

# Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott

Kunskapsstöd med rekommendationer för  
socialtjänstens arbete med barn 6–17 år

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.  
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också  
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till  
[alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

ISBN	978-91-7555-573-7
Artikelnummer	2021-11-7626
Publicerad	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a> , november 2021

# Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att under åren 2018-2022 främja kompetens, stabilitet och kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården (S2018/00535/FST, S2019/05315/RS). Inom ramen för uppdragen har nu två kunskapsstöd tagits fram till stöd för socialtjänstens arbete med barn och unga med normbrytande beteende.

År 2020 publicerades *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* som ger kunskap om risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende och stöd i bedömningen av barns och ungas risk för fortsatt negativ utveckling.

*Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott* tar vid det föregående kunskapsstödet och ger stöd i arbetet med pojkar och flickor i åldern 6–17 år som enligt socialtjänsten löper hög risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Detta stöd innehåller fem rekommendationer om insatser som socialtjänsten bör erbjuda målgruppen. Rekommendationerna baseras på ett omfattande vetenskapligt underlag och har tagits fram i en strukturerad process i samarbete med externa experter och sakkunniga från praktiken. Kunskapsstödet vägleder också socialtjänsten kring val av insatser för enskilda barn genom att ge stöd i arbetet med att matcha individens risker, behov och mottaglighet med ett kunskapsbaserat behandlingsinnehåll.

Socialstyrelsen riktar ett stort tack till alla experter och sakkunniga som har deltagit i arbetet.

Projektledare har varit utredaren Jenny Jakobsson, övriga medverkande har framförallt varit forskaren Cecilia Andréa Löfholm och utredaren Karin Nordin Jareno. Ansvarig enhetschef har varit Annika Öquist.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Innehåll .....	5
Sammanfattning .....	7
Inledning.....	9
Principer för socialtjänstens arbete med insatser .....	10
Om detta kunskapsstöd .....	11
Begrepp och förkortningar .....	13
1. Utgångspunkter i kunskapsstödet .....	15
Målgruppen i kunskapsstödet .....	15
RBM-modellen .....	18
Verksamma insatser .....	20
2. Stöd i handläggningsprocessen.....	23
Arbetet utgår från en risk- och behovsbedömning .....	24
Planera insatser.....	25
Utforma uppdrag .....	40
Planera för samverkan och samordning .....	42
Följa upp .....	44
3. Rekommendationer om insatser .....	46
Föräldraskapsstöd (6–11 år).....	48
Färdighetsträningsprogram (6–11 år) .....	49
Strukturerad familjebehandling (12–17 år) .....	50
Treatment Foster Care Oregon (12–17 år) .....	51
Strukturerad beteende- och färdighetsträning (12–17 år) .....	52
Scared Straight (12–17 år).....	53
Konsekvenser och implementeringsstöd .....	53
Referenser .....	54
Bilaga 1 – Barn med normbrytande beteende och NPF/IF .....	64
Bilaga 2 – Färdighetsträningsprogram för barn .....	68
Bilaga 3 – Metodbeskrivning .....	71



# Sammanfattning

Det finns en stor mängd forskning som bidrar med kunskap till socialtjänstens arbete med insatser för barn med normbrytande beteende. Detta kunskapsstöd bygger på en sammanställning av forskningsbaserad kunskap till stöd för socialtjänstens planering och val av psykosociala insatser till pojkar och flickor med hög risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. I stödet ger Socialstyrelsen rekommendationer om insatser som socialtjänsten bör erbjuda barn 6–11 år respektive 12–17 år.

Stödet för planering och val av insatser baseras på ett vetenskapligt grundat ramverk som utgår från principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM). I linje med RBM-principerna behöver socialtjänsten beakta följande:

- För att bryta en negativ utveckling behöver behandlingsinnehållet i insatsen uttryckligen fokusera på de riskfaktorer som antas upprätthålla barnets normbrytande beteende, och riktas samtidigt mot flera riskområden.
- Insatserna behöver utformas med syfte att utveckla färdigheter och tanke-/beteendemönster hos barn och föräldrar, att påverka riskfaktorer i familjens omgivning och att skapa en stödjande struktur runt barnet. Insatser som baseras på KBT och social inlärningsteori ger bäst förutsättningar att vända en negativ utveckling.
- För att möjliggöra förändring behöver insatserna anpassas efter barnets och föräldrarnas mottaglighet och omfatta ett aktivt motivationsarbete. Utgångspunkten behöver vara en medvetenhet om att det tar tid att förändra normbrytande beteendemönster och att uppnå varaktiga resultat. Arbetet förutsätter i regel samverkan med flera olika aktörer.
- I uppdraget till den eller dem som ska utföra insatserna behöver socialtjänsten tydligt formulera barnets behov, övergripande mål och insatsernas behandlingsinnehåll. Därutöver behövs kompletterande information om insatsernas intensitet och omfattning, förväntade delmål, behov av särskild anpassning samt behov av samverkan med andra aktörer och övrigt nätverk.
- Insatserna och barnets utveckling behöver följas upp kontinuerligt i relation till uppdraget. I vilken mån mål och delmål uppnås i behandlingen kan både ses som ett mått på barns och föräldrars framsteg, på hur väl utföraren har lyckats genomföra sitt uppdrag och på hur lämplig den insatta insatsen är för den aktuella klienten.

I arbetet har Socialstyrelsen sammanställt kunskap om de vetenskapligt utvärderade insatser som har bäst förutsättningar att minska fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn. Med stöd i det vetenskapliga underlaget har Socialstyrelsen utfärdat fem rekommendationer om insatser som socialtjänsten *bör erbjuda* pojkar och flickor med hög risk för fortsatt normbrytande beteende. Därutöver ges även en rekommendation om en insats som socialtjänsten *inte bör erbjuda*.

De rekommenderade insatserna utmärks bland annat av att de är strukturerade, är inriktade mot specifika riskfaktorer, är beteende- och färdighetsorienterade samt att de oftast inkluderar både barn och föräldrar.

### **För barn 6–11 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende**

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

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

### **För barn 12–17 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 strukturerad, individuell KBT-baserad beteende- och färdighetsträning. Insatsen kan ges i öppenvård och på institution.

### **För barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende**

Socialtjänsten bör inte erbjuda konsekvensprogram av typen Scared Straight



# Inledning

Pojkar och flickor med normbrytande beteendemönster är en grupp som förutom kriminalitet i vuxen ålder också löper risk för psykisk och somatisk ohälsa, missbruk och tidig död [1-3]. Att socialtjänsten kan erbjuda verk samma insatser för denna målgrupp är angeläget, sett både till mänskligt lidande och samhällskostnader [4,5].

Målet med socialtjänstens insatser är att de ska vara till nytta och aldrig till skada [6]. Socialtjänstens insatser behöver därför baseras på bästa tillgängliga kunskap. Många gånger saknas vetenskapliga studier om effekter av socialtjänstens insatser, men om praktiken systematiskt följer upp arbetet kan lokal kunskap och beprövad erfarenhet byggas upp.

När det gäller insatser för barn med normbrytande beteende finns emellertid gott om vetenskapliga effektstudier. Många kommuner erbjuder också vetenskapligt utvärderade insatser med konstaterat gynnsamma effekter för målgruppen, men ännu vanligare är att det saknas kunskap om nyttan med de insatser som används. En undersökning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar att de mest frekventa insatserna för barn som begått brott är ospecificerade stödsamtal, ospecificerad familjebehandling och kontaktfamilj-/person [5], insatser som inte har utvärderats vetenskapligt och för vilka det saknas kunskap om positiva eller potentiella negativa effekter. Att insatserna är ospecificerade innebär också att de är oklara vad gäller struktur och behandlingsinnehåll, vilket gör det svårt att utvärdera dem såväl genom vetenskapliga studier som genom systematisk uppföljning.

Även i de fall där det finns relevant forskning om en insats kan olika slutsatser dras om dess nytta. I en systematisk översikt om öppenvårdsinsatser för att motverka återfall i brott hos barn 12–17 år konstaterar SBU att det inte går att avgöra vilka specifika insatser som är mer effektiva än det de jämförts med [5]. Det betyder att SBU kommit fram till en delvis annan slutsats än Socialstyrelsen har gjort, som i arbetet med detta kunskapsstöd har beslutat att rekommendera insatser för målgruppen. De olika slutsatserna kan förklaras av att Socialstyrelsens vetenskapliga underlag baseras på resultat från ett större antal översikter som i sin tur omfattar en bredare målgrupp och varierande uppföljningstid, men också att rekommendationerna handlar om *insattstyper*<sup>1</sup>. SBU baserar istället sitt vetenskapliga underlag på en analys av studier som utvärderar enskilda metoder för en mer avgränsad målgrupp och med en snävare uppföljningstid. De olika urvalen innebär att Socialstyrelsen har fångat in fler studier och att måtten på insatsernas effektivitet därmed kan skilja sig åt.

Detta kunskapsstöd har tagits fram i en strukturerad process i samarbete med externa experter och sakkunniga från praktiken. I bedömningen av de rekommenderade insatsernas vetenskapliga stöd har stor vikt lagts vid resultatens samstämmighet, det vill säga att sammanställningarna av studier

---

<sup>1</sup> Med insattstyp menas här att en rekommendation kan omfatta flera namngivna metoder som liknar varandra vad gäller exempelvis syfte, teorigrund och behandlingsinnehåll.

genomgående påvisar gynnsamma effekter. Utöver vetenskaplig kunskap har också andra aspekter vägts in i arbetet, till exempel socialtjänstens behov av konkret vägledning i ett komplext uppdrag och att nyttan med de rekommenderade insatserna överväger potentiella svårigheter och risker.

För att vara verksamma på individnivå behöver socialtjänstens insatser anpassas efter den enskildes behov och förutsättningar. Eftersom drivkrafterna bakom normbrytande beteende och brott ser olika ut för olika personer är det viktigt att insatserna planeras med utgångspunkt i varje barns 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 [7].

## Principer för socialtjänstens arbete med insatser

Förutom att baseras på bästa tillgängliga kunskap behöver socialtjänstens insatser för barn ges inom ramen för gällande regelverk. Här beskrivs några av socialtjänstlagens vägledande principer.

En av grundstenarna i socialtjänstens verksamhet är att den ska vara jämlik.<sup>2</sup> Brister i jämlikhet som leder till att individer missgynnas till följd av kön, könsidentitet och könsuttryck, sexuell läggning, ålder, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning kan vara diskriminering.<sup>3</sup> Att tillgängliggöra insatser för olika målgrupper och öka kunskapen och medvetenheten kring stereotypa normer och föreställningar kan bidra till att insatser ges på lika villkor.

En annan vägledande princip för socialtjänsten är att insatserna ska utgå från en helhetssyn på individens situation.<sup>4</sup> Pojkar och flickor med normbrytande beteende kan också behöva andra stödinsatser än dem som riktas mot deras riskbeteenden. Ibland kan andra åtgärder från socialtjänsten eller andra vårdgivare till och med vara en förutsättning för att familjen ska kunna tillgodogöra sig de insatser som sätts in. Målgruppens många gånger komplexa behov ställer krav på socialtjänstens förmåga att samverka och samordna sina insatser med andra verksamheter.<sup>5</sup>

Socialtjänstens insatser ska också utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.<sup>6</sup> 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 barns och föräldrars delaktighet vid såväl planering och utformning av insatser som vid uppföljning av dessa. Det gäller även i situationer då det inte går att få samtycke till insatser.

---

<sup>2</sup> Se 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

<sup>3</sup> Se 1 kap. 4 § diskrimineringslagen (2008:567). Förbud mot diskriminering finns även i bl.a. 1 kap. 2 § regeringsformen (1974:152) och artikel 2 Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen.

<sup>4</sup> Se bet. 2000/01: SoU18 s. 17.

<sup>5</sup> Jfr 3 kap. 5 § SoL.

<sup>6</sup> 3 kap. 5 § SoL.

## Den professionelle spelar en viktig roll

Socialtjänstens arbete för att motverka en fortsatt ogynnsam utveckling hos barn 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 ett 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 som begår brott eller har annat normbrytande beteende [7].

Detta kunskapsstöd innehåller rekommendationer om insatser som socialtjänsten bör erbjuda pojkar och flickor med hög risk för fortsatt normbrytande beteende. Stödet vägleder också kring val av insatser för enskilda barn genom att ge stöd i processen att matcha individens risker, behov och mottaglighet med ett kunskapsbaserat behandlingsinnehåll.

Kunskapsstödet vänder sig till handläggare och chefer med ansvar för myndighetsutövning inom socialtjänsten. Stödet omfattar inte de planerings-, genomförande- och uppföljningsaktiviteter som utförare av insatser ansvarar för.

Rekommendationerna i kunskapsstödet kan användas av beslutsfattare som grund för utveckling av den egna öppenvården och vid upphandling av externa vård- och omsorgstjänster

## Inriktning och avgränsningar

Kunskapsstödet är avgränsat till arbetet med individuellt utformade och behovsprövade insatser för pojkar och flickor 6–17 år som uppvisar allvarliga riskbeteenden, och som socialtjänsten bedömer löper en **hög risk** för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Se avsnittet *Målgruppen i kunskapsstödet* för vidare definitioner.

Kunskapsstödet vägleder utifrån vetenskaplig kunskap, det tar hänsyn till men beskriver inte de juridiska förutsättningarna för socialtjänstens arbete. 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 vård- och behandlingsinsatser för pojkar och flickor i familjehem eller på HVB. Det gäller både insatser som beslutas enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

Kunskapsstödet är inte inriktat mot specifika påföljder för unga lagöverträdare men kan användas som stöd vid yttranden enligt 11 § lagen (1964:167) med

särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare, LUL.<sup>7</sup> För vidare information om socialtjänstens särskilda ansvar för unga lagöverträdare hänvisas till Socialstyrelsens handbok *Barn och unga som begår brott* [8]

## Syfte

Kunskapsstödet syftar till att stödja kunskapsutveckling, främja kvalitet och likvärdighet i socialtjänstens arbete med barn med normbrytande och brottsligt beteende. Genom att inkludera arbetet med barn från 6 år vill Socialstyrelsen framhålla betydelsen av tidiga insatser för pojkar och flickor som löper hög risk för fortsatt normbrytande beteende och kriminalitet.

Målet med rekommendationerna är att fler barn ska erbjudas vetenskapligt utvärderade insatser med påvisat gynnsamma effekter avseende minskat normbrytande beteende och kriminalitet. Avsikten med att beskriva hur principerna om risk, behov, mottaglighet och multimodalitet kan tillämpas i arbetet är att också socialtjänstens övriga insatser för barn med normbrytande beteende ska kunna utformas i enlighet med bästa tillgängliga kunskap.

## 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 beskrivs i den separata publikationen *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning*.<sup>8</sup>

För övriga delar av kunskapsstödet har Socialstyrelsen dels inhämtat synpunkter från socialtjänsten vad gäller stöd i handlägningsprocessen, dels kunskap från experter i frågor som rör barn med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Läs mer i bilaga 3 *Metodbeskrivning*.

## Disposition

Kunskapsstödet är indelat i tre kapitel:

1. Utgångspunkter i kunskapsstödet
2. Stöd i handlägningsprocessen
3. Rekommendationer om insatser

Därtill finns tre bilagor:

- Bilaga 1. Barn med normbrytande beteende och NPF eller IF
- Bilaga 2. Färdighetsträningsprogram för barn
- Bilaga 3. Metodbeskrivning

---

<sup>7</sup> Se Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2019:30) om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare för vilka uppgifter som bör finnas i yttrandet.

<sup>8</sup> Dnr 4.3–30783/2021

## Begrepp och förkortningar

Adhd	Attention deficit hyperactivity disorder. Samlingsnamn som även omfattar attention deficit disorder (add).
Autism	Autismspektrumtillstånd. Samlingsnamn som inkluderar de tidigare diagnoserna Aspergers syndrom, atypisk autism och autismliknande tillstånd
Barn	I detta kunskapsstöd avses personer mellan 6–17 år
BBIC	Barns behov i centrum, beskriver ett arbetssätt för socialtjänstens barn- och ungdomsvård. BBIC innehåller en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen
Behandling	I detta kunskapsstöd används behandling synonymt med insats
HVB	I detta kunskapsstöd avses verksamheter (Hem för vård eller boende) som drivs av kommuner, privata eller ideella aktörer
Hög risk	I detta kunskapsstöd avses att individen har uppvisat ett normbrytande beteende samt att hans eller hennes aktuella mönster av forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer indikerar en påtaglig risk för fortsatt normbrytande beteende
Individbaserad systematisk uppföljning	Innebär att arbetet med enskilda klienter dokumenteras enhetligt så att uppgifter kan sammanställas på gruppnivå. Genom systematisk uppföljning skapas lokal kunskap och beprövad erfarenhet
Insats	I detta kunskapsstöd avses behovsprövad och individuellt utformad vård och behandling i öppenvård eller dygnsvård
Institutionsvård	I detta kunskapsstöd avses vård på kommunalt, privat och ideellt drivna HVB samt SiS särskilda ungdomshem
Kognitiv förmåga	Kognition handlar om 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 IF
Manualbaserad insats	Strukturerad metod eller arbetssätt, utformad för en viss målgrupp och med ett visst syfte, baserad på en förändringsteori med ett tydligt beskrivet behandlingsinnehåll i form av en manual eller i övergripande behandlingsprinciper
Mottaglighet	Omständigheter hos en individ med betydelse för hur en insats behöver anpassas/tillgängliggöras
Multimodalitet	Att insatser är breda och riktas parallellt mot flera av riskfaktorer
Normbrytande beteende	Negativa, destruktiva beteenden som innebär brott mot sociala normer, regler och lagar
NPF och IF	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF), ett samlingsnamn för neurologiska beteendesyndrom, däribland adhd, autism, språkstörning, Tourettes syndrom, ibland även intellektuell funktionsnedsättning (IF). IF karaktäriseras av nedsatt teoretisk, social och/eller praktisk förmåga och innebär en intelligenskvot <70. En intelligenskvot inom normalzonens nedre del (ca 70-85) kallas svag teoretisk begåvning
Preventionsnivå	Förebyggande insatser delas vanligtvis in i olika nivåer - universell, selektiv och indikerad nivå. På universell och selektiv nivå är insatserna mer generella, medan indikerad prevention riktas mot individer med ett identifierat riskbeteende i syfte att förhindra att riskbeteendet/problemen fortsätter

RBM-modellen	RBM = Risk, Behov och Mottaglighet. I modellen ingår forskningsbaserade principer om vård och behandling vid normbrytande/kriminellt beteende som bland annat beskriver vad insatser bör inriktas mot, hur de bör utformas och genomföras
Riskbeteenden	I detta kunskapsstöd avses beteenden och svårigheter som utgör riskfaktorer för fortsatt normbrytande beteende. Med <i>allvarliga</i> riskbeteenden menas att individen har ett mönster av beteenden och svårigheter som varat över tid och som kommer uttryck i olika situationer/sammanhang
Risikfaktor	Beteende, egenskap eller omständighet som ökar sannolikheten för normbrytande beteende
Risikområde	Gruppering av riskfaktorer
SiS	Statens institutionsstyrelse
Standardiserad risk- och behovsbedömning	Manualbaserad, vetenskapligt utprövad metod för att bedöma risk för fortsatt normbrytande beteende samt behov av insatser för att minska denna risk
Strukturerad insats	I detta kunskapsstöd avses en metod eller ett arbetssätt som är utformad för en viss målgrupp, med ett tydligt syfte och baserad på en förändringsteori, där innehåll och genomförande låter sig beskrivas så att andra kan göra samma sak
Utvärdering	I detta kunskapsstöd avses att på gruppnivå värdera effekten av en insats jämfört med ett jämförelsealternativ genom för- och eftermätning.

