

Från enskilt ärende till nationell statistik

Barns behov i centrum (BBIC)

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-271-2
Artikelnummer 2015-1-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

Förord

Socialstyrelsen presenterar här en ny forskningsanpassad och stringent version av modellen Barns behov i centrum. BBIC utgår från regelverket för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten och är ett kunskapsstöd riktat till handläggare i den sociala barn- och ungdomsvården.

BBIC bidrar till ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt, gemensamt språk och strukturerad dokumentation samt bättre underlag för planering och uppföljning.

I rapporten presenteras också vilka uppgifter av betydelse som föreslås samlas in genom dokumentation i BBIC för att ligga till grund för uppföljning på individuell nivå, för verksamhetsuppföljning och uppföljning på nationell nivå.

Sammantaget har nya BBIC mycket goda förutsättningar att bli ett mer ändamålsenligt, rättssäkert och effektivt utredningsstöd, som grundar sig på forskning och beprövad erfarenhet.

Rapporten beskriver den nya versionen av BBIC och hur den tagits fram samt när och hur Socialstyrelsen planerar att lansera och tillgängliggöra den nya modellen både för de socialnämnder som redan använder BBIC och de som är intresserade av att implementera modellen.

Rapporten har sammanställts av Katarina Munier, utredare vid Socialstyrelsen, tillika projektledare, samt utredarna Birgitta Svensson, Cristina Dahlberg, Ann Johansson och Ola Grönnesby. Juristerna Monica Jacobson och Shriti Radia har deltagit i arbetet med BBIC Metodstöd. Ansvarig enhetschef vid Socialstyrelsen har varit Beatrice Hopstadius.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdraget	8
BBIC-konceptet	8
Metodbeskrivning	9
Analys och utveckling av ny version	9
Forskningsöversikt som grund för revidering	11
Den nya BBIC-triangeln	13
Översikt områden och delområden	14
Formulär för dokumentation	18
Rättssäkerhet	19
Förenklningar	20
IT-stöd för BBIC	20
BBIC Metodstöd	21
Systematisk uppföljning i BBIC	22
Varför behövs systematisk uppföljning	22
Mätning för att få kunskap	23
Mätmetoder	24
Resultat, slutsatser och förslag om implementering av nya BBIC	25
Förstudie, fokusgrupp och rikstäckande pilotundersökning	25
Resultat	26
Utbildningsinsatser	27
Test av BBIC-statistik	27
Referenser	28
Bilaga 1 Nuvarande triangel och formuläröversikt	29
Bilaga 2 Referensnätverk	30
Bilaga 3 Resultat av forskningsöversikten	32
Bilaga 4 BBIC Metodstöd	65
Översikt områden, delområden med referenser	95
Bilaga 5 Förslag till uppgifter för systematisk uppföljning i BBIC	112
Bilaga 6 Diagram av resultat från rikspiloten	121

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag att vidareutveckla BBIC genomfört en omfattande revidering av modellen med syftet att göra systematisk uppföljning möjlig, förstärka den vetenskapliga och evidensbaserade basen samt göra BBIC effektivare och lättare att använda.

Arbetet har bedrivits i nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, en grupp forskare och andra experter inom olika relevanta områden samt regionala BBIC-samordnare och utvecklingsledare inom den sociala barn- och ungdomsvården.

På uppdrag av Socialstyrelsen har Örebro universitet sammanställt vad internationell forskning visar om de risk- och skyddsfaktorer som innefattas i BBIC. I uppdraget ingick också att ge svar på vilka av dessa risk- och skyddsfaktorer som har stöd i forskning, vilka som inte har det och vilka som saknas. Totalt har 468 forskningsöversikter och meta-analyser inkluderats i forskningsöversikten, varav 210 har inkluderats i fulltext. Resultaten visar att det finns vetenskapligt stöd för att de flesta områden som ingår i BBIC-triangeln, vilken illustrerar kunskapsgrunden, är risk- eller skyddsfaktorer för utsatthet och psykosocial ohälsa, men att vissa områden behöver förändras. Exempelvis bör vissa områden slås ihop till ett och vissa beskrivningar om vad som kan vara relevant att utreda måste förändras.

Med utgångspunkt i forskningsöversiktens resultat har en analys och utveckling av en ny version av BBIC genomförts av forskare, experter och referensnätverk bestående av praktiker och samordnare, vilket har resulterat i en ny version av BBIC-triangeln, ett nytt metodstöd för handläggningsprocessen samt en reviderad och förenklad struktur för dokumentation utifrån nationella informationsstrukturens modell för socialtjänst. Den nya versionen är enklare, tydligare, innehåller färre överlappningar och repetitioner i strukturen och har fokus på risk-, behov- och mottaglighetsprinciperna samt har forskningsstöd eller vilar på konsensus mellan sakkunniga.

BBIC har också vidareutvecklats som system för systematisk uppföljning, för att kunna användas i socialtjänstens förbättringsarbete inom ramen för en evidensbaserad praktik. Uppgifter av betydelse för systematisk uppföljning av verksamheten på aggregerad nivå (s.k. BBIC-statistik) har tagits fram.

Användbarhet och begriplighet i den nya BBIC har testats i en riktäckande pilotundersökning, vilken visade att en stor majoritet anser att den nya versionen av BBIC är mer användbar och mer begriplig samt att förutsättningarna för att barn och föräldrar får rätt skydd, stöd och hjälp ökar med nya BBIC. Således kan nya BBIC sägas ha mycket goda förutsättningar att bli ett mer ändamålsenligt, rättssäkert och effektivt utredningsstöd, som grundar sig på forskning och beprövad erfarenhet.

Konsekvenser av en reviderad och utvecklad version av BBIC är att omfattande informations- och utbildningssatsningar krävs liksom utarbetande av nytt utbildningsmaterial m.m. Den nya versionen av BBIC, som system för systematisk uppföljning, förutsätter också att fungerande it-stöd utvecklas.

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2014 uppdraget att vidareutveckla BBIC (Barns behov i centrum) för systematisk uppföljning av verksamheten på aggregerad nivå. Socialstyrelsen skulle också granska och revidera variablerna och grunddatauppgifterna i BBIC:s formulär för dokumentation. Vid revideringen skulle Socialstyrelsen beakta ett rättssäkerhetsperspektiv och ett barnperspektiv samt ta hänsyn till barns och ungas rätt till inflytande och delaktighet. Uppdraget skulle samordnas med Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur (NI) och med Socialstyrelsens arbete med nationellt fackspråk. Uppdraget skulle vidare genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och redovisas senast den 31 januari 2015.

BBIC-konceptet

Det övergripande målet med BBIC är sätta barns och ungas behov i centrum för socialtjänstens arbete och att underlätta för socialtjänsten att ge barn och unga i behov av insatser från socialtjänsten samma chanser i livet som andra barn i samhället.

Konceptet beskriver ett arbetssätt och är således inte en uttolkning av vilka minimikrav avseende handläggning och dokumentation som gäller inom socialtjänsten. Det är frivilligt för socialnämnden att använda BBIC, som idag används i 284 kommuner. För att arbeta med BBIC krävs utbildning och licens. Socialstyrelsen ansvarar för utbildning av lokala utbildare, utfärdandet av licenser samt innehållet i BBIC och dess nationella kvalitetssäkring. Licensen kan vara av två slag – antingen en prövolicens eller en ordinarie licens. Är ordinarie licens beviljad åtar sig socialnämnden att arbeta enligt de krav som stipuleras i BBIC-konceptet. Drygt 80 procent har ordinarie licens. Nämnden kan när som helst säga upp licensen.

Socialstyrelsen äger rätt enligt licensavtalet att göra förändringar i BBIC, innefattande även att utmönstra befintligt BBIC-material och att lägga till nytt. Som ”licenstagare” åtar sig socialnämnden att lämna förslag på behövliga förändringar och förbättringar i BBIC.

Sedan lanseringen år 2006 har formulären reviderats vid två tillfällen för att öka användbarheten och stå i samklang med ny lagstiftning och kunskap. Ett material kallat På väg, som ska användas i ärenden med placerade ungdomar som är på väg att lämna samhällsvården, lades till förra året.

BBIC illustreras av en triangel, se bilaga 1, och vilar på en utvecklings-ekologisk grund där förhållandena hos barnet, föräldrarna och omgivningen utgör grunden för att förstå barnets och familjens behov [1-3]. För den praktiska användningen har det utvecklats ett antal formulär och stöddokument, se bilaga 1, samt en grundbok [4] med flera utbildningsmaterial.

Metodbeskrivning

Det är med forskningsöversikten som underlag som en ny version av BBIC-triangeln tagits fram, ett särskilt stöd i handlägningsprocessen enligt BBIC och en ny formulärstruktur. På liknande sätt har de olika sorters variabler som behövs för att kunna producera BBIC-statistik för systematisk uppföljning utvecklats. De nya materialen har analyserats, granskats och justerats av experter och ett referensnätverk. De har också testats i en rikstäckande pilotundersökning avseende begriplighet och användbarhet, se s. 25-26.

Analys och utveckling av ny version

Externa experter och praktiker

Projektet har i stor utsträckning genomförts i samarbete med externa aktörer, forskare, experter, praktiker inom socialtjänst, BBIC-samordnare och regionala utvecklingsledare inom området social barn- och ungdomsvård.

Utomstående experter

Fem utomstående experter kontrakterades för att bistå projektgruppen med sakkunskap utifrån sin kunskap och erfarenhet på området. De sakkunniga har medverkat vid ingående granskning av olika BBIC-material med särskilt fokus på de frågeställningar som projektgruppen har formulerat och de har deltagit vid flera arbetsmöten.

- Kjerstin Almqvist, adjungerad professor i medicinsk psykologi vid Karlstads Universitet
- Staffan Janson, barnläkare, professor i folkhälsa vid Karlstads universitet.
- Åsa Källström Cater, docent i socialt arbete och universitetslektor vid institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro Universitet
- Pernilla Leviner, docent i offentlig rätt, biträdande föreståndare Barnrättscentrum, Juridiska fakulteten, Stockholms universitet
- Maria Unenge Hallerbäck, överläkare, med dr, Barn- och ungdomspsykiatri, Landstinget i Värmland

Referensnätverk

Arbetsgruppen för BBIC-projektet

En arbetsgrupp bestående av tolv regionala BBIC-samordnare och regionala utvecklingsledare, samt Kjerstin Bergman, samordnare för BoU-satsningen på SKL, knöts till projektet utifrån sakkunskap och erfarenhet av social barn- och ungdomsvård och BBIC, se bilaga 2. De flesta i arbetsgruppen hade redan deltagit i det förarbete som Socialstyrelsen och SKL gjorde år 2013 kring BBIC och systematisk uppföljning. Arbetsgruppen har läst och kommenterat olika BBIC-material, bl.a. med fokus på att göra användningen av BBIC lättare, samt deltagit vid ett par arbetsmöten. De har också hjälpt till att rekrytera respondenter till pilotundersökningen och till fokusgruppen med handläggare.

Intern arbetsgrupp för BBIC-statistik

En intern arbetsgrupp bestående av statistiker och utredare inom Socialstyrelsen har lämnat synpunkter på de variabler och mått för BBIC-statistik som tagits fram av projektgruppen.

Expertmöten om samverkan

Två möten med experter har bidragit med kunskap och erfarenheter om innehåll i och former för samverkan mellan socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa respektive mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, se bilaga 2.

Ett antal faser i handläggningsprocessen identifierades då behovet av samverkan är tydligt. Mötesdeltagarna var eniga om behovet av tvärprofessionellt samarbete för att öka kvaliteten i arbetet kring barn och unga med behov av stöd eller skydd, i allt från utredning, förebyggande insatser i öppenvård till frivilliga placeringar och tvångsomhändertaganden.

BBIC:s konsultationsdokument för förskola/förskoleklass/skola och BBIC:s anvisningar för läkarundersökning diskuterades. Mötesdeltagarna var eniga om att dessa stöddokument fyller en viktig funktion och att de ska finnas kvar, men att de delvis behöver omarbetas, vilket är på gång. Exempelvis kommer konsultationsdokumentet att utformas så att redan dokumenterad kunskap i förskolan eller skolan om barnet och barnets situation bättre tas till vara i socialtjänstens utredning och uppföljning, i stället för att uppgifterna ska upprepas i en delvis annan ordning i ett annat dokument. Mötesdeltagarna var vidare eniga om att frågor om hur det går för ett barn i skolan lämpligen utreds och bedöms av personal med pedagogisk kompetens, inte av socialsekreteraren. Likaså när det gäller barns hälsa konstaterades att det lämpligen utreds och bedöms av personal med medicinsk och psykologisk kompetens. Deltagarna på bägge mötena var eniga om att socialtjänstens utredningar, för att vara rättsäkra och uppfylla barns rättigheter, är beroende av mer tvärprofessionellt samarbete mellan personal med social, medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.

Samråd med SKL

Socialstyrelsen och SKL har träffats regelbundet vid nationella samrådsgruppens möten om BoU-satsningen och angränsande frågor inom social barn- och ungdomsvård, där även Socialdepartementets enhet för familj och sociala tjänster närvarar. Socialstyrelsen och SKL har regelbundna avstämningsmöten beträffande it-stöd för BBIC, hur detta ska kunna utvecklas, vem som ansvarar för vad etc.

SKL deltog med flera representanter vid de två expertmötena om samverkan som Socialstyrelsen arrangerade och Kjerstin Bergman, samordnare för BoU-satsningen, har ingått både i arbetsgruppen och varit med vid fokusgruppen med handläggare.

Socialstyrelsen har samrått med SKL i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner, inför utformandet och genomförandet av enkäten (pilotundersökningen).

Projektet har presenterats vid två tillfällen som anordnats av SKL; Socialchefsnätverket (2014-09-12) och IFO-beredningen (2014-09-18). Social-

chefsnätverket har även beretts möjlighet att ta del av och ge synpunkter på förslaget till ny BBIC-statistik för systematisk uppföljning.

BBIC-användarna

Sedan förra revideringen 2011 har Socialstyrelsen samlat synpunkter från BBIC-användarna. Det gäller både muntliga synpunkter på utbildningar eller via telefon, eller skriftliga sammanställningar från regionala nätverk eller enskilda handläggare. Dessa synpunkter har sammanställts och diskuterats. Det finns skillnader i hur olika personer och regioner ser på olika delar i materialet, men vissa generella åsikter finns. Exempelvis anser många att triangeln saknas i formuläret *Utredningsplan* och att strukturen i *Utredning enligt kap 11 § 1 SoL* är för omständlig och upprepande. I samband med pilotundersökningen inkom ytterligare synpunkter från användarna, som även de har beaktats, se s. 25-26. Så långt det är möjligt har Socialstyrelsen försökt förändra formulären så att de bättre passar praktiken.

Forskningsöversikt som grund för revidering

Socialstyrelsen gav Örebro Universitet i uppdrag att kortfattat sammanställa vad forskningsöversikter och meta-analyser (internationell forskning) säger om respektive områden i BBIC-triangeln i termer av forskningsbaserade tecken på utsatthet och risk- och skyddsfaktorer för framtida psykosociala problem (t.ex. psykiska problem/diagnoser, kriminalitet, missbruk). Utförare av uppdraget var Anna-Karin Andershed, docent i psykologi, dekan för fakultetsnämnden för humaniora och socialvetenskap och Henrik Andershed, professor i psykologi och docent i kriminologi vid institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete. Båda har även medverkat vid granskningen av olika BBIC-material och deltagit vid olika arbetsmöten.

Den övergripande, generella frågeställningen för forskningsöversikten var att ta reda på vilka forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer som finns identifierade i forskning som innehållsmässigt kan inrymmas inom de olika områdena i nuvarande BBIC. Mer specifikt skulle forskningsöversikten ge svar på vilka områden i nuvarande BBIC som har stöd i forskning, vilka som inte har det och vilka forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer som saknas i nuvarande BBIC.

Definitioner

Med *riskfaktor* avses något som är relaterat till en signifikant, inte slumpmässigt, ökad risk för utsatthet av olika slag och för psykosocial ohälsa, primärt i termer av psykisk ohälsa/diagnoser, kriminalitet och alkohol- eller annat drogmissbruk. Begreppet utsatthet omfattar såväl utsatthet från andra, t.ex. för våld och försummelse, men också eget social nedbrytande beteende, t.ex. kriminalitet och alkohol- och droganvändning. Med *skyddsfaktor* avses något som är signifikant relaterat till god hälsa eller i alla fall avsaknad av allvarliga psykosociala problem, trots att barnet eller den unge har uppvisat eller utsatts för en eller flera riskfaktorer. En skyddsfaktor är med andra ord något som ökar chanserna för god utveckling hos ett barn eller en ungdom trots närvaro av riskfaktorer [5].

Styrkor och begränsningar med forskningsöversikten

Det finns både styrkor och begränsningar med att göra en översikt av tidigare översikter och meta-analyser. Styrkorna ligger i att den kunskap som presenteras är ackumulerad och sannolikt har ett starkare evidensvärde än enskilda studier. Begränsningarna eller riskerna är att man inte kan vara säker på att alla forskningsrön samlats upp av dessa.

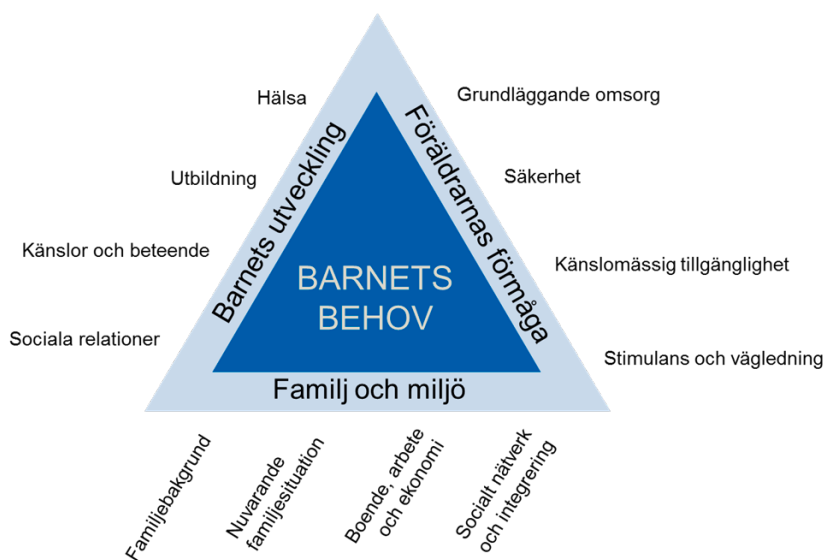
Översikten presenterar inte kvantitativa mått på respektive risk- eller skyddsfaktors styrka, dvs. hur stor risken eller hur starkt skyddet är. Många systematiska forskningsöversikter innehåller inte sådan information. Det kan konstateras att det är problematiskt, även baserat på meta-analyserna, att presentera siffror om styrka eftersom de tagits fram under mycket olika betingelser. I en del meta-analyser låter man t.ex. faktorer konkurrera med varandra och i andra inte. Det innebär att det inte varit möjligt utifrån denna forskningsöversikt, att uttala sig säkert om olika faktorerers relativa betydelse, dvs. om vissa faktorer är mycket viktigare än andra.

