvarstagande är avgörande för regionens utveckling. Varje aktör behöver ta ansvar för sin del, men behöver också stödja de gemensamma processerna"*.

1.1 Syfte

Inom strategins område ska strategin:

¹ Exempel på gemensamma styrande dokument inom områdena uppförande/bemötande, hållbarhet, medarbetare och arbetsmiljö, näringslivsutveckling och tillväxt, folkhälsa, forskning/utveckling/ utbildning/innovation som gäller för samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm. Inom hälso- och sjukvårdsområdet dessutom Framtidens Hälso- och Sjukvård 2025.

- säkerställa att psykisk hälsa prioriteras och beaktas i alla relevanta beslut om budget och verksamhet inom samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm
- stärka förutsättningarna för att beslut vilar på bästa möjliga vetenskapliga grund och beprövad erfarenhet
- möta samhällsutmaningar, behov och möjligheter som Region Stockholms nämnder och bolag, kommuner, civilsamhälle och näringsliv uttrycker
- stödja och komplettera Region Stockholms budget och styrande dokument samt RUFSS 2050
- anknyta till nationellt och internationellt antagna rekommendationer och mål inom WHO, OECD, Agenda 2030 med flera

2. Tillämpning

Region Stockholms nämnder och bolag ska beakta strategin i budget samt i planering och genomförande av sin verksamhet. Deras arbete följer det regionala utvecklingsuppdraget. Nämnder och bolag bedömer vilka insatser och arbetssätt som är bäst lämpade inom deras ansvarsområde och avsätter medel för att genomföra det förändringsarbete som behövs.

3. Psykisk hälsa är en grundläggande förutsättning för nämnder och bolag att nå sina mål

Strategins definitioner utgår från den vetenskapligt grundade begreppsmodell som Sveriges Kommuner och Regioner och flera myndigheter utvecklat tillsammans.

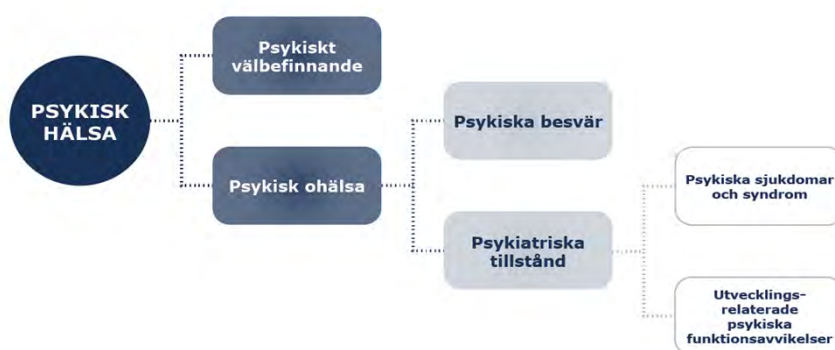


Bild 1: Begrepp inom området psykisk hälsa (från gemensamt PM av Sveriges Kommuner och Regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020)

Världshälsoorganisationen (2004) definierar psykisk hälsa som *“ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i”*.

Definitionen tydliggör betydelsen av förbättrad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande för att nämnder och bolag ska lyckas med sina uppgifter och tillsammans uppnå Region Stockholms vision.

Förenta Nationerna har fastställt psykisk hälsa som en mänsklig rättighet. Det betyder att varje människa ska ha god och jämlik tillgång till bästa möjliga förutsättningar för att kunna uppnå psykisk hälsa. Det kräver att de får sina basala behov tillgodosedda. Viktiga behov är bland annat näringsrik mat, ett tryggt boende, tillgång till stödjande vardagsmiljöer samt någon form av meningsfull sysselsättning.

Begreppen psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är nära sammanlänkade med varandra men åtskilda från begreppet psykisk ohälsa. Psykiskt välbefinnande kan beskrivas som en rad psykologiska och sociala förmågor som ger människor möjlighet att fungera väl, att kunna upprätthålla goda relationer med andra människor, att kunna balansera positiva och negativa känslor och att kunna känna meningsfullhet, lycka och tillfredsställelse med livet. Psykisk ohälsa inbegriper psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som orsakar lidande och försvarar för personer att kunna förverkliga sina egna möjligheter under kortare eller längre tid.