## Förkortningar av juridiska termer

AR	Allmänna råd
HSLF-FS	Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa mm.
LUL	Lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöver
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar

# 1. Utgångspunkter i kunskapsstödet

## Målgruppen i kunskapsstödet

Målgruppen i detta kunskapsstöd är pojkar och flickor 6–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende eller återfall i brott, med undantag för sexuellt normbrytande beteende och sexualbrott.

### Åldersavgränsningen

Den nedre åldersgränsen sattes till 6 år för att uppmärksamma pojkar och flickor som uppvisar normbrytande beteende i låg- och mellanstadieåldern eftersom tidigare rapporter ofta har haft fokus på insatser för tonåringar som begår brott [9-12]. Vid planering och val av insatser för barn i förskoleåldern kan särskilda hänsyn behöva tas som inte beaktas i detta kunskapsstöd varför stödet inte är tillämpligt i arbetet med barn under 6 år.

Den övre åldersgränsen på 17 år är inte lika definitiv. Även om rekommendationerna i kunskapsstödet avser barn så är behandlingsprinciperna och riskområdena i RBM-modellen i allt väsentligt giltiga även för unga vuxna. Stödet för att planera, utforma och följa upp insatser (kapitel 2) bedöms därför i stora delar vara tillämpligt även i arbete med unga mellan 18–21 år. Notera dock de hänsyn som behöver tas i arbete med myndiga ungdomar.

### Beteckningen hög risk

Vid beslut om insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende är det viktigt att särskilja individer med låg respektive hög risk [13]. Detta kunskapsstöd avser barn som enligt socialtjänstens bedömning löper hög risk för fortsatt normbrytande beteende eller återfall i brott.

Inom socialtjänsten används olika metoder och skalor för att bedöma och gradera risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott.<sup>9</sup> I praktiken kan hög risk därför uttryckas på olika sätt, mer eller mindre differentierat.

I detta kunskapsstöd motsvarar beteckningen hög risk inte något exakt gränsvärde. Det handlar om pojkar och flickor som uppvisar allvarliga riskbeteenden och vars aktuella mönster av forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende indikerar en påtaglig risk för fortsatt ogynnsam utveckling. I termer av preventionsnivåer handlar det om indikerade insatser.

### Sexuellt normbrytande beteende

Kunskapsstödet omfattar inte sexuellt normbrytande beteende och sexualbrott. Även om flera av riskfaktorerna för annat normbrytande beteende också är giltiga vid sexuella riskbeteenden kan det finnas specifika riskfak-

---

<sup>9</sup> Exempel på risk- och behovsbedömningsmetoder som används för barn och unga med normbrytande beteenden och kriminalitet i svensk socialtjänst är SAVRY, YLS-CMI, EARL och ESTER bedömning, se Metodguiden.se. I BBIC används en fyrgradig skala till stöd för bedömning av risknivå, se Metodstöd för BBIC.

torer och drivkrafter som behöver uppmärksammas vid behandling av sexuellt normbrytande beteende [13]. Denna avgränsning hindrar inte att kunskapsstödet används i arbetet med insatser för pojkar och flickor som uppvisar både sexuella riskbeteenden och annat normbrytande beteende, så länge syftet med insatserna är att motverka fortsatt normbrytande beteende och brott av mer generell karaktär.

## 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 som innebär brott mot gällande sociala normer, regler eller lagar [7]. 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 och svårigheter som utgör riskfaktorer för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Det kan till exempel handla om trots, ilskeutbrott, aggressivitet, impulsivitet, spänningssökande, svårigheter med empati och beteenden som följer av bristande sociala färdigheter och destruktiva problemlösningstrategier.<sup>10</sup> Med *allvarliga* riskbeteenden menas att det handlar om mönster av riskbeteenden, som har varat över en längre tid och som kommit till uttryck i olika situationer och sammanhang.

Allvarliga riskbeteenden kännetecknar också symtom för diagnoserna trotssyndrom eller uppförandestörning. *Trotssyndrom* karaktäriseras bland annat av att barnet 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 uppvisar beteenden som hot, våld och trakasserier, lögner, intrång, stöld, skolk och rymningar [14].

## *Riskbeteenden utvecklas kumulativt*

I kunskapsstödet ligger samma principer till grund för planering och utformning av insatser för både yngre barn och för tonåringar. Ett grundantagande är att de riskbeteenden som ett barn har uppvisat tidigt i livet till stor del har samma orsaksbakgrund som de riskbeteenden individen uppvisar i övre tonåren. Det kan förstås utifrån så kallad kumulativ kontinuitet, det vill säga att riskfaktorer och riskbeteenden i tidiga år leder till ett succesivt adderande av riskfaktorer och riskbeteenden. Läs mer om kumulativ kontinuitet i *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* [7] (kallas fortsättningsvis *Bedöma risk och behov*).

I låg- och mellanstadieåldern kan normbrytande beteende bland annat yttra sig som ilskeutbrott, vägran att underordna sig vuxnas regler och krav hemma och i skolan, lögner och andra bedrägliga beteenden, svårigheter med samspel, konflikter med andra barn, att utsätta sig själv och andra för fara. Riskbeteendena kan också uttryckas som mobbing och elakheter mot andra

---

<sup>10</sup> Jfr även behovsprincipens riskområde *Riskbeteende* i tabell 1.



barn, skadegörelser och snatterier. Barnet kan börja vistas i riskmiljöer, debutera med alkohol och droger och företa sig grövre brott. I högstadie- och gymnasieåldern kan riskbeteendena öka i allvarlighetsgrad och frekvens då umgänget och identifikationen med andra personer med normbrytande beteende förstärks, samtidigt som kontakterna med prosociala barn och vuxna minskar [1,15–19].

Hos vissa barn utvecklas normbrytande beteende först i samband med puberteten och då rör det sig ofta om en snabb negativ utvecklingsprocess. Beteendena kan te sig lika destruktiva och allvarliga som de riskbeteenden som har utvecklats över längre tid. Däremot har pojkar och flickor med senare debut ofta färre riskfaktorer och fler skyddsfaktorer vilket kan minska risken för att utveckla ett långvarigt normbrytande beteende och kriminalitet [2,3].

### *Allvarlig brottslighet i målgruppen*

Ungdomsåren är en period i livet då många begår kriminella handlingar. Förseelsebrott, snatterier och till och med enstaka allvarligare brott kan därför ses som normalt för en tonåring och innebär i sig sällan en risk för fortsatt brottslighet. För de allra flesta kommer dessa riskbeteenden att avta i takt med ålder och mognad [2,3,20].

För yngre barn däremot kan alla former av brott 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 – särskilt allvarliga brott – som begås av unga vuxna [3,20]. 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 drygt hälften av de barn under 15 år som misstänktes för brott under 2012 inte hade återfallit i ny brottsmisstanke inom tre år [21].

När det gäller straffmyndiga barn (15–17 år) har Brå i omgångar studerat gruppen med flest återfall i brott, så kallade högaktiva ungdomar [22–24]. I den senaste studien konstaterar Brå att det som tydligast utmärker denna grupp är debutålder – ju lägre ålder vid första lagföringen desto fler återfall i brott. Högaktiva ungdomar utmärks också av att de ofta lagförs för ringa narkotikabrott, det vill säga eget bruk. I tidigare studier har Brå rapporterat att vissa brottstyper vid första lagföringstillfället kunde kopplas till ökad risk för återfall, något som många socialtjänster tog fasta på i sina riskbedömningar. I den senaste studien konstaterar Brå att så kallade strategiska brott numera har ett lågt förklaringsvärde när det gäller återfallsrisk [24]. Läs mer om brott och återfall bland barn på Brottsförebyggande rådets webbplats.

### *Könsaspekter*

Normbrytande beteende och brott är vanligare bland pojkar än bland flickor [7]. Pojkar utgör också en majoritet i den forskning som ligger till grund för kunskapsstödets vägledning vilket innebär att det vetenskapliga stödet generellt sett är mer osäkert när det gäller flickor.

Även om normbrytande beteende i vissa avseenden kan ta sig olika uttryck bland pojkar respektive flickor är likheterna mellan könen mångdubbelt fler

än skillnaderna vad gäller riskfaktorer för att utveckla normbrytande beteende [7]. Tillgänglig forskning pekar också mot att de insatser som är effektiva för pojkar också är effektiva för flickor, och rekommendationerna i detta kunskapsstöd bedöms vara giltiga för både pojkar och flickor.<sup>11</sup>

## NPF/IF och normbrytande beteende

Pojkar och flickor med normbrytande beteenden och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) eller intellektuell funktionsnedsättning (IF) är en sårbar grupp med förhöjd risk för en ogynnsam utveckling [1,25–27]. Det blir tydligt om man ser till barn som är placerade inom Statens institutionsstyrelse (SiS) där studier visar att mellan 39 och 48 procent har minst en diagnos avseende neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning [28–30]. Det kan jämföras med att förekomsten av dessa diagnoser bland barn på befolkningsnivå är 5–7 procent (adhd) och 1–2 procent (autism och intellektuell funktionsnedsättning) [31–33].

Rapporter pekar mot att kunskapen om NPF behöver öka inom socialtjänsten. I en enkätundersökning från 2020 uppgav 96 procent av nära 300 handläggare inom sociala barn- och ungdomsvården att det inte fanns tillräcklig NPF-kunskap i den egna arbetsgruppen [34]. Även ungdomar med NPF som varit placerade och föräldrar vittnar om bristande NPF-kompetens inom socialtjänsten [35,36].

Svårigheter till följd av NPF eller IF kan utgöra riskfaktorer för utveckling av ett normbrytande beteende, vilket kortfattat beskrivs i avsnittet om neuropsykologi i *Bedöma risk och behov*. För att bidra till ökad kunskap om målgruppen ges i bilaga 1 en mer utförlig beskrivning av hur svårigheter till följd av dessa funktionsnedsättningar kan relatera till normbrytande beteende. I bilagan ges också exempel på vad socialtjänsten behöver tänka på vid planering och utformning av insatser för barn och föräldrar med NPF eller IF.

De insatser som Socialstyrelsen rekommenderar i detta kunskapsstöd bedöms överlag vara giltiga för barn med NPF eller IF, givet att genomförandet kan anpassas för att passa individens fungerande.<sup>12</sup> I arbetet med barn och föräldrar med NPF eller IF är det särskilt viktigt att identifiera och hantera omständigheter i omgivningen som orsakar problem och skapar stress. Det är också viktigt att skilja på beteenden och färdigheter hos individen som är föränderliga och därmed möjliga att påverka i behandling, och färdigheter och funktioner hos individen som är begränsade till följd av funktionsnedsättning och som inte kan förändras.

## RBM-modellen

Stödet för att planera och utforma insatser i kapitel 2 baseras på ett vetenskapligt grundat ramverk som sammanfattar vad som är viktigt att ta fasta på i planering, utformning och genomförande av insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott [13]. Ramverket utgår från

<sup>11</sup> Se avsnitt om rekommendationernas giltighet för flickor i *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* (dnr 4.3–30783/2021).

<sup>12</sup> Se avsnitt om rekommendationernas giltighet för barn och föräldrar med NPF och IF i *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* (dnr 4.3–30783/2021).

principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM) som tillsammans utgör en modell för bedömning och behandling.<sup>13</sup> Modellen grundas på omfattande, framförallt nordamerikansk, forskning om återfallsförebyggande arbete med ungdomar och vuxna. Studier visar att RBM-principerna kan överföras till vård av barn och unga i en europeisk kontext [37] och att de även kan vara giltiga för yngre barn med normbrytande beteende [38,39].

Risk, behov och mottaglighet utgör kärnan i RBM-modellen men ramverket har utvecklats och består idag av femton principer som också inkluderar etiska normer och organisatoriska förutsättningar för vård- och behandling.<sup>14</sup> Avsnittet om att planera insatser utgår från modellens fem behandlingsprinciper:

- *Risk* handlar om att insatsernas omfattning ska matcha individens risknivå. Personer med hög risk för fortsatta beteendeproblem ska ha den mest intensiva behandlingen. En annan aspekt av riskprincipen är att undvika att blanda individer med olika risknivå i gruppbehandling eller i institutionsvård.
- *Behov* handlar om att insatser generellt ska inriktas mot de riskfaktorer som forskning visar är viktigast att arbeta med för att minska återfall. Specifikt ska insatserna riktas mot de faktorer som driver den enskildes normbrytande beteenden.
- *Multimodalitet* handlar om att insatserna ska vara breda och inriktade mot flera olika riskfaktorer.
- *Specifik mottaglighet* handlar om att anpassa genomförandet av insatserna till individens förutsättningar för att tillgodogöra sig behandlingen. Motivation är en central mottaglighetsfaktor.
- *Generell mottaglighet* handlar om att använda de behandlingsmetoder och komponenter som forskning visar ger bäst effekt: strukturerade, beteende- och färdighetsorienterade insatser med utgångspunkt i kognitiv beteendeterapi (KBT) och social inlärningsteori.

I avsnittet om att planera insatser har Socialstyrelsen anpassat begrepp och utvecklat både exempel och innehåll för att göra RBM-principerna förenliga med socialtjänstens arbete med barn i åldern 6–17 år.<sup>15</sup> Stödet utgår från den 6:e upplagan av boken *The psychology of criminal conduct* (2017) där de kanadensiska forskarna James Bonta och D.A. Andrews beskriver principerna och dess underliggande forskning [13]. För den som är intresserad finns en sammanfattning av en tidigare upplaga av hela RBM-modellen tillgänglig i en artikel på webben [40].

---

<sup>13</sup> The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model of Offender Assessment and Treatment [13].

<sup>14</sup> RBM-modellen har sammanställts och uppdaterats av D.A. Andrews och James Bonta, 1994, 1998, 2003, 2006, 2010, 2017.

<sup>15</sup> Anpassningarna har gjorts med hänvisning till modellens första princip som anger att varje verksamhet behöver utforma sitt arbete med RBM-principerna utifrån sitt specifika uppdrag, sin målgrupp och sitt etiska och juridiska ramverk.

## Verksamma insatser

De fem behandlingsprinciperna i RBM-modellen finns som grund i de psykosociala insatser som enligt forskning är de mest effektiva för pojkar och flickor med hög risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Det är sådana insatser som Socialstyrelsen rekommenderar för målgruppen (kapitel 3).

Gemensamt för de insatser som Socialstyrelsen rekommenderar är bland annat att de är:

- Fokuserade på risk- och skyddsfaktorer för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott
- Multimodala och riktade mot faktorer hos både barn och föräldrar. I många fall inbegrips även de sociala sammanhangen runt barnet såsom kamrater, skola och fritid
- Strukturerade med möjlighet till anpassningar efter barns/föräldrars förutsättningar
- Beteende- och färdighetsorienterade med syfte att både barn och föräldrar ska stärka sina färdigheter och utveckla nya tankesätt och handlingsstrategier
- Baserade på social inlärningsteori och KBT

Vad som ytterligare utmärker verksamma insatser mot normbrytande beteende och som är gemensamt för merparten av de insatser som Socialstyrelsen rekommenderar är att de baseras på en programteori<sup>16</sup> och att de låter sig beskrivas i någon form av behandlingsprinciper eller manual. Med det följer att insatsen är utarbetad för en viss målgrupp (t.ex. ålder och problematik), att den har ett uttalat syfte och är målstyrd.

Vidare utmärks effektiva insatser av att de kontinuerligt kvalitetssäkras och följs upp för att garantera att insatsen genomförs på det sätt som det är tänkt och med rätt kompetens, så kallad metodtrohet [42].

Därtill är behandlarens/personalens färdigheter och kompetens av betydelse för insatsernas effektivitet. Det handlar dels om förmågan att kunna skapa relation, motivera till förändring och bygga samarbetsallians, dels förmågan att arbeta strukturerat med metoden och att behärska de behandlingstekniker som ingår i denna [9,13].