Resultaten av forskningsöversikten presenteras i tabellform, relaterat till sidorna i den nuvarande BBIC-triangeln (*Barnets behov, Föräldrarnas förmåga och Familj och miljö*), se bilaga 3.

Den nya BBIC-triangeln

Genom den nya versionen av BBIC-triangeln – där *barnets behov* nu är placerat i mitten av triangeln – tydliggörs att barnets behov ska förstås utifrån samtliga tre sidor av triangeln och att analys och bedömning görs utifrån de risk- och skyddsfaktorer som framkommit utifrån de tre sidorna. Innehållet i triangeln sidor bygger även sedan tidigare på forskning om risk- och skyddsfaktorer [5]. För varje område i de tre sidorna i BBIC-triangeln – sammanlagt tolv jämfört med dagens tjugo – har ett antal *delområden* bestämts, som varande viktiga att fokusera på för att identifiera och förstå barnets behov. Delområdena baseras dels på risk- och skyddsfaktorer för utvecklingen av psykosocial problematik, dels på tecken på att barnet far illa. Som stöd för handläggaren har *väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer* urskilts och beskrivits, se bilaga 4 BBIC Metodstöd. Nytt är också att principerna om *risk, behov och mottaglighet* samt att en femgradig skala för bedömning av risk i barnets nuvarande situation och på längre sikt, har inarbetats i BBIC, som handläggarstöd vid analys och bedömning. Skalan har utarbetats av Anna-Karin Andershed och Henrik Andershed, Örebro universitet, och därefter diskuterats och fastställts i projektet.

Figur 1. Ny BBIC-triangel



Triangelns sidor

Barnets utveckling

Denna sida i triangeln handlar om barnets utveckling utifrån fyra områden; *Hälsa, Utbildning, Känslor och beteende* samt *Sociala relationer*. Utvecklingsområdena bygger på den struktur som används inom forskning liksom inom hälso- och sjukvård och skola, dvs. ett medicinskt, psykologiskt, pedagogiskt respektive socialt perspektiv på barns och ungas utveckling. Utredning och bedömning görs vid behov med personal med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.

Föräldrarnas förmåga

Denna sida i triangeln handlar om föräldrarnas förmåga utifrån fyra aspekter. Dessa är *Grundläggande omsorg, Säkerhet, Känslomässig tillgänglighet* samt *Stimulans och vägledning*. I grundläggande omsorg ryms även stabilitet. Med föräldrar avses de vuxna personer som har omsorg om barnet eller den unge och som barnet eller den unge bor tillsammans med. Utredning liksom planering och samordning av insatser görs vid behov i samarbete med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.

Familj och miljö

Basen i triangeln handlar om faktorer i familj och miljö. Dessa är *Familjebakgrund, Nuvarande familjesituation, Boende, arbete och ekonomi* samt *Socialt nätverk och integrering*. Utredning liksom planering och samordning av insatser utifrån denna del av triangeln görs vid behov i samarbete med handläggare inom vuxenhet och/eller andra externa verksamheter.

Översikt områden och delområden

Nedan visas en översikt med triangelns sammanlagt tolv olika områden med tillhörande delområden. För varje område i de tre sidorna i BBIC-triangeln, finns delområden som är viktiga att fokusera på för att kunna identifiera och förstå barnets behov. Delområdena baseras dels på risk- och skyddsfaktorer för utvecklingen av psykosocial problematik, dels på tecken på att barnet far illa. Samma översikt fast med forskningsreferenser finns i bilaga 4.

Familj och miljö

Område	Delområden
Familjebakgrund	Föräldrarnas erfarenheter från sin egen uppväxt Tidigare erfarenheter och händelser i familjen av betydelse Barnets och ev. syskons tidigare erfarenheter av utsatthet i sin hemmiljö eller på grund av eget destruktivt beteende
Nuvarande familjesituation	Familjens sammansättning Föräldrars hälsa och beteende Ev. syskons hälsa och beteende
Boende, arbete, ekonomi	Stabilitet och kvalitet i boende Sysselsättning Inkomstnivå
Socialt nätverk och integrering	Familjens sociala nätverk och stöd Familjens professionella nätverk

Barnets utveckling

Område	Delområden
Hälsa	Levnadsvanor Hälsa och utveckling Hälso- och sjukvård
Utbildning	Anpassning till förskola/skola (trivsel och närvaro) Inläring Skolresultat
Känslor och beteende	Temperament och sinnesstämning Attityder och värderingar Identitet Självständighet Socialt beteende
Sociala relationer	Föräldra-barn relation Relationer till andra barn och vuxna Fritid

Föräldrarnas förmåga

Område	Delområden
Grundläggande omsorg	Grundläggande omsorg Vardagsrutiner Ansvarstagande
Säkerhet	Konflikter och fysiskt våld Allvarliga konflikter mellan vuxna i hemmet Sexuella övergrepp och sexuell exploatering Annat otillbörligt utnyttjande
Känslomässig tillgänglighet	Stabilitet i kontakt Känslomässig reglering och skydd Känslomässigt stöd
Stimulans och vägledning	Stimulans Engagemang Uppfostringsstrategier

Slutsatser om nuvarande struktur och innehåll

Det finns forskningsstöd för att de flesta områdena i den nuvarande BBIC-triangeln är risk- eller skyddsfaktorer för utsatthet och psykosocial ohälsa. Dessa finns därför kvar i en reviderad version av BBIC. Dock får delar av beskrivningarna i fördjupningsteman inom flera områden inte stöd som risk- eller skyddsfaktorer. Således har dessa beskrivningar setts över och fördjupningsteman kommer att bytas ut mot ett nytt material benämnt BBIC Metodstöd, vilket inte bara ska ge stöd till socialsekreteraren i utredningsarbetet, utan genom hela handläggningsprocessen.

Några områden i den nuvarande BBIC-triangeln (*Socialt uppträdande, Klara sig själv* och *Social integrering*), så som de beskrivs idag i fördjupningsteman, har inte kunnat identifieras som risk- och skyddsfaktorer i den vetenskapliga litteratur som utgör forskningsöversikten. Inte heller har denna forskningsöversikt kunnat visa att förekomst av fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning hos ett barn, som påverkar ev. syskon eller vårdnadshavarnas förmåga, är en risk- eller skyddsfaktor i sig. Trots detta rådde inom arbets- och forskargruppen konsensus om att det kan antas att dessa områden eller faktorer ändå har betydelse. De kommer därför kvarstå i den nya versionen av BBIC, om än i omarbetad form.

Barnets utsatthet för våld och övergrepp har forskningsstöd, men är idag placerat i området *Känslo- och beteendemässig utveckling*, vilket blir tematiskt felplacerat eftersom det har att göra med vad föräldrar eller andra personer i familjen/miljön kan utsätta barnet för. Barnets utsatthet för våld och övergrepp har därför flyttats till en mer logisk placering i triangeln.

Beskrivningarna i fördjupningsteman av vad vårdnadshavare kan förväntas göra eller ta ansvar för, försvårar forskningsförankringen. De beteenden som beskrivs är snarare sådant som främjas eller hämmas som en konsekvens av olika skydd- och riskfaktorer, än att de utgör risk- eller skyddsfaktorer i sig. Beskrivningarna av föräldraförmågor har därför omformulerats i nya BBIC.

Flera faktorer och beståndsdelar återkommer i flera olika områden i BBIC och skapar troligen dubbelarbete och otydlighet. Placering inom endast ett område antas förenkla och underlätta arbetet med BBIC, vilket också varit en intention med revideringen.

Detaljnivån i fördjupningsteman med allt ifrån mycket detaljerade beskrivningar till beskrivningar på mer generell nivå, har oklart syfte och har setts över. Den mer detaljerade nivån finns delvis kvar, men då begränsat till socialsekreterarens psykosociala kompetens. Den detaljerade nivån finns inte kvar inom de områden där socialtjänsten hellre behöver samarbeta med andra professioner, såsom lärare, sjuksköterskor, läkare eller psykologer och dra nytta av deras expertis.

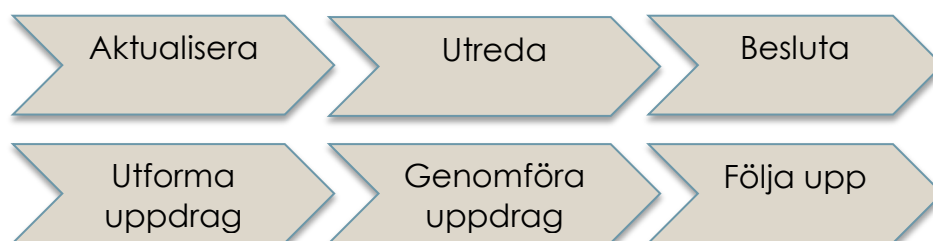
Slutligen, för att utveckla BBIC som stöd i arbetet med utredningar med mera till skydd eller stöd för barn och unga, har forskningsöversikten konstaterat att socialsekreteraren, med stor sannolikhet, skulle vara betjänt av ett tillvägagångssätt som utgår från de tre principerna om *risk*, *behov* och *mottaglighet* (responsivitet) [6]. Dessa tre principer fungerar väl tillsammans med fokus på risk- och skyddsfaktorer och ger relevant stöd i både utredning

och utformning av insatser. Forskning visar att insatser är signifikant mer effektiva när man följer principerna om risk, behov och mottaglighet, jämfört med när man inte gör det [6]. Hittills har den mesta forskningen om nyttan av att använda principerna om risk, behov och mottaglighet, gjorts på ungdomar och vuxna, men det finns få eller inga skäl att tro att de inte skulle vara användbara också i ärenden gällande yngre barn. Därför har principerna om risk, behov och mottaglighet inarbetats i den nya versionen av BBIC.

Formulär för dokumentation

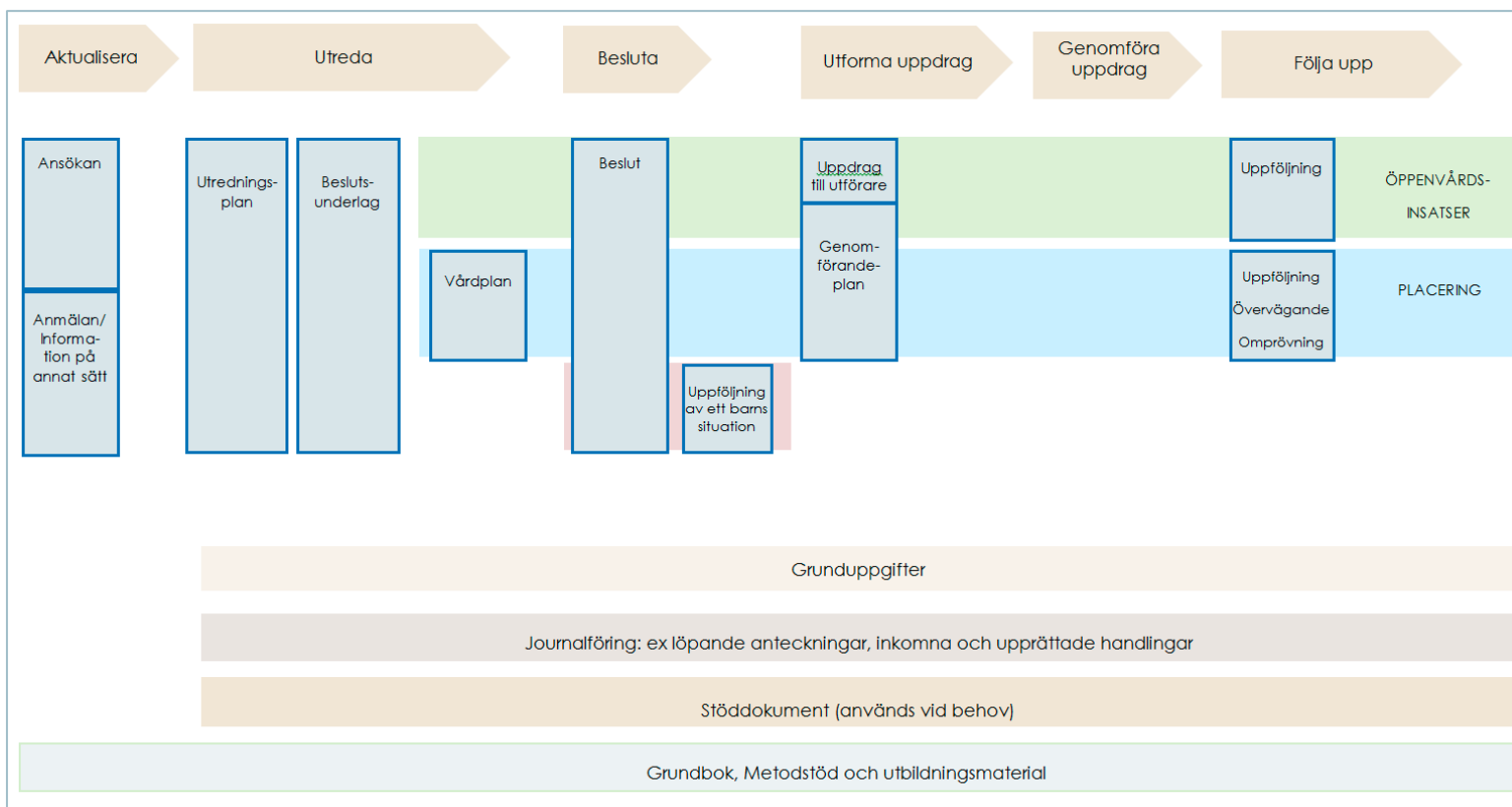
Handläggningsprocessen i BBIC har anpassats till den övergripande individanpassade processmodellen för socialtjänst, som är föreslagen inom den nationella informationsstrukturen (NI). NI syftar till att förbättra hanteringen av information inom vård och omsorg genom att skapa en gemensam struktur för den information som behöver hanteras kring en individ som är föremål för hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst. Figur 2 nedan visar en översikt av de olika handläggningsstegen.

Figur 2. Översikt processteg i handläggningen



Den nya formulärstrukturen i BBIC, se nedan, följer processmodellen i NI, vilket kommer att underlätta förståelsen kring till vilket processteg på individnivå varje enskilt formulär hör och hur information kring en individ ska struktureras på ett enhetligt sätt. NI beskriver vård- och omsorgsverksamheten och den information som behövs i en ändamålsenlig dokumentation.

Figur 3. Ny formuläröversikt



Rättssäkerhet

Det har skett många förändringar i det regelverk som styr socialtjänstens handläggning sedan formulären i BBIC senast reviderades. Det handlar bl.a. om ändringar i socialtjänstlagen som stärker barnets rätt att komma till tals, nya föreskrifter om handläggning och dokumentation (SOSFS 2014:5) och allmänna råd om handläggning av ärenden som gäller barn och unga (SOSFS 2014:6).

I de reviderade formulären har dessa ändringar beaktats och i flera fall har hjälptexter lagts in som utvecklar och beskriver de överväganden som enligt BBIC-konceptet behöver göras kring barns deltagande. I och med att formulären anpassas till det nya, förstärkta, regelverket om barns deltagande kommer formulären på ett tydligt och effektivt sätt stärka barnets ställning i handläggningen. Genom att formulären omarbetas utifrån de nya bestämmelserna ökar både rättssäkerhet och barns deltagande i den nya versionen av BBIC.

Rättssäkerheten har även stärkts genom att erfarenheter från praktiken har uppmärksammas. Erfarenheter har visat att uppgifter utan källa förekommer i beslutsunderlagen. Det är viktigt för både barn och föräldrar att det är tydligt varifrån uppgifter som berör dem är hämtade. I den nya versionen efterfrågas tydligare vem som är uppgiftslämnare.

Förenklingar

I den förra versionen kopplades barnets behov och föräldrarnas förmåga samman i utredningsformuläret. Detta gjordes genom att det fanns ett utrymme för att göra en kortare analys av vad som framkomit, efter varje beskrivning av ett behovsområde med därtill kopplade föräldraförmågor.

Många handläggare har framfört att denna struktur gjort att dokumentationen av utredningen blir alltför omfattande, upprepande och är otydlig för barn och föräldrar. Socialstyrelsen valde att särskilt fråga om deltagarnas syn på kopplingen mellan barnets behov och föräldrarnas förmåga i pilotundersökningen. Resultatet visade att det fanns ett tydligt önskemål om att beskriva sidorna separat (se bilaga 6, figur 8).

I den nya versionen beskrivs därför de tre sidorna av triangeln var för sig, för att sedan kopplas samman i den slutliga analysen. Det innebär en stor förenkling av dokumentationen, men för den skull ingen försämring vad gäller analys och bedömning av barnets behov.

Den omarbetning som gjorts av triangeln har inneburit att antalet rubriker i formulären minskat. I exempelvis förra utredningsformuläret beskrevs triangelns tre sidor under 20 rubriker. I den nya versionen beskrivs motsvarande under tolv rubriker.

IT-stöd för BBIC

Handläggare i socialtjänsten behöver väl fungerande it-stöd för att uppfylla lagens krav på handläggning, korrekt dokumentation och rättssäkerhet. Fungerande it-stöd för BBIC behövs också för att kunna få ut de uppgifter som registreras på individnivå på en aggregerad nivå, som underlag för verksamhetsuppföljning. Avsaknaden av väl fungerande it-stöd för BBIC har varit ett problem sedan lanseringen år 2006 och fortfarande finns det stora brister i många kommuners it-stöd. År 2012/13 gjorde SKL en nationell kartläggning av läget. Resultatet visade på en rad problem när det gällde handläggarnas förutsättningar att dokumentera i BBIC. En uppföljande rapport från SKL år 2013/2014 visade att det krävs resurser och särskild kompetens kring systemutveckling och kravspecifikationsarbete för ett så komplext system som BBIC, vilket inte alla kommuner besitter. För att stödja kommunerna arbetar SKL med att ta fram en kravspecifikation för digitalt verksamhetsstöd för BBIC, som ska innefatta möjlighet att kunna hämta ut och sammanställa statistik. Socialstyrelsen anser det vara avgörande för implementeringen av den nya versionen av BBIC, att SKL:s påbörjade arbete kring fungerande it-stöd för att stödja BBIC-processen, kan genomföras enligt plan. Socialstyrelsen finner det därför angeläget att regeringen avsätter tillräckliga resurser till SKL för att slutföra detta.