De psykologiska och sociala förmågorna inbegriper:

- att kunna navigera i och hantera olika möjligheter och hinder som kan uppstå i vardagen
- att kunna hantera olika påfrestningar
- att kunna fatta beslut
- att kunna se sina egna möjligheter och tillkortakommanden
- att kunna sätta upp mål
- att kunna lära sig saker
- att kunna se sitt eget bidrag till samhället

Barn och ungdomstiden är en viktig period för utveckling av dessa förmågor. Med rätt förutsättningar fortsätter utvecklingen under hela livsförloppet. Vardagsmiljöer som erbjuder trygghet, meningsfullhet samt positiva sociala relationer stödjer utveckling av psykologiska och sociala förmågor. Goda och jämlika förutsättningar för utveckling av dessa förmågor lägger grunden för barns, ungas, vuxnas och äldres psykiska hälsa och psykiskt välbefinnande.

Psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är avgörande för individers, familjers, arbetsplatsers, närsamhällens, kommuners, regioners och nationers möjligheter att förverkliga sina mål. En attraktiv, hållbar och växande storstadsregion erbjuder samtidigt bästa möjliga förutsättningar för att psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande hos alla barn, unga, vuxna och äldre ska kunna utvecklas.

3.1 Två huvudinriktningar

Strategin antar två huvudinriktningar:

Främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är en proaktiv huvudinriktning där målet är att utveckla psykologiska och sociala förmågor.

Människor i olika tillstånd, från svår kris till situationer av gott fungerande, kan utveckla dessa förmågor. När de främjas skapas goda förutsättningar för dem att utvecklas både som personer och i sina relationer.

Det sker i barns, ungas, vuxnas och äldres vardagsmiljöer såsom exempelvis förskole-, skol-, studie-, fritids- och arbetssammanhang och i närsamhällen och det vidare samhälle de lever i.

Främjande insatser kan också ge förebyggande effekter på psykisk ohälsa genom att de stärker individers resiliens (motståndskraft).

Förebygga psykisk ohälsa är en reaktiv huvudinriktning där målet är att minska symtom på psykisk ohälsa.

När påfrestningarna upplevs större än förmågan att hantera dem kan symtom på psykisk ohälsa uppkomma. De kan begränsa individers förutsättningar att förverkliga sina möjligheter. Därför behöver resiliens förstärkas och svåra påfrestningar undvikas.

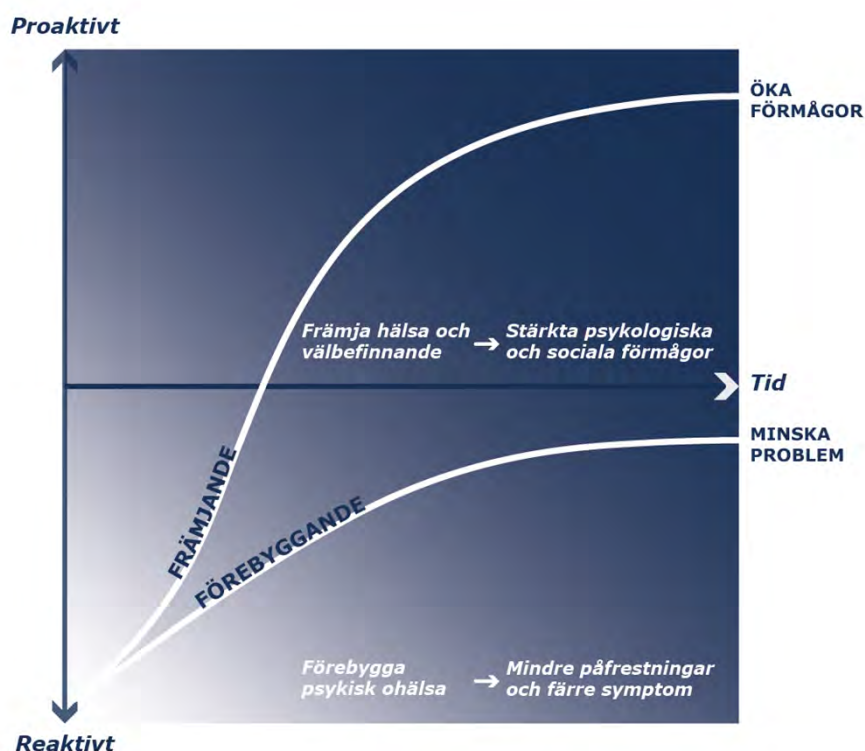


Bild 2: Bilden visar relationen mellan strategins två huvudinriktningar: att främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande samt att förebygga psykisk ohälsa.