### De rekommenderade insatsernas teoretiska grund

Samtliga insatser som Socialstyrelsen rekommenderar är baserade på social inlärningsteori och de teorier som ingår i KBT. Flera av insatserna utgår också från ett socialekologiskt perspektiv. Dessa teorier och perspektiv kan ses som en förståelseram för hur normbrytande beteende uppstår och befästs, men de utgör också en grund för konkreta behandlingsstrategier.

---

<sup>16</sup> 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 [41].

### *Social inlärningsteori*

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, dels 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 [43-47].

I och med att ett beteende ses som något inlärt följer samtidigt möjligheten att ett önskat beteende inte är statiskt utan kan förändras genom att individen lär sig nya strategier och beteenden.

### *Teorier i KBT*

Kognitiv beteendeterapi (KBT) används som ett samlingsnamn för olika kognitiva och beteendearterade insatser. Ibland används KBT-begreppet också för att beteckna en teori men KBT baseras på flera teorier, däribland kognitiv psykologi, socialpsykologi och inlärningspsykologi [48,49].

På samma sätt som i social inlärningsteori är ett grundantagande i KBT att barn utvecklar normbrytande beteendemönster genom inläring och i samspel med andra. Förenklat kan sägas att den kognitiva komponenten i KBT betonar att beteenden styrs av individens tankar, antaganden, tolkningar och uppfattningar. KBT-baserade insatser kännetecknas av ett strukturerat upplägg med utgångspunkt i en kartläggning av vad som utlöser och vidmakthåller problemen (funktionell analys) [46,50,51].

KBT-baserade insatser mot normbrytande beteende fokuserar på att bryta barns och föräldrars problematiska tanke- och beteendemönster genom att de utvecklar färdigheter och tränar på att använda nya prosociala sätt att tänka och agera. Insatserna kan också syfta till att förändra kontexten kring barnet och andra personers förhållningssätt [50,51].

### *Socialekologiskt perspektiv*

Det socialekologiska perspektivet är ett sätt att förstå samspelet mellan risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer och i olika sammanhang. Med hjälp av ett socialekologiskt perspektiv åskådliggörs hur sammansatta barnets risk- och skyddsfaktorer är och hur de kan påverka varandra både inom och mellan olika nivåer och i båda riktningarna [52,53].

Som en konsekvens av det socialekologiska synsättet räcker det inte med att bara fokusera på enbart en riskfaktor. För att kunna åstadkomma en varaktig förändring behövs ett multimodalt arbetssätt, med parallella insatser som riktas mot flera riskområden och med olika angreppssätt.

### *Exempel på behandlingskomponenter*

Nedan beskrivs behandlingskomponenter som ofta ingår i insatser mot normbrytande beteende som baseras på social inlärningsteori och KBT.

*Färdighetsträning* kan handla om att öka förmågan att hantera problematiska situationer (problemlösning), förmågan att kontrollera impulser och starka känslor (känsloreglering) eller förmågan att samspela med andra (sociala färdigheter).

*Hemuppgifter* kan handla om att på egen hand, träna/testa färdigheter, tanke- och handlingsstrategier som tidigare har övats tillsammans med behandlaren.

*Positiv förstärkning* kan handla om att förstärka önskvärda/prosociala beteenden genom att bekräfta, uppmuntra, belöna mm.

*Kognitiv omstrukturering* kan handla om att utmana och ersätta attityder och grundantaganden som stödjer och vidmakthåller ett visst beteende.

*Rollspel* kan handla om att träna färdigheter, pröva nya tankar, perspektiv och beteenden i fiktiva situationer tillsammans med behandlare, och ibland även i grupp tillsammans med andra klienter.

*Observation* kan handla om att klienten iakttar en verklig eller fiktiv person och uppfattar fördelar med dennes sätt att tänka och bete sig.

*Modellering* (modellinlärning) kan handla om att behandlaren agerar som prosocial förebild med sitt sätt att tänka och agera i olika situationer, och lyfter fram fördelarna med detta

*Effektivt ogillande* kan handla om att 1) omedelbart uttrycka sitt ogillande då någon uppvisar normbrytande beteende/attityder, 2) förklara varför man ogillar det personen gör/säger och 3) förevisa/beskriva ett prosocialt alternativt beteende/tankesätt.

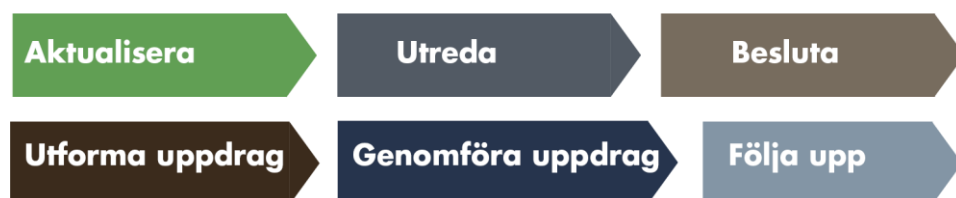
## 2. Stöd i handläggningsprocessen

Socialstyrelsens kunskapsstöd baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, de ger inte juridisk vägledning för socialtjänstens arbete. Arbetet med att planera och utforma insatser, samverka och följa upp styrs av lagar och förordningar samt föreskrifter och allmänna råd. Föreliggande kapitel vägleder inom ramen för tillämplig juridik men behöver läsas som ett komplement till Socialstyrelsens handböcker som ger stöd i tillämpningen av gällande regelverk:

- Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten [6]
- Barn och unga som begår brott – handbok för socialtjänsten [8]
- Utreda barn och unga – handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen [54]
- Placerade barn och unga – handbok för socialtjänsten [55]
- LVU – handbok för socialtjänsten [56]

Föreliggande kapitel ska också ses som ett fördjupande komplement till BBIC:s grundbok och metodstöd när det gäller arbete med insatser för barn med normbrytande beteende. För att kunna använda detta stöd behövs förkunskap om forskningsbaserade riskfaktorer för normbrytande beteende. Sådan kunskap ges i Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov* [7].

**Figur 1 Processmodell för socialtjänsten**



Socialtjänstens arbete med behovsprövade insatser kan beskrivas som en process i sex steg som vart och ett består av olika aktiviteter (figur 1) [57].

Kunskapsstödet *Bedöma risk och behov* ger vägledning kring de första två stegen i processen. Där ges stöd för att kartlägga och bedöma barnets risk- och skyddsfaktorer och om det finns behov av insatser från socialtjänsten för att motverka fortsatt normbrytande beteende.

Kapitel 2 i detta kunskapsstöd anknyter till det ovan nämnda kunskapsstödet. Avsnittet *Planera insatser* ger vägledning i socialtjänstens fortsatta arbete fram till beslut om insatser. Det ger bland annat stöd i bedömningen av vad insatserna behöver innehålla och hur de kan utformas för att tillgodose barnets risk, behov och mottaglighet. Avsnitten *Utforma uppdrag* och *Följa upp* ger stöd för de följande stegen i socialtjänstens handläggningsprocess. Processteget genomföra uppdrag är utförarens ansvar och beskrivs inte i detta kunskapsstöd.

Även om den övergripande handläggningsprocessen illustreras som ett linjärt förlopp där insatser beslutas, genomförs, följs upp och avslutas när målen med insatserna har uppnåtts, ser det sällan ut så i praktiken. Arbetet är snarare cykliskt och dynamiskt där socialtjänsten av olika skäl kan behöva utreda barns behov på nytt, revidera uppdrag, pausa eller avsluta pågående insatser och fatta nya beslut om insatser innan dess att önskat resultat kan uppnås.

## Arbetet utgår från en risk- och behovsbedömning

Målgruppen för detta kunskapsstöd är barn, som enligt socialtjänstens bedömning, löper **hög** risk för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. En förutsättning för att tillämpa stödet är därför att det redan har gjorts en risk- och behovsbedömning avseende normbrytande beteende och kriminalitet. En sådan bedömning kan göras med stöd av Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov* eller en standardiserad risk- och behovsbedömningsmetod.

Det finns olika metoder för att bedöma risk och behov vid normbrytande beteende.<sup>17</sup> Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2019:30) om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare bör nämnden använda standardiserade metoder vid riskbedömningen, om det är lämpligt.<sup>18</sup> Det allmänna rådet förordar dock ingen enskild bedömningsmetod framför en annan.

I risk- och behovsbedömningsprocessen skattar socialtjänsten barnets risk för fortsatt normbrytande beteende (risk), identifierar vad som behöver förändras för att minska denna risk (behov) och vilka hänsyn som behöver tas vid utformning av insatser (mottaglighet). Det är viktigt att tänka på att risker, behov och mottaglighet förändras över tid och påverkas av såväl behandlingsinsatser som barnets naturliga utveckling och mognad, liksom av omständigheter i familjens liv. Den risk- och behovsbedömning som ligger till grund för den initiala planeringen och utformningen av insatser därför uppdateras efter en viss tid [16,58]. Huruvida en förnyad risk- och behovsbedömning kan göras inom ramen för uppföljningen av pågående insatser eller om en ny utredning behöver inledas måste avgöras i varje enskilt fall.

En förnyad risk- och behovsbedömning kan visa om och hur pågående insatser behöver justeras för att matcha barnets och föräldrarnas aktuella situation och förutsättningar. Den uppdaterade bedömningen kan också ge en bild av vilka eventuella framsteg som gjorts i behandlingen. Läs mer i avsnittet *Följa upp*.

---

<sup>17</sup> Exempel på strukturerade bedömningsmetoder som används för barn med normbrytande beteende i Sverige är SAVRY, YLS-CMI, EARL och ESTER bedömning. Läs om dessa i Metodguiden för socialt arbete.

<sup>18</sup> Se AR till 11 kap. 1 § SoL HSLF-FS 2019:30.



## Planera insatser

Att planera insatser handlar om att matcha det enskilda barnets risk, behov och mottaglighet med ett relevant och kunskapsbaserat behandlingsinnehåll. Att föreslå en insats eller en utförare som finns nära till hands eller med motiveringen att man har goda erfarenheter av den sedan tidigare, bäddar inte för en önskad effekt. Valet av insats måste utgå från barnets individuella behov och förutsättningar.

Notera att detta kunskapsstöd är avgränsat till insatser med syfte att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Barn med normbrytande beteende kan också ha behov av andra insatser, till exempel stöd till följd av utsatthet för våld och andra trauman, för självskadebeteende eller för att kunna leva ett självständigt liv efter placering i social dygnsvård. Detta stöd ger dock inte vägledning för bedömning och planering av sådana insatser.

I följande avsnitt beskrivs processen att planera insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende med utgångspunkt i RBM-modellens behandlingsprinciper (se kapitel 1). Avsnittet är indelat i sju delavsnitt som vart och ett avslutas med frågor till stöd för handläggningen av enskilda ärenden.



### Vad behöver förändras?

I RBM-modellen består behovsprincipen av sju områden med faktorer som bör uppmärksammas i behandlingen för att minska risken för fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Riskområdena motsvarar påverkbara faktorer som upprätthåller och förstärker normbrytande beteende och kriminalitet.

De risk- och skyddsfaktorer som beskrivs i kunskapsstödet *Bedöma risk och behov* grundas i första hand på forskning om *utveckling* av normbrytande beteende. Samtidigt utgör flera av dessa faktorer också risker för *fortsatta* beteendeproblem och de överlappar i hög grad behovsprincipens sju riskområden. I detta kapitel hänvisas fortsättningsvis till behovsprincipens riskområden.<sup>19</sup> Se tabell 1 hur dessa relaterar till berörda faktorer i *Bedöma risk och behov* och i BBIC:s delområden.

<sup>19</sup> I de fall en strukturerad risk- och behovsbedömningsmetod har använts i utredningen kan det underlätta att utgå från den aktuella metodens terminologi istället för riskkategorierna som presenteras i detta kapitel

**Tabell 1 Riskområden att fokusera på vid insatser mot normbrytande beteende**

Behovsprincipens riskområden (Bonta & Andrews 2017)	Faktorer i Bedöma risk... (Andershed & Andershed, 2020)	Delområden BBIC (BBIC grund-/metodbok)
<b>Riskbeteenden</b> <i>Impulsivitet, spänningssökande, iritabilitet, otålig aggressivitet, likgiltighet inför andra, fiendlig inställning till sin omgivning etc.</i>	- Trotsighet, ilska eller oräddhet. - Överaktivitet, impulsivitet, koncentrationssvårigheter. - Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger	- Känslor och temperament - Socialt beteende - Attityder och värderingar
<b>Attityder och värderingar</b> <i>Tankar och attityder som stödjer, bortförklarar eller förminskar betydelsen av normbrytande beteende<sup>20</sup></i>	- Negativa problemlösningar, tolkningar och attityder	- Attityder och värderingar
<b>Umgänge</b> <i>Umgänge med personer med normbrytande beteende eller som stödjer individens normbrytande handlingar</i>	- Problematiska kamratrelationer, -	- Relationer till andra barn och vuxna -
<b>Missbruk</b> <i>Användning av alkohol och droger</i>	- Alkohol eller droganvändning	- Socialt beteende - Hälsa och utveckling
<b>Föräldrar/familj</b> <i>Bristfällig tillsyn, uppsikt och reaktion/hantering av barnets normbrytande beteende samt problematiska familjerelationer</i>	- Föräldrarnas svårigheter med uppfostringsstrategier. - Svårigheter i föräldra-barnrelationen	- Vägledning och uppfostringsstrategier - Känslomässigt stöd
<b>Skola</b> <i>Svag anknytning till skola och bristfälliga prestationer</i>	- Bristfälliga skolprestationer. - Frånvaro av positiv skolanknytning	- Trivsel och närvaro - Lärande - Studieresultat
<b>Fritid</b> <i>Brist på prosociala aktiviteter och fritidsintressen</i>	- Frånvaro av positiva umgängen och aktiviteter	- Relationer till andra barn och vuxna

Som en del av behovsbedömningen ingår att identifiera vilka av ovanstående riskområden som driver det enskilda barnets normbrytande beteende och som därmed behöver förändras med insatser.<sup>21</sup> Om det trots en genomförd kartläggning av risk- och skyddsfaktorer saknas uppgifter för att kunna identifiera drivkrafter bakom barnets normbrytande beteende kan det ingå i uppdraget till den som ska utföra insatserna att göra en kompletterande analys eller bedömning. Läs mer i avsnittet *Kompletterande analyser*.



Identifiera vilka av riskområdena ovan som driver barnets normbrytande beteende. Utgå från den genomförda kartläggningen av risk- och skyddsfaktorer.

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

<sup>20</sup> I RBM-modellen delas attityder/värderingar in i tre kategorier, 1) att förneka ansvar, förminska skada, lägga skuld på brottsoffer mm., 2) att idealisera normbrytande beteende, egenskaper mm. 3) att ta avstånd från rättsväsendet mm [13]

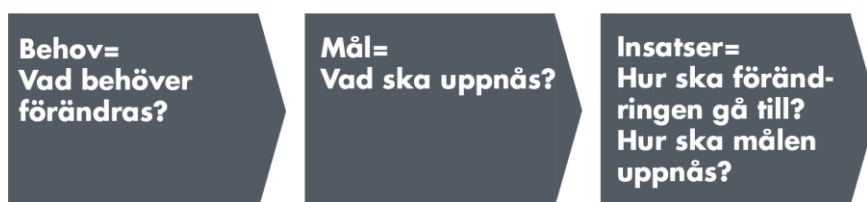
<sup>21</sup> Notera att individspecifika riskfaktorer/drivkrafter kan läggas till, dock inte ersätta, RBM-modellens riskområden och beaktas i det fortsatta bedömnings- och planeringsarbetet.

## Vad ska uppnås?

Att formulera mål, det vill säga ange vad som ska uppnås, är en central del i planeringen av insatser. Målen i beslutsunderlaget anger behandlingsinriktningen och ligger till grund för de mer detaljerade delmålen som formuleras i uppdraget. Se avsnittet *Ange delmål*.

Mål formuleras i relation till aktuella riskområden. Insatserna, som definieras i nästa steg, speglar hur förändringen ska gå till och hur målen ska uppnås (figur 2).

Figur 2 Tillvägagångssätt för att ta fram mål



## Hur ska förändringen gå till?

Ovan beskrivs *vad* som behöver påverkas för att minska normbrytande beteende, nästa fråga är *hur* förändringen ska gå till. I enlighet med principen om generell mottaglighet sker förändring av normbrytande beteende genom att individen får hjälp att utveckla nya färdigheter, tankesätt och alternativa handlingsstrategier snarare än att endast försöka begränsa oönskade beteenden. För varje aktuellt riskområde identifieras därför vad barn respektive föräldrar behöver hjälp att utveckla. Normbrytande beteende upprätthålls och förstärks också av omständigheter i barnets omgivning så för att möjliggöra och förstärka en positiv utveckling kan olika sammanhang runt barnet behöva förändras.

Nedan ges exempel på vad förändringsarbetet kan innehålla med utgångspunkt i principerna om behov och generell mottaglighet.

### Utveckla färdigheter och alternativa beteenden

Att påverka *riskbeteenden* innebär i korthet att ge barnet stöd i att utveckla färdigheter i problemlösning, självkontroll och socialt handlande. För behov inom området *föräldrar/familj* kan det bland annat handla om att föräldrar får hjälp med att utveckla uppfostringsstrategier, öka sin förmåga att kommunicera, lära sig hantera konflikter och spendera mer tid med barnet.

Även när det gäller riskområdena *umgänge, fritid och skola* kan det handla om att utveckla färdigheter och handlingsstrategier. För att barnet ska kunna ersätta olämpligt umgänge och engagera sig i prosociala aktiviteter kan han eller hon till exempel behöva stärka sin förmåga till självreglering och socialt samspel. Föräldrarna, å sin sida, kan behöva öka sin förmåga att utöva tillsyn och uppsikt. För att få en fungerande skolgång kan barnet behöva utveckla sin förmåga att hantera konflikter och föräldrarna kan behöva lära sig strategier för att få barnet att gå till skolan. För att motverka fortsatt *missbruk* kan barnet behöva lära sig strategier för att hantera risksituationer och föräldrarna kan behöva öka sitt engagemang i barnet.