Nordic Medtest (NMT) har bistått Socialstyrelsen med att ta fram en beskrivning av processen inom BBIC och identifiera de krav som bör ställas på ett it-system för att stödja denna process. När NI:s begrepps- och informationsmodeller är klara kommer tillämpade modeller att tas fram som beskriver BBIC:s processtruktur. En informationsbeskrivning kommer så snart den är helt klar att överlämnas till SKL, som en del i en kommande kravspecifi-

kation för it-stöd för BBIC. Socialstyrelsen kommer att göra en genomgång och kvalitetssäkring av BBIC och NI:s modeller i början av år 2015.

BBIC Metodstöd

Som ett konkret stöd till socialsekreteraren i handlägningsprocessen har ett nytt material utarbetats benämnt *BBIC Metodstöd*, vilket ska ersätta de nuvarande fördjupningsteman, se bilaga 4. Till skillnad från fördjupningsteman, som ger stöd i utredningsprocessen, ger metodstödet vägledning genom hela arbetsprocessen från Aktualisera till Följa upp.

Innehållet i BBIC är anpassat till gällande regelverk. Konceptet beskriver ett arbetssätt och är således inte en uttolkning av vilka minimikrav avseende handläggning och dokumentation som gäller inom socialtjänsten. Vidare måste beaktas att innehållet i BBIC inte på något sätt är heltäckande vad gäller krav på handläggning och dokumentation. Den som arbetar enligt BBIC måste därför också ha kännedom om vad som gäller enligt lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd etc. för att säkerställa att arbetet bedrivs på ett korrekt sätt. Vid dokumentation finns flera olika regelverk att ta hänsyn till, t.ex. förvaltningslagen (1986:223), socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Vid behandling av personuppgifter behöver också reglerna i bl.a. personuppgiftslagen (1998:204) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten beaktas. Vidare måste bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, beaktas.

Systematisk uppföljning i BBIC

I regeringsuppdraget fick Socialstyrelsen i uppdrag att vidareutveckla BBIC för systematisk uppföljning av verksamheten på aggregerad nivå. Socialstyrelsen föreslår att tre olika typer av variabler samlas in; bakgrundsfaktorer, processvariabler och resultatvariabler. Uppgifterna ska samlas in utifrån vissa av processtegen i den nationella informationsstrukturen (se figur 2); Aktualisera, Besluta, Utforma uppdrag och Följa upp.

Örebro Universitet fick i uppdrag att ge förslag på tänkbara resultatvariabler utifrån de tre sidorna i BBIC-triangeln. I uppdraget ingick att forskarna skulle ge förslag på hur uppföljningsförfarandet före, under och efter insatser skulle kunna utformas. Förslagen skulle baseras på det tänkande om systematisk uppföljning som Socialstyrelsen presenterat i skriften *Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel* [7] och främja en evidensbaserad praktik.

Uppgifter som samlas in på individnivå ska användas dels för individuell uppföljning, dels på aggregerad nivå (gruppnivå) för lokal verksamhetsuppföljning och på lite sikt även på nationell nivå, i form av exempelvis öppna jämförelser (nationell uppföljning).

Fasta rapporter ska kunna skrivas ut utan att handläggare eller administratör behöver konfigurera it-systemet och flexibla rapporter ska kunna skrivas ut utifrån organisationens egna behov av data. Statistiken kan delas in i automatiserad statistik från it-systemet, t.ex. hur lång tid utredningen pågått, löpande inmatad statistik samt besvarande av viktiga frågor vid avslut av respektive fas. Samtliga process- och resultatvariabler ska kunna analyseras i förhållande till bakgrundsfaktorerna, exempelvis i förhållande till barnets kön, ålder etc. En översiktlig variabellista med förslag på uppgifter utifrån de olika processtegen presenteras i bilaga 5.

Varför behövs systematisk uppföljning

Systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten utgör kärnan i ett fungerande förbättringsarbete. Den som bedriver verksamheten ska, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Systematisk uppföljning innebär konkret att dokumentera arbetet med den enskilda klienten (*individuell nivå*) för att följa upp hur det går i det individuella fallet *och* att sammanställa denna information i syfte att utveckla och förbättra hela verksamheten (*aggregerad nivå*) [7]. Av dokumentationen ska det gå att förstå och följa hur handlägningsprocessen har sett ut. För att data ska bli tillförlitliga och kunna ligga till grund för att undersöka var i verksamheten och handlägningsprocessen som det kan finnas behov av förbättringar, behöver den manuella dokumentationen, som görs av handläggarna, även upplevas som meningsfull i det dagliga individuella klientarbetet.

Detaljnivå i systematisk uppföljning för BBIC

Det är viktigt att systematisk uppföljning av insatser och resultat görs på en detaljnivå som inte är för övergripande, men inte heller för detaljerad och belastande för handläggaren att dokumentera. Om uppföljning endast görs på områdesnivå (t.ex. *Hälsa*) skulle man inte veta *vad* inom området som fokuseras på i insatsen och heller inte *vad* som eventuellt förändras under och efter insatsen. Därför föreslås att fokus i systematiska uppföljningar inom ramen för BBIC görs på nivån av både BBIC:s områden och delområden.

Mätning för att få kunskap

Syftet med det systematiska uppföljningsförfarandet i BBIC är att varje ansvarig nämnd ska kunna få svar på exempelvis följande frågor [7].

- *Vilka behov/problem har barnen och familjerna i vår kommun?*
På individuell nivå är det centralt att inför insatser känna till vilka behov/problem barnet och vårdnadshavaren har för att man ska veta vilka insatser som behövs. På aggregerad nivå ger detta en bild av vilka behov och problem de barn som utreds av socialtjänsten faktiskt har.
- *Vilka insatser får barnen och familjerna?*
På individuell nivå är det centralt att insatser anpassas till barnets unika behov/problem och insatsen dokumenteras så att det är tydligt att barnet faktiskt fått en viss insats. På aggregerad nivå möjliggör detta att kommunen kan studera samband mellan typ av insats och resultat av insatser.
- *Har barnens och familjernas situation förändrats efter insatserna?*
På individuell nivå är det centralt att man innan, under eller efter insatser bedömer/mäter de behov/problem som man genom insatserna har som mål att förändra. På aggregerad nivå möjliggör denna dokumentation att man kan studera samband mellan typ av insats och resultat av insatser.
- *När vi de mål vi satt upp tillsammans med våra barn och familjer?*
Tydlig dokumentation av mätbara mål gör det möjligt att på individuell nivå bedöma/mäta i vilken utsträckning man når målen med insatserna. Tydligt, mätbart mål kan öka den enskildes engagemang och motivation till insatserna och till förändring eftersom det är tydligt vad som ska uppnås. Samma bedömnings-/mätmetod används om möjligt innan, under eller efter insats. På aggregerad nivå möjliggör denna dokumentation att man kan studera samband mellan typ av insats och grad av måloppfyllelse.
- *Vad tycker barn och vårdnadshavare om insatserna?*
Barn, unga och vårdnadshavare samt anhörigas uppfattning om socialtjänstens insatser ger kompletterande och viktig information som kan användas som komplement till insatsers resultat. På individuell nivå ger det information och återkoppling från barnet och vårdnadshavarna om hur de uppfattat insatsen, om de upplevt att de har fått ha inflytande över insatserna och om de upplevt att de blivit hjälpta av den. På aggregerad nivå möjliggör denna dokumentation att man kan studera samband mellan den enskildes uppfattningar och typ av problem/behov med typ av insats och om verksamhetens utbud av insatser speglar barns och familjers behov eller om vissa insatser saknas.

Mäta innan, under eller efter

Centralt för systematisk uppföljning inom ramen för BBIC är hur de olika områdena och dess delområden kan bedömas/mätas på ett tillförlitligt, korrekt, graderbart och kvantifierbart sätt. Det är viktigt att det som beskrivs som väsentliga aspekter inom samtliga områden och delområden kan bedömas/mätas på ett bra sätt. Det är vidare viktigt att samma sätt att bedöma/mäta behov/problem används innan, under eller efter insats [7].

Mätmetoder

För vissa delområden i BBIC och för vissa typer av mål för insatser är bedömningsinstrument eller frågeformulär inte nödvändigt, eftersom konkreta och enkla saker går att mäta tillförlitligt genom enkla och konkreta beskrivningar utifrån uppgifter direkt från barnet eller föräldrarna eller hämtat från dokumentationssystemet. Exempelvis kan ”familjens sammansättning” beskrivas på ett tydligt sätt utan frågeformulär. Likaså specifika mål med insatser som kan mätas med enkla frekvenser, såsom exempelvis att minska ett barns olovliga frånvaro från skolan genom att skolan mäter antalet lektioner som barnet varit olovligt frånvarande den senaste månaden.

Emellertid när det handlar om att mäta exempelvis graden av problem för att konkret mäta förändring över tid eller barnets och vårdnadshavares egenskaper, attityder, förmågor och relationer, som inte alltid kan beskrivas med enkla frekvenser, är bedömningsinstrument och frågeformulär med påvisad tillförlitlighet att föredra [7].

Standardiserade bedömningsmetoder

Standardiserade bedömningsmetoder möjliggör graderbara och kvantifierbara mätningar som behöver göras innan, under eller efter insatser [7]. Bedömningsmetoder som är listade i Socialstyrelsens Metodguide för socialt arbete [8] och som i forskning har påvisats vara tillförlitliga bör användas i första hand.

Resultat, slutsatser och förslag om implementering av nya BBIC

Socialstyrelsen har, i enlighet med uppdraget, genomfört en omfattande och genomgripande revidering av BBIC. Revideringen har skett utifrån en grundlig forskningsöversikt och med stöd av en expertpanel, referensnätverk av praktiker, samordnare och utvecklingsledare. Arbetet omfattar en reviderad version av BBIC-triangeln, ett nytt metodstöd och en reviderad struktur för dokumentation utifrån nationella informationsstrukturens modell för socialtjänsten. De nya materialen har analyserats, granskats och justerats av experter och ett referensnätverk. Användbarhet och begriplighet har testats i en rikstäckande pilotundersökning.

Förstudie, fokusgrupp och rikstäckande pilotundersökning

En pilotstudie ägde rum vecka 39 med trettio respondenter från elva olika regioner (Gotland, Göteborg stad, Göteborgsregionen, Halland, Jämtland, Kronoberg, Norrbotten, Stockholms stad, Uppsala län, Värmland, Västerbotten och Örebro län) och syftade till att få respons på den nya triangeln, den nya strukturen och det nya metodstödet. Tio av dessa, se bilaga 2, deltog också i en fokusgrupp, som hade i uppgift att även göra ett fördjupat test av det nya BBIC-materialet, genom att pröva att göra en analys och bedömning av ett fiktivt barnärende med hjälp av vägledningen i det nya metodstödet för BBIC och dokumentera detta enligt den nya strukturen i utredningsformuläret.

Svaren från pilotstudien var till övervägande delen mycket positiva; högsta eller näst högsta betyget på alla frågor om begriplighet, relevans och jämförelse med nuvarande BBIC. De synpunkter som framfördes i fritextfälten var till stor del samma funderingar som projektgruppen hade identifierat och arbetade för att försöka lösa, såsom att hitta rätt detaljnivå på formuleringarna i metodstödet, att tvärprofessionellt samarbete förutsätter att det finns tillgång till exempelvis personal med psykologisk och psykiatrisk kompetens för att undersöka t.ex. anknytning, psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik, att de nya inslagen med riskbedömning och principerna om risk, behov och mottaglighet kommer att kräva särskilda utbildningsinsatser samt att utan väl fungerande it-stöd kommer dokumentationen i den nya versionen av BBIC bli ungefär lika betungande som den upplevs vara idag.

Fokusgruppens diskussioner gav värdefulla bidrag kring hur projektgruppen kunde arbeta vidare med formuleringarna i nya BBIC om barns utsatthet, lämplig detaljnivå på väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer samt avgränsning och omfattning av socialtjänstens utredning. Deltagarna framförde att den nya strukturen i BBIC och vägledningen i metodstödet verkade lovande och användbart i arbetet.

Den rikstäckande pilotundersökningen ägde rum under vecka 43. Alla kommuner och stadsdelar med BBIC-licens (311 stycken) hade erbjudits vardera två platser. E-postadresser till 477 personer inrapporterades från 245 kommuner/stadsdelar och av dessa svarade 70 procent.

Sammantaget var gensvaret på de föreslagna förändringarna och den nya versionen av BBIC mycket positiva. En stor majoritet av de svarande, 88 procent, tycker att den nya BBIC-triangeln är mer användbar än den nuvarande triangeln. 86 procent av de svarande uppfattar att innehållet i BBIC metodstöd är mer användbart än innehållet i nuvarande fördjupningstema. Lika många anser att den nya formulärstrukturen i BBIC är mer användbar än den nuvarande formulärstrukturen och en överväldigande majoritet (90 procent) anser att det nya utredningsformuläret – BBIC beslutsunderlag – är mer användbart än det nuvarande. 71 procent anser att den nya versionen av BBIC definitivt kommer att underlätta för dem i arbetet. Ytterligare 27 procent anser att den nya versionen eventuellt kommer att underlätta arbetet. Två procent anser att det inte blir någon skillnad. På frågan om man tror att den nya versionen av BBIC kommer att bidra till att barn och föräldrar får större förutsättningar att få rätt stöd, skydd eller hjälp, jämfört med nuvarande BBIC, svarade 80 procent att de trodde det. I fritextfältet under den frågan uttrycktes att det är mycket mer än BBIC som påverkar hur det blir för barnen och familjerna. Exempelvis nämndes faktorer som vilken lokal BBIC-utbildning man kan få, vilken kompetens och erfarenhet man har som handläggare, antal ärenden per handläggare, hur ens arbetsförhållanden ser ut i övrigt, tillgång till arbetsledning och handledning m.fl. andra lokala förutsättningar. Se resultaten som diagram i bilaga 6.

Resultat

Det som är inkluderat i den nya versionen av BBIC har antingen forskningsstöd eller vilar på konsensus mellan de sakkunniga och experter som har varit med i projektet. Den nya versionen är tydligare, innehåller färre överlappningar och repetitioner i strukturen och har fokus på risk-, behov- och mottaglighetsprinciperna. Sammantaget har nya BBIC mycket goda förutsättningar att bli ett mer ändamålsenligt, rättssäkert och effektivt utredningsstöd, som grundar sig på forskning och beprövad erfarenhet.

Enligt uppdraget har BBIC också vidareutvecklats som system för systematisk uppföljning, för att kunna användas i socialtjänstens förbättringsarbete inom ramen för en evidensbaserad praktik. Uppgifter för systematisk uppföljning (BBIC-statistik) har tagits fram. Socialstyrelsen föreslår tre variabeltyper; bakgrundsfaktorer, processvariabler och resultatvariabler. Ett första förslag till lista med sammanlagt 78 variabler har tagits fram. Variablerna och dess mått behöver testas innan den slutliga variabellistan för BBIC-statistiken fastställs. Uppgifterna som samlas in på individnivå, ska kunna sammanställas på aggregerad nivå (gruppnivå) och bli en del av underlaget för lokal verksamhetsuppföljning. På sikt kan BBIC-statistiken bli en källa för kunskap om den sociala barn- och ungdomsvården på nationell nivå.

Socialstyrelsen kan konstatera att de avsedda målen med uppdraget är uppfyllda och att en ny version av BBIC tagits fram.

Utbildningsinsatser

Innan den nya versionen av BBIC kan tas i bruk behöver socialtjänsten utveckla och anpassa sina it-stöd. Socialstyrelsen är ansvarig för innehållet i BBIC och för att BBIC används på rätt sätt, men har inte ansvar för it-frågorna i kommunerna.

De regionala och lokala BBIC-nätverken samt socialtjänstens handläggare och chefer lokalt behöver få kunskap om vad revideringen innebär och hur nya BBIC ska förstås och användas.

Särskilda insatser vid lanseringen av BBIC

Eftersom förändringarna i BBIC är så pass omfattande och för att säkerställa en enhetlig lansering i landet, behövs ett målgruppsanpassat informations- och utbildningsmaterial tas fram som beskriver nya BBIC, vilket kommer att utarbetas av Socialstyrelsen under våren 2015.

Socialstyrelsen kommer vidare att tillhandahålla en riktad informationsinsats under 2015 för BBIC-samordnare och regionala utvecklingsledare, så att de i sin tur kan informera om och stödja implementeringen på regional och lokal nivå.

Utveckling av utbildningskoncept

Socialstyrelsen kommer att se över och anpassa befintligt utbildningsmaterial till nya BBIC, bl.a. grundboken, BBIC Metodstöd och formulären.

Med tanke på att Socialstyrelsens utbildningskoncept har sett likadant ut i snart tio år, avser Socialstyrelsen att ta fram ett nytt, tidsenligt och målgruppsanpassat utbildningskoncept under 2015 och fram till början 2016.

Socialstyrelsens ordinarie BBIC-utbildningar för lokala utbildare och BBIC-ansvariga kommer starta igen efter sommaren 2015.

Test av BBIC-statistik

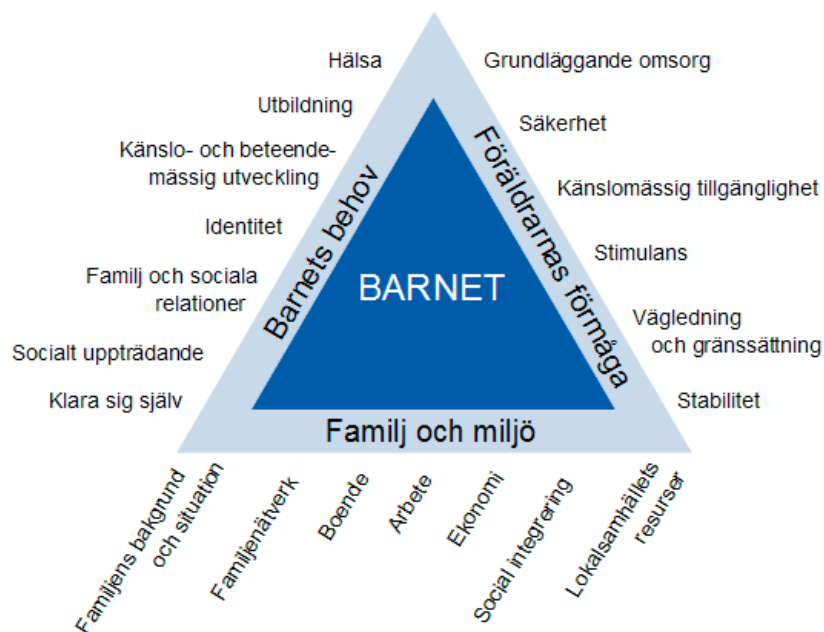
De variabler som föreslås i rapporten behöver bearbetas utifrån olika aspekter och testas innan variablerna slutligen fastställs. Test pågår bl.a. genom att statistiker och utredare vid Socialstyrelsen studerar måtten ur mättekniska perspektiv. Socialstyrelsen avser härnäst att stämma av förslaget med SKL och en eller flera intressenter/målgrupper.

