

Trotssyndrom och uppförandestörning

Förekomst och insatser inom hälso- och sjukvården
och socialtjänsten

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-6-10279

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2026

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2025 i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av insatserna vid diagnoserna trotsyndrom respektive uppförandestörning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I den här rapporten redovisas kartläggningens resultat.

Rapporten riktar sig i första hand till regeringen men även till beslutsfattare och personer som arbetar med barn och unga med beteendesyndrom i kommuner och regioner.

Projektledare för uppdraget har varit Nathalia Guaje. I projektgruppen har även Sanja Magdalenic, Helena Persson, Peter Salmi, Frida Lundgren, Anne-Katrin Kantzer, Masha Gordon, Tomas Lindgren och Carina Wiström Bergstock medverkat. Ansvarig enhetschef har varit Jakob Hellman.

Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till alla som ville medverka i kartläggningen.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Låg och ojämlig diagnosticering	6
Många barn får läkemedel utan att ha formell diagnos	7
Ojämlig tillgång till insatser och BUP:s involvering ofta begränsad	7
Oro för stigmatisering och oklar ansvarsfördelning kan förklara	8
Slutsatser och förslag	8
Inledning	10
Frågeställningar	10
Begrepp som används i rapporten.....	10
Bakgrund.....	12
Diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning	12
Förekomst	13
Orsaker och riskfaktorer	14
Samsjuklighet och differentialdiagnostik.....	14
Prognos.....	15
Behandling	16
Stigma och attityder	17
Metod och genomförande	18
Registerstudie.....	18
Dialoger	19
Intervjuer.....	19
Andra källor.....	20
Angränsande uppdrag på Socialstyrelsen.....	21
Avgränsningar	21
Resultat av kartläggningen.....	22
Förekomst – olika aspekter.....	22
Behandling och insatser.....	33
Hinder och förutsättningar.....	43
Slutsatser och avslutande diskussion	49
Det finns en underdiagnostik.....	49
Behandling och insatser riskerar att komma sent eller bli mindre ändamålsenliga	50

Ökad kunskapsstyrning kan bidra till att motverka utmaningarna	51
Utvecklingsförslag.....	53
Nationella riktlinjer	53
Kunskapsstöd.....	54
Informationsinsatser	55
Referenser.....	56
Bilagor	59

Sammanfattning

Trotssyndrom och uppförandestörning är psykiatriska diagnoser med varaktig beteendeproblematik och normbrytande beteenden, förenade med betydande konsekvenser för barn, familjer och omgivning. De är kopplade till ökad risk för annan psykisk ohälsa, skolmisslyckanden, social utsatthet, placering utanför hemmet och senare kriminalitet, ofta i kombination med adhd och/eller autism.

Trotssyndrom och uppförandestörning är formellt definierade i psykiatriska diagnosmanualer (DSM-5/DSM-5-TR och ICD-10/ICD-11), och befolkningsstudier talar för att upp till cirka 4 procent av barn kan uppfylla kriterier för beteendesyndrom.

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen kartlagt förekomst och insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, analyserat hinder och förutsättningar samt bedömt behovet av nationell styrning. Genom att väga samman registerdata med andra källor såsom öppna jämförelser och kvalitativa intervjuer och dialoger syftar kartläggningen till en ge en lägesbild inom området och identifiera utvecklingsbehov.

Låg och ojämlig diagnosticering

Kartläggningen visar att diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning används i mycket låg utsträckning jämfört med den förväntade prevalensen enligt forskningen. Andelen barn som fått diagnosen trotsyndrom var endast 0,36 procent respektive 0,15 procent för uppförandestörning. Det finns även betydande regionala skillnader i hur ofta och på vilket sätt diagnoserna registreras, även om skillnaderna i diagnostik fortfarande är på väldigt låga nivåer i samtliga regioner.

När diagnoserna väl används registreras de oftast som bidiagnoser och förekommer oftast hos barn som också har adhd eller autism. Såväl registeranalyserna som de kvalitativa utsagorna visar att beteendeproblematik i praktiken oftast förstås och handläggs inom ramen för andra diagnoser, framför allt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Kartläggningen visar även på en ojämlig förekomst av diagnoserna. Registeranalysen indikerar exempelvis att barn i utsatta områden inte fångas upp tidigt för lindrigare beteendeproblem i samma utsträckning som barn från välmående områden. Diagnosen trotsyndrom förekommer i lägst utsträckning bland barn i socioekonomiskt utsatta områden medan förekomsten av den mer allvarliga diagnosen uppförandestörning å andra sidan är relativt hög.

Nittio procent av barnen som placerats i samhällsvård, och som 2024 fick diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning, hade en eller flera tidigare placeringar i sin historik. Vidare diagnosticeras flickor med trotssyndrom eller uppförandestörning i senare åldrar än pojkar.

Många barn får läkemedel utan att ha formell diagnos

Analysen av ordinationstexter i läkemedelsregistret visar att betydligt fler barn får läkemedel där ändamålet är att behandla beteendesyntom än vad diagnosstatistiken indikerar. Omkring 4 000 barn hade någon av diagnoserna 2024, medan drygt 8 000 barn hade uttag av läkemedel där ordinationstexten angav syntom på beteendesyndrom som ändamål. Detta är sannolikt en underskattning, då inte alla närliggande preparat ingår och ändamålet inte alltid anges. Majoriteten av dessa 8000 barn har neuropsykiatriska diagnoser.

Läkemedelsanvändningen vid beteendeproblematik indikerar en relativt stabil förekomst av beteendesyndrom över tid, som inte ökat i samma takt som adhd- och autismdiagnoser.

Ojämlig tillgång till insatser och BUP:s involvering ofta begränsad

Tillgången till manualbaserade insatser för barn med beteendesyndrom är ojämnt fördelat över landet. Tillgången varierar såväl mellan verksamheter som mellan geografiska områden. Inte helt oväntat är tillgången till insatser högre i större kommuner och regioner än i mindre. Vissa verksamheter implementerar manualbaserade program i sin helhet, medan andra använder enstaka komponenter eller lokalt utvecklade arbetsätt. Föräldraskapsstöd är den vanligaste insatsen och finns oftast inom socialtjänsten eller inom första linjen.

I en del kommuner och flertalet Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (BUP) saknas tillgång till specifika insatser för barn med beteendesyndrom. Av kartläggningen framgår att BUP:s involvering ofta riskerar att avgränsas till medicinering eller vård av samsjuklig adhd. Samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola beskrivs som avgörande men upplevs ofta som bristfällig när det gäller barn med beteendesyndrom. Särskilt ansvarsfördelningen mellan ”psykiatriskt” och ”socialt” ansvar upplevs som otydlig när det gäller beteendesyndrom. Flera respondenter framhåller därför behovet av mer kunskap om diagnoserna och ökad nationell vägledning.

Oro för stigmatisering och oklar ansvarsfördelning kan förklara

I kartläggningens fördjupade analys av fritextsvar från en enkät genomförd av riksförbundet Attention stärks bilden av att stödet till barn med beteendeproblematik är begränsat. Föräldrar beskriver betydande svårigheter att få samordnat och ändamålsenligt stöd. Många uppger att stödet uteblivit, inte fungerat eller främst riktats till andra diagnoser än själva beteendeproblemen. Föräldrar beskriver att belastningen inom familjerna kan vara stort och att stigma kring diagnoserna och oförståelse bland omgivningen kan göra belastningen svårare.

Behovet av att minska stigma kring diagnoserna beskrivs som viktigt av många medverkande aktörer i kartläggningen. Det är flera som lyfter att det kan finnas en oro för att stigmatisera barn och familjer, då diagnoserna upplevs ha en negativ laddning. Det har också framkommit att andra diagnoser, som adhd, inte upplevs som lika stigmatiserande vilket kan vara en förklaring till att det främst är dessa diagnoser som fokuseras på i kontakten med hälso- och sjukvården. Men även bristen på tillgängliga insatser, svårigheter i differentialdiagnostik, oklarheter i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten lyfts som en bidragande förklaring till att diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning inte används i tillräcklig grad.

Slutsatser och förslag

Socialstyrelsen bedömer sammantaget att barn med trotsyndrom och uppförandestörning är betydligt fler än vad diagnosstatistiken visar, att de ofta har komplex samsjuklighet och att de riskerar att osynliggöras när beteendeproblematiken inte benämns eller diagnostiseras. Underdiagnostik, otydlig användning av diagnoserna, ojämlig tillgång till manualbaserade insatser och otydlig ansvarsfördelning bidrar till att insatser riskerar att komma sent eller mindre ändamålsenliga.

Mot denna bakgrund ser vi ett tydligt behov av stärkt nationell kunskapsstyrning, vilket även efterfrågas av de flesta aktörer. Socialstyrelsen kan bidra till att stärka den nationella kunskapsstyrningen genom att **trotsyndrom** och **uppförandestörning**:

- inkluderas i det pågående arbetet med nationella riktlinjer för psykisk ohälsa och suicidprevention,
- beaktas inom arbetet med kunskapsstöd för psykisk hälsa, särskilt vad gäller socialtjänstens förebyggande roll,

- tydligare beskrivs i befintliga kunskapsstöd om normbrytande beteende, risk- och behovsbedömning och insatser vid brott vid kommande revidering av stöden,
- omfattas i riktade informationsinsatser från Socialstyrelsen i samverkan med andra myndigheter för att förbättra kunskap, tidig upptäckt, bemötande och samverkan.

Genom sådana åtgärder bedömer vi att fler barn med beteendesyndrom kan identifieras i tid och erbjudas mer likvärdiga och effektiva insatser över landet.

Inledning

Trotssyndrom och uppförandestörning är psykiatriska diagnoser som kännetecknas av uttalad beteendeproblematik och normbrytande beteenden. Tillstånden kan innebära betydande konsekvenser för barnet eller den unga, för familjen och för omgivningen, och är förenade med ökad risk för annan psykisk ohälsa, skolsvårigheter och social utsatthet. De aktualiserar ofta insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tidig upptäckt och tidiga insatser är därför av stor betydelse för att motverka en negativ prognos.

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2025 i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av insatserna vid diagnoserna trotssyndrom respektive uppförandestörning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten [1]. Kartläggningen ska inkludera att:

- uppmärksamma diagnostik inbegripet eventuell underdiagnostisering, samsjuklighet samt kompetens, behandling och uppföljning inom hälso- och sjukvården (särskilt inom barn- och ungdomspsykiatri).
- analysera insatser inom socialtjänsten samt samverka mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- lämna förslag på fortsatta utvecklingsinsatser inom området, inbegripet en bedömning av behoven av att ta fram kunskapsstöd eller nationella riktlinjer.

Den här rapporten redovisar Socialstyrelsens kartläggning enligt uppdraget.

Frågeställningar

För att besvara uppdraget har kartläggningen utgått från följande frågeställningar:

- Hur ser förekomsten ut för trotssyndrom och uppförandestörning, inklusive samsjuklighet och eventuell underdiagnostik?
- Hur arbetar hälso- och sjukvården och socialtjänsten med behandling och andra insatser till barn och unga med dessa diagnoser?
- Vilka hinder och förutsättningar finns för diagnostik, behandling och samverkan – och vilka utvecklingsbehov kan identifieras?

Begrepp som används i rapporten

I rapporten används flera närliggande begrepp. Här förtydligas hur de används.

Beteendesyndrom (eller beteendestörning) är paraplybegrepp för flera psykiatriska diagnoser som kännetecknas av varaktiga utåtagerande och/eller normbrytande beteenden, så som diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning. I den här rapporten används begreppet beteendesyndrom när båda diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning avses i texten.

Trotsyndrom syftar på en formell diagnos med återkommande trots, irriterabilitet och svårigheter med känsloreglering. **Uppförandestörning** avser en diagnos där mer allvarligt normbrytande och antisocialt beteende står i centrum.

Beteendeproblematik och **trotsproblematik** används som bredare, icke-diagnostiska begrepp för återkommande svårhanterliga eller konfliktskapande beteenden, oavsett om diagnos har ställts. **Normbrytande beteende** används främst i social och pedagogisk kontext för beteenden som bryter mot regler eller lagar, medan **utåtagerande beteende** avser beteenden där frustration eller ilska riktas utåt, till exempel genom aggressivitet eller utbrott.

Första linjens vård är ett sätt att tillgodose behovet av tidiga insatser till barn och unga med psykisk ohälsa och fylla ut de organisatoriska glappen. Med begreppet första linjens vård avses ofta verksamheter och funktioner som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar som mår dåligt. Första linjen organiseras olika bland regionen, hos en del inom primärvårdsnivån och hos andra inom specialistvårdsnivån.

Bakgrund

I detta kapitel ges en övergripande kunskapsöversikt om trotsyndrom och uppförandestörning utifrån aktuell forskning. Avsnittet beskriver vad som kännetecknar diagnoserna, deras förekomst, möjliga orsaker samt de svårigheter som kan följa med dem. Avslutningsvis redovisas de behandlingar och stödinsatser som har stöd i forskningen.

Diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning

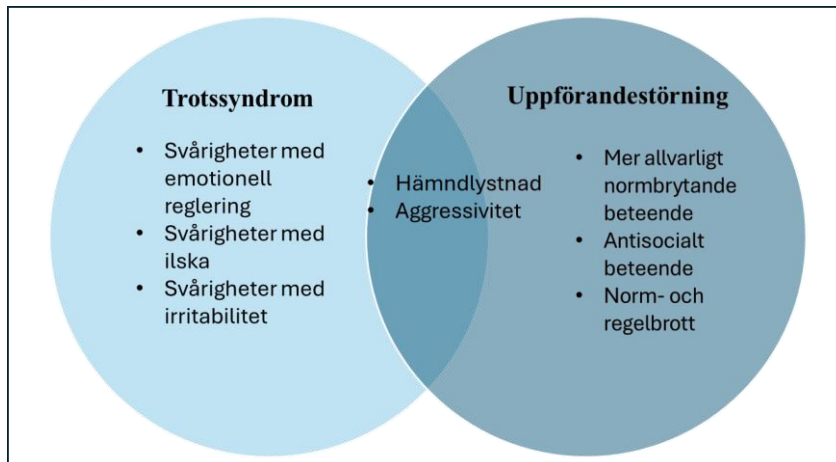
Diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning ses ofta som olika allvarlighetsgrader eller dimensioner av ett liknande mönster av emotionella och beteendemässiga symtom. Båda tillstånden är förknippade med ett lidande för individen eller andra i dennes närhet. Diagnoserna tillhör kapitlet *utåtagerande beteende- och uppförandestörningar* (diagnossystem DSM 5 TR) [2] respektive *beteendestörningar av utåtagerande slag* (diagnossystem ICD 10) [3].

Trotsyndrom (ICD 10: F91.3; DSM-5 TR: 313.81) kan ses som en lindrigare form av beteendestörning som ofta diagnostiseras hos yngre barn. Symtomen vid uppförandestörning (ICD 10: F91.1–2, F91:9; DSM-5 TR: 312.81-89) är generellt mer allvarliga och debuterar vanligen senare i barndomen eller under ungdomsåren. Båda tillstånden innefattar symtom på hämndlystnad och aggressivitet. Specifika symtom vid trotsyndrom, som inte ingår i uppförandestörning, omfattar svårigheter med känsloreglering, återkommande ilska och irritabilitet. Vid uppförandestörning ses i stället mer uttalat normbrytande och antisocialt beteende.

För att ställa diagnos krävs att svårigheterna har funnits under en längre tid och att symtomen orsakar en tydlig funktionsnedsättning. Dessutom gäller att symtomen inte bättre kan förklaras av någon annan bakomliggande problematik. Bild 1 förtydligar likheter och skillnader i diagnoskriterierna för båda tillstånden.

Bild 1: Skillnader och likheter mellan symptom

Bilden visar skillnader och likheter mellan symptom för trotsyndrom och uppförandestörning. I överlappningen mellan tillstånden visas gemensamma drag.



Uppförandestörning kan innefatta så kallade begränsade prosociala känslor, ett personlighetsdrag som i forskningen ofta benämns *callous-unemotional traits* [4, 5]. Den kliniska bilden kännetecknas då av brist på empati, skuld eller ånger.

Barnets eller den ungas ålder vid symptomdebut av beteendesvårigheter har betydelse för bedömning av den framtida utvecklingen (se avsnittet Prognos).