De möjligheter nämnder och bolag har att integrera respektive huvudinriktning varierar med deras olika ansvar och verksamhetsområden. Den förebyggande huvudinriktningen har en tydlig överensstämmelse med hälso- och sjukvårds- samt folkhälsoområdenas prioritering på att minska riskfaktorer för psykisk och fysisk ohälsa och sjukdom. Den främjande huvudinriktningens fokus på utveckling av psykologiska och sociala förmågor stärker tydligare möjligheterna för önskade resultat inom andra områden. Exempel på sådana områden är studier, arbetsliv, miljö- och klimatbeteenden, regionplanering och samhällsbyggande samt ekonomisk utveckling.

4. Målbild

Region Stockholms nämnder och bolag erbjuder bästa möjliga och jämlika förutsättningar för att barn, unga, vuxna och äldre i Stockholmsregionen ska kunna upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt psykiska välbefinnande i olika vardagsmiljöer under hela livsförloppet.

Genom att bidra till utveckling av psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande stärker nämnder och bolag möjligheterna att uppnå sina egna verksamhetsmål. Det bidrar till Region Stockholms och Stockholmsregionens visioner och stärker Stockholmsregionens position som motor för utveckling i Sverige och Europa.

5. Strategins angreppssätt

Nämnder och bolag ska integrera strategin i alla relevanta beslut inom de olika uppdrag de ansvarar för. De väljer de tillvägagångssätt som bäst leder till att både strategins målbild och nämnden eller bolagets mål uppnås. Beslut om genomförande utgår från strategins gemensamma utgångspunkter. Nämnder och bolag utvecklar tillvägagångssätt som riktas till individer, vardagsmiljöer, närsamhällen och till styrande nivå. För att stödja de gemensamma processerna mot målbilden behövs ett helhetsperspektiv. Etablerade samverkansformer med kommuner, idéburen sektor och näringsliv används och nya former utvecklas.

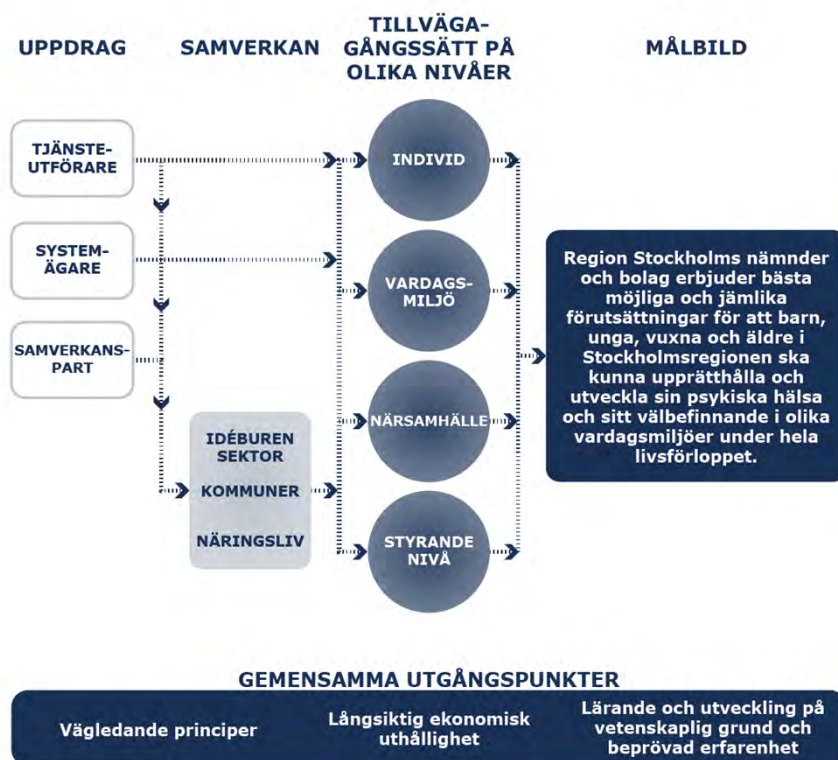


Bild 5: Bilden summerar de överväganden som nämnder och bolag behöver göra för att utveckla bästa möjliga tillvägagångssätt för att bidra till målbilden.