Detta innebär att det förslag till uppgifter för systematisk uppföljning i BBIC som finns i bilaga 5 inte är definitivt, utan så långt vi kommit idag och att listan kommer att justeras och slutligen fastställas under våren 2015. En annan fråga som också ska undersökas och besvaras, är vilka av uppgifterna som kan samlas in på nationell nivå.

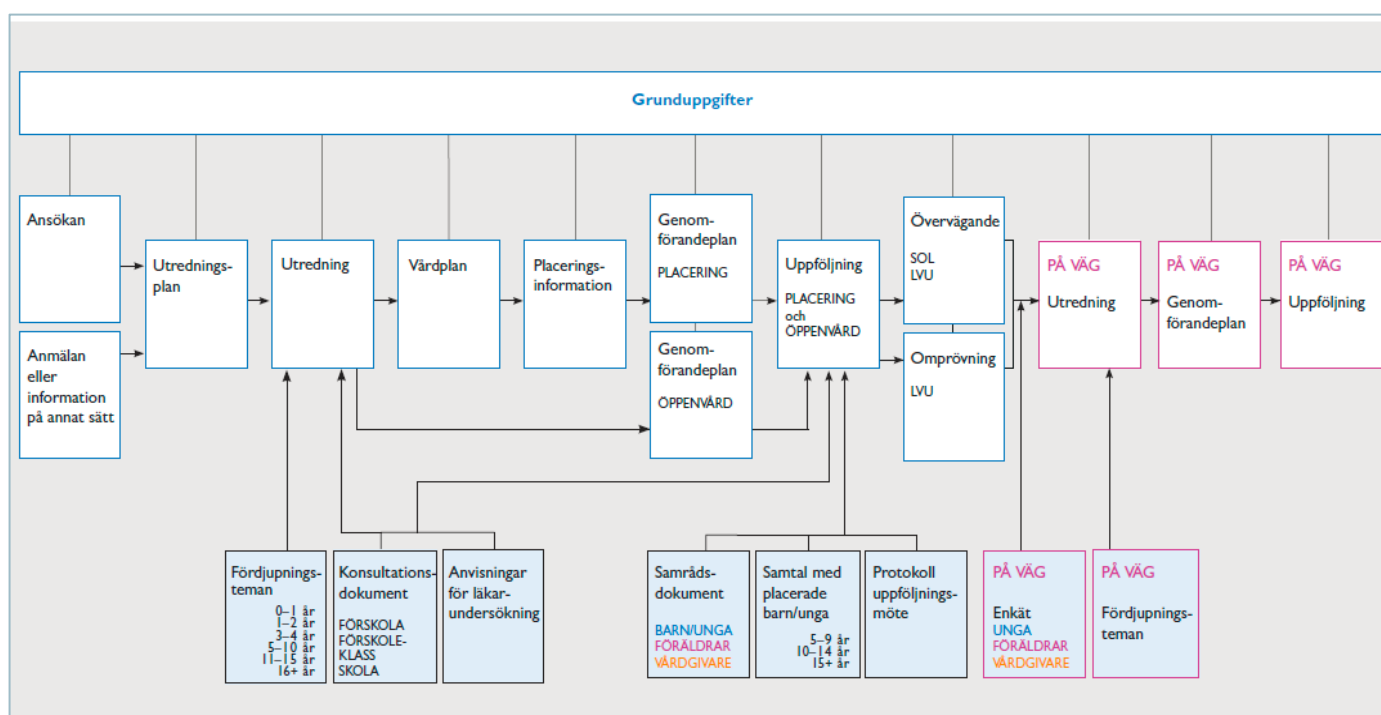
Referenser

1. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development : experiments by nature and design. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press; 1979.
2. Bronfenbrenner, U. Interacting systems in human development: Research paradigms. Present and future. I: Bolger N, Caspi A, Downey G, Moorehouse M, red. Persons in context: Developmental processes Cambridge: Cambridge University Press; 1988. p. 25-49.
3. Andersson, G. Utvecklingsekologi och sociala problem. I: Meeuwisse A, Swärd H, red. Perspektiv på sociala problem. Stockholm: Natur och kultur; 2002. p. 185-98.
4. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
5. Andershed, A-K, Andershed, H. Bedömning av risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende hos unga: Hur kan vi använda teori och forskning i praktiken? I: Socialstyrelsen, red. Barn och unga som begår brott - Handbok för socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. p. 161-201.
6. Andrews, DA, Bonta, J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. Psychology, Public Policy, and Law. 2010; 16(1):39-55.
7. Systematisk uppföljning - Beskrivning och exempel ISBN 978-91-7555-194-4. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.
8. Metodguide för socialt arbete. Hämtad 2014 från: www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide

Bilaga 1 Nuvarande triangel och formuläröversikt



Patent- och registreringsverket (PRV) varumärke nummer 405536



Bilaga 2 Referensnätverk

Medlemmar i arbetsgruppen för BBIC-projektet

1. Anne Forssell, BBIC-samordnare Göteborgs stad och regional utvecklingsledare Göteborgsregionen (GR)
2. Anette Furberg, regional utvecklingsledare Jämtland
3. Marianne Gabrielsson, regional utvecklingsledare Stockholms stad
4. Ingrid Gustavsson, regional utvecklingsledare Halland
5. Eva Lakso, BBIC-samordnare Norrbotten
6. Lillemor Lidbeck, BBIC-samordnare Uppsala län
7. Carina Mörk Lidgren, BBIC-samordnare Västerbotten
8. Marta Nannskog, BBIC-samordnare Stockholms stad och Gotland
9. Johan Prabin, BBIC-samordnare och regional utvecklingsledare Örebro län
10. Kerstin Steneudde, BBIC-samordnare Kronoberg
11. Jan Sundström, BBIC-samordnare Värmland
12. Ann-Britt Uddgren, BBIC-samordnare Göteborgsregionen (GR)
13. Kjerstin Bergman, samordnare, SKL

Deltagare på expertmöte om samverkan mellan socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa den 26 september

1. Pernilla Leviner, docent i offentlig rätt, Stockholms universitet
2. Åsa Källström Cater, universitetslektor, Örebro universitet
3. Yvonne D-Wester, Sveriges Skolkuratorers Förening
4. Elisabet Lithhammer, Riksföreningen för skolsköterskor
5. Josef Milerad, Svenska skolläkarföreningen
6. Magdalena Karlsson, expert Skolverket
7. Mait Walderlo, expert Skolverket
8. Mariette Denholt, förbundsjurist Friskolornas riksförbund
9. Kjerstin Bergman, samordnare, SKL
10. Karin Lindström, handläggare och temaansvarig i Psynkprojektet, SKL
11. Hanna Åkesson, utredare lärande och arbetsmarknad, SKL
12. Pär Alexandersson, sekreterare Utredningen om tvångsvård för barn och unga (S2012:07) Socialdepartementet
13. Katarina Munier, projektledare Socialstyrelsen
14. Birgitta Svensson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
15. Cristina Dahlberg, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
16. Ann Johansson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
17. Monica Jacobson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
18. Ann Bengtsson, utredare Socialstyrelsen

Deltagare på expertmöte om samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård den 3 oktober

1. Henrik Andershed, professor i psykologi, docent i kriminologi, Örebro universitet
2. Kjerstin Almqvist, professor, Karlstad Universitet
3. Gunilla Klingberg, Sveriges Tandläkarförbund
4. Lars Joelsson, Svensk Förening för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP)
5. Sara Lundqvist, SFBUP
6. Björn Tingberg, Barnskyddsteamet Mio, Karolinska Universitets-sjukhuset
7. Elisabet Lithammer, Riksföreningen för skolsköterskor
8. Josef Milerad, Svenska skolläkarföreningen
9. Kjerstin Bergman, samordnare, SKL
10. Karin Lindström, handläggare och temaansvarig i Psynkprojektet, SKL
11. Ulrika Vestin, handläggare, Avdelningen för vård och omsorg, Sektionen för hälso- och sjukvård, SKL
12. Berith Josefsson, sekreterare Utredningen om tvångsvård för barn och unga (S2012:07) Socialdepartementet
13. Katarina Munier, projektledare Socialstyrelsen
14. Birgitta Svensson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
15. Ann Johansson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
16. Monica Jacobson, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
17. Shriti Radia, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
18. Ann Bengtsson, utredare Socialstyrelsen
19. Eva Agåker, utredare Socialstyrelsen
20. Ingrid Ström, utredare Socialstyrelsen

Deltagare i fokusgruppen 1 oktober med handläggare

1. Hanna Jarlstig, Haparanda, Norrbotten
2. Hanna Lidblad, Östhammar, Uppsala län
3. Anneli Kumpula, Göteborgs stad
4. Elin Eliasson, Mölndal, GR
5. Annie Ingelskog, Alvesta, Kronoberg
6. Anna Andersson, Varberg, Blekinge
7. Charlotta Andersson Norén, Sunne, Värmland
8. Trine Lundemo, Östersund, Jämtland
9. Åsa Holmstrom, Stockholms stad
10. Linda Gustafsson, Robertsfors, Västerbotten
11. Anna Gastrin, Nora, Örebro län

Bilaga 3 Resultat av forskningsöversikten

Tabell 1. Resultat av forskningsöversikten i relation till behovsområden.

I tabellen redovisas i forskningsöversikten identifierade riskfaktorer inom respektive behovsområde, uppdelade i utsatthetsområden, dvs. områden som redovisas som anledning till utredning enligt socialtjänstens bedömning i nuvarande BBIC-struktur.

Exempel som stöd för hur tabellen ska förstås: För utsatthetsområdet "Försummelse" är *funktionshinder* en forskningsbaserad riskfaktor inom behovsområdet "Hälsa", *intellektuellt funktionshinder* en riskfaktor inom behovsområdet "Utbildning", *externaliserade och internaliserade problem, våld i hemmet och försummelse* riskfaktorer inom behovsområdet "Känslo- och beteendemässig utveckling", och *barnets sociala kompetens* en riskfaktor inom behovsområdet "Familj och sociala relationer". *Funktionshinder och intellektuellt funktionshinder, externaliserade och internaliserade problem, våld i hemmet, försummelse och barnets sociala kompetens* ska med andra ord betraktas som forskningsbaserade riskfaktorer för att ett barn ska utsättas för försummelse. Några andra riskfaktorer för försummelse som kan hänföras till behovsområdena i BBIC-triangeln har inte identifierats i forskningsöversikten.

Behovsområde 	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde 							
Försummelse	Funktionshinder [1]	Intellektuellt funktionshinder [2]	Externaliserade problem, internaliserade problem [3], våld i hemmet [4, 5], försummelse [5]		Barnets sociala kompetens [3]		
Våld och övergrepp	Psykisk ohälsa [6]	Intellektuellt funktionshinder [2]	Bevittna våld i hemmet [5, 7], våld och övergrepp [5]				
Fysiska övergrepp	Funktionshinder [1]	Intellektuellt funktionshinder [2]	Externaliserade problem, internaliserade problem, våld mellan föräldrar [3], fysiska övergrepp [5]	Tillhöra sexuell minoritet (ffa bisexuella, [8])	Barnets sociala kompetens [3]		
Sexuella övergrepp	Funktionshinder [1], icke synliga sjukdomar (t.ex. astma, diabetes, epilepsi) [6], alkoholanvändning i tonåren [9]	Intellektuellt funktionshinder [2]	Sexuella övergrepp [5, 10-14]	Tillhöra sexuell minoritet [8]			
Våld/relationskonflikter mellan de vuxna							

Behovsområde →	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde ↓							
Hedersrelaterad problematik							
Sexuell exploatering			Sexuella övergrepp [15]				
Människohandel							
Utsatthet av partner ("dating violence")	Alkohol-/ droganvändning f[16], [17]	Avhopp från skolan [17]	Externaliserade problem [16], [17], internaliserade problem [16], depression, suicidalitet, fysiska övergrepp, bevitnat våld i hemmet, sexuella trakasserier, sexuella övergrepp, våld i hemmet [17]	Låg religiositet [17]	Dåliga kamrater, kamrater som utsatts av partner, makto-balans med partner [17], vänners beteende [16]		
Skolsociala problem (offer för mobbning)	Funktionshinder, Asperger [2]	Bristande kognitiv förmåga, bristande skolprestationer [18], inlärningssvårigheter [2]	Externaliserade problem, internaliserade problem [18]	Tillhöra sexuell minoritet [8], låg ackulturation [19]	Bristande social kompetens, lägre kamratstatus, negativa kamrater [18]		
Problem hos barnet/den unge							
Externaliserade problem (aggressivitet, antisocialt beteende, beteendeproblem, normbrytande beteende, kriminalitet, våld, våldsbrottslighet)	Förtidig födsel [20], kronisk sjukdom [21], fysisk sjukdom [22, 23], medfödd hjärtsjukdom [24, 25], astma [26], diabetes [27], adopterad, sömnproblem, undernäring [28], alkohol-/droganvändning, rökning [29], exponering för rökning [30, 31], bly, marijuana [32], alkohol och	Intellektuellt funktionshinder [40], kognitiva problem [28], ADHD [28, 41], särsk. ADD, [42], bristande koncentration, bristfälligt problemlösningsförmåga, uppmärksamhetsproblem, låg intelligens, skolk, avstängning från	Aggressivitet [28, 29, 43], brist i empati [34, 43, 47], brister i känslor av skuld och ånger [48], impulsivitet [34, 43, 47], ansvarslöshet, ljuger, manipulerar [34, 47], svårhanterligt temperament, hämningssvårigheter, oräddhet, låg harm avoidance [28], risktagande/ spänningssökande [28, 34, 43], låg självkontroll [28, 49], otrygg anknytning [28, 34, 43, 50], försummelse [4, 28, 34, 35, 43], övergrepp [35], fysiska övergrepp [28, 43,	Negativ etnisk identifikation [66], känsla av utanförskap, utsatthet för rasism [43], hög ackulturation/assimilering (stress) [19], låg självkänsla [43, 67], rebellisk identitet [34], tuff identitet [68]	Kriminella/"dåliga" kamrater, frånvaro av prosociala kamrater, gängmedlemskap, bristande social kompetens, syskons kriminalitet [43], negativa kamratrelationer [34]		

Behovsområde →	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde ↓							
	kokain [33] under fosterstadiet, psykopatologi [34], förlossningskomplikationer [35], stroke [36], läpp-käk-gomspalt [37], cancer [38], övervikt/fetma [39]	skolan, dåliga lärarrelationer, byte av skola, dålig skolmiljö, bristfällig classroom management [43], bristfällig skolanknytning, bristfälliga skolprestationer [34, 43], våldsamma spel [44-46]	51-54], sexuella övergrepp [10-14, 51, 53, 55-57], bevittna våld i hemmet [7, 28, 58] offer för våldsbrott [43], offer för mobbning [59-61], mobbare + offer för mobbning [18], mobbare [18, 60], kriminalitet, cd/externaliserade problem [28, 35, 43], trots, DBD [28], kriminella tankemönster/attityder [29], våldsstödjande uppfattningar [43], internaliserade problem [28, 35, 62], depression/depressiva symtom [28, 63], psykisk ohälsa [64], tolkningar av situationer som hotfulla [65]				
Återfall i kriminalitet	Att vara pojke, alkohol/droganvändning/missbruk, psykisk ohälsa [69]	Låg IQ, specialundervisning, skolprestationer, bristande fritidsaktiviteter [69]	Tidig kriminalitetsdebut [69, 70], ju tidigare desto större risk [71], empatisvårigheter, impulsivitet, ansvarslöshet, ljuger, manipulerar [47], psykopatiska personlighetsdrag [72], uppförandestörning [69], tidigare kriminalitet [34, 69, 70], bevittnat våld [53]	Etnisk minoritet [69]	Kriminella kamrater [69]		
Skolsociala problem (utövare av mobbning)		Bristande kognitiv förmåga [18]	Externaliserade problem, internaliserade problem [18]		Bristande social kompetens, lägre kamratstatus, negativa kamrater [18]		
Förövande av sexuellt våld och sexuella övergrepp	Missbruk, avvikande sexuella intressen, sexuellt utagerande beteende [73]		Sexuella övergrepp [73, 74], övergrepp, fysiska övergrepp, aggressivt beteende, kriminalitet, normbrytande beteende, ilska, impulsivitet,	Låg självkänsla [73]	Bristfälliga sociala förmågor/kompetens, ensamhet, svårt med intima relationer		

Behovsområde →	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde ↓							
			bristfällig coping, avsaknad av trygg anknytning, kriminalitet, extern locus of control, empatibrist, depression, ångest, paranoia [73],		[73]		
Alkohol-/droganvändning	ADHD [75], social ångest [76, 77], panikångest, PTSD, trauma [77], depression [78-80], rökning, bantning [78]	Bristfällig skolanknytning [34, 81], bristfälliga skolprestationer [34, 78], låga förväntningar på skolprestationen, låg skolmotivation, TV-tittande [78], bristande engagemang, antal skolbyten [81], arbetslöshet [82]	Impulsivitet, emotionella problem/negativa känslor, stress, riskfyllt beteende [34], spänningssökande beteende [78], normbrytande beteende [34], externaliserade problem [78], bristande anknytning [34], fysiska övergrepp [9, 52, 54], sexuella övergrepp [9-15, 52, 55], f[83], bevittna våld i hemmet [84], emotionella övergrepp [54], försummelse [9, 54]	Hög ackulturering/assimilering (stress) [19], rebellisk identitet [34, 78], tuff identitet [68], homo- och bisexualitet [85], låg religiositet, tolerans för normbrytande beteende, positiv attityd till alkohol, identifikation med kamrater [78]	Negativa kamratrelationer [34], normbrytande kamrater, kamrater som använder tobak, alkohol och narkotika, föräldrar är ingen auktoritet [78], bristande lärarrelationer [68, 81]		
Psykisk ohälsa	Kronisk sjukdom [21], Förtidig födsel, låg födelsevikt [86], synned-sättning/skada/ blindhet [87], diabetes [27], traumatisk hjärnskada [88]	Intellektuellt funktionshinder [40], tidig arbetslöshet [89]	Sexuella övergrepp [10-14, 52, 90-92], bevittna våld i hemmet [58], fysiska övergrepp [52, 90, 91], emotionella övergrepp [52, 90], emotionell försummelse [90], försummelse [4, 52], depression/depressiva symtom [63], självskadebeteende [93], kriminalitet [64]		Upplevd rejektion [94]		
Internaliserade problem	Förtidig födsel [20, 95], låg födelsevikt [95], ad-opererad [28], kronisk sjukdom [21, 96], fysisk	Inlärningssvårigheter [122], mycket dator-tid [118], in-tern/stabil/global	Temperament [28], beteende-inhiberad [28, 124], ältande [125], otrygg anknytning [28], mobbare + offer för mobbning, offer, mobbare	Låg självkänsla [135], överdrivet bekräftelsebehov [136], homo- och	Separationsångest [139]		