Trotsyndrom kan, men måste inte, föregå en uppförandestörning. Båda tillstånden kan också förekomma samtidigt; i sådana fall finns symptom som är specifika för både trotsyndrom och uppförandestörning. För att diagnoskriterierna ska vara uppfyllda måste svårigheterna vara klart avvikande i relation till barnets ålder, kognitiva utvecklingsnivå och kulturella kontext. Förekomsten av tillstånden kan därför variera mellan olika kulturella sammanhang. [6]

Förekomst

Den globala förekomsten av trotsyndrom bedöms till cirka 2-5 procent [6, 7] och av uppförandestörning runt 3 procent [8]. Förekomsten varierar mellan länder och nordiska studier anger ofta något lägre nivåer. När båda tillstånden studeras tillsammans uppskattas förekomsten av beteendesyndrom till 2-4 procent [9].

I de flesta studier är förekomsten högre bland pojkar än flickor. Även här finns sannolikt kulturella skillnader eftersom könsskillnaderna är tydligare i västerländska länder [10].

Trotsyndrom och uppförandestörning är vanligare bland barn som är placerade i samhällsvård, jämfört med barn i övriga befolkningen [11]. Det

är väntat då beteendeproblem är en av de faktorer som kan spela roll i bedömningen vid placering utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen.

Förekomsten i studier påverkas både av undersökningsmetoden och de grupper som ingår, till exempel om man studerar barn i psykiatrisk vård eller barn som fått insatser via socialtjänsten. Skillnader i urval och mätmetoder behöver därför beaktas vid tolkning av resultaten.

Orsaker och riskfaktorer

Ingen enskild riskfaktor förklarar uppkomsten av trotssyndrom eller uppförandestörning, utan utvecklingen av beteendesyndrom är ett resultat av ett komplext samspel mellan genetiska, neurobiologiska och miljömässiga faktorer.

Genetiska faktorer spelar en viktig roll för uppkomsten av uppförandestörning och trotssyndrom [12, 13]. Studier visar på avvikelser i hjärnfunktioner hos personer med uppförandestörning när det gäller system som reglerar stress, känslor och förmågan att fatta beslut [14]. Även prenatala faktorer diskuteras som riskfaktor för utveckling av uppförandestörning, såsom exponering för tobak eller alkohol under graviditeten [15].

Brister i samspelet mellan barn och föräldrar, och en hög konfliktnivå i familjen, kan fungera som vidmakthållande faktorer för beteendesyndrom [16, 17]. Även föräldrars psykiska ohälsa samt konflikter eller aggressivitet mellan föräldrar anses ha stor betydelse för utvecklingen av beteendesyndrom hos barn och unga [17]. Forskning lyfter dessutom fram socioekonomisk utsatthet, inklusive fattigdom och låg utbildningsnivå i hemmet, som ytterligare riskfaktorer för trotssyndrom och uppförandestörning [11, 17, 18].

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Utåtagerande beteendesyndrom förekommer ofta samtidigt med andra psykiatriska diagnoser, exempelvis adhd eller substansbruk [19]. Affektiva tillstånd, såsom ångestsyndrom eller depression, är också vanliga. Uppförandestörning har hög samsjuklighet, särskilt med trotssyndrom och adhd, men även med substansbruk, affektiva tillstånd och PTSD [18].

Trotssyndrom och uppförandestörning omfattar specifika symtom som inte enbart kan förklaras genom andra diagnoser. Samtidigt finns diagnoser som i

vissa situationer kan innefatta symtom som kan uppfattas som beteendesyndrom och därför behöver beaktas vid bedömning.

Vid adhd kan ett trotsigt beteende till exempel vara kopplat till svårigheter att sitta stilla eller att koncentrera sig. Vid autism kan svårigheter att flexibelt anpassa sig till olika sociala situationer framstå som trots. Normbrytande eller socialt utmanande beteenden ingår dock varken i adhd- eller autismspektrumdiagnosen. Varken adhd eller autism är heller kopplade till begränsade prosociala känslor.

Patologiskt kravundvikande (PDA) beskrivs ibland som en variant inom autismspektrum som kännetecknas av ett ångestdrivet, extremt motstånd mot vardagliga krav, vilket kan uppfattas som trotsbeteende. PDA är i dag ingen etablerad egen diagnos och beteendet bör inte förväxlas med trotssyndrom.

Irritabilitet och aggressivitet kan även förekomma vid psykossjukdom eller affektiva tillstånd, såsom depression, men då enbart under pågående sjukdomsperiod. Nära besläktade diagnoser till trotssyndrom och uppförandestörning är dysforiskt syndrom, och intermittent explosivitet [20], liksom mer ovanliga diagnoser så som kleptomani eller pyromani.

Antisocialt personlighetssyndrom är ett tillstånd som kan utvecklas ur en tidigare uppförandestörning. Symtomen omfattar ett genomgående mönster av bristande respekt för och kränkningar av andras rättigheter. Diagnosen kan tidigast ställas vid 18 års ålder.

Prognos

Beteendesyndrom, särskilt mer allvarliga former av uppförandestörning, är förknippade med en ökad risk för svårigheter i kamratrelationer, socialt utanförskap, skolmisslyckanden, substansbruk, annan psykisk ohälsa och lagöverträdelse. Prognosen för beteendesyndrom varierar och beror till stor del på symtomens svårighetsgrad och förekomsten av samsjuklighet [14, 19, 21].

Milda till måttliga former av trotssyndrom förbättras ofta med stigande ålder, men kan i vissa fall kvarstå i vuxen ålder [14]. Långtidsstudier har visat att trotsbeteenden under förskoleåldern kan eskalera till mer uttalade beteendesyndrom under ungdomsåren om tidiga insatser uteblir [14, 22]. Obehandlade eller allvarligare former av trotssyndrom kan utvecklas till uppförandestörning eller andra beteendesyndrom, substansbruk och psykisk ohälsa [18]. Uppförandestörning med begränsade prosociala känslor anses ha ett mer ogynnsamt förlopp än uppförandestörning utan dessa särdrag [14].

Forskningen pekar på att debutåldern för uppförandestörning är en avgörande faktor för förloppet [14]. Tidig debut är generellt kopplad till mer

allvarlig och ihållande beteendeproblematik [14, 16] medan debut under tonåren oftare är förenad med en mer övergående period av beteendeproblem som, med rätt stöd och behandling, kan upphöra efter ungdomsåren [16].

När beteendesyndrom kvarstår i vuxen ålder ökar risken kraftigt för utveckling av antisocialt personlighetssyndrom. Denna diagnos är i sin tur kopplad till en ökad risk för våld i nära relationer, arbetslöshet, hemlöshet och förtida död [23].

Behandling

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har publicerat ett antal rapporter [24-26] som undersökt effekten av olika insatser för att förebygga eller behandla psykisk ohälsa hos barn och unga och som omfattat insatser och program mot beteendesyndrom. Rapporterna visar att det finns mycket forskning på området, inklusive flera välgjorda systematiska översikter. SBU:s rapporter visar vidare på god effekt för flera av de undersökta insatserna.

Behandlingen av trotssyndrom och uppförandestörning är i första hand psykosocial och multimodal. Behandlingen bör generellt vara samordnad och omfatta insatser riktade mot barnet, familjen, skolan och andra relevanta delar av barnets miljö [27].

Behandlingen syftar bland annat till att stärka föräldrarollen, träna ilskekontroll och problemlösningstrategier samt främja prosociala beteenden hos barnet. Motivationsarbete och behandling av eventuell psykiatrisk samsjuklighet är viktiga framgångsfaktorer. Tillsammans med sociala och pedagogiska insatser kan behandlingen förbättra prognosen och minska risken för långvarigt lidande och funktionsnedsättning.

Psykosociala manualbaserade insatser rekommenderas som förstahandsbehandling. En central del är föräldrastöd, där föräldrar får strategier för positiv förstärkning, tydliga och konsekventa gränser samt hur de kan främja prosocialt beteende hos barnet. Dessa insatser syftar också till att stärka relationen mellan barn och föräldrar och öka föräldrarnas upplevda kompetens i föräldraskapet [28-30].

Individuella interventioner kan ingå och fokuserar då ofta på att stärka barnets färdigheter i känsloreglering, ilskehantering och problemlösning, till exempel genom kognitivt beteendeterapeutiska metoder [28, 29]. Familjeinriktade insatser kan ytterligare förbättra kommunikationen i familjen och minska belastande faktorer i hemmiljön [30].

Vid svår och ihållande aggression eller uttalad impuls kontrollstörning kan tillfällig läkemedelsbehandling i vissa fall övervägas som komplement till

psykosociala insatser [16, 31], men riskerna med behandlingen måste beaktas. Farmakologisk behandling kan däremot vara motiverad vid samsjuklighet, till exempel adhd, depression eller ångest

Enligt en sammanställning av vetenskapliga underlag som SBU sammanfattade å Socialstyrelsens vägnar tycks insatser där barn är inblandade ha bättre effekt än när endast föräldrar är inkluderade [32]. Individuella insatser tycks ge bättre effekt än gruppinsatser. Yngre barn verkar ha större effekt av insatser än äldre, vilket visar på vikten av tidiga insatser. Det saknas än så länge kunskap om effekten av insatser anpassade till särskilt sårbara grupper.

Socialstyrelsen har i dagsläget inga nationella riktlinjer specifikt för beteendestörningar. I Sverige finns behandlingsrekommendationer för beteendesyndrom framtagna av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SF-BUP) [31]. Vad gäller läkemedelsbehandling finns i en svensk kontext, rekommendationer från Läkemedelsverket och regionala behandlingsprogram, såsom BUP Stockholms farmakainstruktion.

Stigma och attityder

Flera forskningsstudier har behandlat stigma i relation till trottsyndrom och uppförandestörning [33, 34]. En kvarvarande föreställning är att barn och unga med dessa diagnoser medvetet väljer att agera som de gör, snarare än att svårigheterna förstås som uttryck för en psykiatrisk problematik. Detta kan leda till att familjerna känner skuld och anklagelser från omgivningen. Upplevd stigma kan i sin tur utgöra en barriär för familjer att söka vård eller påverka behandlingsföljsamheten negativt. Det finns också en ambivalens inom vården när det gäller att ställa diagnosen uppförandestörning, delvis på grund av oro för att stigmatisera.

Metod och genomförande

Kartläggningen bygger på både kvantitativa och kvalitativa datakällor. Den kvantitativa delen består av en registerstudie som omfattar Socialstyrelsens nationella statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga, Patientregistret och Läkemedelsregistret. Även statistik om manualbaserade insatser i socialtjänsten genom Öppna jämförelser ingår här. Den kvalitativa delen baseras på dialoger, intervjuer och andra skriftliga källor. Nedan ges en översiktlig beskrivning av det insamlade materialet.

Registerstudie

Registerdata har analyserats för att ge en nationell lägesbild av diagnostik inklusive eventuell underdiagnostik, samsjuklighet och behandling och insatser. Uppgifter om diagnoser ställda i specialiserad vård, läkemedelsuttag på apotek och placeringar utanför hemmet har hämtats från Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och registret över insatser för barn och unga. Även data från registret över regionala statistikområden (RegSO) från Statistiska centralbyrån (SCB) och registret över områdestyper (Boverket) har använts för att belysa förekomst av diagnoser i områden med olika socioekonomiska förutsättningar.

Läkemedel som indikator på beteendesyndrom

Det finns vissa läkemedel som förskrivs vid beteendesyndrom. Beroende på indikation och behandlingstid förskrivs dessa läkemedel ofta ”off label”, alltså utanför godkänd indikation. Den vanligaste gruppen är antipsykotiska läkemedel, framför allt risperidon och aripiprazol, som egentligen primärt är indicerade vid psykosjukdom och mani/bipolär sjukdom. Bara risperidon har i Sverige godkänd indikation ”för symtomatisk korttidsbehandling (upp till 6 veckor) av ihållande aggressivitet vid uppförandestörning hos barn från 5 år och hos ungdomar med under genomsnittlig intellektuell funktion eller mental retardation, som diagnostiserats enligt DSM-IV-kriterier och hos vilka det uttalade aggressiva beteendet eller annat utagerande beteende kräver läkemedelsbehandling.”¹ Ett annat läkemedel som ibland förskrivs vid beteendeproblematik är lamotrigin, som tillhör gruppen antiepileptika.

I kartläggningen har förskrivningen av sådana läkemedel använts som en indikator på förekomst av beteendesyndrom när specifik diagnos inte har registrerats. Genom att analysera ordinationstexter, där ändamålet² med

¹ [Risperidon Actavis film-coated tablet SmPC_09001bee807a7cc7.pdf](#)

² Det vill säga avsikt med ordinerad behandling så som ordinatören formulerat den med patienten som mottagare

behandlingen anges, har olika sökord därefter använts för att identifiera ordinationer som syftar till att minska beteendesymtom.

En sådan analys av doseringstexterna för expedierade (uthämtade) läkemedel inom ATC-gruppen N (Nervsystemet) visade att framför allt tre läkemedel förskrevs i syfte att lindra olika beteendesymtom; risperidon och aripiprazol (antipsykotika) samt lamotrigin (antiepileptika), där risperidon förskrevs mest följt av aripiprazol.

Det finns även andra läkemedel som ibland förskrivs vid utåtagerande beteendeproblematik, där dock preparatet ofta väljs utifrån andra samtidigt uppträdande symtom. Exempel är alfa-2-agonister som guanfacin och klonidin vid uttalat impulsivitet, eller selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som sertralin vid inslag av ångest och depression. Dessa läkemedel ingår inte kartläggningen, eftersom förskrivningen av dessa står för ett mer komplext differentialdiagnostiskt resonemang.

Dialoger

Kartläggningen omfattar två nationella dialoger med representanter för hälso- och sjukvården inom första linjen och BUP. Samtliga regioner bjöds in att delta.

Dialoger har också förts med representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer, akademien, professionsföreningar, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt relevanta myndigheter såsom SBU och SiS med flera. En förteckning över samtliga medverkande aktörer finns i bilaga 1.

Intervjuer

Semistrukturerade intervjuer har genomförts med yrkesverksamma inom BUP, första linjen och socialtjänsten. Totalt genomfördes 19 intervjuer i fem regioner och åtta kommuner. Syftet med intervjuerna var att inhämta fördjupad kunskap om verksamheternas erfarenheter av att möta och erbjuda stöd till målgruppen, upplevda möjligheter och utmaningar samt behov av stöd från nationell nivå.

Urvalet syftade till att få en geografisk spridning med regioner och kommuner av olika storlek, för att ge en så bred bild som möjligt av verksamheternas arbete. Verksamheterna fick själva utse vilka personer som skulle företräda dem. En förteckning över medverkande regioner och kommuner finns i bilaga 2.

Andra källor

Statistik om manualbaserade insatser i socialtjänsten - Öppna jämförelser

Öppna jämförelser tas fram av Socialstyrelsen och innehåller indikatorer och nyckeltal på lokal, regional och nationell nivå. Syftet är att möjliggöra jämförelser av kvalitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i hela landet.

Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården innehåller bland annat indikatorer som belyser i vilken utsträckning kommuner erbjuder manualbaserade insatser, exempelvis inom föräldrastöd och familjebehandling.

Indikatorerna i rapporten bygger på kommunernas självrapporterade uppgifter om tillgång till manualbaserade insatser vid ett givet tillfälle och visar om minst en sådan insats erbjuds. Redovisning av svar från frågor kring specifika metoder samt fritextsvar ger en mer fördjupad bild av utbudet. Eftersom fritextsvaren inte är standardiserade och kan omfatta både manualbaserade program och andra typer av insatser och arbetssätt bör resultaten från dessa frågor tolkas med viss försiktighet.

Inventering av kunskapsstöd från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i nuläget inga nationella riktlinjer för diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning. Det finns dock andra riktlinjer och kunskapsstöd som myndigheten tagit fram och som kan vara relevanta för de aktörer som arbetar med målgruppen. Därför gjordes i kartläggningen en översiktlig inventering över olika kunskapsstöd samt en förenklad innehållsanalys av dessa stöd. Detta i syfte att få en lägesbild för, hur och i vilken omfattning, trotsyndrom och uppförandestörning tidigare beskrivits.

Fördjupad analys av enkätsvar från Riksförbundet Attention

Socialstyrelsen gav Riksförbundet Attention i uppdrag att göra en fördjupad analys av fritextsvaren i en enkätundersökning som organisationen genomföra i november 2019 inom ramen för projektet Trots allt! [35]. Genom dialog med förbundet bedömde vi att värdet för kartläggningen skulle vara stort trots att undersökningen är relativt gammal.