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

### *Förändringar i barnets omgivning*

Förutom att stärka barns och föräldrars förutsättningar för att kunna förändra sin situation behöver sociala riskfaktorer ofta påverkas även genom förändringar i omgivningen. Det kan handla om att andra vuxna runt barnet ändrar sitt sätt att agera eller att strukturen runt barnet förändras. Exempelvis kan skolpersonal och fritidsledare behöva nya strategier för att bemöta barnet eller så behövs stöd och extra anpassningar i skolan och vid fritidsaktiviteter. Familjens privata nätverk eller andra resurser i närmiljön kan behöva engageras för stöd och avlastning. Omständigheter som skapar stress och orsakar problem, såväl hemma som i skolan, på fritiden och i närmiljön, kan också behöva påverkas.

Flera av dessa förändringar ligger utanför socialtjänstens mandat varför samverkan och samordning med andra myndigheter och aktörer ofta är nödvändigt. Läs mer i avsnittet *Planera för samverkan och samordning*.

### *Förstärka barnet i olika miljöer*

För att normbrytande beteende 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 genom att omgivningen hjälper barnet att se vilka positiva konsekvenser och möjligheter som följer av prosociala strategier. För att få genomslag behöver förstärkning ske överallt där barnet prövar och tillämpar nya strategier, såsom i hemmet, på fritiden och i skolan.

För att skapa en positiv förstärkningsstruktur runt barnet är det viktigt att föräldrar, skol- och fritidspersonal och andra vuxna agerar enhetligt och konsekvent. De vuxna kan ta fram gemensamma strategier för hur barnets prosociala agerande kan stödjas och bekräftas i olika sammanhang.

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 över barnet (upptäcktsrisken) ökar. De vuxna runt barnet kan ta fram gemensamma strategier för uppsikt och tillsyn över barnet, och för hur hans eller hennes normbrytande beteende och attityder kan bemötas i olika situationer. Så kallat effektivt ogillande kan användas av personer om har etablerat en god relation till barnet [13].



Identifiera vilka beteenden, tankar och färdigheter som barnet och föräldrarna behöver utveckla, vad som behöver förändras i omgivningen och hur andra vuxna behöver agera.

- Vilka färdigheter, strategier och tankar/attityder behöver barnet förändra?
- Vilka färdigheter, strategier och tankar/attityder behöver föräldrarna förändra?
- Vad behöver förändras i barnets omgivning?
- Vad kan andra vuxna göra för att främja en positiv utveckling för barnet?
- I vilka sammanhang kan barnet ges stöd och uppmuntran då han eller hon tränar och tillämpar nya färdigheter och strategier?
- Hur ska barnet bemötas när han eller hon uppvisar normbrytande beteende och attityder?

## Matcha behov – mål – behandlingsinnehåll

För att identifiera insatser som matchar det enskilda barnets behov är det bra att först specificera behandlingsinnehållet innan insatserna 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.

I tabell 2 illustreras kopplingen mellan behovsprincipens riskområden och övergripande behandlingsinriktning [13]. Med utgångspunkt i principen om generell mottaglighet och vad som utmärker effektiva insatser för barn med normbrytande beteende ges också exempel på kunskapsbaserat behandlingsinnehåll.<sup>22</sup> Tabellen kan ge inspiration i arbetet med att matcha behov – mål – behandlingsinnehåll. Notera att tabellen innehåller stödexempel som måste **individualiseras** och **preciseras** för att matcha det enskilda barnets behov.

<sup>22</sup> Jfr beskrivningar i kap. 1 av vad som utmärker verksamma insatser i samt behandlingsinnehåll i de insatser som Socialstyrelsen rekommenderar i kapitel 3

**Tabell 2 Illustrering av matchning mellan risk/behov, övergripande behandlingsinriktning och exempel på kunskapsbaserat behandlingsinnehåll**

Riskområde (behov)	Övergripande behandlingsinriktning	Exempel på kunskapsbaserat behandlingsinnehåll
Barnet uppvisar normbrytande beteende	Utveckla prosociala färdigheter och beteendestrategier	<b>Barnet</b> ges stöd för att: lära sig nya handlingsstrategier, öka sin förmåga att känna igen och hantera risksituationer <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: utveckla uppfostringsstrategier samt öka sin förmåga att stödja barnet i att använda prosociala färdigheter och beteenden <b>Andra vuxna</b> 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 känslereglering, problemlösning, sociala färdigheter och empati	<b>Barnet</b> ges stöd för att: öka sin förmåga att reglera känslor, lösa problem, samspela och att uttrycka empati <b>Föräldrar</b> ges stöd för att: stärka sina föräldrafärdigheter och/eller sin förmåga att stödja barnet att utveckla färdigheter <b>Andra vuxna</b> 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.	<b>Barnet</b> ges stöd för att: utveckla prosociala tankesätt, attityder och värderingar samt stärka sociala färdigheter <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: kunna ta avstånd från barnets normbrytande handlingar och attityder samt visa på alternativa tankesätt och beteenden <b>Andra vuxna</b> stödjer barnet i att utveckla prosociala tankesätt, attityder och värderingar
Barnet umgås med personer som agerar normbrytande eller som stödjer barnets normbrytande beteende	Stärka prosociala umgängen och kontakter. Minska känslan av samhörighet med personer som agerar normbrytande	<b>Barnet</b> ges stöd för att: stärka sitt intresse för och förmåga att samspela med prosociala personer och i prosociala sammanhang <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: utveckla strategier för uppsikt och tillsyn samt för att kunna hjälpa barnet att skapa och bibehålla prosociala kamratrelationer <b>Andra vuxna</b> stödjer barnet att samspela med prosociala kamrater och vidtar åtgärder för tillsyn och uppsikt av barnet
Barnet har svag anknytning till skolan och/eller bristfälliga prestationer	Stärka anknytningen till skolan och förbättra skolprestationer	<b>Barnet</b> ges stöd för att: öka sina förutsättningar att klara av målen i skolan och att fungera socialt i skolan <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: öka sin förmåga att stötta barnets skolgång <b>Andra vuxna</b> ger förutsättningar för barnet att trivas och att klara av målen i skolan
Barnet har ett riskfyllt bruk av alkohol och/eller använder droger	Utveckla alternativ till bruk av alkohol/droger och förebygga återfall	<b>Barnet</b> ges stöd för att: fungera socialt vid alkohol-/drogfria aktiviteter och öka sin förmåga att känna igen och hantera risksituationer <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: utveckla strategier kring barnets missbruk och sin förmåga att stödja barnets alkohol-/drogfria umgängen och aktiviteter <b>Andra vuxna</b> stödjer barnets alkohol-/drogfria umgängen och aktiviteter
Barnet saknar prosociala fritidsintressen och -aktiviteter	Öka deltagande i prosociala fritidsaktiviteter	<b>Barnet</b> ges stöd för att: utveckla färdigheter för att fungera vid, och sin motivation att engagera sig i, prosociala aktiviteter samt stöd för att hitta och prova nya fritidsintressen <b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: öka sin förmåga att engagera sig i barnets fritidsaktiviteter <b>Andra vuxna</b> stödjer barnets prosociala fritid
Relationerna i familjen är problematiska/konfliktfyllda	Stärka relationerna och reducera konflikter i familjen	<b>Barn och föräldrar</b> ges stöd för att: öka sin förmåga att kommunicera. <b>Föräldrarna</b> 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	<b>Föräldrarna</b> ges stöd för att: öka sin förmåga att utöva tillsyn och uppsikt, spendera tid med barnet, utveckla uppfostringsstrategier och att ge barnet positiv uppmärksamhet <b>Andra vuxna</b> stödjer och avlastar föräldrarna

## Hur kan insatserna bli intensiva och multimodala?

I enlighet med principerna om risk och multimodalitet ska pojkar och flickor med hög risk för fortsatt normbrytande beteende erbjudas omfattande, högin-tensiva och multimodala insatser. Med multimodal menas att man arbetar pa-rallellt mot flera olika riskområden och riskfaktorer med hjälp av olika meto-der eller behandlingstekniker.

### *Intensiva och multimodala öppenvårdsinsatser*

Insatser i öppenvård kan bli omfattande och multimodala när:

- det sätts in flera parallella insatser eller en större insats som riktas samtidigt mot flera riskområden
- 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 exempelvis skolan, från BUP eller från andra delar av soci- altjänsten kan också öka omfattningen av och intensiteten i insatser kring bar- net och familjen.

En annan aspekt av intensitet kan sägas handla om graden av tillsyn och uppsikt, det vill säga i vilken utsträckning som föräldrar och andra vuxna kan skydda barnet från att komma till skada och se till att han eller hon inte åstad- kommer skada för andra. Förutom att stärka föräldrarnas strategier för tillsyn och uppsikt kan insatserna också omfatta en plan för hur andra vuxna kan ha koll på barnet i skolan och på fritiden.

### Behandlingsmängd och längd

Intensitet och omfattning handlar också om frekvens, det vill säga hur ofta och under hur lång period insatser ges. Behandlingsmängden kan bland annat vari- era beroende på hur många behandlingstillfällen som planeras per vecka, hur länge varje tillfälle ska vara och i vilken utsträckning barn och föräldrar ges stöd mellan behandlingstillfällena. Behandlingsintensiteten i öppenvårdsinsat- ser 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 si- tuationer
- 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 för att följa familjens motivation och mottaglighet. Ofta kan kontakten vara mer intensiv till en bör- jan för att senare glesas ut.

Manualbaserade insatser har en bestämd frekvens och längd men ofta med viss flexibilitet för att kunna anpassas efter individuella behov. Hur länge icke- manualbaserade insatser behöver pågå kan vara svårt att uppskatta. En



utgångspunkt i planeringen måste vara att det krävs gott om tid att möta komplexa behov och att arbeta multimodalt. Ett sätt att tänka när insatsernas längd planeras är att dela upp behandlingen i olika faser. Läs mer i *Dela in behandlingsarbetet i faser*. Ett annat sätt att se på behandlingens längd är att insatser behövs så länge barnet löper fortsatt risk för normbrytande beteende. Att erbjuda långsiktigt stöd utan avbrott mellan olika insatser kan också vara ett sätt att öka intensiteten i behandlingen.

### *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 riskfaktorer.

Vård och behandling i familjehem eller på institution (HVB och SiS) kan bli intensiv och multimodal när:

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

Familjehem kan ofta behöva särskild handledning eller utbildning för att kunna ge barnet tillräckligt stöd. Pojkar och flickor placerade i familjehem kan också beviljas insatser som vanligtvis involverar barnets ursprungliga familj, som exempelvis föräldraskapsstödsprogram och strukturerad familjebehandling.

Även i familjehem och på institution kan graden av tillsyn och uppsikt ses som en aspekt av intensiteten i vården. Familjehem och boendepersonal kan behöva särskilda strategier för tillsyn och uppsikt, och likaså kan det behövas en plan för hur andra vuxna kan ha koll på barnet i skolan och på fritiden. Den kontroll och de begränsningar som sker av barn på SiS låsta avdelningar kan sägas motsvara den högsta graden av tillsyn och uppsikt. Vid behandlingsplaceringar på SiS är det viktigt att succesivt ge barnet ökad frihet. Läs mer om hur vård på HVB och SiS kan utformas i avsnittet *Minska risker med institutionsvård*.

### Fortsatta insatser efter placering

Barn som lämnar dygnsvård är sårbara och beroende av den omgivande miljön [59-62]. En succesiv och välplanerad övergång med förstärkta resurser på hemmaplan kan skapa en stödjande struktur och motverka bakslag i samband med att placeringen upphör.



Om barnet bedöms löpa risk för fortsatt normbrytande beteende när placeringen avslutas behövs fortsatt behandling som inriktas mot kvarstående riskfaktorer och som vidmakthåller de positiva resultat som uppnåtts. Även när en omedelbar risk för fortsatt normbrytande beteende bedöms vara låg, kan barn och föräldrar behöva hjälp med att fortsätta att använda funktionella strategier i de utmanande situationer som kan uppstå när barnet flyttar hem.

Både svenska och internationella studier visar att insatser efter en institutionsplacering är avgörande för goda långsiktiga behandlingseffekter [60,61]. Det aktuella forskningsläget ger dock inte stöd för något specifikt eftervårdsprogram eller ett visst behandlingsinnehåll.<sup>23</sup> En utgångspunkt får därför vara att även eftervårdsinsatser planeras och utformas med stöd i RBM-modellens behandlingsprinciper.

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

- Vilka sammanhang/miljöer och personer behöver involveras och på vilket sätt?
- Hur ofta ska behandlaren träffa barnet och/eller föräldrarna?
- Hur ska behandlingsarbetet respektive stödet mellan träffarna se ut?
- Hur kan tillsynen och uppsikten över barnet stärkas?
- Vad behövs för att uppnådda behandlingsresultat ska kunna generaliseras och vidmakthållas över tid?

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

- Hur ska familjehem/boendepersonal stödja barnet i 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 i att utveckla prosociala kamratrelationer och fritidsaktiviteter?
- Vilka parallella stöd- och behandlingsinsatser behöver föräldrarna?
- Hur kan tillsynen och uppsikten över barnets stärkas?
- Hur kan barnets fungerande på hemmaplan stärkas?
- Hur kan kontinuiteten i vården säkras och hur ska behovet av insatser efter placeringen tillgodoses?

<sup>23</sup> Socialstyrelsens litteraturgenomgång visar att effekten av eftervårdsprogram är oklar och att studiernas vetenskapliga kvalitet är begränsad. I sammanhanget kan nämnas att SBU har sammanställt forskning om stöd till unga efter avslutad placering, dessa insatser fokuserar dock inte på normbrytande beteende och brott [63].



## Hur kan förutsättningar för förändring stärkas?

I enlighet med principen om specifik mottaglighet behöver insatserna anpassas efter individens förutsättningar för att ge önskad effekt. Det handlar dels om att anpassa insatsernas praktiska genomförande, dels om att arbeta aktivt med motivation och tillvarata barns och föräldrars styrkor och resurser. Eftersom förändringsprocesser ofta präglas av motstånd och bakslag kan socialtjänsten också behöva planera för motgångar.

### *Anpassa insatserna utifrån mottaglighet*

Att anpassa utifrån mottaglighet handlar om att utforma insatser så att de uppfattas som relevanta och för att stärka individens möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. Det kan till exempel innebära att anpassa mötesstrukturer, behandlingsupplägg och sättet att kommunicera eller att göra praktiska arrangemang som underlättar för barn och föräldrar att delta i och fullfölja behandlingen.

Exempel på faktorer som kan beaktas är individens ålder och mognad, kognitiva förmågor och mottaglighet i relation till kulturell identitet. I RBM-modellen betraktas även kön som en mottaglighetsfaktor där särskild hänsyn kan behöva tas till flickors specifika erfarenheter och förutsättningar. Nedan ges exempel på grupp-specifika mottaglighetsfaktorer som **kan** vara relevanta att beakta i arbetet med flickor, familjer med utländsk bakgrund samt barn och föräldrar med neuropsykiatrisk eller intellektuell (kognitiv) funktionsnedsättning.

#### Flickor

Ett exempel på hur insatser kan anpassas för flickor är att ta hänsyn till hur könsnormer påverkar uppfattningar om normbrytande beteende hos flickor och kvinnor. Ett annat exempel kan vara att uppmärksamma tanke- och beteendemönster som förknippas med flickor, som att lägga vikt vid hur andra uppfattar en och svekfulla relationer med partners, vänner och familj. Anpassningar kan också göras genom att beakta flickors erfarenheter av våld och övergrepp samt förekomst av psykiatrisk problematik [63-65].

#### Barn och föräldrar med utländsk bakgrund

I arbete med familjer med utländsk bakgrund kan Anpassningar till exempel göras med utgångspunkt i familjens kulturella uppfattningar, familjemönster och erfarenheter av migration. En aspekt handlar om att ord och företeelser kan ha olika betydelser i olika språk som gör att synen på bland annat föräldraskap, hälsa och funktionsnedsättning kan variera mellan olika kulturer [66]. Exempel på konkreta Anpassningar kan vara att sammanhangsmarkera och förtydliga roller, att använda eller undvika vissa begrepp/uttryck och att ändra exempelbilder/typsituationer för att öka igenkänning och acceptans. För att stärka förutsättningarna för förändring kan företrädare för trossamfund och andra för familjen betydelsefulla personer engageras [67-70]. Kommunikation som sker genom tolk kan behöva ta längre tid eftersom även ordens kulturella betydelse och meningsinnehåll kan behöva tolkas/förklaras.

Barn och föräldrar med nedsatt kognitiv förmåga

I arbetet med barn och föräldrar med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning är det särskilt viktigt att identifiera och hantera omständigheter i omgivningen som orsakar problem och skapar stress. Det är också viktigt att förstå vilka beteenden och färdigheter hos individen som inte är föränderliga. För barn och föräldrar med större nedsättningar i kognitiv förmåga kan det behövas en bedömning av huruvida de tänkta insatserna går att anpassa efter individens utvecklings- och funktionsnivå [71].

Exempel på anpassningar för personer med nedsatt kognitiv förmåga kan vara att säkerställa en hög grad av struktur och förutsägbarhet i behandlingen, att anpassa tempo och ta fler pauser, att använda visuellt stöd och enkel kommunikation samt att ge ett mer mångsidigt, handfast och aktivitetsbaserat stöd. Läs mer i bilaga 1 *Barn med normbrytande beteende och NPF/IF*.