Behovsområde 	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde 							
	sjukdom [22, 23], medfödd hjärtsjukdom [24, 25], kronisk artrit [97], astma [26, 96, 98, 99], diabetes [27, 100], sömnproblem [101-103], kroniskt trötthetssyndrom, migrän/ spännings-huvudvärk, sensorisk nedsättning, epilepsi [98, 104, 105], cancer [38], sickelcellsanemi, magsmärtor [96], förvärvat hjärnskada [106], stroke [36], hjärnskakning [107], autismspektrumstörning [108], läpp-käk-gomspalt [37], alkohol-användning [79, 80, 109], alkoholmissbruk [79, 80] cannabisanvändning [110-112], rökning [113-115], tidig pubertetsmognad f[116], låg fysisk aktivitet [117-119], övervikt [39, 120], dock ej bland yngre [121], dåliga matvanor [118], exponering för marijuana under fosterstadiet	förklaring till negativa händelser och extern/instabil/specifik förklaring till positiva händelser [123]	[18, 126], offer för mobbning [127, 128], bevittna våld i hemmet [58], försummelse [4, 54], fysiska övergrepp f[129], [52, 54, 91, 130], sexuella övergrepp [10-14, 52, 55, 90-92, 131], emotionella övergrepp [54], trotsyndrom [132], depression/ depressiva symtom [28, 63, 133], internaliserade problem [28], ha varit barnsoldat [130], externaliserade problem [62, 134], känslighet för hotfulla stimuli, tolkningar av situationer som hotfulla [65]	bisexualitet [85, 137], negativ etnisk identifikation [66], flyktingstatus (risk vid våld, ensamkommande, diskriminering, dåligt stöd, förälders psykiska ohälsa, ensamstående förälder, [138]			

Behovsområde →	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde ↓							
	[32]						
Post-Traumatisk Stress (PTS)	Barnintensivvård (akut risk) [140], förvärvad hjärnskada [106]		Bevittna våld i hemmet [7], sexuella övergrepp [10-14, 55, 92, 131, 141-143]	Flyktingstatus (risk vid våld, ensamkommande, diskriminering, dåligt stöd, förälders psykiska ohälsa, ensamstående förälder, [138])			
Självordsförsök, självordstankar, självskadebeteende	Att vara flicka [144], alkohol och drog användning [145-147], rökning [145, 146, 148], missbruk [147], psykisk ohälsa [145, 149], vid bipolärhet [150, 151], panikattacker [149], epilepsi [105], övervikt [152] (ffa självordsförsök), bipolärhet [151, 153]	ADHD [154, 155], problem i skolan, avsaknad av arbete/skola [149], hög internetanvändning/beroende, deltagande i diskussionsforum i ämnet på internet [156]	Tidigare självskadebeteende [149, 153, 157, 158], (vid bipolärhet [150, 151], impulsivitet [144, 159], [160]f, aggressivitet [144, 149], vid bipolärhet [150, 151], fiendtlighet [144, 148], övergrepp [144], fysiska övergrepp [52, 54, 143, 145, 149, 161, 162], vid bipolärhet [151], offer för mobbning [163, 164], mobbare+offer [85, 126, 163] på internet [156], sexuella övergrepp [10-14, 131, 145, 148, 149, 161, 162, 165], vid bipolärhet [151], våldtäkt [165], emotionella övergrepp [54, 161], försummelse [54, 144, 161, 162], alkoholanvändning/missbruk [79, 148, 149, 158], vid bipolärhet [150, 151], externaliserade problem [145, 148, 149, 158], depression [79, 144-146, 148, 149, 158, 159], vid bipolärhet [150], ångest [146, 148, 160], starka negativa livshändelser [148, 149],	Homo- och bisexualitet [85, 137, 149], mostly heterosexuell [166], låg självkänsla [144, 148]	Kamrat som försökt begå självmord [167], exponering för självmord [157], kamraters självskadebeteende [145], dåliga kamratrelationer [145, 162], avsaknad av kamrater, känslor av ensamhet och isolering, bristande social kompetens [162], bristande social problemlösning förmåga [149], negativa relationer till auktoriteter [162], dåliga partnerrelationer [159]		

Behovsområde 	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt upp-trädande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde 							
			"humörsvängningar" (vid bipolärhet [150, 151], ilska [148, 160], låg extraversion, perfektionism [160], känsla av hopplöshet [149, 153, 159, 160])				
Positiv anpassning							
Prosocialt beteende			Förmåga till känslor av skuld och ånger [48]	Religiositet/spiritualitet [168]			
Psykisk hälsa, psykologiskt välmående	Motion (vid depression [169])	Anknytning/engagemang i skolan [170], hög begåvning [171]		Positiv etnisk identifikation [66], religiositet/spiritualitet [168]	Stöd från lärare [170]		
Resilience	Psykisk hälsa (vid försummelse och övergrepp, [172]), att vara flicka, lägre stress	Intelligens (vid sexuella övergrepp, [173]), copingförmåga (vid sexuella övergrepp, [173]), positiva lärarrelationer (vid sexuella övergrepp, [173]), skolprestationer (vid sexuella övergrepp, [173]), vid försummelse och övergrepp, [172]), god skolanknytning [172], planer för utbildning (vid sexuella övergrepp, [172])	Mindre allvarliga övergrepp, ingen ungdomskriminalitet, mindre drog-användning, lätthanterligt temperament (vid försummelse och övergrepp, [172])	Självkänsla (vid sexuella övergrepp, [173]), vid försummelse och övergrepp, [172]), engagemang i kyrkan (vid sexuella övergrepp, [173]), positiv syn på framtiden (vid sexuella övergrepp, 140, [172, 173])	Stöd från familjen (vid sexuella övergrepp, [172, 173]), upplevelse av att få stöd och att bli förstådd (vid sexuella övergrepp, [172, 173]), goda sociala relationer (vid sexuella övergrepp, [172, 173]), att vara reserverad, kontrollerad och rationell i samspel med andra (vid sexuella övergrepp, [173]), ha någon att anförtro sig till (vid		

Behovsområde →	Hälsa	Utbildning	Känslo- och beteendemässig utveckling	Identitet	Familj och sociala relationer	Socialt uppträdande	Förmåga att klara sig själv
Utsatthetsområde ↓					sexuella övergrepp, [173]), tillit till andra (vid sexuella övergrepp, [173]), normala kamratrelationer (vid försummelse och övergrepp, [172])		
Allmänna skyddande faktorer		Hög IQ [28]	Effektiv självreglering, känsloreglering, lätt temperament, trygg anknytning [28]				

Not. f = Översikten/meta-analysen påvisar att riskfaktorn gäller för flickor; p = Översikten/meta-analysen påvisar att riskfaktorn gäller för pojkar.

Tabell 2. Resultat av forskningsöversikten i relation till föräldraförmågor.

I tabellen redovisas i forskningsöversikten identifierade riskfaktorer vad gäller föräldraförmågor, uppdelade i utsatthetsområden, dvs. områden som redovisas som anledning till utredning enligt socialtjänstens bedömning i nuvarande BBIC-struktur.

Exempel som stöd för hur tabellen ska förstås: För utsatthetsområdet "Utsatthet av partner (dating violence)" är *bristande tillgivenhet* en forskningsbaserad riskfaktor inom föräldraförmågan "Känslomässig tillgänglighet", *bristande stöd* en riskfaktor inom föräldraförmågan "Stimulans", och *bristande tillsyn* och *hårda uppfostringsmetoder* riskfaktorer inom föräldraförmågan "Vägledning och gränssättning". *Bristande tillgivenhet*, *bristande stöd*, *bristande tillsyn* och *hårda uppfostringsmetoder* ska med andra ord betraktas som forskningsbaserade riskfaktorer för att ett barn ska utsättas av sin partner. Några andra riskfaktorer för att utsättas av sin partner som kan hänföras till föräldraförmågor i BBIC-triangeln har inte identifierats i forskningsöversikten.

Föräldraförmågor →	Grundläggande om-sorg	Säkerhet	Känslomässig tillgänglighet	Stimulans	Vägledning och gränssättning	Stabilitet
Utsatthetsområde ↓						
Försummelse	Bristande föräldraskap, känsla av stress kring föräldraskapet [3], bristfälligt organiserad familj [4]	Konflikter [5]	Problematiska föräldra-barn-relationer, uppfattar barnet som ett problem [3], bristfällig empati med barnet [4]		Bristande uppfostrings-strategier [4]	
Våld och övergrepp		Konflikter [5]				
Fysiska övergrepp	Bristande föräldraskap, känsla av stress kring föräldraskapet [3]	Konflikter i familjen, bristande tillfredsställelse i föräldrar-nas relation [3]	Problematiska föräldra-barn-relationer, uppfattar barnet som ett problem, bristande familjesammanhållning [3]		Aga [3]	
Sexuella övergrepp		Bristfälligt fungerande familj [5]				
Våld/relationskonflikter mellan de vuxna						
Hedersrelaterad problematik						
Emotionellt våld						
Sexuell exploatering						
Människohandel						
Utsatthet av partner (dating violence)			Bristande tillgivenhet [17]	Bristande stöd[17]	Bristande tillsyn, hårda uppfostringsmetoder [17]	
Skolsociala problem (offer för mobbning)			Låg grad av positivt föräldraskap (auktoritativ, kommuni-			

Föräldraförmågor →	Grundläggande omsorg	Säkerhet	Känslomässig tillgänglighet	Stimulans	Vägledning och gräns-sättning	Stabilitet
Utsatthetsområde ↓						
			kation, engagemang, stöd, tillsyn, värme, tillgivenhet), hög grad av negativt föräldraskap (övergrepp och försummelse, maladaptivt föräldraskap, överbeskyddande) [174]			
Problem hos barnet/den unge						
Externaliserade problem (aggressivitet, antisocialt beteende, beteendeproblem, normbrytande beteende, kriminalitet, våld, våldsbrottslighet)	Bristande omsorg [28, 51, 53]	Konflikter i familjen [28, 35, 53], konflikter mellan föräldrar [28, 43], familjeproblem [69]	Tvingande samspel, låg responsivitet, rejektion, negativt samspel [28], negativa föräldra-barn-relationer [53], brist på värme i relationen [28, 175], emotionell otillgänglighet [176]m	Bristande engagemang [28, 43, 53], bristande stöd [34]	Aga [28, 53], bristande uppfostringsstrategier [28, 34, 53], bristande kännedom om vad barnet gör, med vem och var [28, 34, 43], bristande tillsyn [35, 51], tillåtande föräldraskap [43], hårda/inkonsekventa uppfostringsmetoder [35, 43, 51, 53], negativ kontroll [28], hostilt föräldraskap [176]m	
Återfall i kriminalitet			Negativa relationer [53]		Bristande uppfostringsstrategier [53]	
Skolsociala problem (mobbare)			Låg grad av positivt föräldraskap (auktoritativ, kommunikation, engagemang, stöd, tillsyn, värme, tillgivenhet), hög grad av negativt föräldraskap (övergrepp och försummelse, maladaptivt föräldraskap, överbeskyddande) [174]			
Förövande av sexu-					Hårda uppfostringsme-	

Föräldraförmågor →	Grundläggande omsorg	Säkerhet	Känslomässig tillgänglighet	Stimulans	Vägledning och gräns-sättning	Stabilitet
Utsatthetsområde ↓						
ellt våld och sexu- ella övergrepp					toder [73]	
Alkohol- /droganvändning	Bristande omsorg [177]			Bristande enga- gemang, bris- tande stöd [34]	Bristfällig kontroll, föräld- rars regler [34]	
Psykisk ohälsa						
Internaliserade pro- blem	Bristande omsorg [143, 178]	Konflikter i familjen [28], konflikter mel- lan föräldrar [28] [179], föräldrars bristfälliga relation [143]	Auktoritärt föräldraskap [179], otillgänglighet [179, 180], fi- entlighet [179], tvingande samspel, låg responsivitet [28], rejktion [28, 180], nega- tivt samspel, brist på värme i relationen [28, 180], fientlighet [180]	Överdriven in- blandning [179, 180]	Inkonsekvent föräldra- skap, tillåtande föräldra- skap [179], bristande uppfostringsstrategier [28], överdriven kontroll [180]	
Post-Traumatisk Stress (PTS)	Bristande omsorg [143]		Mamma psykiskt frånvarande [143]			
Självmodsförsök, självordstankar, självskadebeteende		Bristande kommu- nikation mellan föräldrar [158], kon- flikter i familjen [145], bristande familjerelationer [181], bristfälligt fungerande familj [5], vid bipoläritet [151]	Låg emotionell respons från mamma [143], bristande föräldra-barnrelationer [149], bristande familjesamman- hållning, brist på värme i relationen [162]	Bristande stöd [158, 159, 162], bristande kom- munikation [159, 162]	Bristande tillsyn [162]	
Positiv anpassning						
Prosocialt beteende						
Psykisk hälsa, psyko- logiskt välmående		Låg grad av konflikt mellan föräldrar (vid skilsmässa, [182])	Auktoritativt föräldraskap, värme [179], vid skilsmässa [182]	Stöttar barnets autonomi, upp- muntrar social kompetens [179]	Kännedom om vad barnet gör, med vem och var [179]	
Resilience	Positiva uppfostrings- metoder (vid sexuella övergrepp, [173], vid	Positiva familjerelat- ioner (vid försum- melse och över-	Värme (vid våld i hemmet, [172])			Stabilt föräldraskap (vid sex- uella övergrepp, [173])

Föräldraförmågor →	Grundläggande omsorg	Säkerhet	Känslomässig tillgänglighet	Stimulans	Vägledning och gräns-sättning	Stabilitet
Utsatthetsområde ↓						
	våld i hemmet [172]), upplevd god omsorg (vid försummelse och övergrepp, [172])	grepp, [172])				

Not. f = Översikten/meta-analysen påvisar att riskfaktorn gäller för flickor; p = Översikten/meta-analysen påvisar att riskfaktorn gäller för pojkar.

Tabell 3. Resultat av forskningsöversikten i relation till faktorer i familj & miljö (basen).

I tabellen redovisas i forskningsöversikten identifierade riskfaktorer vad gäller familj och miljö, uppdelade i utsatthetsområden, dvs. områden som redovisas som anledning till utredning enligt socialtjänstens bedömning i nuvarande BBIC-struktur.

Exempel som stöd för hur tabellen ska förstås: För utsatthetsområdet "Sexuella övergrepp" är *förändringar i familjesammansättningen* en forskningsbaserad riskfaktor inom området "Erfarenheter under uppväxten", *alkoholmissbruk* en riskfaktor inom området "Problem hos någon i familjen", *bristande socialt stöd* en riskfaktor inom området "Familjenätverk" och *fattigdom* en riskfaktor inom området "Lokalsamhällets resurser". *Förändringar i familjesammansättningen, alkoholmissbruk, bristande socialt stöd och fattigdom* ska med andra ord betraktas som forskningsbaserade riskfaktorer för att ett barn ska utsättas för sexuella övergrepp. Några andra riskfaktorer för sexuella övergrepp som kan hänföras till basen i BBIC-triangeln har inte identifierats i forskningsöversikten.

Familj & miljö →	Erfarenheter under uppväxten	Barnets fysiska sjukdom/ funktions- ned- sättning	Problem hos någon i familjen (egenskap- er/problem hos förälder om inget annat anges)	Familje- nätverk	Släkt och nära vän- ner ställer upp	Boende	Arbete	Ekonomi	Familjens sociala inte- grering	Lokalsamhällets resurser
Utsatthetsområde ↓										
Försummelse	Stor familj, ensamstående förälder [3], förälder utsatts för övergrepp i barndomen [4]m, [3, 5, 183], tidigare fosterhemsplacement av barn i familjen [5]		Illska/överreaktivitet [3], psykisk ohälsa [4]m, [3], depression [3], missbruk m[4], bristande självkänsla [4]m, [3], upplevelse av personlig stress [3], mer negativa än positiva känslor [4]m, PTSD [184], stress i familjen [5]	Bristande socialt stöd [3, 5]	Bristande relationer till egna föräldrarna [3]		Förälders arbetslöshet [3], svårigheter med problemlösning [4]m, svårigheter att uttrycka sig verbalt [4]m, förälders bristande intellektuella förmåga [5]	Låg SES [3]		Närsamhällets struktur (ffa. ekonomiska aspekter, [185]), låg SES-område, hög mobilitet i området, hög arbetslöshet i området, låg genomsnittsinkomst i området, många ensamstående kvinnor med barn i området [186]
Våld och övergrepp	Förälder utsatts för övergrepp i barndomen [5]		PTSD [184], stress i familjen [5]	Bristande socialt stöd [5]		Hemlöshet [187]	Förälders bristande intellektuella förmåga [5]			Låg SES-område, hög mobilitet i området, hög arbetslöshet i området, låg genomsnittsinkomst i området, många ensamstående kvinnor med