Enkätundersökningen riktades till föräldrar eller vårdnadshavare till barn i åldern 4–12 år med trotsproblematik. I projektet användes begreppet

trotsproblematik som ett samlingsbegrepp för barn som, med eller utan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF), uppvisar ett varaktigt trotsbeteende som är så pass omfattande att det medför svårigheter för barnet och/eller dess omgivning över tid. Det innebär att urvalet i enkäten därmed omfattade både barn som uppfyller kriterierna för trotssyndrom och barn som inte har en formell diagnos men där beteendet ändå utgjorde en betydande problematik i vardagen. Urvalet omfattade inte barn som har den formella diagnosen uppförandestörning.

Enkäten skickades ut till Attentions registrerade medlemmar. Totalt 543 personer besvarade enkäten. De flesta svarande, 89 procent, var mammor, 8,5 procent var pappor och närmare 3 procent var ”annan vårdnadshavare”.

Av de familjer som deltog i enkätundersökningen angav majoriteten (67,5 procent) av deras barn var en pojke, medan 31,5 procent var flickor. För 1,5 procent saknades uppgift om kön. Majoriteten av barnen hade en neuropsykiatrisk diagnos. Vanligast var adhd (64 procent), följt av autism (35 procent), medan 14 procent saknade diagnos.

Angränsande uppdrag på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har under arbetet med uppdraget haft interna dialoger med medarbetare som arbetar med följande angränsande uppdrag på myndigheten:

- Skade- och dödsfallsutredningar 2024–2025 [36]
- Uppdraget att inventera behovet av stöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (dnr: S2025/00016)
- Kartläggning vårdkedja nationella utvecklingsteam (dnr: 5.7-30669/2025)
- Psykisk ohälsa hos barn och unga placerade i samhällsvård [37]
- Förstärkt familjehemsvård [38]
- Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism [39].

Avgränsningar

Arbetet med uppdraget avser främst Socialstyrelsens ansvarsområden hälso- och sjukvård och socialtjänst, i enlighet med uppdragsbeskrivningen.

Resultat av kartläggningen

I det här kapitlet presenteras kartläggningens resultat. Resultatdelen är strukturerad efter kartläggningens tre frågeställningar. Först redovisas olika aspekter kopplat till förekomsten av trotssyndrom och uppförandestörning, så som incidens och prevalens samt hur förekomst i olika socioekonomiska områden ser ut. Därefter redovisas en lägesbild av den behandling och de insatser som målgruppen ges. Resultatkapitlet avslutas med en fördjupad analys av centrala hinder och förutsättningar i arbetet med målgruppen.

Förekomst – olika aspekter

Detta avsnitt går djupare in på diagnostisering genom att beskriva aspekter såsom, prevalens, incidens, förskrivning, samsjuklighet och socioekonomiska skillnader.

Mycket få barn har diagnoserna trotssyndrom eller uppförandestörning

Resultaten från registeranalysen visar en förekomst av registrerade diagnoser som är långt under den förväntade prevalensen av beteendesyndrom.³ Under 2024 hade totalt 3 228 barn 3–17 år minst en vårdkontakt i specialiserad vård där diagnosen trotssyndrom registrerats, varav 70 procent var pojkar. Motsvarande antal för uppförandestörning var 765 barn, varav drygt 65 procent var pojkar. År 2024 var andelen barn 3–17 år i befolkningen, som någon gång under tidsperioden 2007–2024⁴ hade diagnostiserats med trotssyndrom eller uppförandestörning, 0,36 respektive 0,15 procent.

Tabell 1. Registrerade diagnoser av trotssyndrom och uppförandestörning bland barn 3–17 år

Tabellen visar antal barn med minst en vårdkontakt i specialiserad vård under 2024 samt andelen barn i befolkningen som diagnostiserats någon gång under perioden 2007–2024.

	Antal barn	Andel pojkar	Andel flickor	Andel av befolkningen
Trotssyndrom	3228	70 %	30 %	0,36 %
Uppförandestörning	765	65 %	45 %	0,15 %

³ Se rapportens bakgrundskapitel.

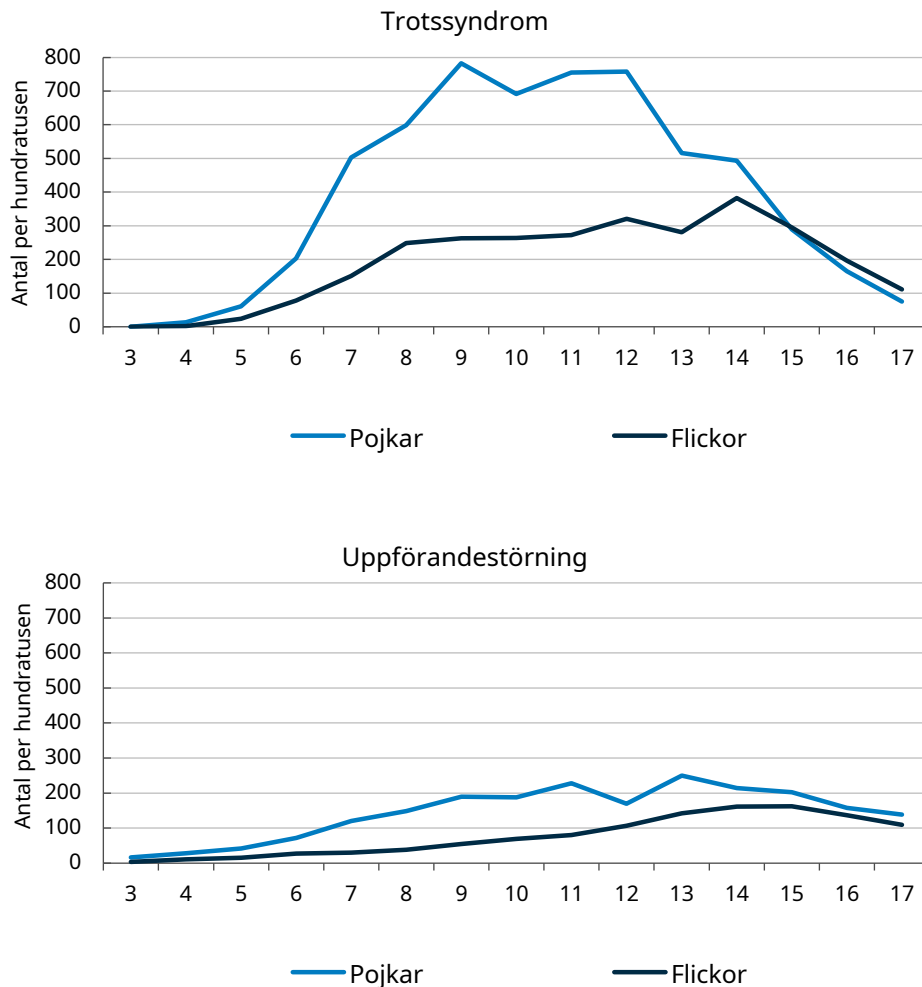
⁴ Tidsperioden 2007–2024 rymmer hela åldersgruppen 3–17 år.

Incidens - utvecklingen av nya fall

Figur 1 visar andelen barn som för första gången diagnostiserades med trotssyndrom och uppförandestörning under perioden 2020–2024 fördelat per ålder. Flickor får oftare diagnoserna i senare åldrar än pojkar.

Figur 1. Ålder bland barn vid nydiagnostik av trotssyndrom eller uppförandestörning

Andelen barn som fick diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning för första gången under perioden 2020–2024, sorterat per ålder. Antal per hundrausen.

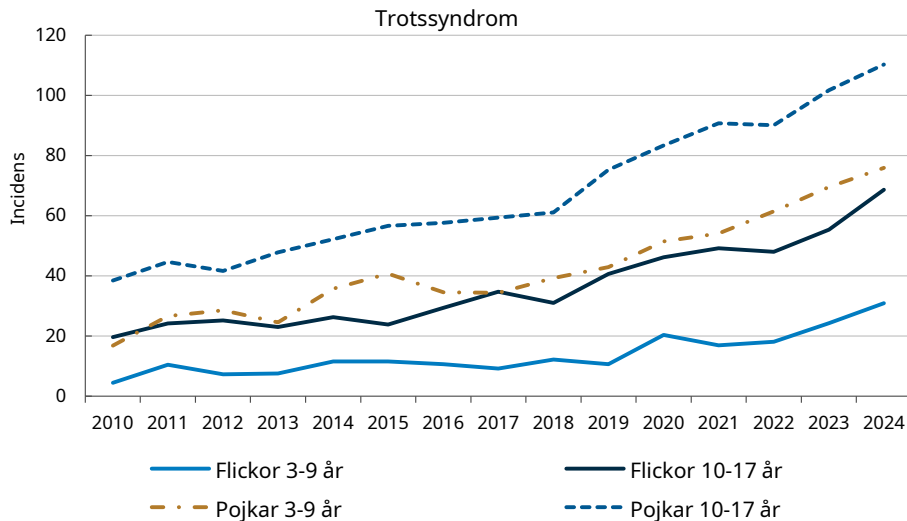


Figur 2 och 3 visar utvecklingen över tid av andelen små barn 3–9 år och äldre barn 10–17 år som för första gången har vårdats på grund trotssyndrom respektive uppförandestörning mellan åren 2010–2024. För trotssyndrom ses en stadig ökning av nya fall av trotssyndrom för både pojkar och flickor sedan 2010 (Figur 2). För uppförandestörning ses ingen tydlig motsvarande ökning, även om en viss uppgång från 2021 kan noteras bland de äldre pojkarna och flickorna efter en längre period av minskad nydiagnostik (Figur 3). Ökningen sker från mycket låga nivåer och återspeglar, trots

uppgången, en låg nydiagnostik även 2024 av både trotssyndrom och uppförandestörning.

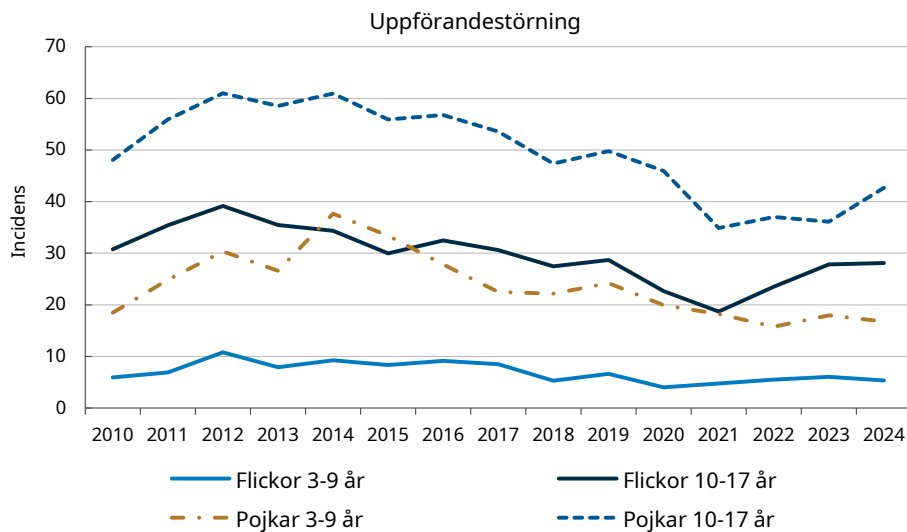
Figur 2. Utvecklingen av nya fall av trotssyndrom

Andelen nya fall av trotssyndrom bland barn 2010–2024. Antal per hundra tusen (obs! notera skillnad i skala på y-axeln).



Figur 3. Utvecklingen av nya fall av uppförandestörning

Andelen nya fall av uppförandestörning bland barn 2010–2024. Antal per hundra tusen.



Vanligast att diagnoserna registreras som bidiagnos

När trotssyndrom eller uppförandestörning registrerades som diagnos i hälso- och sjukvården 2024 skedde det huvudsakligen som bidiagnos, se figur 4. Av Figur 4 framgår att när trotssyndrom eller uppförandestörning registrerades som diagnos i hälso- och sjukvården 2024 skedde det

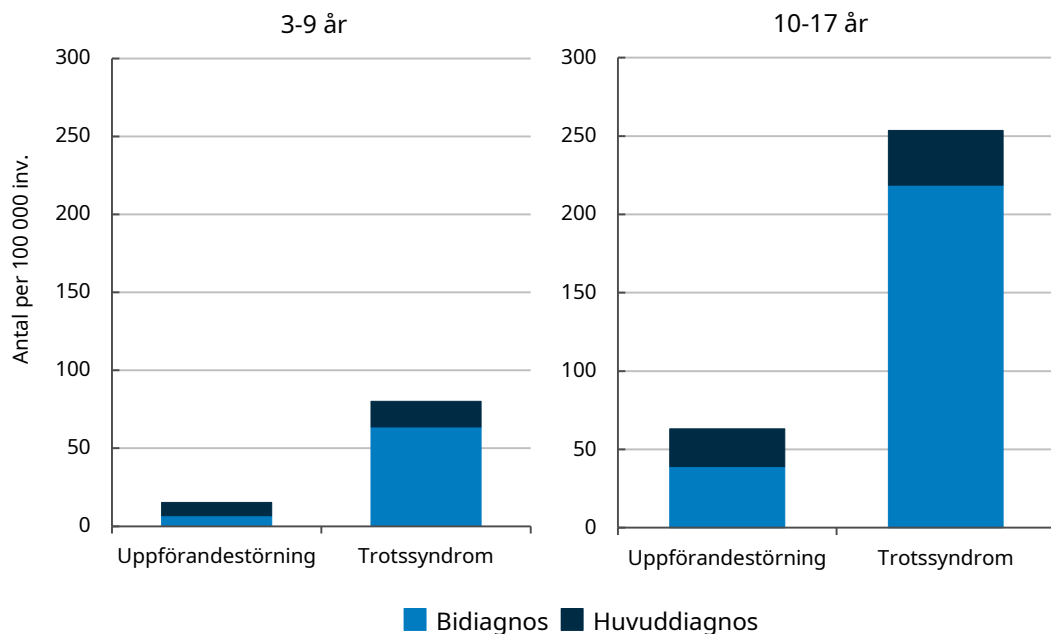
huvudsakligen enbart som bidiagnos. Detta är ovanligt när det gäller övriga psykiatriska diagnoser som i regel alltid registreras, åtminstone vid något vårdtillfälle, som huvuddiagnos, även om samsjuklighet föreligger.

Vid uppförandestörning fick något fler barn 3–9 år uppförandestörning registrerat som huvuddiagnos än som bidiagnos, medan det omvända gällde för barn 10–17 år.

Resultaten visar därmed att båda diagnoserna sällan bedömdes vara den primära anledningen till vårdkontakten, utan någon annan diagnos bedömdes i stället oftare utgöra huvudorsaken till besöket.

Figur 4. Trotssyndrom eller uppförandestörning i form av en bidiagnos eller huvuddiagnos

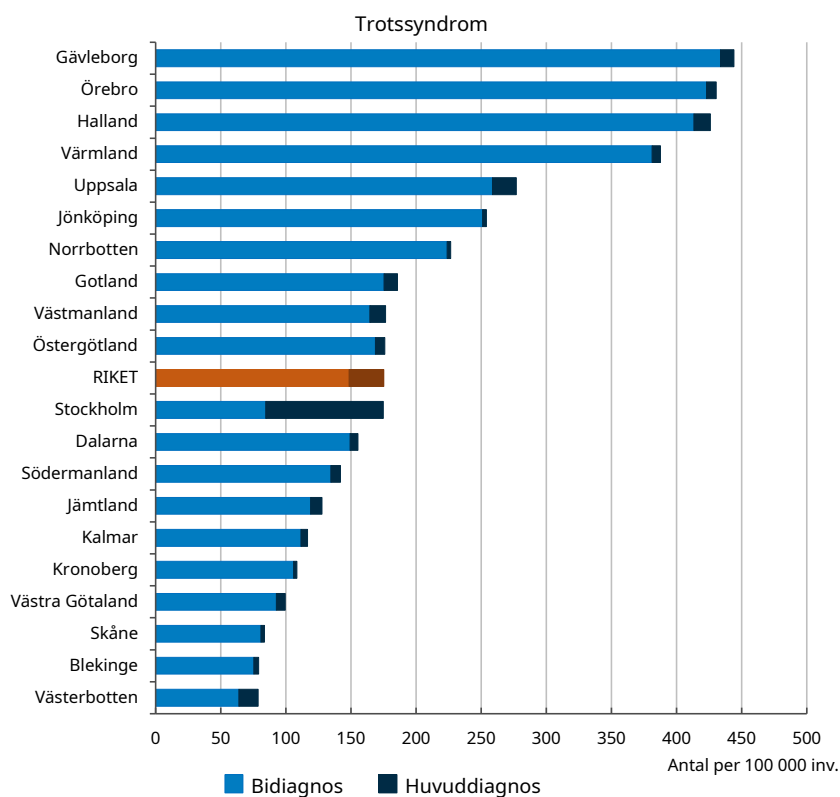
Andelen barn som hade trotssyndrom eller uppförandestörning i form av en bidiagnos eller huvuddiagnos 2024. Antal per hundratusen.