### Stödja motivation

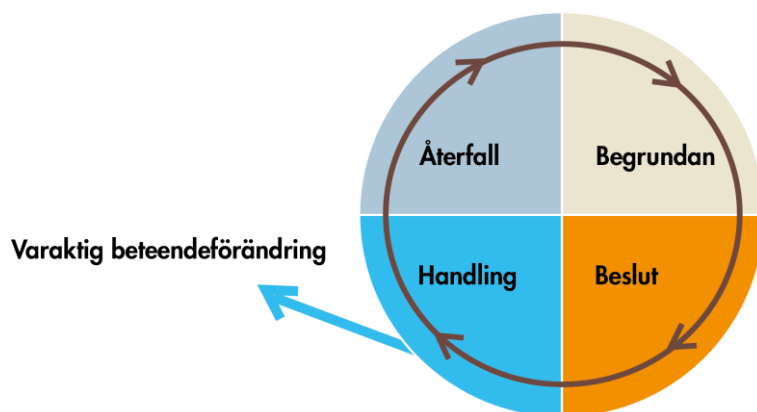
Motivation är en grundläggande förutsättning i allt förändringsarbete. Genom att eftersträva tillit, samarbete och delaktighet kan socialtjänsten främja barns och föräldrars motivation redan i utrednings- och planeringsprocessen. På samma sätt kan utföraren arbeta för att stödja familjens motivation under insatsernas genomförande. Därutöver behövs ett specifikt motivationsstöd under behandlingstiden.

Att förändra inlärd beteenden och samspelelmönster är svårt och kräver ofta stora ansträngningar från både barn och föräldrar. Att hela eller delar av familjen uttrycker lågt intresse, tvivel eller motstånd inför och under socialtjänstens insatser är inte ovanligt. För familjer med stora svårigheter, svaga resurser eller som hyser misstro gentemot socialtjänsten kan särskilda åtgärder behöva riktas mot de barriärer som försvårar för barn och föräldrar att engagera sig. När motivationen för att ens ta emot insatser är låg kan man behöva ägna mycket tid åt att skapa förtroende och en samarbetsallians, att inge hopp och att på andra sätt stödja viljan och förmågan till förändring.

Motivationsstödjande insatser behöver ofta ges kontinuerligt under insatserna, inte minst för att hjälpa individen att fullfölja behandlingen [13]. Om det saknas aktuell kunskap om barnets och föräldrarnas motivation kan det ingå i uppdraget till utföraren att göra en sådan bedömning. Se *Kompletterande analyser*.

En modell för att förstå motivation och förändringsprocesser är Prochaska och Di Clementes förändringshjul (figur 3). Enligt den cirkulerar individen mellan olika förändringsstadier, däribland återfall i gamla beteendemönster, till dess att en varaktig beteendeförändring kan uppnås [72]. Förändringshjulet illustrerar vikten av att anpassa motivationsarbetet efter var i förändringsprocessen som barn respektive föräldrar befinner sig [13].

Figur 3 Förändringshjulet



Motivation kan ses som en kombination av vilja att förändra sitt beteende och tilltron till den egna förmågan att (kunna) åstadkomma denna förändring, se figur 4.<sup>24</sup> 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 sina begränsningar kan modellen ge en fingervisning om vilka motivationsstödjande aktiviteter som behövs [73].

Figur 4 Motivation att förändra utifrån att vilja och att kunna

**Att vilja förändring**



Det finns också familjer, kanske framförallt föräldrar, som från början visar ett högt engagemang och en stor förändringsvilja. I vissa fall kan förväntningarna vara orealistiskt höga, till exempel på vilka resultat en insats kan leda till eller hur snabbt en förändring kan ske. Alltför höga förväntningar riskerar att leda till besvikelser som i sin tur kan påverka motivationen att fullfölja en behandling. I dessa fall kan de motivationsstödjande insatserna exempelvis inriktas på det som är praktiskt möjligt att förändra här och nu, på att acceptera motgångar och på kortsiktiga mål och framsteg.

<sup>24</sup> Uppdelningen av motivation i att vilja/kunna härrör från Motiverande Samtal.

Planera för att stödja viljan till förändring

Drivkrafter till att vilja förändring kan beskrivas som yttre och inre motivation [74,75]. Yttre motivation skapas genom påverkan utifrån, exempelvis belöningar eller varningar om negativa konsekvenser. Exempel på aktiviteter som kan stödja barns och föräldrars yttre motivation kan vara:

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

Inre motivation handlar om att individen gör något för sin egen eller för sakens skull och är den drivkraft som behövs för att uppnå mer varaktiga beteendeförändringar [13,75]. Inre motivation kan bara frambringas av individen själv men socialtjänsten kan skapa förutsättningar för att den inre motivationen ska kunna utvecklas. Det kan bland annat ske genom att ge barn och föräldrar hjälp att förändra sitt sätt att tänka, att reflektera kring konsekvenserna av sin nuvarande situation och att upptäcka fördelar med att förändra sitt beteende.

Planera för att stödja tilltron till förmågan att förändra

Tilltron till den egna förmågan påverkas av individens erfarenheter av att ha lyckats eller misslyckats med uppgifter och åtaganden tidigare i livet [76]. För familjer med barn med normbrytande beteende kan kritik och ifrågasättanden från omgivningen, liksom tidigare insatser som varit resultatlösa påverka barns och föräldrars tilltro till sin egen förmåga. Exempel på strategier för att stärka tilltron till den egna förmågan att förändra kan vara att

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

Att stärka färdigheter och utveckla strategier för att kunna hantera olika situationer kan också stärka tilltron till den egna förmågan och öka motivationen [13,76,78].

*Stärka skyddande faktorer och bygga på individens styrkor*  
I kunskapsstödet *Bedöma risk och behov* beskrivs skyddsfaktorer för normbrytande beteende som kan stärkas eller tas tillvara i behandling för att öka förutsättningarna för förändring. Det handlar exempelvis om att öka barnets och föräldrarnas problemsikt och att stärka eller ta tillvara föräldrarnas engagemang i barnets liv [7].

RBM-modellen anger inga specifika skyddsfaktorer. Däremot är en central utgångspunkt att ta tillvara individens styrkor i förändrings- och motivationsarbetet, och att engagera omgivningen för prosocialt stöd.

### *Minska risker med institutionsvård*

Att placera barn med normbrytande beteende på HVB och SiS behöver övervägas noga eftersom vård på institution är förenat med risk för negativ kamratpåverkan och förvärrad beteendeproblematik [79-83]. Kunskap om vikten av att arbeta familjeorienterat och om riskerna med institutionsvård har resulterat i att många kommuner har utvecklat olika former av ”hemmaplanslösningar” för barn med normbrytande beteende. Även i RBM-modellen förordas insatser i öppenvård framför placering på institution [13].

I de fall där vård på HVB eller SiS ändå bedöms ändamålsenligt kan socialtjänsten vidta åtgärder för att minska potentiellt negativa konsekvenser. Forskning visar att riskerna med institutionsvård minskar när vården organiseras efter RBM-principerna [13,37,84]. Det innebär att placeringar på låst institution (SiS) förbehålls barn med mycket allvarligt normbrytande beteende. Det innebär också att insatserna är strukturerade och utgår från individens behov, att de är beteende- och färdighetsorienterade, att de är motivationsstödande, har skolan i fokus och inkluderar barnets familj i behandlingen. Andra viktiga aspekter är att insatserna är framåtsyftande och fokuserar på att stärka barnets fungerande utanför institutionsmiljön [79].

### *Planera för motgångar*

Även om insatser planeras och utformas enligt bästa tillgängliga kunskap, och även om förändringsarbetet går som planerat, finns det alltid en risk för motgångar. Bakslag och återfall är vanliga i ett förändringsarbete, vilket illustreras i förändringshjulet (se ovan).

Socialtjänsten behöver ibland gripa in till skydd för barn men för att motverka behandlingssammanbrott och förhindra att mer repressiva åtgärder vidtas, behöver det finnas en beredskap för att snabbt kunna agera i kritiska situationer. En sådan beredskap kan byggas upp genom att identifiera vilka personer i barnets nätverk som kan snabbinkallas till ett möte för att hitta lösningar på hur en svår situation kan hanteras, genom att på förhand komma överens om hur kontakten mellan familj och utförare kan intensifieras vid behov eller hur tillsynen och uppsikten av barnet kan öka.

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



Identifiera hur barnets och föräldrarnas förutsättningar för förändring kan stärkas.

- Hur kan 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 styrkor hos barnet och föräldrarna kan uppmärksammas och tas tillvara i behandlingsarbetet?
- Vad ska hända om/när det uppstår bakslag och motgångar?

## Välja insats och utförare

När insatsernas innehåll, omfattning och övergripande mål har definierats sker matchningen med konkreta metoder och utförare. I linje med principen om generell mottaglighet väljs strukturerade, beteende- och färdighetsorienterade insatser. Se kapitel 3 om vilka metoder som Socialstyrelsen rekommenderar.

Nedan ges förslag på frågor till stöd för att bedöma i vilken grad en manualbaserad metod eller icke-manualbaserad insats/utförare har förutsättningar att ge goda resultat (tabell 3).

**Tabell 3 Exempel på frågor att ställa vid val av insatser**

	Manualbaserad metod	Icke-manualbaserad insats/utförare
<b>Målgrupp</b>	Är metoden avsedd för barn med allvarligt normbrytande beteende?	Har utföraren erfarenhet och kompetens att arbeta med barn med allvarligt normbrytande beteende?
<b>Inriktning</b>	Är syftet med metoden att minska fortsatt normbrytande beteende?	Kan utföraren arbeta målstyrt med syfte att minska normbrytande beteende?
<b>Teori</b>	Baseras metoden på KBT och/eller social inlärningsteori?	Arbetar utföraren utifrån en uttalad förändringsteori som baseras på KBT och/eller social inlärningsteori?
<b>Behandlingskomponenter</b>	Innehåller metoden beteende- och färdighetsorienterade samt motivationsstödjande aktiviteter?	Kan utföraren erbjuda strukturerade insatser? Beteende- och färdighetsorienterade samt motivationsstödjande aktiviteter?
<b>Intensitet och omfattning</b>	Är metoden tillräckligt omfattande och intensiv för det aktuella barnet?	Är utförarens insatser tillräckligt omfattande och intensiva för det aktuella barnet?
<b>Individuella riskområden</b>	Fokuserar metoden multimodalt på det aktuella barnets olika riskområden/-faktorer?	Kan utföraren arbeta multimodalt med det aktuella barnets olika riskområden/-faktorer?
<b>Individuell mottaglighet</b>	Kan genomförandet anpassas efter den aktuella familjens mottaglighet?	Kan utföraren anpassa genomförandet av insatserna efter den aktuella familjens mottaglighet?

## 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 dem som ska utföra insatserna.<sup>25</sup> Uppdraget ligger till grund för utförarens planering, utformning och uppföljning av insatserna.

Om det finns behov av att komplettera socialtjänstens risk- och behovsbedömning för att insatserna ska kunna utformas enligt RBM-principerna kan det också ingå i uppdraget till utföraren att genomföra en kompletterande analys eller bedömning. Se avsnittet *Kompletterande analyser*.

Förutom att utforma uppdraget behöver socialtjänsten i vissa fall också upprätta en plan för insatsernas genomförande.<sup>26</sup> I detta avsnitt refereras endast till uppdraget men beskrivningarna kan vara till stöd även vid socialtjänstens utformning av genomförandeplaner.

### Beskriva behov, mål och insatser

I BBIC finns stöd för att dokumentera uppdrag. Med utgångspunkt i vad som framkommit i planeringsprocessen kan uppdraget beskriva:

- De riskområden/-faktorer som insatserna ska fokusera på
- Vad barn och föräldrar behöver hjälp med att förändra/utveckla
- Vad insatserna inriktas mot och vad som konkret ska uppnås
- Hur insatserna ska utformas för att bli tillräckligt intensiva och omfattande
- Vilka styrkor/skyddsfaktorer hos barn och föräldrar som ska tas tillvara
- Vilka motivationsstödande insatser som ingår i uppdraget
- Hur utföraren ska anpassa kommunikation, behandlingsupplägg m.m. utifrån barnets och föräldrarnas mottaglighet
- Hur barnets/familjens privata nätverk ska engageras
- Hur utföraren ska samordna sina insatser och/eller samarbeta med skola, BUP, andra myndigheter och civila aktörer

Strukturerade behandlingsinsatser är ofta tidsmässigt avgränsade. Även i andra fall kan det finnas 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 alltför snäva tidsramar. Det är i första hand graden av måluppfyllelse, barnets utveckling och aktuella behov som avgör när insatserna kan avslutas. Utgångspunkten behöver vara att det tar tid att förändra normbrytande beteende och att uppnå varaktiga förändringar. Tidsavgränsade insatser kan behöva följas av vidare stöd för att de positiva resultat som uppnåtts ska kunna stabiliseras och upprätthållas över tid.

---

<sup>25</sup> Se 5 kap. 22 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, för vad som ska ingå i uppdraget.

<sup>26</sup> Se bl.a. AR till 5 kap. 22 § och 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 samt 11 kap. 3 § SoL, och 5 kap. 1 a § andra stycket socialtjänstförordningen (2001:937), SoF.



## Ange delmål

I uppdraget bryts de övergripande målen i beslutsunderlaget ner i konkreta, uppföljningsbara delmål. Delmålen är viktiga eftersom de kommer att styra behandlingsarbetet och användas vid uppföljning för att avgöra hur väl insatserna fungerar. Att målen är realistiska och svarar mot barns och föräldrars önskemål och problemformulering kan vara avgörande för viljan att påbörja och engagera sig i behandlingsinsatserna [13]. Tydliga delmål kan också underlätta vid långa eller komplexa behandlingsprocesser.

Delmålen i uppdraget behöver vara så tydliga att både barn, föräldrar och utförare lätt kan förstå vad som ska uppnås i förhållande till olika riskområden och vad olika aktiviteter ska syfta till. Delmålen 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 barn eller föräldrar ska klara av att göra eller göra mer av. Om målen beskriver eftersträvansvärda beteenden och önskad riktning kan de fungera som en kompass i behandlingsarbetet. Mål som formuleras som negationer, dvs. beskriver vad man inte ska göra, sätter däremot fokus på det som inte fungerar vilket ofta är mindre hjälpsamt. Målet ”att sluta slåss” kan till exempel hellre formuleras som ”att lämna konfliktfyllda situationer”.

För att formulera uppföljningsbara mål är det bra att redan från början tänka på hur förändringar av barnets risk, behov och mål ska kunna mätas och följas upp. Läs mer om att mäta förändring och måloppfyllelse i avsnittet *Följa upp*.

## 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 skapas en genomförandeplan där man också planerar 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 en samarbetsallians och arbeta motivationsstödande.

Behandlingsfasen är den fas som pågår längst, och det är främst då som behandlingsinsatserna genomförs. Arbetet präglas av att förändringsprocessen ofta omfattar såväl framsteg som motstånd, såväl utveckling som bakslag. I behandlingsarbetet stämmer utföraren kontinuerligt av vilka resultat som uppnåtts för att försäkra sig om att insatsen fungerar som avsett. Ibland kan insatserna behöva ändras för att bättre möta individens aktuella behov och situation.

Under generaliseringsfasen befästs nya färdigheter och beteenden så att de fungerar dels i olika situationer som barn och föräldrar kan ställas inför, och dels över tid. Generaliseringsfasen kan delvis pågå parallellt med behandlingsfasen.

## Kompletterande analys eller bedömning

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

Syftet med en kompletterande analys eller bedömning kan till exempel vara att få en fördjupad kunskap om riskfaktorer, om barns och föräldrars styrkor och motivation eller 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) är en närmare kartläggning av individens beteende och kan bland annat ge kunskap om vad som ligger bakom och upprätthåller ett riskbeteende, vilka situationer som är kritiska och hur olika problem hänger ihop. En funktionell analys kan visa på förändringsbehov och därmed möjliga lösningar, till exempel vilka färdigheter och beteendestrategier som barn och föräldrar behöver utveckla, vad som behöver förändras i omgivningen eller om hur önskvärda beteenden kan förstärkas på kortare och längre sikt.

### *Bedöma färdigheter och beteendeproblem med standardiserade bedömningsmetoder*

Det finns olika standardiserade metoder för att bedöma barns färdigheter och beteendeproblem.<sup>27</sup> En sådan bedömning kan öka kunskapen om barnets behov, och därmed hur insatserna bör utformas eller peka på vad som behöver prioriteras. Genom att systematiskt använda standardiserade bedömningsmetoder kan man också följa upp hur problemen förändras över tid och få en indikation på huruvida insatserna är till hjälp.

### *Bedöma motivation med hjälp av skattningsskalor*

Det finns olika skalor för att bedöma motivation. I motiverande samtal (MI) används till exempel två skalor, där den ena skalan 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 genomföra förändringen. Att skilja på den upplevda angelägenhetsgraden respektive tilltron den egna förmågan kan vara till hjälp för att förstå vilka motivationsstödjande insatser som behöver sättas in.

## Planera för samverkan och samordning

För barn med normbrytande beteende behövs ofta både engagemang och ansvarstagande från flera olika aktörer. Vid planering och genomförande av multimedala insatser behöver socialtjänsten samverka med andra verksamheter, till exempel skola, barn- och ungdomspsykiatri, kommunens LSS-verksamhet, fritidshem, fältarbetare, närpolis, lokala föreningar och samfund. Samverkan kan också inkludera personer i familjens privata nätverk.

---

<sup>27</sup> Sök efter bedömningsmetoder på Metodguiden för socialt arbete.

När socialtjänstens insatser ska genomföras av olika utförare blir också samordning viktig. Detsamma gäller om barn eller föräldrar får parallella insatser från andra vårdgivare. Nedan ges exempel på tre sätt att arbeta i samverkan.

Vid samverkan aktualiseras frågor om sekretess. Läs om sekretess vid samverkan kring barn i Socialstyrelsens handböcker och specifikt om att dela information med polisen i tema Barn och brott på Kunskapsguiden.se

## Gemensamma planerings- och uppföljningsmöten

Ett sätt att samverka och att samordna insatser och uppdrag kan vara att sammankalla barn, föräldrar, den eller de som ska utföra socialtjänstens insatser, andra vårdgivare och aktörer till gemensamma planeringsmöten för att tydliggöra roller och ansvar samt koordinera de olika insatserna. Mötena kan också syfta till att skapa en samsyn kring problembilden och kring vad som behöver göras runt barnet och familjen. Planeringsmötena kan sedan följas av gemensamma uppföljningsmöten [85,86].

## Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) är ett lagstadgat verktyg för samverkan kring barn med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.<sup>28</sup> I arbetet med SIP medverkar ofta både barn och föräldrar, även andra närstående kan bjudas in.

En SIP kan underlätta samordningen av insatser och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan socialtjänstens barn- och ungdomsvård och andra aktörer, till exempel:

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

Förutom socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola kan andra myndigheter som polisen, Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården delta i SIP-arbetet [87]. Läs mer om att använda SIP på webbplatsen Uppdrag psykisk hälsa.

<sup>28</sup> Se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

## Särskild samordnare

Ibland räcker det inte med gemensamma planeringsmöten och SIP. Kontakten mellan olika aktörer kan behöva vara tätare (kanske ske dagligen) för att åstadkomma ett samordnat stöd till barnet och hans eller hennes familj. Socialtjänsten kan utse en särskild samordnare eller en liknande stödfunktion med uppgift att kontinuerligt stämma av och koordinera olika insatser och åtgärder runt barnet [88].

## Följa upp

Ett uppdrag som är informativt och tydligt formulerat kan fungera som utgångspunkt för att följa upp barnets utveckling och pågående insatser. Mål och delmål i uppdraget står i fokus vid uppföljningen. Det är också viktigt att följa upp hur utföraren genomför insatsen.

I vilken utsträckning som målen uppnås kan ses både som ett mått på barns och föräldrars framsteg, och på hur väl utföraren har lyckats genomföra sitt uppdrag. Vidare kan det ge en indikation om huruvida socialtjänstens uppdrag är ändamålsenligt och om det är rätt insatser för det aktuella barnet.

Om uppföljningen visar att förändringsarbetet inte går som planerat behöver resultatet analyseras för att finna orsaker och kunna vidta åtgärder. 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 ändå uteblir? Kan insatsen ändras i någon del för att fungera bättre eller behöver delmål formuleras om?
- Har det hänt något eller har det tillkommit information som gör att uppdragsbeskrivningen behöver ändras?

## Systematisk individbaserad uppföljning

Individbaserad systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta den enskildes problem och behov, insatser och resultat.<sup>29</sup> När den individbaserade uppföljningen genomförs systematiskt och dokumenteras på ett likartat sätt i alla ärenden kan uppgifter sammanställas på grupp- och verksamhetsnivå. På så vis kan socialtjänsten bygga lokal kunskap om resultat av de olika insatser som getts till barn med normbrytande beteende. Genom systematisk uppföljning skapas beprövad kunskap och erfarenheter som kan komplettera vetenskaplig kunskap. Beprövad erfarenhet är den kunskapsgrund som praktiken kan luta sig mot när det saknas vetenskaplig kunskap om insatserns effekter. Läs mer om systematisk uppföljning på [Kunskapsguiden.se](http://Kunskapsguiden.se)

### *Mäta förändring*

Genom att följa hur barnets behov, problem och situation förändras över tid får socialtjänsten en uppfattning om huruvida framsteg har gjorts och om huruvida insatserna är till nytta. För att kunna ta reda på om någon förändring har skett

---

<sup>29</sup> SOU 2020:47, sid 494.

– positiv, negativ eller ingen alls – behöver behov, problem eller situation mätas både före, under och efter insatserna för att någon jämförelse ska kunna göras. Viktigt är att mätningarna genomförs på samma sätt vid alla mättillfällen.

En förnyad *risk- och behovsbedömning* gör det möjligt att identifiera förändringar av barnets risk, behov och mottaglighet. Ett annat sätt är att få kunskap om hur en problembild förändras över tid är att använda *standardiserade bedömningsmetoder* för att mäta sådant som barns riskbeteenden och färdigheter, användning av droger, föräldrars uppfostringsstrategier med mera.<sup>30</sup> Det går också att använda *individuella skattningsskalor* med skraddarsydda frågor eller påståenden som barn och föräldrar får ta ställning till före och under pågående insatser. De kan till exempel få svara på i vilken utsträckning de uppfattar att ett visst problem har förekommit under den senaste veckan [89]. *Visuella skalor* med numreringar, färger eller bildsymboler kan också användas för att låta barn och föräldrar skatta hur de upplever sin situation eller ett visst problem vid olika tillfällen.<sup>31</sup>

### *Skala i BBIC för att beskriva måluppfyllelse*

Oavsett vilken eller vilka metoder som väljs för att mäta förändring och följa upp insatser kan måluppfyllelse beskrivas med stöd av en fyrgradig skala i BBIC. Skalstegen är:

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

---

<sup>30</sup> Läs mer om bedömningsmetoder i Metodguiden för socialt arbete på [socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se) och på SKR webbplats [uppdragpsyiskhalsa.se](http://uppdragpsyiskhalsa.se)

<sup>31</sup> Tips – Visuella skattningsskalor finns att ladda ner kostnadsfritt via Infoteket på [regionupsala.se](http://regionupsala.se)

### 3. Rekommendationer om insatser

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens sex rekommendationer om insatser för barn med hög risk för fortsatt normbrytande beteende. Rekommendationerna avser dels barn 6–11 år och dels barn 12–17 år.<sup>32</sup> De är tillämpliga både när insatser beslutas med stöd av SoL och LVU. Rekommendationerna har formulerats i en strukturerad konsensusprocess med externt sakkunniga, se bilaga 3 *Metodbeskrivning*.

Rekommendationerna baseras på ett vetenskapligt underlag med resultat från 27 systematiska översikter och metaanalyser av studier om effekter av insatser med syfte att motverka fortsatt normbrytande beteende och/eller kriminalitet. Det vetenskapliga stödet för de sex rekommendationerna bedöms vara starkt. Med det menas att kunskapsunderlaget för varje positiv rekommendation samstämmigt visar att dessa insatser i högre grad kan minska förekomsten av normbrytande beteende och/eller kriminalitet hos barn, jämfört med de alternativ som dessa insatser har utvärderats mot.<sup>33</sup> Stödet för insatsernas effektivitet baseras främst på resultat som har uppmätts i anslutning till behandlingens avslut. Därmed är det vetenskapliga stödet mer begränsat vad gäller insatsernas effekt på lång sikt.

I den separata publikationen *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning* beskrivs de litteratursökningar, avgränsningar och bedömningar som Socialstyrelsen har gjort, samt resultat och referenser till de studier som ligger till grund för rekommendationerna (dnr 4.3–30783/2021).

I motiveringen av respektive rekommendation anges också om det finns svenska effektstudier som tillägg till de internationella forskningsresultaten. Vad gäller insatserna för barn 12–17 år kommenteras också (i fotnot) det aktuella vetenskapliga stödet i relation till Socialstyrelsens slutsatser om kunskapsläget för dessa insatser år 2008 [9].<sup>34</sup>

#### Samtliga rekommendationer är starka

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

---

<sup>32</sup> Socialstyrelsen har eftersökt sammanställd forskning om rekommendationernas giltighet för flickor, för barn och föräldrar med utländsk bakgrund samt för barn med neuropsykiatrisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Den sammantagna bedömningen är att rekommendationerna är relevanta även för dessa grupper. Läs mer i *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning*

<sup>33</sup> I texten beskrivs insatsernas effekt ”i förhållande till jämförelsealternativen”. Vilka dessa jämförelsealternativ är varierar inom och mellan olika systematiska översikter. Den utvärderade insatsen kan ha jämförts med sedvanliga insatser, andra specificerade insatser eller en jämförelsegrupp som inte erhållit någon insats (t.ex. väntelista).

<sup>34</sup> Projektets litteratursökningar är en uppdatering av sökningar som Socialstyrelsen gjorde 2008 om insatser för unga lagöverträdare. Sökningarna från 2008 avsåg översiktsartiklar publicerade mellan 1990-2008 och projektets litteratursökningar omfattar systematiska översikter publicerade 2008-2020. Se *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning*.

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

Fem av rekommendationerna i detta kunskapsstöd är starkt positiva (bör erbjudas) och en rekommendation är starkt negativ (bör inte erbjudas). Tre rekommendationer omfattar exempel på metoder vilka nämns i bokstavsordning utan inbördes rangordning.

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

Oavsett rekommenderad insats är det viktigt att beakta principerna om risk och multimodalitet. Det betyder att även när en rekommenderad insats riktar sig enbart till föräldrarna eller enbart till barnet, kan det samlade stödet behöva vara mer omfattande och inbegripa både barn och föräldrar, familjens nätverk, skola och andra sociala kontexter.

## Föräldraskapsstöd (6–11 år)

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

Beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram för barn med normbrytande beteende utgår från kognitiv psykologi och social inlärningsteori [90]. Programmen är fokuserade på riskfaktorer hos barnet och i familjen. Målsättningen är att minska barns normbrytande beteende genom att stärka föräldra-barnrelationen, föräldrarnas uppsikt och tillsyn samt föräldrarnas uppfostringsmetoder [90,91].

Föräldrarna får hjälp att utveckla beteenden och färdigheter såsom att visa positiv uppmärksamhet, kommunicera på ett enkelt sätt och ha en genomtänkt strategi för gränssättning [92]. Programmen ges traditionellt i grupper om 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 [90].

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

### Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram för barn 6-11 år baseras på nio systematiska översikter med 157 unika primärstudier [93-101]. Alla nio översikter visar att beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram i högre grad minskar normbrytande beteende hos barn i förhållande till jämförelsealternativen. De positiva resultaten gäller också när insatsen riktas till föräldrar till barn med adhd eller till familjehemsföräldrar.

Resultatet från internationella studier bekräftas av svenska effektutvärderingar av beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram (Cope, De otroliga åren och Komet) [102-105].

Det vetenskapliga stödet gäller när programmen ges till 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 deras behov och förmåga. Den gruppbaseade insatsen kan då kompletteras med individuellt stöd eller ges helt individuellt. Oavsett om programmet ges i grupp eller helt/delvis individuellt är innehållet detsamma.



## Färdighetsträningsprogram (6–11 år)

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

Multimodala KBT-baserade färdighetsträningsprogram för barn med normbrytande beteende utgår från social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi. Programmen är fokuserade mot riskfaktorer hos barnet, i familjen och i andra sociala kontexter. De ges till barn i grupp och syftar till att utveckla förmågan till känsloregulering, problemlösning och sociala färdigheter.

Situationer och färdigheter som tränas är bland annat att ta kontakt med andra, undvika bråk, följa regler och hantera arga känslor. 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 Coping Power Program, Dina-programmet och Stop Now And Plan (SNAP), riktas även insatser till barnens föräldrar. Syftena är två: dels att föräldrarna ska lära sig föräldraskapsfärdigheter, dels att de ska kunna stödja och förstärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning. I multimodala färdighetsträningsprogram ingår också kontakt med skolan för att personalen ska kunna stödja och förstärka barnet i skolmiljön [51,91,106,107]. Läs mer om Coping Power Program, Dina-programmet och SNAP 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 [93,107,108]. 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 insatsen i någon mån även involvera föräldrar eller andra omsorgspersoner och samverka med skolan. Som en del i rekommendationsprocessen eftersökte Socialstyrelsen därför information om multimodala färdighetsträningsprogram och identifierade därigenom Coping Power Program, Dina-programmet och SNAP.<sup>35</sup>

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

---

<sup>35</sup> Sökningarna gjordes dels utifrån de tre översiktens referenslistor, dels i tillgänglig litteratur [46,51,92] och via internet.

## Strukturerad familjebehandling (12–17 år)

Socialtjänsten bör erbjuda strukturerad familjebehandling i öppenvård, t.ex. BSFT, FFT, MDFT och MST för barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Med strukturerad familjebehandling avses manualbaserade familjeterapeutiska interventioner i öppenvård för barn 12–17 år med normbrytande beteende inklusive kriminalitet och missbruk. I det vetenskapliga underlaget identifierades fyra namngivna strukturerade familjebehandlingsprogram: Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensionell familjeterapi (MDFT) och Multisystemisk terapi (MST).

Alla de fyra familjebehandlingsprogrammen utgår från ett socialekologiskt perspektiv och tillämpar beteendeterapeutiska principer och färdighetsträning med syfte att minska barnets normbrytande beteende. Programmen är fokuserade på riskfaktorer hos barnet, i familjen och i andra sociala kontexter. Familjemedlemmar och andra viktiga personer runt barnet involveras – direkt och/eller indirekt – i behandlingsarbetet [109,110].

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

### Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om strukturerad familjebehandling i öppenvård för barn 12–17 år baseras på åtta systematiska översikter med 156 unika primärstudier [5,109–115]. Samtliga översikter visar att strukturerad familjebehandling i högre grad minskar normbrytande beteende och kriminalitet hos barn i förhållande till jämförelsealternativen.<sup>36</sup>

Behandlingsmodellerna FFT och MST har även utvärderats i svenska RCT-studier som visade likvärdiga eller positiva effekter jämfört med socialtjänstens sedvanliga insatser [116–119]. I sammanhanget kan noteras att Socialstyrelsen också rekommenderar BSFT, FFT, MDFT och MST för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem [120].

<sup>36</sup> 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 hade visat effekt på ungdomars återfall i kriminalitet [9].

## Treatment Foster Care Oregon (12–17 år)

Socialtjänsten bör erbjuda Treatment Foster Care Oregon (TFCO) som alternativ till institutionsvård för barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) är en form av strukturerad familjebehandling för barn 12–17 som ges under tiden som barnet är placerad i familjehem, en så kallad behandlingsfamilj. TFCO utgår från en sociekoologisk modell och tillämpar beteendeterapeutiska principer och färdighetsträning med syfte att minska barnets normbrytande beteende. Programmet är fokuserat mot riskfaktorer hos barnet, i familjen och i andra sociala kontexter.

Behandlingsfamiljen är utbildad i den specifika metoden och ingår i ett behandlingsteam runt barnet. I behandlingsteamet ingår också en så kallad ungdomsterapeut och en färdighetstränare som arbetar direkt med barnet samt en familjeterapeut som arbetar med ursprungsfamiljen [121]. Läs mer om TFCO i Metodguiden för socialt arbete.

### Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om TFCO baseras dels på en systematisk översikt från SBU [121], dels på två systematiska översikter där TFCO ingår som en av flera strukturerade familjebehandlingsmodeller [109,113]. Totalt handlar det om 11 unika primärstudier. 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 hos barn i förhållande till jämförelsealternativen.<sup>37</sup> TFCO har också utvärderats i svenska RCT-studier som visat positiva effekter avseende normbrytande beteende jämfört med socialtjänstens sedvanliga insatser [122,123].

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 minskar normbrytande beteende motiveras rekommendationen av det svaga vetenskapliga stödet för gynnsamma effekter vid institutionsvård [124], liksom risken för ”smitta” mellan barn som vårdas tillsammans [81-83].

Notera att även andra varianter av behandlingsfamilj erbjuds inom svensk socialtjänst men dessa har så vitt känt inte utvärderats vetenskapligt. Socialstyrelsens bedömning är att nuvarande kunskapsläge är otillräckligt för att rekommendera andra varianter av behandlingsfamilj än TFCO.

---

<sup>37</sup> Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt om insatser för unga lagöverträdare (2008) där familjebaserade insatser (t.ex. TFCO, kallades då MTFC) konstaterades vara den behandlingsinriktning som mest konsekvent hade visat effekt på ungdomars återfall i kriminalitet [9].

## Strukturerad beteende- och färdighetsträning (12–17 år)

Socialtjänsten bör erbjuda strukturerad, individuell KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende. Insatsen kan ges i öppenvård och på institution.

Strukturerad, KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för barn med normbrytande beteende utgår från inläringsteori, socialpsykologi och kognitiv psykologi. Insatsen är fokuserad på riskfaktorer hos barnet och kan ges både i öppenvård och på institution (HVB och SiS).

Strukturerad 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, problemlösning och konsekvenstänkande. Insatsen kan också omfatta kognitiv omstrukturering och beteendekontrakt i form av en överenskommelse om barnets och behandlarens åtagande och om privilegier och sanktioner för barnet [50,51,125].

### Motivering och kommentar till rekommendationen

Rekommendationen om strukturerad individuell, KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för barn 12–17 år baseras på sju systematiska översikter med 110 unika primärstudier [5,37,47,126-129]. 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 i högre grad minskar normbrytande beteende och kriminalitet hos barn i förhållande till jämförelsealternativen.<sup>38</sup> Så vitt känt saknas svenska publicerade effektstudier av strukturerad, KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för målgruppen.

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 omfattar inte insatser som ges till barn i grupp. Den rekommenderade insatsen kan kompletteras med stöd till föräldrar och/eller att involvera skolan för att påverka fler riskfaktorer och för att se till att barnet får stöd av sin omgivning i förändringsprocessen.

<sup>38</sup> Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2008) om insatser för unga lagöverträdare där KBT-baserade insatser bedömdes vara effektiva för att motverka ungdomars återfall i kriminalitet [9].

## Scared Straight (12–17 år)

Socialtjänsten bör inte erbjuda konsekvensprogram av typen Scared Straight för barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende.

Scared Straight är en typ av konsekvensprogram med syfte att avskräcka barn i tonåren 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. De tidiga versionerna av Scared Straight var huvudsakligen konfronterande medan de senare kom att bli mer undervisande [130,131]. Läs mer om Scared Straight i Metodguiden för socialt arbete.