Familj & miljö →	Erfarenheter under uppväxten	Barnets fysiska sjukdom/ funktions- ned- sättning	Problem hos någon i familjen (egenskap- er/problem hos förälder om inget annat anges)	Familje- nätverk	Släkt och nära vän- ner ställer upp	Boende	Arbete	Ekonomi	Familjens sociala inte- grering	Lokalsamhällets resurser
Utsatthetsområde ↓										
Fysiska övergrepp	Stor familj, oplane- rad graviditet, en- samstående föräl- der, förälder utsatts för övergrepp i barndomen [3], tidigare foster- hemsplacering av barn i familjen [5]		Illska/överreaktivitet, ångest, psykisk ohälsa, depression, kriminalitet, alkohol-/drogmissbruk, alkohol-missbruk, hälso- problem, bristande självkänsla [3], upple- velse av personlig stress [3, 5], bristande coping [3]	Bristande socialt stöd [3]	Bristande relationer till egna föräldrarna [3]		Förälders arbets- löshet, förälders bristande pro- blemlösnings- förmåga [3]	Låg SES [3]		barn i området [186] Fattigdom [186]
Sexuella övergrepp	Förändringar i fa- miljesammansätt- ningen [5]		Alkoholmissbruk [5]	Bristande socialt stöd [5]						Fattigdom [186]
Våld/relationskonflikter mellan de vuxna								Låg in- komst [7]		
Hedersrelaterad pro- blematik										
Sexuell exploatering										
Människohandel										
Utsatthet av partner (dating violence)	Föräldrars separat- ion, ung mamma [17]									Landsbygd, våld i närskapet [17]
Skolsociala problem (offer för mobbning)										
Problem hos bar- net/den unge										
Externaliserade pro- blem (aggressivitet, antisocialt beteende, beteendeproblem, normbrytande bete-	Föräldrars separat- ion [28, 34, 35, 43, 53, 182, 188], stor familj [28, 43, 53], familje- struktur [53], unga		Postnatal ångest [190], prenatal ångest [191], psykisk ohälsa [53, 192, 193], depression [28, 176, 191, 194], [192], HIV/AIDS			Trång- boddhet [28], hem- löshet [187],	Mammas låga IQ, föräldrars låga utbild- ningsnivå [28, 53]	Låg SES, dålig in- komst/ ekonomi [28, 34, 35,		Bristar i närskapet [34], våld i när- skapet [201], hög brottslighet i när- skapet [43], be-

Familj & miljö →	Erfarenheter under uppväxten	Barnets fysiska sjukdom/ funktions- ned- sättning	Problem hos någon i familjen (egenskap- er/problem hos förälder om inget annat anges)	Familje- nätverk	Släkt och nära vän- ner ställer upp	Boende	Arbete	Ekonomi	Familjens sociala inte- grering	Lokalsamhällets resurser
Utsatthetsområde ↓ ende, kriminalitet, våld, våldsbrottslighet)	föräldrar [28]m, [35]m, [53], ensam- stående föräldra- skap [28], oönskad graviditet, separa- tion från föräldrar [53], fosterhems- placering [28, 53], föräldraskapskon- flikt [189]		[195], syskon med kronisk sjukdom [28, 196], krimi- nalitet/ våld [35, 43, 53], förälder i fängelse [197], alkohol- /droganvändning/miss- bruk [28, 35, 197], antiso- ciala/ negativa attityder [43], tolerans för atod- användning [53], bipolä- ritet [192], PTSD [184], syskon med ADHD, CD/ODD, eller internali- serade problem [198]			frekventa flyttar [34, 53], ur- bant bostads- område [53], om- råde där färre äger sin bo- stad, lägre grad av informell kontroll [199]		53, 175, 188, 200]		roende av socialt skyddsnät [28], låg SES i bostads- området, expone- ring för våld och oordning i bostads- området [202], till- gång till droger och vapen [43], bostads- områdets etniska sammansättning [188], social- tjänstinblandning [35]
Återfall i kriminalitet	Placeringar utanför hemmet [69], antal fosterhemsplace- ringar [53], ensam- stående förälder [53, 69], separation från föräldrar [53]		Missbruk, psykisk ohälsa [53]					Låg SES [53, 69]		
Förövande av sexuellt våld och sexuella övergrepp			Bristfälligt fungerande familj [73]							
Alkohol- /droganvändning	Frånvarande pappa [34], bo med styvförälder [78]		Familjens alkohol- användning [34, 78], stress [34], föräldrarnas attityd till alkohol [78], psykisk ohälsa, bipoläri- tet, depression [192],			Frekventa flyttar [34]		Låg SES [34]		Bristar i närsamhället [34]

Familj & miljö →	Erfarenheter under uppväxten	Barnets fysiska sjukdom/ funktions- ned- sättning	Problem hos någon i familjen (egenskap- er/problem hos förälder om inget annat anges)	Familje- nätverk	Släkt och nära vän- ner ställer upp	Boende	Arbete	Ekonomi	Familjens sociala inte- grering	Lokalsamhällets resurser
Utsatthetsområde ↓										
Psykisk ohälsa			syskon med CD/ODD eller missbruk [198]							
			Syskon med cancer (akut risk) [203], syskon med kronisk sjukdom [21], postnatal ångest [190]m, bipolär störning [204], depression [28]m, [194]m,					Låg SES [200]		
Internaliserade pro- blem	Föräldrars separa- tion [182], föräldra- skaps-konflikt [189], förälders självmord [205], förlust av förälder [206]		Cancer [207], psykisk ohälsa [28, 192, 193], depression [191, 194]m, [143, 192], släkting [208], bipoläritet [192], ångest- störning [209], HIV/AIDS [195], MS (äldre barn, [210]), syskon med kro- nisk sjukdom [196], sys- kon med ADHD, exter- naliserade eller internaliserade problem [198], prenatal ångest [191], PTSD [184]					Låg SES [200, 211]		Våld i närsamhället [201], låg SES i bo- stadsområdet, ex- ponering för våld och oordning i bo- stadsområdet [202]
Post-Traumatisk Stress (PTS)										Våld i närsamhället [201], låg SES i bo- stadsområdet, ex- ponering för våld och oordning i bo- stadsområdet [202]
Självmordsförsök, självmordstankar och självskadebeteende	Förälders själv- mord/självmord- försök [145,		Psykisk ohälsa [144], särskilt depression, miss- bruk, [149], depression	Bristande socialt stöd [162]		Flytt [162]				Låg SES i bostads- området, expone- ring för våld och

Familj & miljö →	Erfarenheter under uppväxten	Barnets fysiska sjukdom/ funktions- ned- sättning	Problem hos någon i familjen (egenskap- er/problem hos förälder om inget annat anges)	Familje- nätverk	Släkt och nära vän- ner ställer upp	Boende	Arbete	Ekonomi	Familjens sociala inte- grering	Lokalsamhällets resurser
Utsatthetsområde ↓										
	149, 205, 212], vid bipolärhet [151], föräldrars separa- tion [144, 158], inte bo med sina föräld- rar [145]		vid bipolärhet [126]							oordning i bostads- området [202], till- gång till vapen [213]
Skyddande faktorer										
Psykisk hälsa och psy- kologiskt välmående	Föräldrars samar- bete kring föräldra- skap/ uppfostrings- strategier [189], färre partner-byten (vid skilsmässa, [182]), kontakt med förälder man inte bor med (vid skils- mässa, [182])				Socialt stöd (vid skils- mässa, [182])		Förälders utbild- ning (vid skils- mässa, [182])			
Resilience	Färre negativa livshändelser (vid sexuella övergrepp, [173], stabila famil- jeförhållanden, minst en stabil vårdnadshavare (vid försummelse och övergrepp [151])		Mammas lägre grad av depression (vid våld i hemmet [172])			Färre flyttar (vid sexuella över- grepp, [173])				

Not. m= Riskfaktorn berör mamman. p= Riskfaktorn berör pappan

Referenser

1. Jones, L, Bellis, MA, Wood, S, Hughes, K, McCoy, E, Eckley, L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. 2012; 380(9845):899-907.
2. Horner-Johnson, W, Drum, CE. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2006; 12(1):57-69.
3. Stith, SM, Liu, T, Davies, LC, Boykin, EL, Alder, MC, Harris, JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; 14(1):13-29.
4. Daniel, B, Taylor, J, Scott, J. Recognition of neglect and early response: Overview of a systematic review of the literature. *Child & Family Social Work*. 2010; 15(2):248-57.
5. Hindley, N, Ramchandani, PG, Jones, DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2006; 91(9):744-52.
6. Howard, LM, Oram, S, Galley, H, Trevillion, K, Feder, G. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*. 2013; 10(5):e1001452.
7. Holt, S, Buckley, H, Whelan, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*. 2008; 32(8):797-810.
8. Friedman, MS, Marshal, MP, Guadamuz, TE, Wei, C, Wong, CF, Saewyc, EM, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(8):1481-94.
9. Simpson, TL, Miller, WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22(1):27-77.
10. Maniglio, R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011; 124(1):30-41.
11. Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):647-57.
12. Maniglio, R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(7):631-42.
13. Maniglio, R. The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases*. 2011 30(3):216-28.
14. Maniglio, R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2013 14(2):96-112.

15. Draucker, CB, Mazurczyk, J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*. 2013; 61(5):291-310.
16. Leen, E, Sorbring, E, Mawer, M, Holdsworth, E, Helsing, B, Bowen, E. Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression & Violent Behavior*. 2013; 18(1):159-74.
17. Vezina, J, Hebert, M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: A review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse: A Review Journal*. 2007; 8(1):33-66.
18. Cook, CR, Williams, KR, Guerra, NG, Kim, TE, Sadek, S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*. 2010; 25(2):65-83.
19. Smokowski, P, David-Ferdon, C, Stroupe, N. Acculturation and violence in minority adolescents: A review of the empirical literature. *Journal of Primary Prevention*. 2009; 30(3):215-63.
20. Bhutta, AT, Cleves, MA, Casey, PH, Cradock, MM, Anand, KJS. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(6):728-37.
21. Barlow, JH, Ellard, DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*. 2006; 32(1):19-31.
22. Lavigne, JV, Faier-Routman, J. Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*. 1992 17(2):133-57.
23. Lavigne, JV, Faier-Routman, J. Correlates of psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review and comparison with existing models. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1993; 14(2):117-23.
24. Karsdorp, PA, Everaerd, W, Kindt, M, Mulder, BJM. Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(5):527-41.
25. Latal, B, Helfricht, S, Fischer, JE, Bauersfeld, U, Landolt, MA. Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: A systematic review. *BMC Pediatrics*. 2009; 9:6.
26. McQuaid, EL, Kopel, SJ, Nassau, JH. Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001; 22(6):430-9.
27. Reynolds, KA, Helgeson, VS. Children with diabetes compared to peers: Depressed? Distressed?: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*. 2011; 42(1):29-41.

28. Andershed, A-K, Andershed, H. Risk and protective factors among preschool children: Integrating Research and Practice *Journal of Evidence Based Social Work*. Under utgivning 2014.
29. Derzon, JH. Antisocial behavior and the prediction of violence: A meta-analysis. *Psychology in the Schools*. 2001; 38(2):93-106.
30. Pratt, TC, McGloin, JM, Fearn, NE. Maternal cigarette smoking during pregnancy and Criminal/Deviant behavior: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2006 50(6):672-90.
31. Wakschlag, LS, Pickett, KE, Cook, E, Jr., Benowitz, NL, Leventhal, BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: A review. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(6):966-74.
32. Williams, JHG, Ross, L. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16(4):243-53.
33. Dixon, DR, Kurtz, PF, Chin, MD. A systematic review of challenging behaviors in children exposed prenatally to substances of abuse. *Research in Developmental Disabilities*. 2008; 29(6):483-502.
34. Curcio, AL, Mak, AS, George, AM. Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addictive Behaviors*. 2013; 38(4):2003-13.
35. Leschied, A, Chiodo, D, Nowicki, E, Rodger, S. Childhood predictors of adult criminality: A meta-analysis drawn from the prospective longitudinal literature. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. 2008 50(4):435-67.
36. Gomes, A, Rinehart, N, Greenham, M, Anderson, V. A critical review of psychosocial outcomes following childhood stroke (1995-2012). *Developmental Neuropsychology*. 2014 39(1):9-24.
37. Hunt, O, Burden, D, Hepper, P, Johnston, C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. *European Journal of Orthodontics*. 2005; 27(3):274-85.
38. Lund, LW, Schmiegelow, K, Rechnitzer, C, Johansen, C. A systematic review of studies on psychosocial late effects of childhood cancer: Structures of society and methodological pitfalls may challenge the conclusions. *Pediatric Blood & Cancer*. 2011; 56(4), 532-543(4):532-43.
39. Pulgarón, E, R. Childhood obesity: A review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics*. 2013; 35(1):A18-A32.
40. Einfeld, SL, Ellis, LA, Emerson, E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2011; 36(2):137-43.
41. Storebø, OJ, Simonsen, E. The association between ADHD and antisocial personality disorder (ASPD): A review. *Journal of Attention Disorders*. 2013.
42. Pratt, TC, Cullen, FT, Blevins, KR. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-

- analysis. *International Journal of Police Science & Management*. 2002; 4(4):344-60.
43. O'Brien, K, Daffern, M, Chu, CM, Thomas, SDM. Youth gang affiliation, violence, and criminal activities: A review of motivational, risk, and protective factors. *Aggression & Violent Behavior* 2013; 18(4):417-25.
 44. Anderson, CA, Shibuya, A, Ihori, N, Swing, EL, Bushman, BJ, Sakamoto, A, et al. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(2):151-73.
 45. Sherry, JL. The effects of violent video games on aggression: A meta-analysis. *Human Communication Research*. 2001; 27(3):409-31.
 46. Anderson, CA, Bushman, BJ. Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science*. 2001; 12(5):353-9.
 47. Asscher, JJ, van Vugt, ES, Stams, GJJM, Dekovic, M, Eichelsheim, VI, Yousfi, S. The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and (violent) recidivism: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 52(11):1134-43.
 48. Malti, T, Krettenauer, T. The relation of moral emotion attributions to prosocial and antisocial behavior: A meta-analysis. *Child Development*. 2013; 84(2):397-412.
 49. Pratt, TC, Cullen, FT. The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*. 2000 38(3):931-64.
 50. Fearon, RP, Bakermans-Kranenburg, M, van IJzendoorn, MH, Lapsley, A, Roisman, GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*. 2010; 81(2):435-56.
 51. Maas, C, Herrenkohl, TI, Sousa, C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008; 9(1):56-67.
 52. Martins, CMS, de Carvalho Tofoli, SM, Von, WB, C, Juruena, M. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*. 2011; 4(2):219-27.
 53. Petrosino, A, Derzon, J, Lavenberg, J. The role of the family in crime and delinquency: Evidence from prior quantitative reviews. *Southwest Journal of Criminal Justice*. 2009; 6(2):108-32.
 54. Norman, RE, Byambaa, M, De, R, Butchart, A, Scott, J, Vos, T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis *Plos Medicine*. 2012; 9(11):e1001349.
 55. Tyler, KA. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression & Violent Behavior*. 2002; 7(6):567.

56. Maniglio, R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013; 17(3):268-82.
57. Maniglio, R. Significance, nature, and direction of the association between child sexual abuse and conduct disorder: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2014; Epub f tryck.
58. Kitzmann, KM, Gaylord, NK, Holt, AR, Kenny, ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(2):339-52.
59. Reijntjes, A, Kamphuis, JH, Prinzie, P, Boelen, PA, van, dS, Telch, MJ. Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: A meta-analysis. *Aggressive Behavior*. 2011 37(3):215-22.
60. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F. School bullying as a predictor of violence later in life: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17(5):405-18.
61. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F, Loeber, R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011; 21(2):80-9.
62. Zoccolillo, M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31(3):547-56.
63. Wesselhoeft, R, Sørensen, MJ, Heiervang, ER, Bilenberg, N. Sub-threshold depression in children and adolescents-A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(1):7-22.
64. Casswell, M, French, P, Rogers, A. Distress, defiance or adaptation? A review paper of at-risk mental health states in young offenders. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012; 6(3):219-28.
65. Miller, LE. Perceived threat in childhood: A review of research and implications for children living in violent households. *Trauma, Violence & Abuse*. 2014; Epub f tryck.
66. Rivas-Drake, D, Syed, M, Umaña-Taylor, A, Markstrom, C, French, S, Schwartz, SJ, et al. Feeling good, happy, and proud: A meta-analysis of positive ethnic-racial affect and adjustment. *Child Development*. 2014; 85(1):77-102.
67. Walker, JS, Bright, JA. False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009; 20(1):1-32.
68. Jamal, F, Fletcher, A, Harden, A, Wells, H, Thomas, J, Bonell, C. The school environment and student health: A systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*. 2013; 13:798-.
69. Cottle, CC, Lee, RJ, Heilbrun, K. The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*. 2001; 28(3):367-94.

70. Bonta, J, Law, M, Hanson, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(2):123-42.
71. Piquero, AR, Jennings, WG, Diamond, B, Reingle, JM. A systematic review of age, sex, ethnicity, and race as predictors of violent recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2013; Epub f tryck.
72. Edens, JF, Campbell, JS, Weir, JM. Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analysis of the psychopathy checklist measures. *Law and Human Behavior*. 2007; 31(1):53-75.
73. Whitaker, DJ, Le, B, Hanson, K, Baker, CK, McMahon, PM, Ryan, G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2008; 32(5):529-48.
74. Mallie, AL, Viljoen, JL, Mordell, S, Spice, A, Roesch, R. Childhood abuse and adolescent sexual re-offending: A meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*. 2011 40(5):401-17.
75. Serra-Pinheiro, M, Coutinho, ESF, Souza, IS, Pinna, C, Fortes, D, Araújo, C, et al. Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and meta-regression investigation. *Journal of Attention Disorders*. 2013; 17(6):459-69.
76. Schry, AR, White, SW. Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 2013; 38(11):2690-706.
77. Blumenthal, H, Leen-Feldner, E, Badour, CL, Babson, KA. Anxiety psychopathology and alcohol use among adolescents: A critical review of the empirical literature and recommendations for future research. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2011; 2(3):318-53.
78. Donovan, JE. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2004 35(6):529.e7-.18.
79. Galaif, ER, Sussman, S, Newcomb, MD, Locke, TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2007 19(1):27-35.
80. Najt, P, Fusar-Poli, P, Brambilla, P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*. 2011; 186(2-3):159-64.
81. Fletcher, A, Bonell, C, Hargreaves, J. School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2008; 42(3):209-20.
82. Henkel, D. Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*. 2011; 4(1):4-27.
83. Langeland, W, Hartgers, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*. 1998; 59(3):336-48.

84. Bair-Merritt, M, Blackstone, M, Feudtner, C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: A systematic review. *Pediatrics*. 2006; 117(2):e278-e90.
85. King, M, Semlyen, J, Tai, SS, Killaspy, H, Osborn, D, Popelyuk, D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(70).
86. Burnett, AC, Anderson, PJ, Cheong, J, Doyle, LW, Davey, CG, Wood, SJ. Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: A meta-analysis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*. 2011; 41(12):2463-74.
87. Pinquart, M, Pfeiffer, JP. Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: A meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*. 2011; 29(1):27-45.
88. Trenchard, SO, Rust, S, Bunton, P. A systematic review of psychosocial outcomes within 2 years of paediatric traumatic brain injury in a school-aged population. *Brain Injury*. 2013; 27(11):1217-37.
89. Reneflot, A, Evensen, M. Unemployment and psychological distress among young adults in the nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*. 2014; 23(1):3-15.
90. Ackner, S, Skeate, A, Patterson, P, Neal, A. Emotional abuse and psychosis: A recent review of the literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2013; 22(9):1032-49.
91. Carr, CP, Martins, CMS, Stingel, AM, Lemgruber, VB, Jurueña, MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(12):1007-20.
92. Hillberg, T, Hamilton-Giachritsis, C, Dixon, L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011; 12(1):38-49.
93. Portzky, G, van Heeringen, K. Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20(4):337-42.
94. Khaleque, A, Rohner, RP. Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and Family*. 2002; 64(1):54-64.
95. Sømshovd, MJ, Hansen, BM, Brok, J, Esbjørn, BH, Greisen, G. Anxiety in adolescents born preterm or with very low birthweight: A meta-analysis of case-control studies. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2012; 54(11):988-94.
96. Bennett, DS, 19(2), -. Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 1994.
97. LeBovidge, JS, Lavigne, JV, Donenberg, GR, Miller, ML. Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 28(1): 29-39.