Det fanns samtidigt stora regionala variationer. Både vad gäller hur många barn som hade diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning och hur diagnoserna registrerades (huvud- eller bidiagnos). Figur 5 och 6 visar andelen barn som 2024 hade vårdkontakter på grund av trotssyndrom eller uppförandestörning efter region och samt hur diagnoserna blev registrerade.

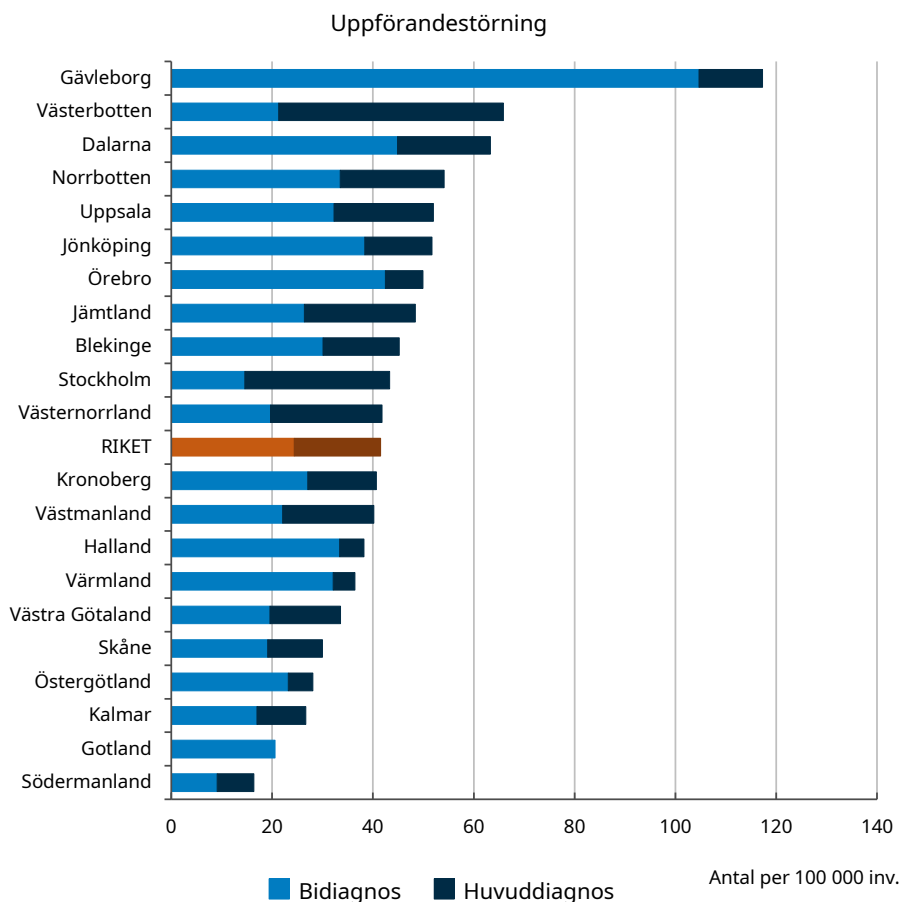
Figur 5. Regionala skillnader i diagnostik av trotssyndrom

Andelen barn 3–17 år som hade trotssyndrom i form av bidiagnos eller huvuddiagnos efter region. 2024. Antal per hundra tusen.



Figur 6. Regionala skillnader i diagnostik av uppförandestörning

Andelen barn som hade uppförandestörning i form av bidiagnos eller huvuddiagnos efter region. 2024. Antal per hundra tusen.



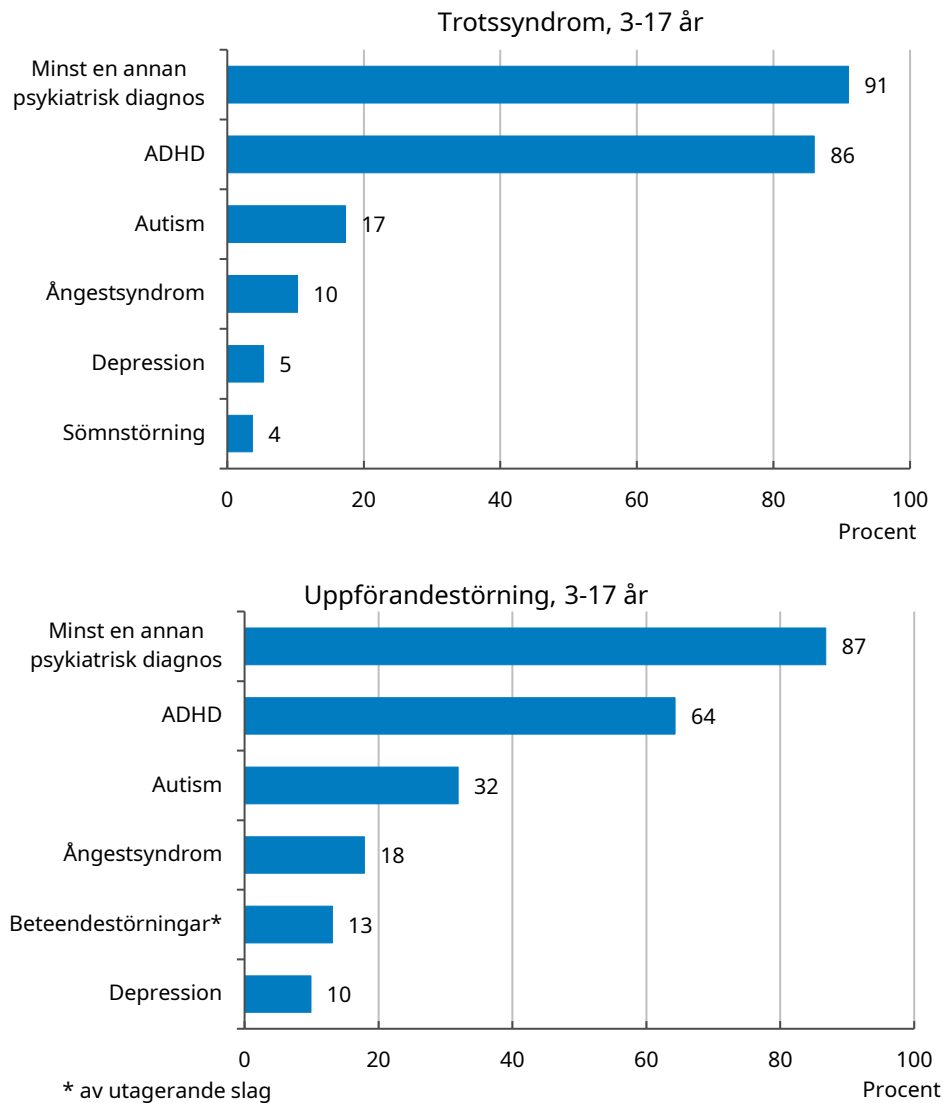
Merparten barn med diagnostiserat beteendesyndrom hade även adhd

Trotssyndrom och uppförandestörning är i hög grad förenade med andra psykiatriska diagnoser, oftast som bidiagnos till en annan huvuddiagnos. Bland barn som hade vårdkontakter på grund av beteendesyndrom 2024 hade 91 procent av barnen med trotssyndrom och 87 procent av barnen med uppförandestörning minst en annan psykiatrisk diagnos registrerad, antingen vid samma vårdtillfälle eller vid något annat tillfälle under året.

Adhd och autism var de diagnoser som framför allt förekom hos både pojkar och flickor med beteendesyndrom (figur 7). Adhd var vanligast: 86 procent av barnen med trotssyndrom hade adhd, och motsvarande andel bland barn med uppförandestörning var 64 procent. Autism var nästan dubbelt så vanligt bland barn med uppförandestörning jämfört med barn med trotssyndrom; cirka ett av tre barn med uppförandestörning hade autism, att jämföra med 17 procent av barnen med trotssyndrom.

Figur 7. Andra psykiatriska diagnoser med samtidig förekomst som trotssyndrom eller uppförandestörning

Andelen barn som hade åtminstone ett psykiatriskt tillstånd diagnostiserat jämte trotssyndrom eller uppförandestörning. 2024. Procent.



Fler barn får läkemedel mot beteendesymtom än som har diagnos

Det finns vissa läkemedel som förskrivs vid beteendesyndrom, framför allt antipsykotiska läkemedel (men även antiepileptika) som egentligen primärt är indicerade vid psykossjukdom och mani/bipolär sjukdom. Analys av ordinationstexter av förskrivna läkemedel, där ändamålet med behandlingen framgick, visade att framför allt tre läkemedel hade som syfte att lindra beteendesymtom: risperidon och aripiprazol (båda antipsykotika) samt lamotrigin (antiepileptika). Risperidon förskrevs mest, följt av aripiprazol.

Tabell 3 visar antalet barn som förskrevs något av dessa tre läkemedel åtminstone vid ett tillfälle 2024. Totalt hade 8 158 (0,44 procent) barn uttag av något av läkemedlen, Detta kan jämföras med att totalt omkring 4 000 (0,22 procent) barn hade diagnosen trotsyndrom eller uppförandestörning registrerad vid en vårdkontakt samma år. Det var således två gånger vanligare att barn förskrevs läkemedel än att diagnoser vid beteendesyndrom fanns registrerade vid något vårdtillfälle.

Antalet barn som förskrivs läkemedel vid beteendesymtom är samtidigt sannolikt en underskattning, eftersom även andra närliggande preparat (än de undersökta) kan förskrivas i samma syfte och att ändamålet med behandlingen inte alltid anges i ordinationstexten. Läkemedel är dessutom inte rekommenderade som förstahandsval vid behandling av beteendesyndrom utan andra behandlingsinsatser utgör detta. Sammantaget talar det för att förekomsten av beteendeproblematik bland barn i befolkningen är högre än vad uppgifter om diagnostik (och läkemedelsbehandling) i hälso- och sjukvården återspeglar.

Tabell 2. Läkemedel som indikator på förekomst av beteendesyndrom

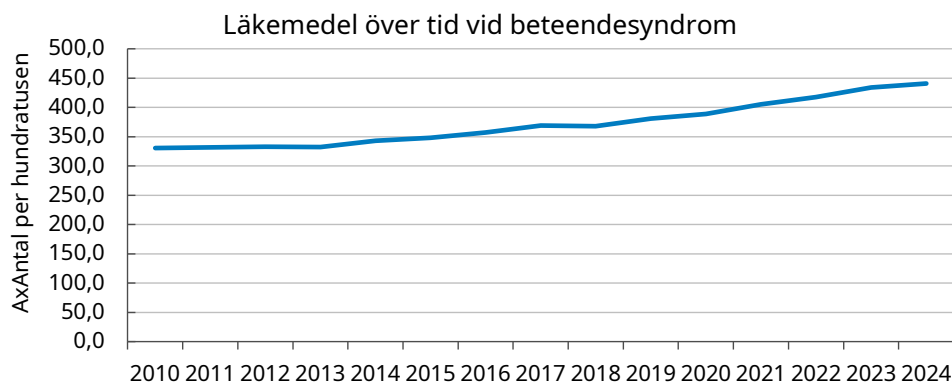
Antalet barn som hade läkemedel förskrivet där ordinationstexten indikerade att ändamålet med behandlingen var olika beteendesymtom. Läkemedel: risperidon, aripiprazol och lamotrigin. 2024.

	3-9 år	10-17 år	Samtliga
Pojkar	882	3 561	4 443
Flickor	488	3 227	3 715
Totalt	1 370	6 788	8 158

Majoriteten av barnen vars ordinationstext indikerade beteendesymtom hade adhd eller autism. Andelen barn som behandlades med de undersökta läkemedlen har dock inte ökat nämnvärt över tid, utan varit relativt konstant (figur 8). Detta tyder på att undergruppen av barn med uttalad beteendeproblematik bland barn med adhd och autism förefaller vara konstant över tid och inte följer samma ökningstakt som diagnoserna adhd och autism i befolkningen.

Figur 8. Användningen av vanliga läkemedel vid beteendesyndrom.

Andelen barn som behandlas med vanliga läkemedel vid olika beteendesymtom 2010–2024. Läkemedel: risperidon, aripiprazol och lamotrigin. Antal per hundra tusen.



Sammantaget visar uppgifter i patientregistret och läkemedelsregistret att adhd och autism ofta betraktas som den primära problematiken när barnet uppvisar symptom på beteendesyndrom. I de relativt få fall där diagnoserna trotsyndrom eller uppförandestörning ställs registreras de oftast som bidiagnoser. Detta tyder på att det bland barn med adhd och autism finns en större undergrupp av barn med beteendesyndrom som inte diagnostiseras enligt de specifika kriterierna för diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning.

Förekomst i olika socioekonomiska områden

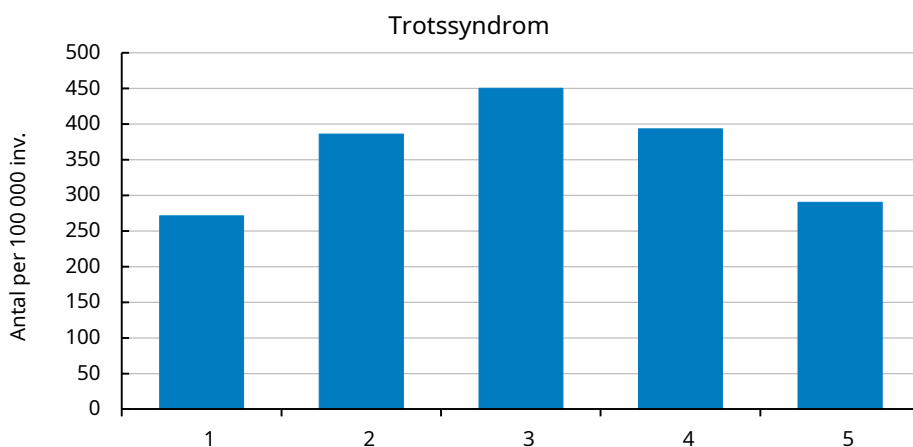
Andelen barn 3–17 år som vårdats på grund av trotsyndrom eller uppförandestörning varierade med vilket socioekonomiskt område barnet var bosatt i (figur 9 och 10). Områdena är graderade från områdestyp 1 (områden med stora socioekonomiska utmaningar) till områdestyp 5 (områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar).⁵

Andelen barn som vårdades för trotsyndrom var lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, se figur 9.

⁵ Områdestypernas indelning baseras på sammanvägda uppgifter om: a) Andel personer med förgymnasial utbildning (som högsta utbildningsnivå) b) Andel personer med låg ekonomisk standard (disponibel inkomst lägre än 60 procent av medianinkomsten) c) Andel personer med ekonomiskt bistånd i minst 10 månader och/eller arbetslösa längre än sex månader

Figur 9. Barn med trotssyndrom efter område

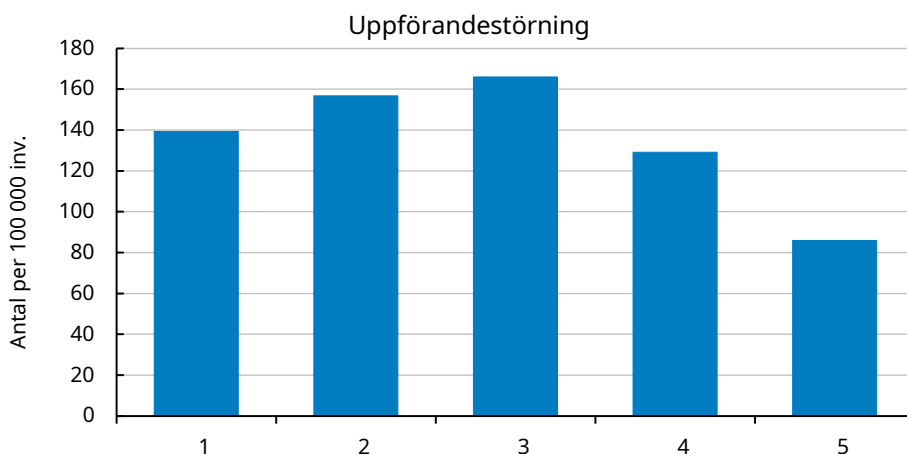
Andelen barn som hade diagnosen trotssyndrom någon gång under perioden 2020–2024 efter område 1–5. Antal per hundra tusen.