### Motivering och kommentarer till rekommendationen

Rekommendationen om att socialtjänsten inte bör erbjuda konsekvensprogram av typen Scared Straight baseras på en systematisk översikt som visar att programmen *ökar* risken fortsatt kriminalitet hos barn jämfört med ingen insats [132].<sup>39</sup>

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

## Konsekvenser och implementeringsstöd

I arbetet med kunskapsstödet har det inte gjorts någon regelrätt konsekvensanalys men diskussioner har ändå förts om vilka konsekvenser som rekommendationerna kan komma att innebära för socialtjänsten. När stödet skickades ut på remiss efterfrågades också socialtjänstens behov av stöd för att kunna omsätta kunskapsstödet i praktiken.

Den samlade bedömningen är att förutsättningarna att tillämpa rekommendationerna varierar och att Socialstyrelsen behöver arbeta brett och långsiktigt för att stödja en nationell implementering. Detta stöd behöver anpassas utifrån lokala behov och ges i samarbete med andra aktörer på nationell och regional nivå.

<sup>39</sup> Resultatet bekräftar slutsatserna i Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2008) om insatser för unga lagöverträdare där Scared Straight bedömdes öka risken för återfall i kriminalitet [9].

# Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline; 2013.
2. Moffit T. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev.* 1993;100(4):674-701.
3. Farrington D, Ttofi M, Coid J. Development of Adolescent-Limited, Late-Onset and Persistent Offending from Age 8 to Age 48. *Aggressive Behavior* 2009;35:150-163.
4. Brottsoffermyndigheten. Strategiska brott bland ungdomar på 2010-talet. Stockholm: Brå; 2021. Rapport 2021:5.
5. SBU. Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. SBU-rapport nr 308.
6. Socialstyrelsen. Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnummer: 2015-1-10.
7. Socialstyrelsen. Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende – Kunskapsstöd för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnummer 2020-2-6597.
8. Socialstyrelsen. Barn och unga som begår brott. Handbok för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnummer 2020-2-6577.
9. Socialstyrelsen/IMS. Insatser för unga lagöverträdare – en systematisk sammanställning av översikter om effekter på återfall i kriminalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Artikelnummer 2008-126-58.
10. Socialstyrelsen. Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter fem år. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnummer: 2014-11-20.
11. Socialstyrelsen. MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter två år. Stockholm; Socialstyrelsen; 2017. Artikelnummer 2017-1-12.
12. Socialstyrelsen. Studier om Sociala insatsgrupper. Resultatuppföljning av ungdomar i SIG och utveckling av lovande arbetsformer. Stockholm; Socialstyrelsen; 2020. Artikelnummer 2020-3-6691.
13. Bonta J & Andrews D. *The psychology of criminal conduct, sixth edition.* New York: Routledge; 2017.
14. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R)).* American Psychiatric Association; 2013.

15. Connor D. *Aggression & Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Research and Treatment.* New York: The Guilford Press; 2002.
16. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). *Riktlinjer beteendesyndrom.* SFBUP; 2019.
17. Fanti K. Understanding heterogeneity in conduct disorder: A review of psychophysiological studies. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2018;91:4-20.
18. Fairchild G et al. Conduct disorder. *Nature Reviews Primer.* 2019;5(43)
19. Eme R. Life course persistent antisocial behavior silver anniversary. *Aggression and Violent Behavior.* 2020;50(101344).
20. Brottsförebyggande rådet. *Skolundersökningen om brott 2019. Om utsatthet och delaktighet i brott.* Stockholm; Brå; 2020. Rapport 2020:11.
21. Brottsförebyggande rådet. *Brott begångna av barn. En utvärdering av ändringarna i lagen med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare under 15 år.* Stockholm: Brå; 2014. Rapport 2014:20.
22. Brottsförebyggande rådet. *Strategiska brott. Vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär?* Stockholm: Brå; 2000. Rapport 2000:3.
23. Brottsförebyggande rådet. *Strategiska brott bland unga på 00-talet.* Stockholm: Brå; 2011. Rapport 2011:21.
24. Brottsförebyggande rådet. *Strategiska brott bland unga på 2010-talet.* Stockholm: Brå; 2021. Rapport 2021:5.
25. Beaudry G, Rongquin Y, Långström N, Fazel S. An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(1):46-60.
26. Rutten A, Vermeiren R, van Nieuwenhuizen C. Autism in adult and juvenile delinquents: a literature review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2017;11;(45)
27. Cino G. A crime to be punished or a problem to be solved? Antisocial behaviour orders and young people with mild learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behavior.* 2014;5(2); 64-77.
28. Anckarsäter H et al. Prevalence's and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Dev Neurohabil.* 2007;10(1):57-65.
29. Ståhlberg O, Anckarsäter H, Nilsson T. Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalence's and treatment needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(12):893-903.
30. Socialstyrelsen. *Vård för barn och unga I HVB utifrån deras samlande behov – förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.* Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnummer: 2019-2-12.
31. Socialstyrelsen. *Geografiska skillnader i förskrivning av adhd läkemedel till barn.* Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnummer: 2019-6-6219.

32. Lundström S et al. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ* 2015;350:h1961.
33. Region Jönköping. Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd. Intellectuell funktionsnedsättning hos barn och ungdomar [Internet]. Hämtad 2021-09-09: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=24813&nodeId=39571>
34. Riksförbundet Attention. 2020 Familjelyftets rapport: del 2. Hämtad 2021-09-09: [https://issuu.com/familjelyftet/docs/minirapport\\_familjelyftet\\_a4\\_dig\\_si](https://issuu.com/familjelyftet/docs/minirapport_familjelyftet_a4_dig_si)
35. Riksförbundet Attention. 2020 Familjelyftets rapport: del 1. Hämtad 2021-09-09: [https://issuu.com/familjelyftet/docs/attention\\_familjelyftet\\_\\_rapport2\\_final2](https://issuu.com/familjelyftet/docs/attention_familjelyftet__rapport2_final2)
36. Riksförbundet Attention. 2021 Var ska jag hamna- röster från placerade barn och unga med NPF. Hämtad 2021-09-09: [https://issuu.com/familjelyftet/docs/\\_var\\_ska\\_jag\\_hamna\\_\\_](https://issuu.com/familjelyftet/docs/_var_ska_jag_hamna__)
37. Koehler J, Lösel F, Akoensi T, Humphreys D. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*. 2012;9(1):19-43.
38. Nee C, Ellis T, Morris P, Wilson A. Addressing criminality in childhood: is responsivity the central issue? *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2013;57(11):1347-73.
39. Brogan L, Haney-Caron E, NeMoyer A, DeMatteo D. Applying the Risk-Need-Responsivity (RNR) Model to Juvenile Justice, *Criminal Justice Review*. 2015;40(3); 277-302.
40. Bonta J & Andrews D. Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation 2007-06. Public Safety Canada. Hämtad 2021-09-09: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>.
41. Funnell S & Rogers P. Purposeful Program Theory. Effective Use of Theories of Change and Logic Models. San Francisco, CA: John Wiley & Sons Inc; 2011.
42. Forster M & Ogden T. Behandlingstrohet. I Sundell K (red) Att göra effektutvärderingar. Första upplagan. Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB; 2012.
43. Akers R & Jennings W. Social Learning Theory. I Piquero, A (Eds.) *The handbook of criminological theory*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2015.
44. Bandura A. *Social learning theory*. Prentice-Hall: 1977
45. Sarnecki J, Carlsson C. Den sociologiska vändningen: Socioekologiska teorier och inlärningsteorier. I Sarnecki J, Carlsson C. *Introduktion till kriminologi. Brottslighetens omfattning, karaktär och orsaker*. Fjärde upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2020.



46. Kazdin A. Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems. In Weisz J & Kazdin A (Eds.) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. The Guilford Press; 2018.
47. van der Stouwe T et al. The effectiveness of social skills training (sst) for juvenile delinquents: A meta-analytical review. *Journal of Experimental Criminology* 2021;17:369-396.
48. Egidius H. Natur och Kulturs Psykologilexikon. Fjärde upplagan. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
49. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. Om psykologiska behandlingsmodeller. [Internet] Hämtad 2021-09-09: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/psykologiska-behandlingsmetoder/om-psykologiska-behandlingsmetoder/>
50. Lardén M. Vägen ut ur kriminalitet. Första upplagan. Stockholm: Gothia Fortbildning; 2020.
51. Enebrink P. Kognitiv beteendeterapi för barn i Eresund P & Wrangsjö B (red) Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn. Första upplagan. Stockholm: Studentlitteratur; 2008
52. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University press; 1979.
53. Andershed A-K, Andershed H. En introduktion till longitudinell forskning och IDA-programmet. I: Andershed A-K, Andershed H (red) Att studera människors utveckling: resultat från forskningsprogrammet IDA 1965-2013. Lund: Studentlitteratur AB; 2013.
54. Socialstyrelsen. Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnummer 2015-1-9.
55. Socialstyrelsen. Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen: 2020. Artikelnummer 2020-3-6640.
56. Socialstyrelsen. LVU. Handbok för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnummer 2020-3-6642.
57. Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur, processmodell socialtjänst. Hämtad 2021-09-23: [https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/ni\\_2021-05-31/Processmodell\\_Socialtjänst](https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/ni_2021-05-31/Processmodell_Socialtjänst)
58. Långström N. Att bedöma risk för återfall bland antisociala unga. En kunskapsöversikt. SiS följer upp och utvecklar. 2003. Statens institutionsstyrelse. Rapport nr 2/03.
59. Vinnerljung B & Andreassen T. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården. 2015. Forskningsrådet för hälsa, arbete och välfärd.

60. Lundström T, Sallnäs M, Andersson Vogel M. Utvärdering av förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution. Institutionsvård i fokus. 2012. Statens institutionsstyrelse. Rapport nr 2/12.
61. Lunnan Hjort & Backe-Hansen E. Forskningsstatus. I Bakketeig E & Backe-Hansen E (red). Forskningskunnskap om ettervern. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA 2008. Rapport 17/2008.
62. SBU. Stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård – en systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. SBU-rapport nr 316.
63. Granski M, Shabnan J, Anderson V, Caires R. Meta-analysis of Program Characteristics for Youth with Disruptive Behaviour Problems: The moderating role of Program format and Youth Gender. *Am J Community Psychol*. 2020;65:201-222.
64. Matthews B & Hubbard D. Moving ahead: Five essential elements for working effectively with girls. *Journal of Criminal Justice*. 2008;36(6):494-502.
65. Enebrink P. 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.
66. Holm-Hanssen J, Haaland T, Myrvold T. Flerkulturelt barnevern. En kunnskapsoversikt. Norsk institutt for by- og regionforskning. 2007. NIBR-rapport 2007:10.
67. Christon L, McLeod B, Jensen-Doss A. Evidence-based assessment meets evidence-based treatment: An approach to science-informed case conceptualization. *Cognitive and behavioural Practice*. 2015;22:36-48.
68. Pina A, Polo A, Huey S. Evidence-based psychosocial interventions for ethnic minority youth: the 10 year update, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019;48(2):179–202.
69. Kumpfer K, Magalhaes C, Xie J. Cultural adaption and implementation of family evidence-based interventions with diverse populations. *Prev Sci*. 2017;18:649-659.
70. Meija A, Leijten P, Lachman J, Parra-Cardona J. Different strokes for different folks? Contrasting approaches to cultural adaption of parenting interventions. *Prev Sci*. 2017;18(6):630-639.
71. Hronis A, Roberts L, Kneebone I. A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implication for cognitive behavioural therapy. *Br J Clin Psychol*. 2017;56(2):189-207.
72. Prochaska J & Di Clemente C. Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982; 19(3):276–288.

73. Folkhälsomyndigheten. Projektet SOMRA – Samtal om riskabla levnadsvanor [Internet]. Hämtad 2016-10-19: [www.folkhalsomyndigheten.se/somra/motivation](http://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/motivation)
74. Di Clemente C. Motivation for change: Implications for substance treatment. *Psychological Science*. 1999;10(3):209-213.
75. Ryan R & Deci E. Self determination. Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 2000;55(1):68-78.
76. Bandura A & Locke E. Negative self-efficacy and goal effect revisited. *J Appl Psychol*. 2003; Feb;88(1):87-99.
77. Folkhälsomyndigheten. Motiverande samtal. Hämtad 2021-09-24: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/motiverande-samtal-med-unga-om-sexuell-halsa/>
78. Ortiz L. Motiverande samtal med ungdomar – stöd vid rådgivning om levnadsvanor. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2010. 2010:14.
79. Andreasen T. Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen? Stockholm: Gothia Förlag; 2003.
80. Lowenkamp C, Latessa E, Holsinger A. The Risk Principle in Action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 Correctional Programs? *Crime & Delinquency*. 2006;52(1):77-93.
81. Dishion T, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am psychol*. 1999;54(9):755-64.
82. Dodge K, Dishion, T, Lansford, J (Eds.) *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. The Guilford Press; 2006.
83. Ahonen L. Changing behaviors or Behavioral change? A study of Moral Development and Transbehavioral Process in Juvenile Institutional Care [dissertation on the internet]. Örebro: Örebro Universitet; 2012. Hämtad 2021-09-09 från: <https://www.avhandlingar.se/avhandling/f40b055c5c/>
84. Landberger N & Lipsey M. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*. 2005;1(4):451-476.
85. Socialstyrelsen. Grundbok i BBIC – Barns behov i centrum. Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-10-20.
86. Socialstyrelsen. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från olika aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnummer 2013-8-1.
87. Sveriges Kommuner och Landsting. Använd SIP – ett verktyg vid samverkan. Barn och unga 0-18 år. Version 6.0. SKL; 2019.
88. Socialstyrelsen. Vagar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning. Kunskapsstöd om samordnad information, gemensam

- planeringsprocess och praktiskt stöd. Stockholm: Socialstyrelsen: 2017. Artikelnummer 2017-10-31.
89. Socialstyrelsen. Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnummer 2012-9-3.
  90. Furlong M, McGilloway S, Baywater T, Hutchings J, Smith S, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early onset conduct problems in children aged 3 to 12 years, Cochrane database Syst Rev. 2012;15(2):CD:008225.
  91. Andershed AK & Andershed H. Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen? 1:a upplagan. Gothia Fortbildning; 2005.
  92. Lager A & Bremberg S. Spridning av nya metoder för föräldrastöd i förskole- och skolåldern fram till år 2008. Statens Folkhälsoinstitut. A 2009:1.
  93. Battagliese G., et al. Cognitive-behavioural therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. Behaviour Research and Therapy. 2015;75:60-71.
  94. Baumel A, Pawar A, Kane J, Correll C. Digital parent training for children with disruptive behaviours: Systematic review and meta-analysis of randomized trials." Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2016;26(8):740-749.
  95. Kaminski, J. & Claussen A. Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviours in children. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2017;46(4):477-499.
  96. Lundahl, B, Risser H, Lovejoy C. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. Clinical Psychology Review. 2006;26(1):86-104.
  97. Lundahl, B. Tollefson D, Risser H, Lovejoy C. A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training. Research on Social Work Practice. 2008;18(2):97-106.
  98. Medlow S, Klineberg E, Jarret C, Steinbeck K. A systematic review of community-based parenting interventions for adolescents with challenging behaviours. J Adolesc. 2017;52:60-71.
  99. SBU. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 265.
  100. Uretsky M & Hoffman J. Evidence for group-based foster parent training programs in reducing externalizing child behaviours: A systematic review and meta-analysis. Journal of Public Child Welfare 2017;11(4-5): 464-486.
  101. Zvi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis J. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged

- 5 to 18 years. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;(12):CD003018.
102. Socialstyrelsen. Effekter av föräldrastöd. Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2015. Artikelnummer 2014-11-12.
  103. Kling Å, Sundell K, Melin L, Forster M. Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem. Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU) Stockholm stad; 2006. FoU-rapport 2006:14.
  104. Axberg U, Hansson K, Broberg A. Evaluation of the Incredible Years Series – an open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007;61(2):143-151.
  105. Thorell L. The community parent education programme: treatment effects in a clinical and community-based sample. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009;14(3):373-387.
  106. Kazdin A. Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems. In Weisz J & Kazdin A (Eds.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. The Guilford Press; 2018.
  107. Piquero A, Jennings W, Farrington D. Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviours. *Campbell Systematic Reviews*. 2010:2.
  108. McCart M, Priester P, Davies H, Azen R. Differential Effectiveness of Behavioural Parent-Training and Cognitive-Behavioural Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006;34(4):527-543.
  109. Dopp A, Bourdin C, White M. Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(4):335-354.
  110. von Sydow K, Retzlaff R, Beher S, Haun M, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*. 2013;52(4):576-618.
  111. Baldwin S, Christian S, Berkeljon A, Shadish W, Bean R. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012;38(1):281-304.
  112. Hartnett D, Carr A, Hamilton E, O'Reilly G. The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioural and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Family Process*. 2017;56(3):607-619.
  113. McCart M & Sheidow A. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behaviour. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2016;45(5):529-563.

114. van der Pol T et al. Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behaviour problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2017; 58(5):532-545.
115. van der Stouwe T, Assher J, Stams G, Dekovic M, van der Laan P. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2014;34(6):468-481.
116. Hansson K, Cederblad M, Höök B. Funktionell familjeterapi: en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2000;(3):231-243.
117. Hansson K, Johansson P, Drott-Englén G, Benderix Y. Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. *Nordisk psykologi: Teori, forskning, Praxis*. 2004; 56(4):304-320.
118. Andrée Löfholm C, Olsson T, Sundell K, Hansson K. Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: resultat efter två år. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
119. Andrée Löfholm C, Olsson T, Sundell K. Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: resultat efter fem år. Socialstyrelsen; 2014.
120. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnummer 2019-1-16.
121. SBU. 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); 2018. SBU-rapport 279.
122. Hansson K & Olsson M. Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(9):1929-1936.
123. Bergström M & Höjer L. 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. *European Journal of Social Work*. 2016;19(2):219-235.
124. Lispey M. Primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*. 2009;4(2):124-147.
125. Lardén M. Från brott till genombrott – kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem. Andra upplagan. Gothia Förlag; 2009.
126. Brännström L, Kaunitz C, Andershed A-K, South S, Smedslund G. Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behaviour in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behaviour* 2016;27:30-41.