5.1 Psykisk hälsa genomsyrar mål, delmål och målområden

I Region Stockholms budget finns flera mål och målområden och i RUFSS 2050 finns flera mål och delmål som har vetenskapligt grundade ömsesidiga samband med psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande. För att skapa en överblick har mål, delmål och målområden samlats i sex temaområden.

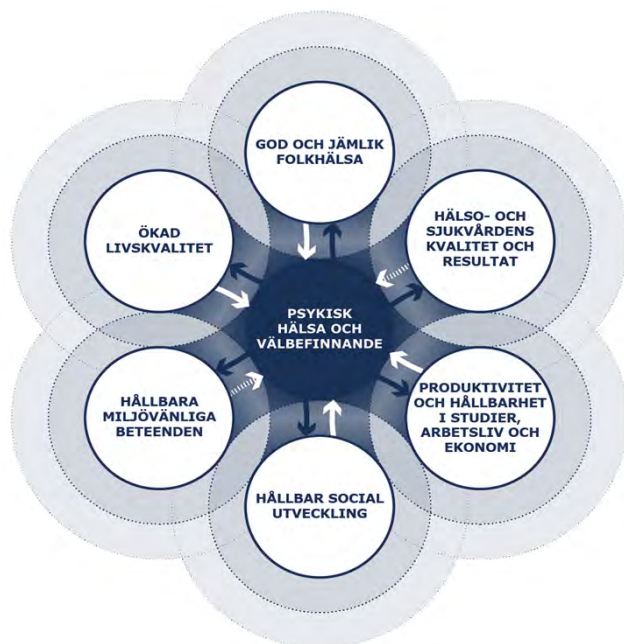


Bild 3: Bilden visar den specifika relation mellan psykisk hälsa och välbefinnande och varje övergripande temaområde. Blå heldragen pil visar en direkt påverkan från psykisk hälsa och välbefinnande på respektive temaområde. En vit heldragen pil visar den omvända riktningen där temaområdet har en påverkan på psykisk hälsa och välbefinnande. Vit streckad pil indikerar att sådan påverkan är indirekt.

En systematisk och detaljerad analys har genomförts av den vetenskapliga grunden för kopplingen mellan psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande samt inriktningsmål, nämndspecifika mål och målområden i Region Stockholms budget. Motsvarande analys är gjord för mål och delmål i RUFSS 2050. Analysen redovisas i nedanstående bild.