För uppförandestörning sågs ett annat mönster. Där var andelen barn med diagnosen hög även i område 1, medan lägst förekomst återfanns i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, se figur 10.

Figur 10. Barn med uppförandestörning efter område

Andelen barn som hade diagnosen uppförandestörning någon gång under perioden 2020–2024 efter område 1–5. Antal per hundra tusen.



Mönstret går i linje med tidigare resultat om psykisk ohälsa per område från Socialstyrelsen.⁶ Att förekomsten av trotssyndrom är som lägst i utsatta områden står i kontrast mot vad som förväntas enligt forskning och den högre förekomsten av riskfaktorer. Det står även i kontrast till den höga förekomsten av uppförandestörning i samma områden. Resultaten tyder på att barn i socioekonomiskt utsatta områden inte i samma utsträckning kommer till hälso- och sjukvården i ett tidigt skede för symptom på

⁶ Jmf. Socialstyrelsen. Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna - Aspekter av socioekonomiska utmaningar och förutsättningar. Stockholm; 2024

beteendesyndrom. Mer allvarlig problematik, såsom uppförandestörning (som innefattar normbrytande beteenden), uppmärksammas dock i högre utsträckning, troligtvis av andra aktörer (som socialtjänst) än hälso- och sjukvården.

Det finns en bred uppfattning om att beteendesyndrom är underdiagnostiserat

I intervjuer med representanter för första linjen, BUP och socialtjänst framkommer utsagor om att man sällan arbetat med barn som fått eller haft diagnoserna trotsyndrom eller uppförandestörning.

I de nationella dialogerna med regionerna och i intervjuer med representanter för BUP är det flera som uppfattar att det troligtvis råder en underdiagnostisering. Några regioner lyfter att man upplever att verksamheten inte har uppmärksammat gruppen tillräckligt eller att man inom sina verksamheter på senaste tiden har börjat uppmärksamma gruppen mer. De regionala skillnaderna gällande diagnostik som ses i registerstudien återspeglas i regionernas olika erfarenheter av hur man arbetar med diagnosen. Det är även flera BUP-verksamheter som uppger, i linje med vad som framkommit i registerstudien, att beteendeproblematik hanteras utifrån andra diagnoser, främst adhd, och att trotsyndrom och uppförandestörning främst sätt som en bidiagnos. Även i flera intervjuer med socialtjänsten framkommer utsagor om att de få gånger man haft barn med diagnosticerat trotsyndrom eller uppförandestörning så är det oftast i form av bidiagnoser.

I intervjuer med representanter för första linjen är det flera som beskriver att man möter barn med beteendeproblematik i bred bemärkelse. Flera beskriver att när lättare insatser inte haft effekt, eller vid svårare beteendeproblematik, eller om de misstänker trotsyndrom eller uppförandestörning, så hänvisar de patienten vidare, oftast till BUP och ibland till socialtjänsten. Samtidigt är det flera intervjuade inom första linjen-verksamheterna som betonar att man anstränger sig för att inte tänka i termer av diagnoser. I samtliga intervjuer framhåller representanterna att de inom första linjen inte har i uppdrag att ställa diagnoserna trotsyndrom eller uppförandestörning. I en del av dessa intervjuer framträder även ett visst motstånd mot diagnosernas värde.

Trots att de intervjuade i första linjen-verksamheterna uppger att man inte arbetar med att diagnosticera beteendesyndrom är det flera som, i likhet med representanter för BUP, upplever att det i stort råder en underdiagnostisering. Flera företrädare för BUP, första linjen och socialtjänsten beskriver även att fokus hos föräldrar, skola och vården tenderar att främst riktas mot adhd eller andra NPF-tillstånd när barn uppvisar symptom på beteendeproblematik.

I dialoger med akademien, patient- och professionsföreningar samt myndigheter som jobbar med målgruppen framhålls även här uppfattningen att trotssyndrom och uppförandestörning är underdiagnostiserat. Några av aktörerna som arbetar med målgruppen antingen genom forskning eller direkt klientarbete, lyfter vidare att diagnoserna ofta sätts eller identifieras i ett sent skede, exempelvis i samband med institutionsvård eller först efter flera kontakter med olika samhällsaktörer och problematiken hunnit eskalera.

Intervjuerna med socialtjänsten ger en liknande bild. Majoriteten av kommunerna uppger att de i sitt arbete misstänker förekomst av trotssyndrom eller uppförandestörning hos vissa barn de möter, utan att det finns en fastställd diagnos. Vidare uppger flera av kommunerna att diagnos fastställs för sent. I detta sammanhang lyfter vissa kommuner vikten av tidigare upptäckt och diagnosticering för att möjliggöra rätt stöd och insatser.

Behandling och insatser

Detta avsnitt beskriver vilka insatser målgruppen får, hur de fördelas mellan aktörer och i vilken utsträckning läkemedel används som behandling.

Begränsad tillgång till insatser inom hälso- och sjukvården – framför allt BUP

De nationella dialogerna med regionerna visar att det inom BUP och första linjen råder en relativt begränsad och varierad tillgång till insatser och behandlingar som är specifikt anpassade för målgruppen barn med trotssyndrom eller uppförandestörning. Dialoger och intervjuer med regionerna visar vidare att det finns en något högre förekomst av relevanta behandlingsinsatser inom första linjen än inom BUP, ofta manualbaserade föräldraskapsprogram (exempelvis Komet eller Affekt). I några regioner finns inga insatser alls.

I de fördjupade intervjuerna med regionerna framkommer att flera kan erbjuda manualbaserade föräldraskapsprogram inom första linjen medan andra kan erbjuda mer generellt samtalsstöd riktat till föräldrar. I intervjuer med första linjen är det samtidigt flera som uppger att man trots tillgång till föräldraskapsprogram kan sakna insatser som riktar sig till äldre barn eller barn med lite svårare problematik och där gränsdragning till BUP upplevs som oklar.

I intervjuerna med BUP uppger majoriteten att tillgången till specifika insatser för trotssyndrom och uppförandestörning inom BUP är begränsad. Vidare uppger något flera av intervjuade kommuner att socialtjänsten i vissa fall har behövt sätta in insatser eftersom hälso- och sjukvården, främst BUP,

inte kunnat erbjuda insatser till barnen. Kommuner beskriver exempelvis att externa insatser, såsom multisystematisk terapi, köps in vid långa väntetider till utredning eller behandling på BUP.

Därtill uppger några intervjuade kommuner att BUP i vissa fall hänvisar till socialtjänsten för stöd till barn med trotssyndrom eller uppförandestörning. Samtidigt beskriver flera kommuner att BUP inte erbjuder tillräckliga insatser för denna målgrupp. I intervjuerna med BUP och socialtjänsten är det flera som uppger att BUP:s involvering oftast handlar om medicinering. Respondenterna beskriver att medicinering kan rikta sig till samsjuklighet, som adhd och att man i vissa fall tänker sig att det även ska avhjälpa symptom kopplat till beteendesyndrom. Medicinering i form av antipsykotiska läkemedel och neuroleptika förekommer också. Flera kommuner framhåller även ett behov av att BUP i större utsträckning tillhandahåller insatser och tar ansvar för det psykiatriska stödet till denna målgrupp. I detta sammanhang lyfter till exempel socialtjänsten att vårdnadshavares upplevelser av kontakten med BUP som svår och att de i vissa fall lämnas utan fortsatt stöd efter medicinering.

Uppföljning inom BUP sker därför främst av medicinering. I samtliga intervjuer med hälso- och sjukvårdens verksamheter uppger representanter att specifik uppföljning av beteendesyndrom inte sker. I flera intervjuer med hälso- och sjukvården framkommer även att svårare fall av beteendeproblematik eller specifikt uppförandestörning inte hanteras av dem utan skickas vidare till socialtjänsten för insatser.

Stor andel barn med fastställd diagnos får läkemedel som behandling

Registeranalysen visar att läkemedel i betydande utsträckning används för barn med beteendesyntom, trots att läkemedel inte rekommenderas som förstahandsinsats för beteendesyndrom.

Tabell 4 visar andelen barn som hade vårdkontakter specifikt på grund av trotssyndrom eller uppförandestörning 2024 och som samma år förskrevs något av de tre vanligaste läkemedlen vid beteendesyntom (risperidon, aripiprazol eller lamotrigin).

Vid exempelvis uppförandestörning fick nästan 40 procent av barn 10–17 år läkemedel, i huvudsak antipsykotiska läkemedel (risperidon eller aripiprazol). Läkemedel användes således ofta som en del av behandlingen vid fastställd uppförandestörning och i mindre utsträckning vid fastställt trotssyndrom.

Tabell 3. Läkemedel bland barn diagnostiserade med trotssyndrom eller uppförandestörning

Andelen barn med trotssyndrom eller uppförandestörning 2024 som förskrevs läkemedel samma år. Bi- eller huvuddiagnos. Läkemedel: risperidon, aripiprazol och lamotrigin. Procent.

	Trotssyndrom	Uppförandestörning
3-9 år	9,3	30,8
10-17 år	13,3	35,6

Som nämnts i tidigare avsnitt visar läkemedelsanalysen dessutom att det är betydligt fler barn än de med fastställd diagnos som får behandling i syfte att lindra beteendesymtom. Det vill säga cirka 8 000 barn 2024, jämfört med de cirka 4 000 barn som hade diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning fastställd samma år.

Socialtjänstens insatser

I intervjuer med representanter från socialtjänsten uppger hälften av kommunerna att de saknar specifika insatser riktade till barn med diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning. Samtidigt framhåller majoriteten att de erbjuder insatser som i stället riktar sig till generell beteendeproblematik. Flera kommunerna beskriver att stödet är inriktat mot barnens vårdnadshavare och familj. Insatserna omfattar exempelvis samtalsstöd, familjebehandling, samt föräldrastödprogram, såsom LFT, ABC, CPP och Komet. Flera kommuner erbjuder även insatser direkt till barn och unga med beteendeproblematik, i form av individuella och i vissa fall gruppbaseade insatser. Exempel på sådana insatser är ART, Nödstopp, Tryggare barn, Trappan, REPULSE samt CPP (med fokus på känsloreglering i grupp). Flera respondenter uppger samtidigt att de i sin kommun ser ett behov av att kunna erbjuda fler och mer ändamålsenliga insatser för barn med beteendesyndrom.

I intervjuerna framkommer även att olika former av placeringar är insatser som kan aktualiseras för barn och unga med beteendeproblematik. Majoriteten av kommunerna har haft sådana erfarenheter, samtidigt är det få intervjuade kommuner som uppger att de haft placeringsärenden där barnen formellt har haft diagnosen trotssyndrom eller uppförandestörning.

Trots att alla intervjuade kommuner har erfarenhet av att erbjuda insatser till barn med beteendeproblematik beskrivs även flera utmaningar i arbetet. Hälften av intervjuade kommuner beskriver att vårdnadshavares bristande förtroende för socialtjänsten samt situationer där vårdnadshavare uppges ha gett upp i förhållande till barnets problematik kan vara en stor utmaning. Samtidigt lyfter vissa kommuner att även resursbrist inom socialtjänsten gör det svårt att erbjuda insatser.

Öppna jämförelser om manualbaserade insatser inom kommunerna

Resultaten från Öppna jämförelser visar att ungefär hälften av Sveriges kommuner uppger att de erbjuder minst en manualbaserad insats inom föräldrastöd i grupp (BIND29). Andelen har minskat något över tid, från 62 procent år 2019 till 56 procent år 2024. Samtidigt har andelen kommuner som erbjuder minst en manualbaserad psykosocial behandling vid normbrytande beteende (BIND30) ökat från 35 till 46 procent under samma period.

Utvecklingen kan tyda på att kommunerna i viss utsträckning har stärkt tillgången till mer specialiserade behandlingsinsatser för barn och unga med normbrytande beteende. Samtidigt visar resultaten att tillgången till manualbaserade insatser fortfarande är ojämnt fördelad och att en betydande andel kommuner inte uppger att de erbjuder sådana insatser.

Skillnaderna är tydliga mellan större och mindre kommuner, där större kommuner oftare rapporterar tillgång till både manualbaserade föräldrastödsprogram och psykosociala behandlingsinsatser för barn och unga med normbrytande beteende.

Tabell 4. Andel kommuner med tillgång till manualbaserade insatser inom social barn- och ungdomsvård 2019 – 2024

Föräldrastöd i grupp (BIND29) avser erbjudande av någon av metoderna: Connect, COPE, De otroliga åren, Komet, Triple P (Positive parenting programme)

Psykosocial behandling vid normbrytande beteende (BIND30) avser metoderna: FFT (Funktionell familjeterapi), MST (Multisystemisk terapi), BSFT (Brief Strategic Family Therapy), MDFT (Multidimensionell familjeterapi)

Erbjuder minst en manualbaserad insats inom:	2019	2020	2021	2022	2023	2024
- föräldrastöd i grupp (BIND29)	62	60	59	56	53	56
- psykosocial behandling vid normbrytande beteende (BIND30)	35	37	40	42	39	46

Källa: Öppna jämförelser 2024, Socialstyrelsen

Analyser utifrån kommunernas befolkningsstorlek visar att andelen kommuner som år 2024 uppger att de erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp ökar med kommunstorlek – från cirka 42 procent i kommuner med färre än 15 000 invånare till drygt 76 procent i kommuner med fler än 70 000 invånare.

Samma mönster ses för manualbaserad psykosocial behandling vid normbrytande beteende, där cirka 33 procent av kommunerna med färre än

15 000 invånare uppger att de erbjuder minst en sådan insats, jämfört med över 86 procent av kommunerna med fler än 70 000 invånare.

Det är samtidigt viktigt att tolka resultaten med försiktighet. Indikatorerna visar endast om en kommun uppger att minst en insats erbjuds vid ett givet mättillfälle och säger ingenting om hur omfattande användningen är, vilka målgrupper som får tillgång till insatserna eller hur ofta de används i praktiken. Indikatorerna har även analyserats utifrån varje enskild metod samt kommunernas fritextsvar om andra erbjudna insatser (se tabell 5 och 6).

Tabell 5. Manualbaserad insats inom föräldrastöd i grupp för barn med normbrytande beteende 2024 (BIND29 i ÖJ)

Insats	Antal kommuner	Andel kommuner
Connect	16	6 %
COPE	72	25 %
De otroliga åren	12	4 %
Komet för föräldrar med barn 3–11 år	99	34 %
Triple P (Positive Parenting Program)	5	2 %
Annat stöd (ange vilket i kommentarer)	154	53 %

Källa: Öppna jämförelser 2024, Socialstyrelsen

Komet och COPE är de vanligaste manualbaserade föräldrastödsprogrammen som erbjuds av kommunerna, se tabell 5. Övriga specificerade program förekommer i lägre utsträckning.

En stor andel kommuner uppger även att de erbjuder andra manualbaserade program än de som anges i indikatorn. Fritextsvaren visar att kommunerna framför allt erbjuder breda föräldrastödsprogram såsom ABC, Circle of Security/Trygghetscirkeln och Komet riktat till tonårsföräldrar. Flera av insatserna som nämns bland fritextsvaren är dock generella föräldrastödsprogram och inte specifikt utvecklade för barn med trotssyndrom eller allvarligare normbrytande beteende.

Analys utifrån kommunstorlek visar att större kommuner oftare uppger att de erbjuder flera parallella program, medan mindre kommuner oftare beskriver enstaka insatser, lokalt anpassade lösningar eller insatser som erbjuds vid behov. ABC framstår som det mest geografiskt spridda programmet och förekommer i både större och mindre kommuner, medan COPE framför allt erbjuds i större kommuner.