98. Pinquart, M, Shen, Y. Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: A meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2011 100(8):1069-76.
99. Lu, Y, Mak, K, van Bever, H, P.S, Ng, TP, Mak, A, Ho, RC. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*. 2012; 23(8):707-15.
100. Pompili, M, Forte, A, Lester, D, Erbuto, D, Rovedi, F, Innamorati, M, et al. Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76(5):352-60.
101. Alvaro, PK, Roberts, RM, Harris, JK. A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*. 2013; 36(7):1059-68.
102. Augustinavicius, JLS, Zanjani, A, Zakzanis, KK, Shapiro, CM. Polysomnographic features of early-onset depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 158:11-8.
103. Lovato, N, Gradisar, M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: Recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Medicine Reviews*. 2014; 18(6):521-9.
104. Maryam, S, Parviz, B. Depression in children and adolescents with epilepsy: A 15 year research review of prevalence, and demographic and seizure related correlates. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2013; 23(1):1-7.
105. Reilly, C, Agnew, R, Neville, BGR. Depression and anxiety in childhood epilepsy: A re-view. *Seizure. The Journal of the British Epilepsy Association*. 2011; 20(8):589-97.
106. Lax Pericall, MT, Taylor, E. Family function and its relationship to injury severity and psychiatric outcome in children with acquired brain injury: A systematized review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2014; 56(1):19-30.
107. Keightley, ML, Côté, P, Rumney, P, Hung, R, Carroll, LJ, Cancelliere, C, et al. Psychosocial consequences of mild traumatic brain injury in children: Results of a systematic review by the international collaboration on mild traumatic brain injury prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014 95(3):S192-S200.
108. van Steensel, FJA, Bögels, S, Perrin, S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011; 14(3):302-17.
109. Boden, JM, Fergusson, DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011; 106(5):906-14.
110. Moore, THM, Zammit, S, Lingford-Hughes, A, Barnes, TRE, Jones, PB, Burke, M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; 370(9584):319-28.

111. Lev-Ran, S, Roerecke, M, Le Foll, B, George, TP, McKenzie, K, Rehm, J. The association between cannabis use and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*. 2014; 44(4):797-810.
112. Degenhardt, L, Hall, W, Lynskey, M. REVIEW exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003; 98(11):1493.
113. Chaiton, MO, Cohen, JE, O'Loughlin, J, Rehm, J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*; 2009. p. 356.
114. Morissette, SB, Tull, MT, Gulliver, SB, Kamholz, BW, Zimering, RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(2):245-72.
115. Moylan, S, Jacka, FN, Pasco, JA, Berk, M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: A systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*. 2012 10:123-.
116. Galvao, TF, Silva, MT, Zimmermann, IR, Souza, KM, Martins, SS, Pereira, MG. Pubertal timing in girls and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 155:13-9.
117. Mammen, G, Faulkner, G. Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 45(5):649-57.
118. Hoare, E, Skouteris, H, M, F-T, Millar, L, Allender, S. Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: A systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2014 15(1):40-51.
119. Johnson, KE, Taliaferro, LA. Relationships between physical activity and depressive symptoms among middle and older adolescents: A review of the research literature. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*. 2011; 16(4):235-51.
120. Blaine, B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*. 2008 13(8):1190-7.
121. Luppino, FS, de Wit, L, M, Bouvy, PF, Stijnen, T, Cuijpers, P, Penninx, BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(3):220-9.
122. Maag, JW, Reid, R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*. 2006; 39(1):3-10.
123. Gladstone, TR, Kaslow, NJ. Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 1995; 23(5):597-606.

124. Clauss, JA, Blackford, JU. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(10):1066-75.
125. Rood, L, Roelofs, J, Bögels, SM, Nolen-Hoeksema, S, Schouten, E. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):607-16.
126. Brunstein Klomek, A, Sourander, A, Gould, M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*. 2010; 55(5):282-8.
127. Reijntjes, A, Kamphuis, JH, Prinzie, P, Telch, MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*. 2010 34(4):244-52.
128. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F, Loeber, R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 2011; 3(2):63-73.
129. Al-Modallal, H, Peden, A, Anderson, D. Impact of physical abuse on adulthood depressive symptoms among women. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29(3): 299-314. .
130. Betancourt, TS, Borisova, I, Williams, TP, Meyers-Ohki, S, Rubin-Smith, J, Annan, J, et al. Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers--systematic review of the literature and recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2013; 54(1):17-36.
131. Chen, LP, Murad, MH, Paras, ML, Colbenson, KM, Sattler, AL, Goranson, EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(7):618-29.
132. Boylan, K, Vaillancourt, T, Boyle, M, Szatmari, P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16(8):484-94.
133. Bertha, EA, Balázs, J. Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 22(10):589-603.
134. Loth, AK, Drabick, DAG, Leibenluft, E, Hulvershorn, LA. Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014
135. Sowislo, JF, Orth, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*. 2013; 139(1):213-40
136. Starr, LR, Davila, J. Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008; 117(4):762-75
137. Marshal, MP, Dietz, LJ, Friedman, MS, Stall, R, Smith, HA, McGinley, J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review.

- The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine. 2011; 49(2):115-23.
138. Fazel, M, Reed, RV, Panter-Brick, C, Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. . The Lancet. 2012; 379(9812):266-82.
 139. Kossowsky, J, Pfaltz, MC, Schneider, S, Taeymans, J, Locher, C, Gaab, J. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. The American Journal of Psychiatry. 2013 170(7):768-81.
 140. Rennick, JE, Rashotte, J. Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: A systematic review of the research. Journal of Child Health Care. 2009 13(2):128-49.
 141. Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: A systematic review. Bipolar Disorders. 2013 15(4):341-58.
 142. Maniglio, R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2013; 33(4):561-73.
 143. Weich, S, Patterson, J, Shaw, R, Stewart-Brown, S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies. British Journal of Psychiatry. 2009; 194(5):392-8.
 144. Fliege, H, Lee, J, Grimm, A, Klapp, BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research. 2009; 66(6):477-93.
 145. Evans, E, Hawton, K, Rodham, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clinical Psychology Review. 2004; 24(8):957-79.
 146. Moller, CI, Tait, RJ, Byrne, DG. Deliberate self-harm, substance use, and negative affect in nonclinical samples: A systematic review. Substance Abuse. 2013; 34(2):188-207.
 147. Pompili, M, Serafini, G, Innamorati, M, Biondi, M, Siracusano, A, Di Giannantonio, M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2012; 262(6):469-85.
 148. Jacobson, CM, Gould, M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research. 2007; 11(2):129-47.
 149. Gould, MS, Greenberg, T, Velting, DM, Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2003; 42(4):386-405.
 150. Halfon, N, Labelle, R, Cohen, D, Guilé, J, Breton, J. Juvenile bipolar disorder and suicidality: A review of the last 10 years of literature. European Child & Adolescent Psychiatry. 2013; 22(3):139-51.

151. Hauser, M, Galling, B, Correll, CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: A systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disorders*. 2013; 15(5):507-23.
152. Zhang, J, Yan, F, Li, Y, McKeown, RE. Body mass index and suicidal behaviors: A critical review of epidemiological evidence. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 148(2-3):147-60.
153. Victor, SE, Klonsky, ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2014; 34(4):282-97.
154. Allely, CS. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: A systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1):133-.
155. James, A, Lai, FH, Dahl, C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110(6):408-15.
156. Daine, K, Hawton, K, Singaravelu, V, Stewart, A, Simkin, S, Montgomery, P. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *Plos One*; 2013. p. e77555.
157. Colucci, E, Martin, G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007; 37(2):222-37.
158. Nruham, L, Herrestad, H, Mehlum, L. Suicidality among norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010; 64(5):317-26.
159. Webb, L. Deliberate self-harm in adolescence: A systematic review of psychological and psychosocial factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(3):235-44.
160. Brezo, J, Paris, J, Turecki, G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113(3):180-206
161. Miller, AB, Esposito-Smythers, C, Weismore, JT, Renshaw, KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013 16(2):146-72.
162. King, CA, Merchant, CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 2008; 12(3):181-96.
163. Kim, YS, Leventhal, B. Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2008; 20(2):133-54.
164. van Geel, M, Vedder, P, Tanilon, J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2014; 168(5):435-42.

165. Ullman, SE. Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression & Violent Behavior*. 2004; 9(4):331-51.
166. Vrangalova, Z, Savin-Williams, R. Psychological and physical health of mostly heterosexuals: A systematic review. *Journal of Sex Research*. 2014; 51(4):410-45.
167. Crepeau-Hobson, M, Leech, NL. The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: A critical review of the literature. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(1):58-77.
168. Yonker, JE, Schnabelrauch, CA, DeHaan, LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(2):299-314.
169. Janssen, I, Leblanc, AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7:40-.
170. Kidger, J, Araya, R, Donovan, J, Gunnell, D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: A systematic review. *Pediatrics*. 2012; 129(5):925-49.
171. Jones, TW. Equally cursed and blessed: Do gifted and talented children experience poorer mental health and psychological well-being? *Educational and Child Psychology*. 2013; 30(2):44-66.
172. Afifi, TO, Macmillan, HL. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*. 2011; 56(5):266-72.
173. Marriott, C, Hamilton-Giachritsis, C, Harrop, C. Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*. 2014; 23(1):17-34.
174. Lereya, ST, Samara, M, Wolke, D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37(12):1091-108.
175. Derzon, JH. The correspondence of family features with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2010; 6(3):263-92.
176. Hendricks, K, Liu, J. Childbearing depression and childhood aggression: Literature review. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2012; 37(4):253-61.
177. Tonmyr, L, Thornton, T, Draca, J, Wekerle, C. A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*. 2010; 6(3):223-34.
178. Nanni, V, Uher, R, Danese, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2012 169(2):141-51.
179. Yap, MBH, Pilkington, PD, Ryan, SM, Jorm, AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A system-

- atic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 156:8-23.
180. McLeod, BD, Wood, JJ, Weisz, JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(2):155-72. .
 181. Watkins, B, Bentovim, A. The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 1992; 33(1):197-248.
 182. Leon, K. Risk and protective factors in young children's adjustment to parental divorce: A review of the research. *Family Relations*. 2003 52(3):258-70.
 183. Thornberry, TP, Knight, KE, Lovegrove, PJ. Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012; 13(3):135-52.
 184. Leen-Feldner, E, Feldner, MT, Knapp, A, Bunaciu, L, Blumenthal, H, Amstadter, AB. Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(8):1106-33.
 185. Coulton, CJ, Crampton, DS, Irwin, M, Spilsbury, JC, Korbin, J. How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31(11-12):1117-42.
 186. Freisthler, B, Merritt, DH, LaScala, EA. Understanding the ecology of child maltreatment: A review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*. 2006; 11(3):263-80.
 187. Heerde, JA, Hemphill, SA, Scholes-Balog, K. 'Fighting' for survival: A systematic review of physically violent behavior perpetrated and experienced by homeless young people. *Aggression & Violent Behavior*. 2014; 19(1):50-66.
 188. Pratt, TC, Cullen, FT. Assessing macro-level predictors and theories of crime: A meta-analysis. *Crime & Justice*. 2005; 32:373-450.
 189. Teubert, D, Pinquart, M. The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*. 2010; 10(4):286-307.
 190. Glasheen, C, Richardson, GA, Fabio, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*. 2010; 13(1):61-74.
 191. Correia, LL, Linhares, MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: A literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2007; 15(4):677-83.
 192. Rasic, D, Hajek, T, Alda, M, Uher, R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014; 40(1): 28-38.
 193. Connell, AM, Goodman, SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2002; 128(5):746-73.

194. Glodich, A. Traumatic exposure to violence: A comprehensive review of the child and adolescent literature. *Smith College Studies in Social Work*. 1998; 68(3):321-45.
195. Chi, P, Li, X. Impact of parental HIV/AIDS on children's psychological well-being: A systematic review of global literature. *AIDS and Behavior*. 2013; 17(7):2554-74.
196. Vermaes, IPR, van Susante, AMJ, van Bakel, HJA. Psychological function-ing of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. *Journal of Pe-diatric Psychology*. 2012; 37(2):166-84.
197. Murray, J, Farrington, DP, Sekol, I. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2012 138(2):175-210.
198. Ma, N, Roberts, R, Winefield, H, Furber, G. The prevalence of psychopathology in siblings of children with mental health problems: A 20-year systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*. 2014.
199. Brisson, D, Roll, S. The effect of neighborhood on crime and safety: A review of the evidence. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2012; 9(4):333-50.
200. Reiss, F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adoles-cents: A systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), . 2013; 90: 24-31.
201. Fowler, PJ, Tompsett, CJ, Braciszewski, JM, Jacques-Tiura, A, Baltes, BB. Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. . *Development and Psychopathology*. 2009; 21(1), 227-259(1):227-59.
202. Curtis, S, Pain, R, Fuller, S, Khatib, Y, Rothon, C, Stansfeld, SA, et al. Neighbourhood risk factors for common mental disorders among young people aged 10–20 years: A structured review of quantitative research. *Health & Place*. 2013; 20:81-90.
203. Adler-Baeder, F. What do we know about the physical abuse of stepchildren? A review of the literature. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2006; 44(3-4):67-81.
204. Lapalme, M, Hodgins, S, LaRoche, C. Children of parents with bipolar disorder: A metaa-nalysis of risk for mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*. 1997; 42(6):623-31.
205. Kuramoto, SJ, Brent, DA, Wilcox, HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009; 39(2):137-51.
206. Patten, SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *The Cana-dian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*. 1991 36(10):706-11.
207. Osborn, T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2007 16(2):101-26.

208. Wilde, A, Chan, H, Rahman, B, Meiser, B, Mitchell, PB, Schofield, PR, et al. A meta-analysis of the risk of major affective disorder in relatives of individuals affected by major depressive disorder or bipolar disorder. . *Journal of Affective Disorders*. 2014; 158(37-47).
209. Micco, JA, Henin, A, Mick, E, Kim, S, Hopkins, CA, Biederman, J, et al. Anxiety and de-pressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(8): 1158-64.
210. Bogosian, A, Moss-Morris, R, Hadwin, J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 2010; 24(9):789-801.
211. Lemstra, M, Neudorf, C, D'Arcy, C, Kunst, A, Warren, LM, Bennett, NR. A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*. 2008; 99(2):125-9.
212. Geulayov, G, Gunnell, D, Holmen, TL, Metcalfe, C. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: A systematic review and meta-analysis. . *Psychological Medicine*. 2012; 42(8):1567-80.
213. Anglemeyer, A, Horvath, T, Rutherford, G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2014; 160(2):101-10.

Bilaga 4 BBIC Metodstöd

Inledning

Barns behov i centrum – Grundbok BBIC är Socialstyrelsens huvudsakliga utbildningsmaterial i BBIC. *BBIC Metodstöd* är ett nytt material som har utvecklats utifrån aktuell och relevant forskning om barn som far illa och om risk- och skyddsfaktorer, för att fungera som ett konkret stöd i vardagen vid handläggning av ärenden i den sociala barn- och ungdomsvården. För mer fördjupning om BBIC hänvisas till grundboken.

Innehållet i BBIC är anpassat till gällande regelverk. Konceptet beskriver ett arbetssätt och är således inte en uttolkning av vilka minimikrav avseende handläggning och dokumentation som gäller inom socialtjänsten. Vidare måste beaktas att innehållet i BBIC inte på något sätt är heltäckande vad gäller krav på handläggning och dokumentation. Den som arbetar enligt BBIC måste därför också ha kännedom om vad som gäller enligt lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd etc. för att säkerställa att arbetet bedrivs på ett korrekt sätt. Vid dokumentation finns flera olika regelverk att ta hänsyn till, t.ex. förvaltningslagen (1986:223), socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Vid behandling av personuppgifter behöver också reglerna i bl.a. personuppgiftslagen (1998:204) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten beaktas. Dessutom måste bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, beaktas.

BBIC Metodstöd består av två delar:

- Handläggningsprocessen
- BBIC-triangeln

I *Handläggningsprocessen* ges stöd utifrån olika processteg med exempel på frågeställningar och hur BBIC-triangeln kan användas i arbetet. I *BBIC triangeln* redogörs för triangelns områden och delområden samt väsentliga aspekter att uppmärksamma för att fånga risk och skydd.

Utvecklingsekologiskt synsätt

BBIC utgår från en helhetssyn på barnet och familjen, vilket innebär att barnet utvecklas i interaktion och samspel med sin miljö där många olika faktorer kan påverka ett barn och dess behov. Genom den nya versionen av BBIC-triangeln – där barnets behov är placerat i mitten av triangeln, tydliggörs att barnets behov ska förstås utifrån samtliga tre sidor av triangeln. Innehållet i triangelns sidor bygger på forskning om risk- och skyddsfaktorer.

För varje område inom de tre sidorna i BBIC-triangeln finns delområden som är viktiga att fokusera på, för att kunna identifiera och förstå barnets behov. Delområdena baseras dels på risk- och skyddsfaktorer för utvecklingen av psykosocial problematik, dels på tecken på att barnet far illa.

Inom varje delområde finns *väsentliga aspekter* som ytterligare beskriver delområdenas innehåll.