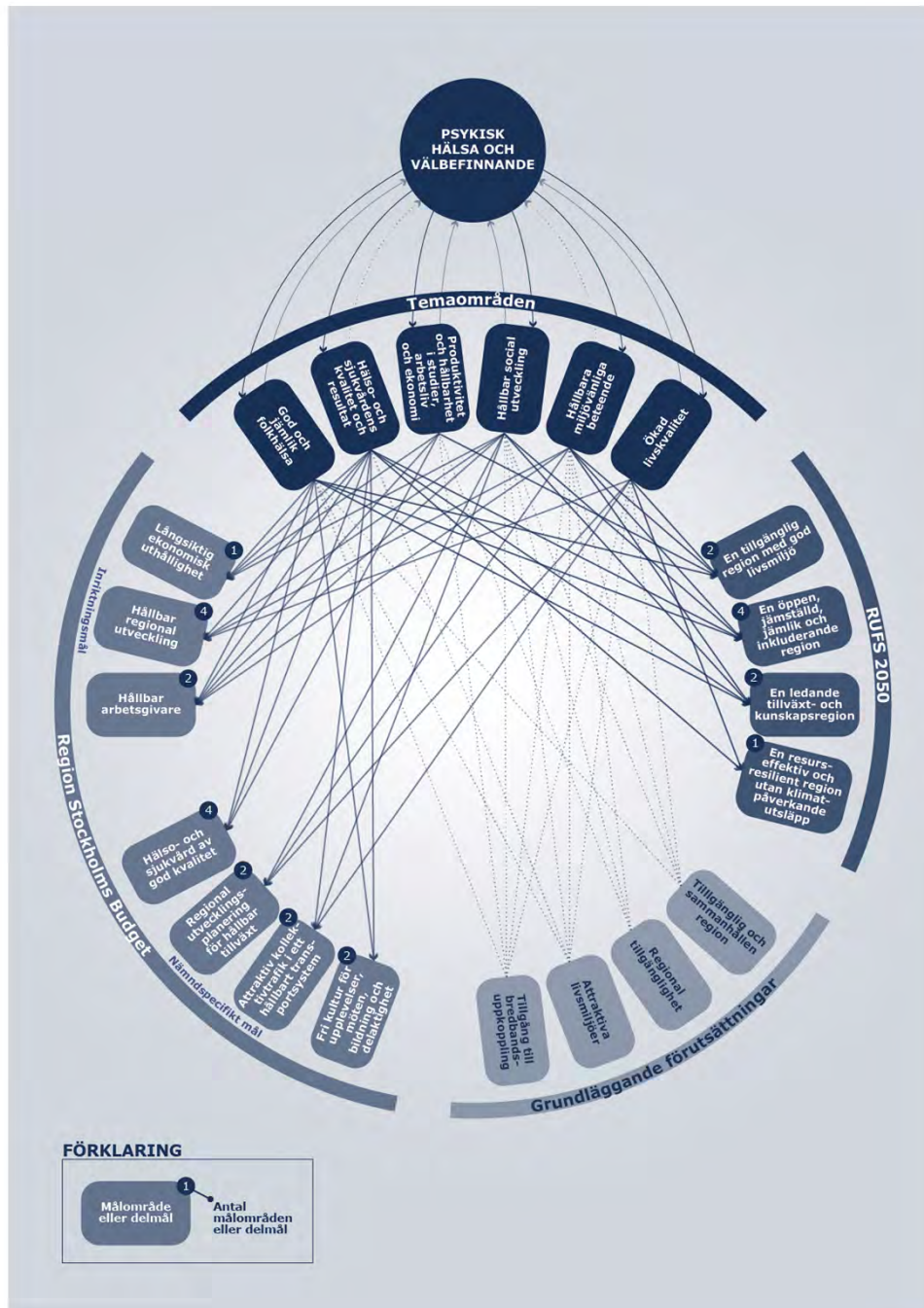


Bild 4: Bilden visar hur psykisk hälsa och välbefinnande påverkar inriktningsmål, nämndspecifika mål och målområden i Region Stockholms budget (till vänster) samt påverkar mål och delmål i RUF 2050 (till höger). Fyra delmål från RUF 2050 (nederst) utgör indirekta men grundläggande förutsättningar för många samband. Heldragna linjer visar direkta samband medan streckade linjer anger indirekta samband.

6. Gemensamma utgångspunkter

6.1 Vägledande principer

De vägledande principerna utgår ifrån och konkretiserar Region Stockholms vision, uppförandekod och andra aktuella styrande dokument inom strategins område. Här ingår också grundläggande mänskliga rättigheter och diskrimineringsgrunder samt barns rättigheter.

Nämnder och bolag beaktar de vägledande principerna när de i beslut och genomförande:

- utgår från den etiska principen om proportionell universalism, det vill säga att insatser ska erbjudas alla människor proportionellt till deras behov och utifrån deras olika förutsättningar
- fokuserar på barn, unga, vuxna och äldre och deras vardagsmiljöer (t.ex. hem-, bostads, fritids-, förskole-, grundskole-, gymnasie-, högre studie-, utbildnings-, arbets-, kollektivtrafik-, närsamhälles-, hälso- och sjukvårds-, kultur-, fritids-, och digitala miljöer)
- inhämtar kunskap om barn, unga, vuxna och äldres behov och utvecklar adekvata former för samskapande med dem
- tar ansvar för sitt eget bidrag till det gemensamma arbetet för att förverkliga strategins målbild och aktivt bidrar till att samhällsaktörer i hela Stockholmsregionen ska kunna utvecklas i samma riktning
- överväger hur samarbete med nationella och internationella aktörer inom strategins område kan bidra till och utvecklas för ett ömsesidigt kunskapsutbyte

6.2 Långsiktig ekonomisk uthållighet

Nämnder och bolag ska grunda sina beslut på ekonomiska konsekvensanalyser som visar positiva och negativa effekter på psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande samt på mål, delmål och målområden inom de sex övergripande temaområdena. De beskriver också förväntade minskade kostnader för olika aktörer. Vid genomförande av insatser följs de faktiska utfallen upp.