Tabell 6. Användning av manualbaserade psykosociala behandlingar för ungdomar med antisocialt/normbrytande beteende 2024 (BIND30 i ÖJ)

Insats	Antal kommuner	Andel kommuner
FFT (Funktionell familjeterapi)	125	43 %
MST (Multisystemisk terapi)	37	13 %
BSFT (Brief Strategic Family Therapy)	16	6 %
MDFT (Multidimensionell familjeterapi)	12	4 %
Annan behandling	113	39 %

Källa: Öppna jämförelser 2024, Socialstyrelsen

FFT (Funktionell familjeterapi) är den vanligaste namngivna psykosociala behandlingen och erbjuds av 43 procent av kommunerna, se tabell 6. MST (Multisystemisk terapi), BSFT (Brief Strategic Family Therapy) och MDFT (Multidimensionell familjeterapi) förekommer i betydligt lägre utsträckning.

Samtidigt uppger en stor andel kommuner (39 procent) att de erbjuder andra behandlingar än de som anges i indikatorn. I dessa svar dominerar RePulse, men även program som Aggression Replacement Training (ART), Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) och olika former av återfallsprevention förekommer.

Spridningen av specifika insatser varierar mellan olika kommuntyper. Mer resurskrävande och strukturerade familjebehandlingar, såsom FFT och MST, förekommer oftare i storstäder och större kommuner. I mindre kommuner och landsbygdskommuner är det vanligare att utbudet består av individuellt inriktade program, såsom RePulse och ART, eller att specialiserade insatser köps in vid behov.

Resultaten tyder på strukturella skillnader i hur kommunerna organiserar stöd till ungdomar med normbrytande beteende. Tillgången till mer intensiva familjebehandlingar framstår som mer begränsad i mindre kommuner, medan större kommuner oftare rapporterar ett bredare och mer specialiserat behandlingsutbud.

Förekomst av placeringar utanför hemmet

Barn 3–17 år som för första gången diagnostiserades med trotssyndrom eller uppförandestörning 2024 hade ofta haft insatser från socialtjänsten i form av placering utanför det egna hemmet åtminstone någon gång under perioden 2007–2024. Bland barn med uppförandestörning hade nära ett av tre barn (29,1 procent) varit placerade utanför hemmet under perioden, och drygt 12

procent av barnen med trotssyndrom. Motsvarande andel bland samtliga barn i befolkningen var 2,1 procent.

Tabell 7. Barn med beteendesyndrom som har varit placerade utanför det egna hemmet

Andelen barn som åtminstone någon gång under perioden 2007–2024 var placerade utanför det egna hemmet (vissa av barnen kan ha varit placerade i det egna hemmet). Barnen diagnostiserade för första gången 2024. Befolkningen utgörs av samtliga barn 3–17 år.

	Trotssyndrom	Uppförandestörning	Befolkningen
Barn 3–17 år	12,4	29,1	2,1

Av de barn som fick sin diagnos för första gången 2024 och som hade placerats någon gång mellan 2007–2024, så var det 90 procent av dessa som hade haft en eller flera placeringar innan diagnosen fastställdes.

Den vanligaste placeringsformen för samtliga placerade barn var familjehem. Jämfört med befolkningen i stort placerades barn med trotssyndrom eller uppförandestörning i större utsträckning på hem för vård och boende (HVB) eller SiS särskilda ungdomshem, se tabell 8. Barnen kan ha haft flera placeringar under perioden 2007–2024, exempelvis först familjehem, därefter HVB och senare SiS-hem. Detta tyder på att barn med beteendesyndrom i större utsträckning får en ny placering på grund av så kallade oplanerade avslut (eller placeringssammanbrott), exempelvis för att en placeringsform som familjehem inte har fungerat.

Tabell 8. Placeringsform bland placerade barn med beteendesyndrom

Placeringsform bland barn 3–17 år som diagnostiserades för första gången 2024 och var placerade åtminstone någon gång utanför det egna hemmet under perioden 2007–2024. Ett barn kan ha haft fler än en placeringsform. Befolkningen utgör samtliga barn i åldersgruppen. Procent.

	Familjehem	HVB	SiS
Trotssyndrom	78,1	55,0	8,3
Uppförandestörning	77,3	68,2	14,4
Befolkningen	79,7	37,6	2,4

Samarbetsformer finns men brister ofta när det gäller barn med beteendesyndrom

Intervjuerna med socialtjänst, BUP och första linjen visar att det varierar i vilken utsträckning olika aktörer samverkar kring målgruppen. De vanligaste samverkansparterna som lyfts är socialtjänst, första linjen och BUP (det vill säga varandra) men även skola, förskola, polis, civilsamhällesorganisationer, SiS och Kriminalvården kan ingå.

De strukturerade former av samverkan som beskrivs i intervjuerna omfattar främst samordnad individuell plan (SIP), ofta initierad av skolan eller

socialtjänsten när symtom uppmärksammas. Inom ramen för SIP samordnas utredning, behandling, familjeinsatser och medicinska kontakter mellan BUP, socialtjänst och andra aktörer.

I intervjuerna nämns även andra samverkansstrukturer som kan omfatta målgruppen barn med trotssyndrom eller uppförandestörning. Ett exempel är SSPPF (skola, socialtjänst, polis och fritid) som används i det förebyggande arbetet för att motverka kriminalitet och skadligt bruk och beroende bland unga. I en region beskrivs att det finns operativa, kommunövergripande överenskommelser som forum för samverkan mellan BUP, habilitering, elevhälsa, skola och en styrgrupp för psykisk ohälsa i bred bemärkelse. I en annan region beskrivs det att det finns länsöverskridande samarbete kring barn och unga med NPF-diagnoser, dock inte specifikt inriktat mot trotssyndrom eller uppförandestörning.

Av intervjuerna framkommer att den samverkan som finns i hög grad handlar om att samordna insatser för barnet och familjen: att klargöra vilka insatser som ges från vilken verksamhet, hur de kan kombineras och hur ansvar ska fördelas för att skapa ett sammanhållet stöd. Samverkan rör också övergångar och remittering, exempelvis vid orosanmälningar, överlämningar till socialtjänsten eller vid behov av mer specialiserade insatser. I vissa fall används regelbundna tjänstemannamöten och fasta samverkansfunktioner, som samverkanskuratorer, för att underlätta samordning och tydliggöra roller.

Befintliga utmaningar

Trots de olika bredare former av samverkansstrukturer som uppges finnas är det flera representanter från socialtjänsten som upplever att samverkan mellan socialtjänst, skola och BUP kopplat till just målgruppen barn med beteendeproblematik är bristfällig. Samverkan beskrivs som kontrast fungera bättre kring andra målgrupper, till exempel vid skadligt bruk och beroende, där strukturer och kontaktvägar upplevs som tydligare.

Samverkan med BUP lyfts som en särskilt stor utmaning i samtliga intervjuer med socialtjänsten. Företrädare beskriver långa väntetider till utredning, svårigheter att nå BUP och låg närvaro i gemensamma forum såsom SIP. Flera beskriver också att samverkan med BUP främst fokuseras kring andra diagnoser än beteendesyndrom eller på medicinering. I vissa fall deltar BUP sällan i SIP-möten eller uppfattas skicka representanter med begränsad kännedom om ärendet, vilket försvårar gemensam planering och ansvarsfördelning. I intervjuer med första linjen och socialtjänsten finns det även utsagor om det också upplevs finnas ett glapp mellan första linjens insatser och specialistpsykiatrin. Det anses då leda till att socialtjänst och andra verksamheter ibland får ta ett större ansvar än avsett eller till att vissa grupper barn, så som äldre barn, inte har tillgång till relevanta insatser.

Samtidigt framkommer exempel på fungerande samverkan, särskilt när det finns etablerade personliga kontakter, i mindre kommuner eller inom de strukturerade forumen eller som i en större region som har en BUP-verksamhet med särskild inriktning mot beteendesyndrom. SIP beskrivs vidare av majoriteten som ett i grunden viktigt verktyg men flera lyfter samtidigt att dess värde minskar när närvaro och mandat brister.

Föräldrar upplever att samhällets stöd inte har motsvarat behoven

Enkätensvaren från Riksförbundet Attentions medlemmar visar att 76 procent av de svarande vårdnadshavarna inte hade fått något stöd från samhället eller deltagit i något föräldrastödsprogram avseende barnets trotsproblematik.

Det var 23 procent som uppgav att familjen hade fått stöd av samhället. De tre främsta aktörerna som hade erbjudit stöd var enligt föräldrarna främst: barn och ungdomspsykiatri (BUP), habiliteringen samt socialtjänsten.

I enkätensvaren inkom även totalt 113 fritextsvar som specifikt rörde stödets innehåll. I fritexten framkommer en variation av stödformer som familjerna tagit del av. Stöd från BUP har exempelvis omfattat kontakt med psykolog, medicinering, utredningar samt föräldrautbildningar, såsom Komet. Stöd från habiliteringen var exempelvis samtalsstöd, föräldrautbildningar samt insatser kopplade till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom adhd och autism.

Utöver BUP, habilitering och socialtjänsten uppgav vissa vårdnadshavare i fritextssvaren att de hade fått stöd från barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och annan specialistvård (till exempel adhd-center). Det framgår även att familjer hade tagit del av stöd genom andra samhällsaktörer, såsom Försäkringskassan, genom ekonomiska ersättningar såsom omvårdnadsbidrag. En del hade själva betalat för KBT eller annan terapi för barnet.

Stödet upplevs ofta ha varit otillräckligt

När det gäller hälso- och sjukvårdens stöd så angav drygt 16 procent av samtliga svaranden att de fått rätt typ av vård för barnets trotsproblematik, medan drygt 48 procent angav att de fått visst stöd. Resterande 36 procent bedömde att det befintliga stödet inte motsvarade barnens behov. I de fall stödet inte ansågs motsvara behoven så framgår det av fritextsvaren att stödet bland annat inte riktat sig specifikt mot trotsproblematik, utan i stället fokuserat på diagnoser såsom adhd eller autism. I andra fall kan det ha handlat om att insatserna inte anpassats efter barnens individuella svårigheter och att stödet därför inte fungerat i praktiken.

När det gäller föräldrastödprogram uppgav ungefär hälften av de vårdnadshavare som har fått tillgång till sådana insatser att de fungerade bra, medan övriga bedömde att de fungerade mindre bra eller dåligt.

I enkäten tas även stödet från skolan upp. Här uppgav få vårdnadshavare (drygt 12 procent av samtliga svarande) att skolan hade tillräcklig kunskap om trotsproblematik eller erbjöd rätt typ av stöd och anpassningar. Närmare 42 procent av samtliga svarande angav att de inte fått något stöd alls av skolan, medan 47 procent uppgav att man delvis fått stöd.

I fritextsvaren framkommer även exempel på barn som saknat diagnosen trotsyndrom och att samhällets stöd då upplevs ha fallit mellan stolarna. Vissa vårdnadshavare upplevde även att allt ansvar för barnets problematik hamnat på dem och att de känt sig ensamma och misstrodda.

Mer samordning, kompetens kring trots och individanpassade insatser efterfrågas

I 488 fritextsvar framkommer ett brett spektrum av önskemål om stöd från vårdnadshavare.

Ett återkommande önskemål var efterfrågan på en personlig och tillgänglig stödperson med mandat att samordna insatser och ge konkret vägledning i vardag och akuta situationer. Vissa uttryckte även ett behov av avlastning i hemmet, vilket speglar en hög och långvarig belastning i föräldraansvaret. I vissa fritextsvar framgår det också att ansvaret för samordningen i hög grad vilade på familjen själv, vilket skapade en administrativ och emotionell belastning. Det uttrycktes ett behov av mer sammanhållna insatser och minskad fragmentering mellan aktörer.

Vidare framkommer det även av vissa familjer upplevt brister i befintliga stöd och strukturer, särskilt inom skolan och hälso- och sjukvården. Vissa familjer efterfrågade ökad NPF-kompetens inom skolan samt mer individanpassat stöd för sina barn. Det framkommer även önskemål om ökad kompetens kring trotsyndrom inom BUP, utöver kunskap om adhd och autism. Vidare önskades även snabbare tillgång till stöd från BUP samt insatser som ges tidigt och kontinuerligt, både före och efter diagnos. Andra önskemål gällde en tydligare uppföljning från BUP och att BUP:s insatser inte enbart ska fokusera på utredning och medicinering.

I vissa fritextsvar återkommer även önskemål om konkreta och individanpassade verktyg för bemötande, snarare än generella utbildningsinsatser. Vidare framkom att stödbehovet varierade, där vissa önskade en kombination av individuella och gruppbaseade insatser medan andra efterfrågade enbart individuellt utformat stöd. Digitala stödformer lyftes också av vissa som ett önskat komplement.

Hinder och förutsättningar

I detta avsnitt ges en fördjupad bild av de utmaningar men även de möjligheter som kartläggningen visat finns i arbetet med målgruppen. Syftet är att belysa möjliga förklaringar och utvecklingsområden kopplade till den lägesbild som redovisats i tidigare avsnitt avseende diagnos och insatser.

Otydlig ansvarsfördelning försvårar samverkan

Samverkan mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan lyfts i samtliga dialoger som central, men i nästan alla samtal beskrivs den i likhet med resultatet från intervjuerna, som bristfällig. Samtidigt är det flera aktörer som påpekar att bristerna i samverkan påverkas av att ansvarsfördelningen är otydlig när det gäller barn med beteendesyndrom. I dialogerna har det framkommit att uppdelningen mellan "psykiatriskt" och "socialt" ansvar av flera aktörer upplevs som ett betydande problem och som leder till att barn med beteendesyndrom riskerar att hamna mellan verksamheter utan att få det stöd de behöver.

Även i intervjuerna med socialtjänst och regionerna framkommer att ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och BUP upplevs som oklar och återkommande omdiskuterad. Det förekommer även olika åsikter om vem som har ansvaret att ge insatser, vilket kan skilja sig åt såväl mellan verksamheter inom en region som mellan olika delar av landet. Det är även flera som uttrycker att verksamheterna arbetar parallellt snarare än tillsammans, trots att det rör samma barn. Skillnader i lagstiftning hos Socialtjänstlagen (SoL) respektive Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt sekretesshantering uppges ibland skapa osäkerhet vilket leder till hinder för informationsdelning och gemensamt arbete.

I dialogerna är det flera aktörer som påtalar att det saknas effektiva och snabba vägar mellan socialtjänst och BUP och att barn i behov av samordnade insatser ofta hänvisas till ordinarie köer. Av dialogerna framkommer att barn och unga med trotssyndrom och uppförandestörning riskerar ofta att komma i kontakt med flera samhällssystem parallellt, inklusive rättsväsendet vilket också uppges komplicera samverkan och ansvarsförhållandena. I flertalet dialogsamtal lyfts övergången vid 18 års ålder som särskilt problematisk, eftersom kontinuiteten i vård och stöd riskerar att brytas trots kvarstående behov. Av dialogsamtalen framkommer även att det råder en bred uppfattning om att befintliga samverkansmodeller ofta aktiveras först när problematiken blivit allvarlig.

Trots de utmaningar som lyfts i dialogerna avseende samverkan kring barn med beteendesyndrom råder det även en enighet om att tidiga insatser och ett systematiskt arbete med både barnet och omgivningen, inklusive familj

och skola, som särskilt viktigt för denna målgrupp. Det råder bred samsyn om att psykosociala insatser, särskilt föräldraskapsbaserade behandlingsprogram, bör vara centrala i behandlingen av trotssyndrom och uppförandestörning.

Den nya socialtjänstlagen som möjliggör att socialtjänsten ska arbeta mer förebyggande nämns på flera dialogmöten som en möjlighet att tidigare upptäcka svårigheter och skapa bättre förutsättningar för samordnade insatser. Samtidigt betonar flera att insatser som ges utan individuell behovsbedömning riskerar att missa barns individuella behov.