127. de Vries S, Hoeve M, Assink M, Stams G, Assher J. 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*. 2015;56(2):108-121.
128. de Swart J et al. The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(9):1818-1824.
129. Litschge C, Vaughn M, McCrea C. The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*. 2010;20(1):21-35.
130. Brottsförebyggande rådet. Kommunernas påverkansprogram och deras deltagare år 2004. En kartläggning. Brå; 2008. Rapport 2008:1
131. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen sammanfattar systematiska översikter – effekter av metoder i socialt arbete. *Scared Straight*. Socialstyrelsen; 2014.
132. Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Hollis-Peel M, Lavenberg J. 'Scared Straight' and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(4):CD002796.

# Bilaga 1 – Barn med normbrytande beteende och NPF/IF

I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende* nämns kortfattat att neuropsykologiska skador som påverkar individens utveckling och funktion kan vara relaterade till normbrytande beteende [1]. I denna bilaga ges en vidare beskrivning av relationen mellan sådana funktionsnedsättningar och normbrytande beteende. Här beskrivs också vad socialtjänsten kan tänka på i arbete med målgruppen.

Två typer av funktionsnedsättning som kan följa av medfödda neuropsykologiska skador är neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) och intellektuell funktionsnedsättning (IF). NPF är ett samlingsnamn för flera diagnoser där de vanligaste är attention deficit hyperactivity disorder (adhd), autismspektrumtillstånd (autism), Tourettes och språkstörning. I denna bilaga syftar NPF på adhd och autism, och med IF avses i första hand lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Här inkluderas även personer som begåvningsmässigt befinner sig strax ovanför gränsen till intellektuell funktionsnedsättning, som har så kallad svag teoretisk begåvning. Det är en grupp som behöver uppmärksammas mer, enligt Socialstyrelsen m.fl. [2,3].

Kopplingen mellan normbrytande beteende och NPF eller IF ser olika ut beroende på diagnos. I denna bilaga beskrivs dock svårigheter och omständigheter som kan vara gemensamma vid adhd, autism, IF och svag teoretisk begåvning. Beskrivningarna utgår från vad som har lyfts fram av de experter och intresseorganisationer som Socialstyrelsen har träffat i projektet. (Se metodbilaga 3).

## Orsaksbakgrunder

Barn med NPF, IF och svag teoretisk begåvning har på olika sätt en ökad sårbarhet för att utveckla normbrytande beteende. Precis som för alla barn kan utvecklingen av normbrytande beteende hos individer med funktionsnedsättning inte förklaras av enkla orsakssamband, utan det handlar om ett samspel mellan faktorer hos barnet, i familjen och i andra sammanhang.

För en komplett genomgång av individuella och sociala risk- och skyddsfaktorer för att utveckla normbrytande beteende hänvisas till kunskapsstödet *Bedöma risk och behov*. I texten nedan anges kopplingen till behovsprincipens riskområden (se kapitel 2 i detta kunskapsstöd).

## Individuell sårbarhet

Barn med NPF, IF och svag teoretisk begåvning har ofta en komplex problematik med svårigheter inom flera områden. Exempelvis är överlappningen mellan adhd, autism och IF stor vilket innebär att ett barn ofta har fler än en



funktionsnedsättning. Många har också svårigheter inom fler än ett diagnosområde även om de fullständiga kriterierna för en andra neuropsykiatrisk diagnos inte alltid är uppfyllda. Det finns också en betydande samtidig förekomst av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning som påtagligt ökar risken för kriminalitet [4].

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 beteende. 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. Jämför riskområde *riskbetenden*.

Nedsatt förmåga att samspela, kunna följa regler, förstå sociala koder, aggressivitet samt bristande förmåga att hantera konflikter kan bidra till svårigheter att skapa och upprätthålla prosociala kamratrelationer och att fungera i prosociala sammanhang. Svårigheter med impuls kontroll och konsekvenstänkande, att vara lättledd och ha svårt att bedöma andras pålitlighet kan utgöra risker i normbrytande umgängen. Jämför riskområde *Umgänge* och *Fritid*.

Skolproblem och svag anknytning till skolan är vanligt bland barn med NPF, IF och låg teoretisk begåvning. Det gäller i synnerhet barn som inte får nödvändiga anpassningar och rätt stöd i skolan. Skolproblem kan bland annat visa sig som hög frånvaro, underkända betyg, mobbing och konflikter med både lärare och andra elever. Funktionsnedsättningarna kan medföra svårigheter med inläring. Elever med svag teoretisk begåvning kan ha särskilt svårt att klara skolans kunskapskrav eftersom de inte har rätt till särskola och inte alltid får nödvändiga anpassningar för att kunna nå målen i skolan. I skolan ställs också krav på socialt samspel (både skrivna och oskrivna regler) som kan medföra svårigheter då de inte är anpassade till barn med NPF och IF. Jämför riskområde *Skola*.

## 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, kunna hantera stress och kunna delta i sociala aktiviteter kring barnet.

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

Familjens vardag påverkas också ofta av att barnet har en funktionsnedsättning vilket kan leda till konflikter och ansträngda relationer i familjen. Känsloutbrott och svårhanterligt temperament hos barnet kan öka risken för negativa beteenden och uppfostringsstrategier hos föräldrar. Jämför riskområde *Föräldrar/familj*.

## Att tänka på i arbetet med barn och föräldrar med NPF eller IF

Det kan vara stora skillnader i behov och fungerande mellan individer med samma diagnos. Att uppmärksamma personens svårigheter i vardagen, snarare än hans eller hennes diagnos, är därför en viktig utgångspunkt för socialtjänstens anpassningar.

Gemensamt för många personer med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning är ett behov av struktur, tydlighet, förutsägbarhet och kontinuitet. På en övergripande nivå är viktigt för socialtjänsten att bland annat 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 en längre tid och undvika byte av socialsekreterare och stödperson

Ytterligare exempel på generella strategier i arbete med insatser för målgruppen kan vara:

- 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.
- Erbjud praktiskt stöd, t.ex. hjälp med planering och att påminna om tider.
- Försök att undvika förändringar av det som har planerats och hålla det man har lovat.
- Erbjud hjälp att minska och förebygga stress.

Det är viktigt att förstå att många personer med adhd och autism (och i viss mån även IF) har en ojämn funktionsnivå, det vill säga väl utvecklade färdigheter och förmågor i vissa avseenden och betydande svårigheter i andra.<sup>40</sup> 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. I arbetet kan man exempelvis behöva ta hänsyn till att individens ork och energi är större på förmiddagen än på eftermiddagen, eller tvärtom.

---

<sup>40</sup> Det mest typiska vid IF är en jämn låg funktionsnivå men även bland personer med IF förekommer mer ojämn profil.

Många med adhd, autism, IF eller svag teoretisk begåvning är också känsliga för stress, som i hög grad kan 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.

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

### Läs mer

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

- [kunskapsguiden.se](http://kunskapsguiden.se)
- [webbplatsen ”självhjälppå vägen”](http://webbplatsen.självhjälppåvägen.se)
- [funktionshindersguiden.se](http://funktionshindersguiden.se)
- [webbplatsen ”Infoteket om funktionshinder”](http://webbplatsen.infoteketomfunktionshinder.se)
- [SUF-Kunskapscentrum](http://SUF-Kunskapscentrum.se)
- [habiliteringen.se](http://habiliteringen.se)
- [spsm.se](http://spsm.se)
- [autism.se](http://autism.se)
- [attention.se](http://attention.se)
- [fub.se](http://fub.se)

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende – Kunskapsstöd för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnummer 2020-2-6597.
2. Socialstyrelsen. Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnummer 2019-6-25.
3. Fernell E & Ek U. Borderline intellectual functioning among children and adolescents – insufficient recognized difficulties. *Acta Paediatr.* 2010;99(5):748-753.
4. Andershed AK & Andershed H. Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen? 1:a upplagan. Gothia Fortbildning; 2005.

## 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 svensk socialtjänst. Eftersom metoderna i rekommendationen om multimodala färdighetsträningsprogram inte har använts 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 [1,2]. SNAP för pojkar och flickor är snarlika men programmet för flickor införlivar feministisk teori och lägger större tonvikt vid kommunikation och relationsbyggande [3].

Parallellt med barngruppen träffas föräldrar i grupp, dels för att lära egna föräldraskapsfärdigheter och dels för att kunna stödja och förstärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning [1,2]. 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) [4].

### 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 kortare variant med 24 träffar à 60 minuter. I programmet lär sig barnen bland annat ilske-kontroll, problemlösning, perspektivtagande, sociala färdigheter och att hantera grupstryck [5].

Parallellt med barngruppen träffas föräldrar i grupp, dels för att lära egna föräldraskapsfärdigheter och dels för att kunna stödja och förstärka barnet i hans eller hennes färdighetsträning. Behandlarna har kontinuerlig kontakt med barnens lärare så att de kan stödja och förstärka barnet i skolmiljön [5,6].

Barnkomponenten i CPP (barngruppen) har testats och utvärderats i Sverige som tillägg till föräldraskapsstödsprogrammet Komet. Studien genomfördes i BUP:s öppenvård, studiedeltagarna var 8-12 år gamla (*m* 9.3 år) med bland annat trottsyndrom 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 [5].

## 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 och andra sociala färdigheter, problemlösning, empati och att känna igen egna och andras känslor [7].

Dina ingår i programserien De otroliga åren och barngrupperna rekommenderas i kombination med något av programseriens föräldraskapsstödsprogram. Barn- och föräldraprogram ges då parallellt och är innehållsmässigt samordnade. Under programmet har Dina-behandlingarna kontinuerlig kontakt med barnens föräldrar och skolpersonal så att de kan stödja och förstärka barnet i hemmet och i skolmiljön [7,8].

Dina-programmet erbjuds inom socialtjänsten i Danmark [9], Finland [10] och i Norge [11].

## Referenser

1. Child development Institute. Navigating the middle years with self-control – Stop now and plan (SNAP), 2016. [Internet]. Hämtad 2021-09-09: <https://childdevelop.ca/snap/>
2. Osman F. The effect of Stop Now And Plan (SNAP™) Program on Children with conduct disorder in community settings: A meta-analysis. [dissertation on the internet]. Winnipeg: The University of Manitoba; 2020. Hämtad 2021-09-09 från: <https://mspace.lib.umanitoba.ca/xmlui/handle/1993/34796>
3. Child development Institute. SNAP Girls [Internet]. Hämtad 2021-09-09: <https://childdevelop.ca/snap/snap-programs/snap-girls>
4. Aasheim M, Patros J, Eng H, Notvig H. PALS – Positiv atferd, stottende laeringsmiljo og samhandling. 2016. Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. [Internet]. Hämtad 2021-09-09: [https://ungsinn.no/post\\_tiltak\\_arkiv/pals-positiv-atferd-stottende-laeringsmiljo-2-utg/](https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/pals-positiv-atferd-stottende-laeringsmiljo-2-utg/)
5. Helander M, Lochman J, Högström J, Ljotsson B, Hellner C, Enebrink P. The effect of adding Coping Power Program – Sweden to parent management training – effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2018;103:43-52
6. Coping Power Program. The University of Alabama. [Internet]. Hämtad 2021-09-09: <http://www.copingpower.com/>
7. The Incredible Years – Parents, Teachers and children training series. Incredible Years Child training Programs. Small group Dinosaur. [Internet]. Hämtad 2021-09-09: <https://incredibleyears.com/programs/child/>
8. Martinussen M. De utrolige årene – Dinosaursskolen i smågrupper. 2009. Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. [Internet]. Hämtad 2021-09-09: [https://ungsinn.no/post\\_tiltak/de-utrolige-arene-dinosaursskolen-i-smagruer/](https://ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dinosaursskolen-i-smagruer/)

9. Servicestyrelsen. Evaluering af De Utrolige År – Slutrapport. 2011. [Internet] Hämtad 2021-09-09: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/evaluering-af-de-utrolige-ar-slutrapport>
10. University of Turku. De otroliga åren. Barngrupper. [Internet] Hämtad 2021-09-09: <https://sites.utu.fi/ihmeellisetvuodet/sv/barngrupper/>
11. De Utrolige Årene (DUÅ). Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Midt-Norge: psykisk helse og barnevern. DUÅs barnegrupper – Dinosauerskole. [Internet] Hämtad 2021-09-09: <https://dua.uit.no/dinosauerskole/>

## Bilaga 3 – Metodbeskrivning

I denna bilaga beskrivs hur underlagen i kunskapsstödet har tagits fram och vilka som har deltagit i arbetet.

Socialstyrelsens arbetsgrupp har bestått av Jenny Jakobsson (projektledare), Cecilia Andréé Löfholm (forskare), Karin Nordin Jareno, Ulrika Bergström, Carina Wiström Bergstock (utredare) och Elin Torebring (jurist). Litteratursökningarna gjordes av Natalia Berg (informationsspecialist), rekommendationsgruppens arbete leddes av Thomas Jonsland (utredare). Helena Stålhammar och Karin Hermansson (utredare) har också deltagit i arbetet.

Niklas Långström, medicinskt sakkunnig på Socialstyrelsen, har bidragit med synpunkter i arbetet med de vetenskapliga underlagen. Therese Åström, forskare och sakkunnig inom socialtjänst på Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har bistått med råd och stöd under projektiden.

### Arbetet med rekommendationer

Framtagandet av rekommendationer har följt Socialstyrelsens interna process för kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Processen omfattar bland annat tillvägagångssätt för att ta fram vetenskapliga underlag och för rekommendationsgruppens arbete. Frågeställningar, litteratursökningar, bedömningskriterier, resultat och samtliga referenser beskrivs i den separata publikationen *Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning*.<sup>41</sup>

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

### Vetenskapligt underlag och extern granskning

Till grund för de sex rekommendationerna i detta kunskapsstöd finns 27 systematiska översikter som omfattar över 520 primärstudier. Socialstyrelsens sammanställning av det vetenskapliga underlaget med preliminära förslag till rekommendationer granskades av en extern expertgrupp bestående av fem forskare med erfarenhet av forskningsområdet och målgruppen:

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, SBU
Stefan Wiklund	Professor i socialt arbete, Stockholms Universitet

---

<sup>41</sup> dnr 4.3–30783/2021

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

## Strukturerad rekommendationsprocess

Socialstyrelsens bearbetade förslag till rekommendationer behandlades 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 beteende 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 Stenkvis	Enhetschef Arbetsmarknads- och socialförvaltningen i Malmö stad

I processen tog gruppmedlemmarna individuell ställning till Socialstyrelsens rekommendationsförslag, dels utifrån det vetenskapliga underlaget och dels i förhållande till centrala principer för socialtjänstens arbete. De principer som beaktades individuellt var om insatserna kan ges med hänsyn till 1) barns och föräldrars rätt till delaktighet, 2) helhetssyn på barns och föräldrars situation samt 3) barns och föräldrars individuella behov och förutsättningar. Därtill skattades den sammantagna nyttan med insatserna i förhållande till eventuella risker. Efter medlemmarnas individuella ställningstaganden följde diskussioner i grupp.



Två rekommendationer justerades i linje med gruppens synpunkter och inspel. Det gällde framförallt rekommendationen om multimodala färdighetsträningsprogram för barn 6–11 år där gruppen betonade betydelsen av att involvera föräldrar och skolan. Rekommendationsprocessen avslutades i konsensus där samtliga deltagare ställde sig bakom de sex rekommendationerna och var överens om att de rekommenderade insatsernas nytta överstiger dess eventuella negativa konsekvenser.

Socialstyrelsen tar ansvar för de slutgiltiga texterna och rekommendationsformuleringarna i kunskapsstödet.

## Stöd för att planera insatser

Kapitel 2 i kunskapsstödet har utarbetats av Socialstyrelsens projektgrupp med utgångspunkt i socialtjänstens process och RBM-principerna såsom de beskrivs av Bonta & Andrews (2017) i *Psychology of criminal conduct, sixth edition*.

En tidig version av kapitlet 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 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
Linda Petersson Bloom	Rådgivare/sakkunnig på Specialpedagogiska skolmyndigheten
Lena Samuelsson	Rådgivare/sakkunnig på Specialpedagogiska skolmyndigheten
Autism- och Aspergerförbundet	
Riksförbundet Attention	
Riksförbundet FUB	

Därutöver har projektgruppen tagit in synpunkter från internt sakkunniga på Socialstyrelsen. I ett senare skede träffade projektgruppen också Elisabet Sundström Graversen projektledare Familjelyftet (Attention) samt ungdomar med NPF och erfarenhet av placeringar i dygnsvård, projektet Ung Dialog (Attention).

Bilagan har bearbetats i omgångar och är i slutversionen kraftigt nedkortad. Den kunskap och de erfarenheter om NPF och IF som samlats in i projektet kommer istället att ligga till grund för en webbutbildning eller liknande för handläggare inom den sociala barn och ungdomsvården.

## Remissförfarande

I maj 2020 skickades en remissversion av kunskapsstödet ut för synpunkter till kommuner, myndigheter, organisationer, nationella metodföreträdare samt till externa forskare. Synpunkter kom in från följande och har legat till grund för ändringar i materialet:

Bollnäs kommun  
Botkyrka kommun  
Göteborgs stad  
Helsingborgs stad  
Malmö stad  
Stockholm stad  
Umeå kommun

Brottsförebyggande rådet  
Inspektionen för vård och omsorg  
Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd  
Statens institutionsstyrelse

Sveriges kommuner och regioner  
Riksförbundet Attention

Framtid Stockholm/BSFT  
De Utrolige Årene i Norge (De otroliga åren)  
Stiftelsen funktionell familjeterapi i Sverige  
Framtid Stockholm/Plus (Komet)  
Framtid Stockholm/MST Sverige  
Humana Individ & Familj/ TFCO

Anna-Karin Andershed, Örebro universitet  
Peter Andersson, Stockholms universitet  
Tina Olsson, Göteborgs universitet