6.3 Lärande och utveckling på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet

Nämnder och bolags beslut ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Den hämtas från de olika kunskapsområden som är mest relevanta för respektive nämnd och bolags uppdrag. Beslut om genomförande ska överväga hur utveckling, testande och lärande, innovation och kunskapsutveckling samt implementering och uppskalning kan möjliggöras. Lärande och utveckling på vetenskaplig grund och med beprövad erfarenhet utvecklas genom en aktiv samverkan med olika

lärosäten i Stockholmsregionen och med nationella och internationella aktörer med kompetens inom strategins områden.

7. Uppdrag styr tillvägagångssätt

Nämnder och bolag väljer tillvägagångssätt utifrån deras olika uppdrag som:

Tjänsteutförare	Internt och externt upphandlad tjänsteutförare med invånare som målgrupp
Systemägare	Ägare, beställare, samordnare, bidragsgivare med andra aktörer som målgrupp
Samverkanspart	Region Stockholm som en samlade kraft för Stockholmsregionens utveckling

Region Stockholms nämnder och bolag bör även beakta hur de kan integrera de två huvudinriktningarna i sitt arbetsgivaruppdrag. Arbetet följer de förutsättningar som ges i styrande dokument för arbetsgivaruppdraget (Medarbetarpolicy).

7.1 Rekommenderade tillvägagångssätt

Barn, unga, vuxna och äldre ska erbjudas goda och jämlika förutsättningar för att utveckla psykologiska och sociala förmågor som bidrar till psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande och resiliens, både individuellt, i grupper och närsamhällen och på befolkningsnivå. Nämnders och bolags olika uppdrag och mål ger dem olika förutsättningar för att genomföra de rekommenderade tillvägagångssätten.

Individnivå: Utveckla psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande och resiliens

Mänsklig utveckling främjar verksameters och samhällets hållbara utveckling. Region Stockholms nämnder och bolag har möjlighet att stärka individen i strategins riktning. Kunskapshöjande insatser kan erbjudas genom till exempel utbildning, kommunikationsinsatser eller digitala verktyg som kan ge barn, unga, vuxna och äldre möjlighet att utveckla psykologiska och sociala förmågor.

Dialog och reflektion är exempel på arbetssätt som ger människor möjlighet att utvecklas tillsammans och ta gemensamt ansvar för sig själva och samhället, det gäller såväl för barn, elever och studenter i utbildningssammanhang som för medarbetare och chefer på arbetsplatser. Arbetsgivare i regionen ska erbjuda stöd till medarbetare och chefer för att främja psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande och resiliens. De utgör

centrala förutsättningar för att medarbetare och chefer ska kunna växa och utvecklas i ett hållbart arbetsliv.

Vardagsmiljö: Utveckla hälsofrämjande miljöer

Barns, ungas, vuxnas och äldres vardag längs livsförloppet sker i olika miljöer. En hälsofrämjande miljö kan beskrivas som en plats eller ett socialt sammanhang där människor deltar i vardagliga aktiviteter och där olika faktorer i den fysiska och psykosociala miljön, i organisationen och bland olika personer samspelar.

Region Stockholms nämnder och bolag har i vissa fall ett direkt ansvar för olika miljöer som exempelvis arbetsmiljöer, hälso- och sjukvårdsmiljöer, resenärsmiljöer och vissa utbildnings- och studiemiljöer (till exempel praktikplatser och verksamhetsförlagd utbildning). I dessa fall har nämnder och bolag ett eget ansvar för att säkerställa en hälsofrämjande miljö för psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande.

När andra aktörer i länet har ansvar för vardagsmiljön kan nämnder och bolag vid förfrågan erbjuda sakkunskaps- och utvecklingsstödande insatser för att möjliggöra att vardagsmiljön utvecklas i linje med strategins målbild. Sådana insatser behövs för att utveckla vardagsmiljöer för studier, arbete och fritid för barn, unga, vuxna och äldre.