Skolan är en viktig aktör men sällan tillräckligt integrerad i arbetet

I intervjuerna med socialtjänsten är ett återkommande tema en otillräcklig kommunikation och sen involvering av socialtjänsten. Skolan uppges ibland inte dela information om problematisk skolfrånvaro i tid, vilket leder till att insatser från socialtjänsten sätts in sent. Samverkan med skolan beskrivs av flera representanter från socialtjänsten som ojämn och i hög grad personberoende. Även i dialogerna lyfter flera aktörer skolans roll. Skolan beskrivs i flera dialoger som en nyckelaktör för tidig upptäckt och stöd, men flera menar att skolans roll inte alltid är tillräckligt integrerad i vård- och stödprocesserna. I intervjuer med socialtjänsten är det även flera som lyfter att skolan vanligen har kunskap om olika NPF-diagnoser men däremot ofta saknar kunskap om trotssyndrom och uppförandestörning. Flera beskriver att de har haft ärenden med barn som haft diagnoserna med där det har varit stora problem att få till adekvat stöd i skolmiljön. Det är flera som lyfter att bemötande och förhållningssätt till barn med diagnoserna har stor betydelse för insatsernas effektivitet men att kunskap om de särskilda villkor som omgärdar barnens symptom ofta saknas hos skolpersonal.

Upplevda utmaningar i klinisk diagnostik

Företrädare för hälso- och sjukvården lyfter i dialogerna och intervjuerna flera utmaningar kring diagnostik och differentialdiagnostik av trotssyndrom och uppförandestörning. Det handlar bland annat om att bedöma vad som är "normal" trotsutveckling och vad som är tecken på mer uttalad problematik, samt om gränsdragningar mellan olika diagnoser.

Intervjuer och dialoger visar bland annat följande:

- Det kan vara svårt att diagnostisera beteendesyndrom, och olika bedömningar kan göras även med relevanta bedömningsinstrument.
- Många drar sig för att sätta diagnoserna på grund av rädsla för att stigmatisera barnet.

- Skolan och/eller föräldrarna gör ibland tidiga egna tolkningar av symtom och diagnos, ofta adhd, innan utredning genomförts av diagnosutbildad personal. Detta kan göra det svårt att acceptera andra diagnossvår.
- Det upplevs finnas ett mörkertal av barn med beteendesyndrom som i stället får andra NPF-diagnoser, exempelvis autism eller adhd.
- Skillnader mellan diagnoskriterier i DSM-5 och ICD-10 skapar osäkerhet, liksom överlappande symtom, till exempel mellan adhd och trotsyndrom.
- Gränsdragningen mellan olika tillstånd och grader av symptom upplevs som svår. Det kan till exempel handla om gränsdragningen mellan autism och trotsyndrom, mellan ”milda” och ”måttliga” trotsbeteenden liksom mellan trotsyndrom och uppförandestörning

Kunskapsstöd av relevans adresserar inte diagnoserna i någon större omfattning

Inventeringen av Socialstyrelsens kunskapsstöd visar att följande stöd är relevanta för verksamhetens arbete med barn beteendesyndrom:

- TSI-boken – stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga [40]
- Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år [41]
- Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov [42]
- Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete - Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga [43]
- Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende [44]
- Nationella riktlinjer 2024 – adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten [45]
- hälsoSAMS – Stöd för socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens samverkan gällande placerade barn och ungas hälsa [46]

Innehållsanalysen av stöden visar att diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning nämns i flera av dessa, dock i begränsad omfattning och djup. I några fall är det motiverat då stödet fokuserar på övergripande strukturer och arbetsformer. Men även i stöd som fokuserar på klientnära arbete som upptäckt och insatser riktat till olika grupper av barn (inklusive barn med beteendesyndrom) saknas information eller mer utvecklad information om just dessa diagnoser - särskilt i jämförelse med vad som förekommer om andra diagnoser, så som adhd och autism.

Nationella riktlinjer samt ökad kunskap och kompetens efterfrågas

I de nationella dialogerna och intervjuerna med regionerna framkommer en bred enighet om att man önskar nationella riktlinjer för diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning. Det har även framkommit att det i flera regioner också saknas lokala beslutsstöd, riktlinjer eller vårdprocesser som omfattar diagnoserna.

Som framgår i tidigare avsnitt finns det betydande variationer i tillgång till manualbaserade insatser mellan olika delar av landet. I såväl regioner som kommuner är det flera som uppger att man inte har utbildad personal i manualbaserade insatser, vilket i sin tur påverkar tillgången till insatser för barn med beteendesyndrom. Det är även flera som uppger att man själv eller kollegor saknar tillräcklig kunskap om beteendesyndrom i stort. Hälften av intervjuade kommuner uppger en bristande kompetens kring trotsyndrom inom socialtjänsten, och vissa framhåller att diagnosen kan vara komplex att identifiera och upptäcka. Andra aktörer menar att utmaningarna framför allt handlar om bristande implementering av kunskap, inte avsaknad av kunskap.

Ett tydligt mönster i intervjuer och dialoger är att flera aktörer lyfter avsaknaden av gemensamma riktlinjer som bidragande till variationen i insatsutbud och till förekomsten av lokala lösningar, inklusive så kallade "hemmasnickrade" modeller. Flera aktörer lyfter att framtagandet av nationella riktlinjer skulle bidra till att ge styrkraft åt att uppmärksamma och förtydliga vårdens och andra verksamheters roll och ansvar för dessa diagnoser. Flera regioner menar att nationella riktlinjer även skulle bidra till att beslutsfattare inom hälso- och sjukvården behöver se över implementeringen av behandlingsalternativ och tillgången till relevant kompetens i verksamheterna. Det uppges även kunna bidra till att behovet av lokala riktlinjer för vård av beteendesyndrom uppmärksammas och tas fram.

För ungdomar med mycket omfattande och komplex problematik är det flera aktörer som ser att tillgången till manualbaserade behandlingsalternativ behöver öka. Det är även flera inom hälso- och sjukvården som lyfter att det även kan finnas behandlingar som kan vara direkt skadliga och att behovet av nationell vägledning därmed är stort.

Föreställningar om diagnoserna tycks påverka benägenhet att sätta diagnos

I intervjuer och dialoger är det flera aktörer som lyfter att diagnoserna uppfattas som stigmatiserande och negativt laddade, både av professionella och familjer. Det finns en oro för att diagnoserna kan uppfattas som moraliserande eller som ett uttryck för "dåligt beteende" snarare än

behandlingsbara tillstånd. När det gäller uppförandestörning framhålls ordvalet ”störning” som särskilt betydelsefullt och negativt laddat. Några aktörer vittnar om att det förekommit att föräldrar har önskat att diagnoser inte ska sättas eller tas bort. Det är även flera inom hälso- och sjukvården som upplever att det kan vara svårt att förmedla de här diagnoserna till familjerna. Dessa föreställningar uppges påverka både benägenheten att ställa diagnos och familjers vilja att acceptera den.

Inom socialtjänsten och första linjen betonar aktörer att diagnoser inte är vägledande för arbetet med insatser och i vissa fall kan representanter ge uttryck för ett visst motstånd mot diagnosernas relevans eller värde. Flera uppger att man inte pratar om trottsyndrom eller uppförandestörning utan använder bredare begrepp som beteendeproblematik, normbrytande beteenden eller känslostarka barn.

Som framgår av bakgrundsavsnittet utgör trottsyndrom och uppförandestörning formella diagnoser, upptagna ICD och DSM. Forskning visar samtidigt på att genetiska och neurobiologiska faktorer i kombination med sociala faktorer har betydelse för uppkomsten och vidmakthållandet av beteendesyndrom. Vissa aktörer ifrågasätter dock diagnoserna generellt och menar att de riskerar att medikalisera problem som i grunden uppfattas vara socialt betingade.

Bland företrädare för BUP, de medicinska institutionerna inom akademien, institutionsvården och patient- och anhörigorganisationen Attention är det däremot flera som ser det som problematiskt att diagnoserna inte uppmärksammas i tillräcklig grad. Här är det flera som framhåller att avsaknad av tydlig diagnostik och gemensamt språk kan försvåra tillgången till lämpliga insatser och bidra till otydliga ansvarsförhållanden mellan huvudmän. Flera aktörer menar att diagnoserna kan och bör användas som ett viktigt verktyg för att synliggöra barn i behov av stöd. De menar att en ökad användning av diagnoserna trottsyndrom och uppförandestörning skulle bidra till en normalisering av diagnoserna, så som skett med adhd, vilket sin tur skulle bidra till att undanröja upplevda stigma.

Brist på tillgång till manualbaserade behandlingsinsatser lyfts också flera inom hälso- och sjukvården som en faktor som kan påverka benägenheten att diagnostisera; om tydliga behandlingsalternativ saknas upplevs diagnosen ibland som mindre meningsfull, vilket kan bidra till återhållsamhet i diagnostiken. Samtidigt är det flera som lyfter det omvända, att om fler barn som uppfyller kriterierna erhölet diagnoserna så skulle behovet av att tillgängliggöra insatser också synliggöras. I intervjuer med socialtjänsten är det en majoritet som uppger att även om de själva inte ger stöd utifrån barns diagnoser ändå ser det som värdefullt med en ökad diagnosticering av beteendesyndrom. De beskriver att kännedom om barns diagnoser underlättar utformningen av insatser, och att det för beteendesyndrom även påverkar vilket bemötande man måste ha i kontakten med barnen.

Behov av att bryta stigma och stödja anhöriga

Flera aktörer betonar vikten av ett respektfullt bemötande och förtroendeskapande arbete i mötet med barn och familjer. Hur diagnos och insatser kommuniceras upplevs ha stor betydelse för familjernas vilja att ta emot stöd. Behovet av att minska stigma kring diagnoserna beskrivs som viktigt av många, framför allt av anhöriga och Attention. De beskriver att belastningen inom familjerna kan vara stort och att stigma kring diagnoserna och oförståelse bland omgivningen kan göra belastningen svårare.

I dialogerna lyfts våld inom familjen fram som ett område som sällan uppmärksammas tillräckligt i relation till barn med beteendesyndrom och som ökar familjers upplevda stigma. Det framkommer att familjemedlemmar i vissa fall kan utsättas för våld från barn med dessa diagnoser, vilket betraktas som ett särskilt känsligt område där behovet av ökad kunskap och bättre stödinsatser bedöms vara stort.

Kommunala verksamheter som arbetar med anhörigstöd uppger att anhöriga till barn med beteendesyndrom sällan omfattas, utan att det främst är individ- och familjeomsorgen som ger stöd med fokus på hela familjens situation.

Slutsatser och avslutande diskussion

Socialstyrelsen fick i uppdrag att kartlägga förekomsten av diagnoserna trotssyndrom och uppförande samt insatserna som hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ger till målgruppen. Genom att väga samman registerdata med andra källor såsom öppna jämförelser och kvalitativa intervjuer och dialoger har målsättningen med denna rapport varit att ge en lägesbild inom området och identifiera utvecklingsbehov.

I det följande ger vi en samlad nulägesbild och gör en fördjupad diskussion av kartläggningens resultat, strukturerad utifrån uppdragets frågeställningar.

Det finns en underdiagnostik

Socialstyrelsen kan konstatera att diagnostik av beteendesyndrom i form av diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning sker i mycket låg utsträckning i hälso- och sjukvården. Båda diagnoserna är formellt definierade i psykiatriska diagnosmanualer (DSM-5/DSM-5-TR och ICD-10/ICD-11), och befolkningsstudier talar för att upp till cirka 4 procent av barn kan uppfylla kriterier för beteendesyndrom. Den andel barn som i denna kartläggning någon gång fått diagnos ligger långt under denna nivå, 0,36 för trotssyndrom respektive 0,15 procent för uppförandestörning.

När diagnoserna väl används registreras de oftast som bidiagnoser och förekommer oftast hos barn som också har adhd eller autism. Såväl registeranalyserna som de kvalitativa utsagorna visar att beteendeproblematik i praktiken oftast förstås och handläggs inom ramen för andra diagnoser, framför allt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning används sällan som primära tillstånd.

Analysen av ordinationstexter visar samtidigt att betydligt fler barn får läkemedel i syfte att behandla beteendesymtom än vad förekomsten av formella diagnoser antyder. Omkring 4 000 barn hade någon av diagnoserna 2024, medan drygt 8 000 barn hade uttag av läkemedel där ordinationstexten angav symtom på beteendesyndrom som ändamål. Detta är sannolikt en underskattning, då inte alla närliggande preparat ingår och ändamålet inte alltid anges.

Sammantaget talar resultaten för att det råder en underdiagnostik av trotssyndrom och uppförandestörning, och för att en del barn med symptom på beteendesyndrom snarare fångas upp genom andra diagnoser, främst adhd och autism. Detta gäller för de barn som kommit i kontakt med vården för sina symptom. Det går vidare inte att utesluta att underdiagnostiseringen

kan vara större än så då det även kan finnas barn med kliniska symptom på beteendesyndrom men som inte kommer i kontakt med vården alls eller som kommer i ett sent skede. Den socioekonomiska analysen av diagnoserna visar att trotsyndrom ställs i mindre utsträckning för barn bosatta i socioekonomiskt utsatta områden jämfört med välmående områden, vilket indikerar att den lindrigare formen av beteendesyndrom inte fångas upp i tid. Även den omfattande förekomsten av tidigare placeringar bland nydiagnostiserade barn indikerar att så kan vara fallet. Likaså det faktum att flickor diagnosticeras med trotsyndrom eller uppförandestörning i senare åldrar än pojkar.

Mot denna bakgrund bedömer Socialstyrelsen att det finns ett behov av att inom hälso- och sjukvården i högre utsträckning använda diagnoserna trotsyndrom och uppförandestörning när kriterierna är uppfyllda. Detta för att säkerställa att barn med beteendesyndrom kan identifieras i ett tidigt skede, följas upp och få ändamålsenliga insatser av samtliga relevanta kompetenser, inklusive BUP.

Behandling och insatser riskerar att komma sent eller bli mindre ändamålsenliga

Kartläggningen visar att barn och unga som uppvisar symptom på beteendeproblematik i viss utsträckning får tidiga insatser, särskilt i form av manualbaserade föräldraskapsstöd. Fler kommuner än tidigare erbjuder manualbaserade föräldraskapsstöd och intervjuer och dialoger tyder på att dessa även erbjuds inom många första linjen-verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Samtidigt visar kartläggningen att det finns en ojämlig upptäckt och tillgång till insatser för barn med beteendesyndrom. Att trotsyndrom i högre uträckning uppmärksammas i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar och i lägst uträckning i utsatta områden tyder på att tidiga insatser i form av föräldraskapsstöd via exempelvis första linjens vård inte i tillräcklig omfattning når barn med störst risk att utveckla beteendesyndrom. Bilden stärks av barn i utsatta områden har högre förekomst av uppförandestörning och alltså tycks uppmärksammas i högre uträckning när problematiken blivit allvarlig. Att många barn också har en eller flera placeringar i sin historik när de första gången får diagnosen trotsyndrom eller uppförandestörning pekar också på att insatser riskerar att komma sent eller inte utformas ändamålsenligt.

Kartläggningen visar därtill att farmakologisk behandling ges i betydande omfattning i syfte att lindra symptom på beteendesyndrom. Detta trots att

förskrivningen i många fall sker utanför godkänd indikation, och att evidensläget för vissa preparat är begränsat.

Socialstyrelsen kan vidare konstatera att tillgången till adekvata insatser varierar mellan kommuner och regioner. Vissa verksamheter implementerar manualbaserade program i sin helhet, medan andra använder enstaka komponenter eller lokalt utvecklade arbetssätt. I en del kommuner och flera BUP-verksamheter finns inte tillgång till specifika insatser för barn med beteendesyndrom. Tillgången till manualbaserade insatser är även högre i större kommuner och regioner än i mindre. Föräldrarnas berättelser förstärker bilden av ett system där stöd ofta är otillräckligt, dåligt samordnat och sällan specifikt inriktat på trots- och beteendeproblematik. Föräldrar beskriver en hög belastning och en upplevelse av att kämpa i motvind mot både strukturer och attityder.

Barn med beteendesyndrom har dessutom i betydligt högre utsträckning än andra barn varit placerade utanför hemmet och placeras oftare på HVB eller SiS. Detta indikerar en risk för att insatser inte utformas ändamålsenligt och pekar på konsekvenserna av detsamma. Sammantaget visar kartläggningen att det finns stor risk för att barn med beteendesyndrom inte får träffsäkra och effektiva insatser. Detta då diagnoserna inte används konsekvent, tillgången till relevanta insatser varierar i landet samt att insatserna riskerar att komma sent.

Ökad kunskapsstyrning kan bidra till att motverka utmaningarna

Socialstyrelsen kan konstatera att flera samverkande faktorer bidrar till underdiagnostiken och de regionala skillnader i tillgång till insatser som kartläggning visat.

Kartläggningen visar att synen på och hanteringen av beteendeproblematik varierar mellan aktörer. Det har framkommit att det kan finnas olika syn på om huruvida beteendesyndrom är ett socialt eller medicinskt ansvar och det har även kunnat urskiljas ett visst motstånd mot diagnosernas relevans. Socialstyrelsen bedömer att en bidragande faktor till detta är den vanligt förekommande oron för att stigmatisera barn och familjer då diagnoserna upplevs ha en negativ laddning. Detta trots att forskning pekar på att genetiska och neurobiologiska faktorer i kombination med sociala faktorer har betydelse för uppkomsten och vidmakthållandet av beteendesyndrom. Något som även gäller många andra diagnoser. Det har också framkommit att andra diagnoser, som adhd, inte upplevs lika stigmatiserande vilket kan vara en förklaring till att det främst är dessa diagnoser som fokuseras i kontakten med hälso- och sjukvården och till att beteendesyndromen registreras som bidiagnoser.

Socialstyrelsen bedömer dock att en begränsad en syn på beteendeproblem som socialt orsakat, i kombination med oron för att stigmatisera kan medföra att barns individuella förutsättningar och det lidande som ett beteendesyndrom medför för barnet själv och dess omgivning kommer i skymundan. I förläggningen riskerar det att osynliggöra dessa barns unika behov och den medicinska kompetensens betydelse samt till att cementera de upplevda stigman som omgärdar diagnoserna.

Kartläggningen visar att behovet av nationella riktlinjer på området är stort och att bristen på sådana försvårar ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och prioritering av dessa diagnoser inom hälso- och sjukvården.

Kartläggningen visar vidare att oron för att stigmatisera, svårigheter i diagnostisk, gränsdragning gentemot andra tillstånd samt brist på tillgängliga behandlingsalternativ utgör ytterligare utmaningar.

Konsekvensen blir att BUP:s involvering riskerar att komma för sent eller avgränsas till andra diagnoser och på medicinering. Det innebär även att socialtjänsten kan få ta ett oproportionerligt stort ansvar för dessa barn och att insatser sätts in först när problematiken blivit allvarlig.

Det senare understryker därför behovet av att mer kunskap om diagnoserna behöver tillgängliggöras hos fler aktörer så att fler verksamheter än socialtjänsten, exempelvis hälso- och sjukvården och skolan, i ett tidigare skede kan upptäcka och ge insatser till barn med beteendesyndrom.

Samtidigt visar kartläggningen att det finns en bred samsyn bland samtliga aktörer om att målgruppen är angelägen att uppmärksamma mer och att behovet av ökad kunskap är stort. Kartläggningens resultat ger därmed fog för att en stärkning av den nationella kunskapsstyrningen på området kan bidra till att motverka de hinder och utmaningar som idag finns.

Utvecklingsförslag

Mot bakgrund av kartläggningens resultat bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av att stärka den nationella kunskapsstyrningen på området. Det finns för att stärka kunskapsstyrningen föreslår vi följande utvecklingsinsatser.

Nationella riktlinjer

Kartläggningen visar ett tydligt behov av nationell vägledning kring diagnostik, behandling och samverkan avseende trotsyndrom och uppförandestörning. Det gäller bland annat:

- underdiagnostik och otydlig användning av diagnoserna,
- olikvärdig tillgång till manualbaserade insatser,
- oklar användning av läkemedel,
- oklara ansvarsförhållanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Behovet av nationella riktlinjer inom området beteendeproblem har även framförts i Socialstyrelsens rapport om skade- och dödsfallsutredningar 2024–2025 [36] samt av BUP inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att inventera behovet av stöd eller nationella riktlinjer på området psykisk hälsa och suicidprevention [47].

Socialstyrelsen har redan ett pågående regeringsuppdrag att uppdatera och utveckla nationella riktlinjer för psykisk ohälsa och suicidprevention, avgränsat till psykiatriska tillstånd. I det arbetet läggs stor vikt vid grupper med komplex problematik. Trotsyndrom och uppförandestörning bedöms väl passa in i detta uppdrag. Det finns en etablerad projektorganisation med förutsättningar att ta omhand området, med viss komplettering av kompetens.

Socialstyrelsen bedömer därför att ett tilläggsuppdrag inom ramen för befintligt riktlinjearbete är en mer kostnadseffektiv och ändamålsenlig lösning än ett separat riktlinjeuppdrag. Ett sådant tilläggsuppdrag förutsätter att myndigheten tillförs resurser för att utforma och genomföra arbetet. Dessutom är det av vikt att riktlinjerna sedan tas vidare i dialog med aktörer inom den nationella kunskapsstyrningen.

Förslag: Regeringen ger Socialstyrelsen ett tilläggsuppdrag att inkludera trotsyndrom och uppförandestörning i myndighetens pågående uppdrag att uppdatera och utveckla befintliga nationella riktlinjer för psykisk ohälsa och suicidprevention.

Kunskapsstöd

Forskningen visar att barn med trotssyndrom och uppförandestörning är särskilt utsatt för risken att utveckla psykisk ohälsa och social problematik när insatser dröjer eller uteblir.

Kartläggningen visar att gruppen i hög grad hanteras av socialtjänsten då gruppen löper betydligt större risk att placeras än övriga barn i befolkningen. Kartläggningen visar vidare att diagnoserna dock ställs i ett sent skede, oftast efter att barnet haft flera placeringar bakom sig, detta samtidigt som att risken för placeringssammanbrott är stor. Av kartläggningen framgår även att socialtjänsten är i behov av samt önskar mer kunskap om diagnoserna.

Beteendesyndrom behöver inkluderas i pågående arbeten att ta fram kunskapsstöd för psykisk hälsa och suicidprevention

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för budgetåret 2026 fått i uppdrag att analysera behov och ta fram kunskapsstöd för ökad psykisk hälsa och suicidprevention. Myndigheten bedömer att diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning bör övervägas inom den del av uppdraget som avser socialtjänstens roll vid psykisk ohälsa, med fokus på det förebyggande arbetet. Ett sådant kunskapsstöd kan bidra till att tydliggöra hur socialtjänsten kan arbeta mer systematiskt och förebyggande med beteendesyndrom i samspel med hälso- och sjukvården.

Förslag: Socialstyrelsen utreder möjligheten att inkludera trotssyndrom och uppförandestörning i uppdraget att analysera behov och ta fram kunskapsstöd för ökad psykisk hälsa och suicidprevention (S2025/02147).

Kunskapsstöd av relevans behöver uppdateras med mer information om diagnoserna

Av kartläggningen framgår att det Socialstyrelsen har tagit fram flera kunskapsstöd som är av relevans för socialtjänsten och andra aktörers arbete att upptäcka och erbjuda insatser till barn med beteendesyndrom. Kartläggningen visar samtidigt att flera av stöden skulle kunna gynnas av att utöka informationen om diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning för att de ska utgöra ett tillräckligt stöd för professionen. Socialstyrelsen bedömer att det är mer kostnadseffektivt att komplettera framför att ta fram nya kunskapsstöd och avser därför att komplettera med information om diagnoserna vid framtida revidering av relevanta stöd.

Förslag: Socialstyrelsen avser att vid framtida revidering av kunskapsstöden "Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende" samt "Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteenden och återfall i brott" komplettera stöden med information om diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning.

Informationsinsatser

Kartläggningen visar att det finns en ojämlig upptäckt och tillgång till vård för barn med beteendesyndrom. Det har även framkommit att det finns behov av att öka kunskapen hos aktörer som har möjlighet att upptäcka barn i ett tidigt skede och erbjuda tidiga insatser. Kunskapen behöver öka när det gäller symtom, samsjuklighet, skillnaden mellan "vanlig trots" och kliniska symptom, samt om tillgängliga manualbaserade stöd- och behandlingsinsatser. Kartläggningen visar också att kunskap, attityder och bemötande har stor betydelse för att barn och unga med beteendesyndrom kan identifieras och erbjudas stöd och för att familjer ska våga ta emot insatser.

Socialstyrelsen bedömer därför att information om diagnoserna trotssyndrom och uppförandestörning behöver nå ut till fler aktörer som möter barn och unga. Informationsinsatser kan också bidra till att minska stigma och skuld, både hos professionella och familjer.

Socialstyrelsen bedömer att följande aktörer är särskilt relevanta målgrupper för informationsinsatser:

- barnhälsovården (BVC)
- första linjen
- BUP
- socialtjänsten
- förskola och skola
- habiliteringen
- anhörig- och föräldrastödjande verksamheter.

Informationsinsatserna bör utformas så att de kan bidra till:

- tidigare upptäckt av barn med beteendesyndrom,
- bättre bemötande och minskad skuld och misstro,
- ökad kännedom om när och hur man remitterar eller initierar samverkan,
- ett mer sammanhållet stöd till barn och familjer.

Förslag: Socialstyrelsen tar, i samarbete med andra relevanta myndigheter, fram information om trotssyndrom och uppförandestörning riktad till aktörer som möter målgruppen.

Referenser

1. Regeringen. Regleringsbrev 2025:
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). uppl; 2022.
3. Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems. (10th ed.). uppl; 2016.
4. Longman T, Hawes DJ, Kohlhoff J. Callous-Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016; 47(2):326–34.
5. Perlstein S, Fair, M., Hong, E., & Waller, R. . Treatment of childhood disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits: a systematic review and two multilevel meta-analyses. . *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 2023; 64 (9):1372–87.
6. Sacco R, Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European child & adolescent psychiatry.* 2024; 33(9):2877–94.
7. Hawes DJ, Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. Oppositional defiant disorder. *Nature reviews Disease primers.* 2023; 9(1), :31.
8. Ayano G, Abraha M, Tsegay L, Gizachew Y. Umbrella Review of the Global Prevalence of Conduct Disorder in Children and Adolescents. *Psychiatr Q.* 2024; 95(1):173–83.
9. Bachmann CJ, Scholle O, Bliddal M, dosReis S, Odsbu I, Skurtveit S, et al. Recognition and management of children and adolescents with conduct disorder: a real-world data study from four western countries. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2024; 18(1):18.
10. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, McGillivray JA, Lum JA. Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2017; 45(2):313–25.
11. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(7):e2622.
12. Salvatore JE, & Dick, D. M. Genetic influences on conduct disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2018; 91:91–101.
13. Tesli N, Jaholkowski P, Haukvik UK, Jangmo A, Haram M, Rokicki J, et al. Conduct disorder - a comprehensive exploration of comorbidity patterns, genetic and environmental risk factors. *Psychiatry Res.* 2024; 331:115628.
14. Fairchild G, Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Freitag, C. M., & De Brito, S. A. Conduct disorder. . *Nature reviews Disease primers.* 2019; 5(1),:43.
15. Salmanian M, Bordbari, A. H., Mousavi, N., Tamannaefar, S., Golzar, M. H., Amiri, M., Kargar-Soleimanabad, S., Mollaei, A., & Mahdavinoor, S. M. M. . Environmental Risk Factors of Conduct Disorder: An Overview of Meta-Analyses. *Iranian journal of psychiatry,* . 2025; 20(4):560–8.

16. Mars JA, Aggarwal A, Marwaha R. Oppositional Defiant Disorder. StatPearls; 2024.
17. Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(17).
18. Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K, Saure D, Freitag CM. Association of trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018; 91:153–69.
19. Njardvik U, Wergeland GJ, Riise EN, Hannesdottir DK, Öst LG. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2025; 118:102571.
20. Burke JD, Butler EJ, Shaughnessy S, Karlovich AR, Evans SC. Evidence-Based Assessment of DSM-5 Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders. *Assessment*. 2024; 31(1):75–93.
21. Sampaio F, Sarkadi A, Feldman I, Salari R, Zethraeus N, Sculpher M. Prevention and Treatment of Externalizing Behaviour Problems in Children through Parenting Interventions : An Application of Health Economic Methods. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2016.
22. Junewicz A, & Billick, S. B. Conduct Disorder: Biology and Developmental Trajectories. *The Psychiatric quarterly*,. 2020; 91(1):77–90.
23. Fisher KA, Torrico, T. J., & Hany, M. Antisocial Personality Disorder: StatPearls Publishing.; 2024.
24. SBU. Behandling av barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa. Första linjen. 2023:
25. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter.; 2021.
26. SBU. Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: effekter och verksamma komponenter. 2019.
27. Leijten P, Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,. 2019; 58(2):180–90.
28. Pilling S, Fonagy, P., Allison, E., Barnett, P., Campbell, C., Constantinou, M., Gardner, T., Lorenzini, N., Matthews, H., Ryan, A., Sacchetti, S., Truscott, A., Ventura, T., Watchorn, K., Whittington, C., & Kendall, T. . Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people’s mental health: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*,. 2020; 15(11).
29. Baumel A, Mathur, N., Pawar, A., & Muench, F. Psychosocial Interventions for Children With Externalized Behavior Problems: An Updated Meta-analysis of Moderator Effects. . *Journal of Child and Family Studies*,. 2021; 30(1):65–86.
30. Jugovac S, O’Kearney, R., Hawes, D. J., & Pasalich, D. S. Attachment- and Emotion-Focused Parenting Interventions for Child and Adolescent Externalizing and Internalizing Behaviors: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*,. 2022; 25(4) ,:754–73.
31. SF-BUP. Riktlinjer - Beteendesyndrom. 2019.

32. SBU. Vetenskapliga underlag om insatser för barn med trots- och uppförandestörning. Dnr SBU 2025/620. 2025.
33. Staniford JA, Lister M. An Interpretative Phenomenological Analysis exploring how psychiatrists conceptualise conduct disorder and experience making the diagnosis. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26(1):243–56.
34. Drent HM, van den Hoofdakker B, Buitelaar JK, Hoekstra PJ, Dietrich A. Factors Related to Perceived Stigma in Parents of Children and Adolescents in Outpatient Mental Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(19).
35. Attention R. Trots allt! - Att vara förälder till barn med trotsproblematik. 2019.
36. Socialstyrelsen. Barn som utsatts för grovt eller dödligt våld - Skade- och dödsfallsutredningar 2024–2025. 2026.
37. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos barn och unga placerade i samhällsvård 2025.
38. Socialstyrelsen. Förstärkt familjehemsvård – Kartläggning och analys. 2026.
39. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism. 2026.
40. Socialstyrelsen. TSI-boken – Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga. 2023.
41. Socialstyrelsen. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år. 2021.
42. Socialstyrelsen. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov – Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård. 2019.
43. Socialstyrelsen. Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete – Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga. 2019.
44. Socialstyrelsen. Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende. 2020.
45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024 – adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. 2024.
46. Socialstyrelsen. HälsoSAMS – Stöd för socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens samverkan gällande placerade barn och ungas hälsa. 2026.
47. Socialstyrelsen. Behov av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention. 2024.

Bilagor

Bilaga 1. Aktörer som medverkat i kartläggningens externa dialoger

(listat efter bokstavsordning)

Akademikerförbundet SSR

Akademin

(med 16 representanter från utvalda forskningsområden ifrån Göteborgs universitet, Karlstads universitet, Karolinska institutet, Linnéuniversitetet, Lunds universitet, Mälardalens högskola, Stockholms universitet, Uppsala universitet, Örebro universitet)

Barnombudsmannen (BO)

Kommunala anhörigkonsulenter

Kriminalvården

Myndigheten för delaktigheten (MFD)

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF)

Nationella dialogmöten med regioner

(samordnat av SKR)

Nationella nätverket för barn och unga

(samordnat av SKR)

Nationellt programområde för psykisk hälsa (NPO psykisk hälsa)

(samordnat av SKR)

Nätverket för styrning och ledning av psykiatri (NSLP)

(samordnat av SKR)

Psykologförbundet

Riksförbundet Attention

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens institutionsstyrelse (SiS)

Sveriges kommuner och regioner

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SF-BUP)

Svensk kuratorsförening

Sveriges skolkuratorer

Bilaga 2. Översikt över genomförda intervjuer

Intervjuer genomfördes med representanter från första linjen och BUP i fem regioner samt med representanter från åtta kommuner. Totalt genomfördes 19 intervjuer.

Region	Kommun
Västra Götaland	Nordost, Hisingen, Sydväst
Värmland	Sunne
Stockholm	Norrtälje
Blekinge	Sölvesborg
Gävleborg	Hofors, Ockelbo



Trotssyndrom och uppförandestörning (artikelnr 2026-6-10279)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.