Inom t.ex. utbildningsområdet och området för högre studier kan Region Stockholm bidra med kunskaps- och utvecklingsmetodik när ansvariga aktörer önskar utveckla sina förskole-, grundskole-, gymnasie- och miljöer för högre studier för att bättre främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Alla arbetsgivare i regionen bör verka för att skapa förutsättningar för hälsofrämjande arbetsplatser som stärker välbefinnande och mänsklig utveckling. Tillsammans kan arbetsgivare lära av varandra i arbetet med att främja mänsklig utveckling och välbefinnande.

Metoder och angreppssätt såsom organisationsutveckling, förändring av den fysiska miljön, utveckling av administration, ledning och styrning samt utveckling av organisationers relationer till sin omvärld används för att utveckla hälsofrämjande miljöer.

Närsamhälle: Stärka närsamhällens och bostadsområdets kraft

Närsamhällen, bostadsområden och fritidsmiljöer behöver främja psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande samt förebygga psykisk ohälsa. För att utveckla denna kraft behöver nämnder och bolag föra dialog och skapa förankring med aktörer inom idéburen sektor och civilsamhälle, stadsdelar, kommuner med flera. Nämnder och bolag kan vid förfrågan erbjuda kunskaps- och utvecklingsstödande insatser i linje med strategins målbild.

Styrande nivå: Utveckla hälsofrämjande politik och strategisk resursfördelning inom alla sektorer

På styrande nivå sker utvecklingen internt inom Region Stockholms nämnder och bolag, i samverkan mellan dem samt i samverkan med kommuner, i kommungemensamma sammanhang och med andra aktörer i länet. Styrande dokument inom alla sektorer, både inom Region Stockholm och externt, behöver integrera perspektivet psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande.

Nämnder och bolag ska genomföra konsekvensanalyser i berednings- och beslutsprocesser i samband med större projekt och reformer så att förutsättningar för att utveckla befolkningens psykiska hälsa och psykiska välbefinnande systematiskt stärks.

Resursfördelning sker internt inom Region Stockholms verksamheter och externt genom avtal, upphandlingar och beställningar genom bidragskriterier som ska integrera strategins två huvudinriktningar. Nya former för ekonomistyrning, såsom utfallskontrakt och modeller för samfinansiering mellan offentliga aktörer, kan vara aktuella.

8. Implementering och uppföljning

Varje nämnd och bolag ansvarar för att ta fram och genomföra de tillvägagångssätt som bäst leder till målbilden inom deras ansvarsområde. De gemensamma utgångspunkterna vägleder valet av tillvägagångssätt.

Utveckling, testning, implementering, uppskalning samt permanentande av nya tillvägagångssätt ges nödvändiga förutsättningar. Kunskap och utvecklingsmetodik erbjuds för att möjliggöra framtagande och genomförande utifrån tillgänglig vetenskapligt grundad kunskap och beprövad erfarenhet.

Uppföljning av arbetet integreras i ordinarie system för rapportering och i enlighet med Region Stockholms modell för integrerad ledning och styrning.



4 Förvaltningschefen informerar.rtf

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

T.f. Socialdirektör Charlotte Lagerkvist informerade om aktuella frågor



4 Samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem (SN 2021:00088)

Det finns inga ärenden att redovisa.



6 Anmälan av delegationsbeslut

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

Delegationsbeslut som anmäls till nämnden.

Alkoholhandläggare

*Beslut enligt 9 kap 17 § alkohollagen
Haserya HB (SN/2021:00197)*



7 Anmälningsärenden

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen

Ärendet

Dessa ärenden anmäls till nämnden:

2020-06-02 Beslut om digitalt sammanträde

Yttrande gällande ansökan om licens på värdeautomater på
Café Corniche Tumba

Lex Sarah rapporter

1766, 1826, 1828, 1832, 1838 och 1851

1823, 1824, 1835, 1845, 1846, 1847 gemensam rapport

§ 81 KS Organisation för Botkyrka kommuns arbete för att
motverka hedersrelaterat våld och förtryck KS/2020:00192

§ 83 KS Firmatecknare 2021 - ändring 2021-05-03 KS/2021:00026

§ 41 KF Årsredovisning 2020 - kommunen KS/2020:00688

§ 42 KF Revisionsberättelse och fråga om ansvarsfrihet för år 2020
KS/2021:00239

§ 45 KF Förutsättningar till nämndernas yttrande till Mål och budget 2022 med
flerårsplan 2023 - 2025 KS/2021:00189