Följande utsatthetsformer fångas upp i den nya BBIC-triangeln:

- Brister i omsorgen
- Övergrepp mot barn
- Våld och hot om våld i familjen
- Andra familjekonflikter
- Alkohol- eller annat drogmissbruk hos vårdnadshavaren
- Kriminalitet hos vårdnadshavaren
- Annan sårbarhet relaterat till vårdnadshavaren
- Kriminalitet hos barnet eller den unge
- Alkohol- eller annat drogmissbruk hos barnet eller den unge
- Skolrelaterad problematik
- Andra beteendeproblem hos barnet/den unge
- Annan sårbarhet relaterat till barnet eller den unge

Multipel utsatthet

Forskning visar att multipel utsatthet är vanligt, dvs. att samma barn utsätts för flera risker samtidigt, oavsett om det rör sig om brister i hemmiljön eller eget skadligt beteende [1-5]. Det finns tydliga samband mellan försummelse, vanvård och fysiskt våld, liksom mellan att som barn bevittna våld i nära relationer och att själv bli slagen. Det finns också samband inom varje utsatthetsform, dvs. om ett barn blivit slaget en gång är risken stor att barnet blir slaget igen [5]. Vidare finns liknande samband mellan missbruk hos föräldern och våld i nära relationer, liksom för ungdomar som begår brott och samtidigt har svårigheter i skolan eller har börjat använda droger [6-10]. De riskfaktorer som ökar sannolikheten för att barn och unga far illa i sin hemmiljö eller utvecklar eget destruktivt beteende, är i stor utsträckning desamma oavsett utsatthetsform [11].

Barnets rätt till hälso- och sjukvård och utbildning

Att unga individer uppnår bästa möjliga hälsa är särskilt angeläget av flera anledningar. Ett nedsatt hälsotillstånd redan i livets början kan få betydelse för individens hela framtid [12]. Hälso- och sjukvården har flera verksamheter (t.ex. barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar) som regelbundet träffar flertalet barn och unga och är inriktade på att förebygga ohälsa. Trots god regional täckning finns det ändå grupper som inte nås i tillräckligt stor utsträckning [12]. Exempelvis behöver barnhälsovården utveckla ytterligare insatser för att förebygga psykisk ohälsa bland barn i utsatta familjer.

Samverkan kring utsatta barn och unga har fått allt större uppmärksamhet, och synen på stödet till denna grupp utgår alltmer från en helhetssyn [12]. Samverkan mellan socialtjänsten, barnhälsovården och elevhälsan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa och som växer upp i familjer som riskerar utsatthet, är därför central för att utjämna sociala skillnader i hälsa samt säkerställa att behövligt stöd utgår från en helhetssyn [12]. När det gäller tandhälsa finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn och unga både när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården och när det

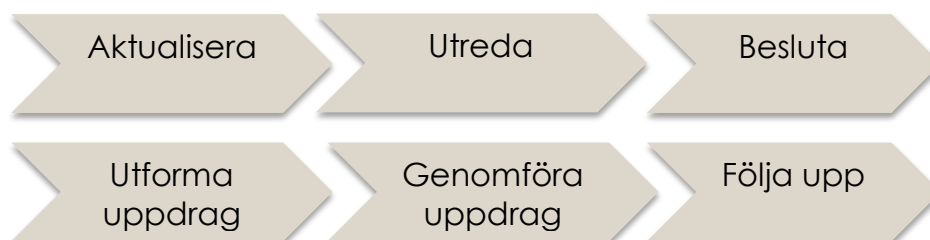
gäller att få karies. De förhållanden som ökar risken för att barn inte kommer till tandvården är att barnet har en ensamstående förälder, har en ung förälder, att familjen får ekonomiskt bistånd eller att föräldrarna har låg utbildning [13].

Svenska och internationella forskningsresultat och utvärderingar visar att god hälsa och utbildning är bland de viktigaste skyddsfaktorerna för att barn och unga ska må bra och klara sig bra senare i livet [14]. Det gäller alla barn och unga men är särskilt viktigt för de mest sårbara och utsatta barnen och ungdomarna [15]. Sambanden mellan låg utbildning och ökade risker för tidig död, somatisk och psykisk ohälsa samt en rad sociala problem är välkända sedan flera decennier och skillnaderna i medellivslängd mellan olika utbildningsgrupper fortsätter att öka [16, 17]. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar risken för framtida psykosociala problem. Resultaten pekar på att insatser för att förbättra utsatta barns skolprestationer, exempelvis för barn som växer upp i samhällets vård, sannolikt är nödvändiga om deras framtidsutsikter ska förbättras [16].

Handläggningsprocessen

Handläggningsprocessens olika steg beskrivs utifrån den övergripande individanpassade processmodellen för socialtjänst, som den är föreslagen i den nationella informationsstrukturen (NI), se nedan.

Figur 1. Översikt processteg i handläggningen



Aktualisera

Vid aktualisering används BBIC:s formulär för anmälan/information på annat sätt eller för ansökan. Områden, delområden och väsentliga aspekter i BBIC-triangeln ger stöd i vad som kan uppmärksammas när ett ärende aktualiseras samt vid skyddsbedömning och förhandsbedömning. Detta utgår exempelvis från frågorna:

- Finns det uppgifter som tyder på att det finns risk för barnets eller den unges hälsa eller utveckling?
- Finns det uppgifter som tyder på att det kan finnas brister i föräldraförmågan?
- Finns det uppgifter som tyder på att det kan finnas risker i familj och miljö?

Om en anmälan behöver förtydligas kan kontakt behöva tas med anmälaren.

Erfarenheter från praktiken har visat att frågor som exempelvis de nedanstående kan vara användbara att utgå från.

- Vad var det som gjorde att ni ringde/anmälde just nu?
- Hur länge har oro funnits för att barnet far illa?
- Vad skulle kunna hända om inget görs?
- Var befinner sig barnet just nu?
- Tror du att det är en akut fara för barnet? Om ja, hur då?
- Finns det andra barn i familjen? Om ja, ange vilka och ålder.
- Är det något särskilt vi behöver tänka på inför att ta kontakt med barnet eller vårdnadshavarna?
- Känner barnet till att anmälan görs?
- Känner vårdnadshavarna till att anmälan görs?
- Skulle ni kunna tänka er att medverka vid ett möte för att diskutera anmälan tillsammans med barnet och vårdnadshavarna?
- Finns det något som fungerar bra när det gäller barnets situation?

Skyddsbedömning

Tecken på att barnet kan behöva omedelbart skydd kan återfinnas i BBIC-triangeln samtliga sidor. Det kan handla om behov av skydd som hänför sig till faktorer kopplade till föräldrarnas förmåga, faktorer i familj och miljö eller barnets eller den unges egen utveckling.

Förhandsbedömning

En förhandsbedömning är den bedömning som görs av socialtjänsten av om socialtjänsten ska inleda utredning eller inte. BBIC-triangelns områden, delområden och väsentliga aspekter kan användas som stöd för att identifiera tecken på utsatthet i den information som kommit in och som kan innebära att nämnden ska inleda utredning.

Utreda

Planera utredning

En utredning enligt BBIC inleds med en planering över hur utredningen är tänkt att bedrivas. Planeringen bör göras i nära samråd med den unge eller med barnet utifrån hans eller hennes ålder och mognad samt med barnets vårdnadshavare. Utredningsplaneringen beskriver bl.a. vad som ska klargöras i utredningen, när och hur information samlas in, samt hur samtal och möten ska utformas så att barnet ges goda förutsättningar att framföra sina åsikter. Delaktighet, tydlighet och insyn är nyckelord i BBIC. Barnets och vårdnadshavarens delaktighet är viktig när man planerar kommande samverkan med andra myndigheter m.fl.

Omfattning

Varje situation som ett barn eller en ungdom befinner sig i är unik. Utredningsplanering och utredningens omfattning behöver därför alltid anpassas utifrån varje enskilt ärende och de frågeställningar som behöver bli besvarade. Samtidigt är det viktigt att områdena i triangeln inte väljs ut allt för tidigt. Orsakerna till barnets utsatthet är ofta komplexa, vilket behöver tas hänsyn till i varje enskilt ärende, både vid ansökan och vid anmälan. Som handläggare behöver man också vara medveten om att multipel utsatthet är vanligt. En anmälan till socialtjänsten är en signal på att barnet eller den

unge kan fara illa och kan vara i behov av stöd eller skydd, men anmälan anger inte allt om den faktiska omfattningen eller komplexiteten i barnets utsatthet, eller vilka som kan vara de främsta orsakerna till utsattheten i det enskilda fallet. Det innebär att även om en anmälan handlar om exempelvis området utbildning så betyder inte det att de faktorer som upprätthåller problematiken för barnet och familjen, nödvändigtvis finns inom det området. Som handläggare behöver man vara lyhörd och observant på om det behöver ställas frågor om våld och missbruk, fastän det inte finns en uttryckt misstanke om detta i exempelvis en anmälan som rör brister i omsorgen. På motsvarande sätt kan frågor om våld och missbruk i hemmet behöva ställas när anmälan rör en ungdoms eget destruktiva beteende.

Det samma kan gälla vid en ansökan om stöd, dvs. om det under handläggningen av en ansökan framkommer tecken på eller oro för barnets eller den unges situation, kan utredningen behöva vidgas till att omfatta fler områden i triangeln än inledningsvis. Utredningen kan också i vissa fall behöva fortsätta att genomföras trots att ansökan om bistånd har återtagits av den enskilde.

Genom BBIC-triangelns olika områden och delområden ges stöd i vad man kan behöva uppmärksammas utifrån aktuell kunskap om multipel utsatthet och överlappande problematik.

Särskilt om dokumentation av yttrande till åklagare eller domstol gällande unga som begår brott

En begäran från åklagare om yttrande från socialnämnden i fråga om unga lagöverträdare, leder alltid till att utredning inleds. Eftersom yttrandet ofta behöver avges skyndsamt behöver socialtjänsten snabbt samla in den information om den unge som ska ingå i yttrandet och avge yttrandet. Dokumentation i BBIC Beslutsunderlag är inte nödvändigt. Begäran om yttrande kan innebära att socialnämnden får information på annat sätt som behöver utredas vidare utöver vad som behövs för själva yttrandet. Denna utredning dokumenteras i BBIC Beslutsunderlag.

Frågeställningar

I planeringen ska man ringa in vad som ska klargöras i utredningen. BBIC-triangelns sidor används som stöd för att formulera vad som ska klargöras i utredningen genom att utredningens övergripande frågeställningar ställs upp, se exempel nedan. Dessa kan sedan kompletteras med mer detaljerade frågeställningar med hjälp av delområden och väsentliga aspekter. Frågeställningarna dokumenteras i utredningsplanen och syftar till att vägleda informationsinsamlingen för att kunna bedöma om barnet eller den unge behöver stöd eller skydd och/eller om familjen behöver stödjande insatser.

Exempel på utredningens övergripande frågeställningar utifrån BBIC-triangeln kan vara:

- Vilka svårigheter (risk) respektive resurser (skydd) finns i förhållande till familjens livssituation (familj och miljö), barnets utveckling och föräldrarnas förmåga?
 - Hur ser familjens livssituation ut?
 - Hur utvecklas, mår och fungerar barnet eller den unge?

- Hur ser föräldern på sitt föräldraskap och hur tillgodoser föräldern barnets eller den unges behov?
- Behöver barnet eller den unge stöd eller skydd och/eller behöver familjen stödjande insatser?

Den insamlade informationen analyseras och bedöms utifrån risk- och skyddsfaktorer, centrala behov och mottaglighet, se sid. 88.

Utreda och bedöma

BBIC- triangeln används som stöd vid informationsinsamlingen. Genomgående används ”delområden att fokusera på” och ”väsentliga aspekter” i den utsträckning som bedöms relevant i det enskilda ärendet och utifrån aktuell utredningsplanering. Observera att den information som tas in under utredningen behöver sovras så att inte överflödiga uppgifter dokumenteras i beslutsunderlaget. Strukturerade bedömningsmetoder används lämpligen inom de områden i triangeln där sådana är tillämpbara. Läs mer om Socialstyrelsens arbete med standardiserade bedömningsmetoder på Socialstyrelsens webbplats Metodguide för socialt arbete, se:

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/>

Tvärprofessionellt samarbete

Intern och extern samverkan genom tvärprofessionellt samarbete är en central tanke i BBIC som återspeglas i grundprinciperna och triangeln. De problem och svårigheter som barn och unga kan ha och som visar sig på olika sätt, kräver specialistkunskap inom en rad olika områden; social, pedagogisk, medicinsk och psykologisk kompetens. När det gäller barnets utveckling kan samverkan således innebära tvärprofessionellt samarbete med professioner med pedagogisk, medicinsk och psykologisk kompetens.

När det gäller föräldrarnas förmåga och faktorer i familj och miljö kan samverkan innebära samarbete med vuxenhandläggare kring ekonomi eller en förälders missbruk- och beroendeproblematik.

Nedan ges exempel på former för samarbete. Det är viktigt att komma ihåg att samarbete alltid behöver organiseras utifrån varje enskilt ärende, där relevanta kontakter med sakkunniga behöver identifieras redan vid utredningsplaneringen. Vid konsultation med andra professioner och verksamheter kan det vara ett bra tillfälle att, i nära samråd med barnet eller den unge och vårdnadshavaren, planera formerna för ett eventuellt fortsatt samarbete och behövliga insatser.

Barnets hälsa

I de flesta utredningar behöver socialtjänsten skaffa sig en god bild av barnets fysiska och psykiska hälsa samt tandhälsa. Utöver att inhämta information från barnet och vårdnadshavaren, kan uppgifter behöva hämtas in från barnets BVC, elevhälsa eller tandvårdsklinik. I BBIC görs detta lämpligen tidigt i utredningen, beaktande att tidsfristen är fyra månader, utifrån aktuellt stöddokument. Syftet med konsultationen är att ta reda på om barnet har varit på sedvanliga hälso- och tandvårdskontroller, om barnet följt det nationella vaccinationsprogramet samt om barnets eller den unges hälsa behöver undersökas närmare under utredningstiden. Om barnet har en misstänkt psykiatrisk diagnos eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, fast-

ställd diagnos, långvarig sjukdom eller annan funktionsnedsättning, visar erfarenhet från praktiken att samverkan på ett så tidigt stadium som möjligt mellan socialtjänsten, barnet, vårdnadshavaren och barnets behandlande läkare är betydelsefullt. Om familjen inte har någon kontakt med hälso- och sjukvården, kan socialsekreteraren stödja vårdnadshavaren i att upprätta en kontakt [18].

Om konsultation med barnets BVC-sjuksköterska, skolsköterska eller tandvårdsklinik visar att det saknas aktuella uppgifter om barnets eller den unges hälsa, eller om det finns oro för barnets eller den unges hälsa, kan ett hälsobesök hos BVC-sjuksköterska/skolsköterska, eller besök i tandvården behöva anordnas. För sådana besök behövs vanligen samtycke från vårdnadshavare och beroende på barnets ålder och mognad, även samtycke från barnet.

Särskilt om barnets hälsa vid placering

Enligt BBIC-konceptet ska socialtjänsten, om det inte är omotiverat, i ärenden med placering verka för att få till stånd en hälsoundersökning och undersökning av tandhälsan för *alla* barn och unga som ska placeras, eller nyligen har blivit placerade. Detta oavsett om placeringen har sin grund i frivillighet eller tvång. Vid SoL-placering krävs vårdnadshavarens och barnets samtycke. Syftet är att identifiera aktuella och tidigare försummade hälso- och sjukvårdsbehov för att möjliggöra åtgärder och fortsatt uppföljning. Det är viktigt att uppmärksamma både fysisk och psykisk hälsa och ev. psykiatrisk problematik [19, 20].

För att läkare som ska undersöka barnet, ska kunna genomföra undersökningen på bästa sätt behöver han eller hon ha underlag om t.ex. kontroll av barnets eller den unges tillväxt, syn, hörsel och vaccinationsstatus. Saknas aktuella underlag behöver hälsobesök hos BVC-sjuksköterska eller skolsköterska göras innan läkarundersökning [20]. Vid akuta placeringar eller omhändertaganden när hälsobesök etc. inte hinns med innan placeringen sker, kan läkarundersökning äga rum utan att föregås av hälsobesök enligt ovan. När det sedan finns tid, planeras och genomförs hälsobesök och besök i tandvården.

Barnets utbildning/lärande

I de flesta utredningar behöver socialtjänsten skaffa sig en god bild av barnets situation i skolan samt barnets lärande och utbildning. Utöver att inhämta information från barnet och vårdnadshavaren, kan uppgifter behöva hämtas in från barnets förskola eller skola. Detta görs lämpligen tidigt i utredningen, beaktande att tidsfristen är fyra månader, utifrån aktuellt stöddokument. Förskola och skola har ofta en bred kunskap om det aktuella barnet som inte bara rör området lärande och utbildning. I stöddokumentet tydliggörs det som rör bedömning av barnets resultat i skolan och det som rör information om andra delar kring barnet, t.ex. trivsel, kamratrelationer, tecken på eller oro för ohälsa.

Om det vid konsultationen med förskolan eller skolan framkommer behov av närmare kartläggning av barnets skolgång och/eller behov av skol- och elevutredning, ingår inte detta i socialtjänstens ansvar, utan är ett ansvar för den aktuella skolan, eventuellt i samverkan med socialtjänsten.

Barn till föräldrar med ekonomiska svårigheter och/eller missbruks- och beroendeproblematik

I ärenden där någon eller båda föräldrarna har ekonomiska svårigheter, missbruks- och beroendeproblematik eller hälsoproblem, finns i de flesta fall behov av samarbete mellan barn- och ungdomsenhet och vuxenenhet. Det är viktigt att skilja på vad som kan vara barnets respektive föräldrarnas behov och önskemål. Samarbetet måste utformas med hänsyn till gällande regler om sekretess och tystnadsplikt och med respekt för den enskildes rätt till självbestämmande och integritet.

Analys och bedömning av barnets behov

Analys och bedömning av barnets behov handlar om att analysera och bedöma det som framkommit genom utredningen med fokus på risk- och skyddsfaktorer, centrala behov och mottaglighet.

Risk och skydd

Dokumentera på ett tydligt sätt i beslutsunderlaget vilka väsentliga risk- och skyddsfaktorer utifrån BBIC-triangeln som har identifierats under utredningen och vilka svårigheter respektive resurser som framkommit genom utredningen. Vid en ansökan om vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, beakta att det ska framgå tydligt vilka miljö- och/eller beteendefaktorer som har identifierats. Exempel på frågor som kan ställas för att identifiera risk- och skyddsfaktorer är:

- Finns brister i hemmiljön eller svårigheter i familjens livssituation som innebär att barnet eller den unge och familjen är i behov av stöd eller skydd? Ge en kortfattad beskrivning av riskfaktorer, exempelvis vilka områden och delområden det rör.
- Utsätter sig barnet eller den unge för riskfyllt beteende som innebär att barnet eller den unge är i behov av stöd eller skydd? Ge en kortfattad beskrivning av riskfaktorer, exempelvis vilka områden och delområden det rör.
- Visar barnet eller den unge tecken på att fara illa, dvs. märks konsekvenser av brister i hemmiljön eller eget beteende? Ge en kortfattad beskrivning av tecken på att barnet eller den unge far illa.
- Vilka skyddsfaktorer och resurser har uppmärksamats, vad fungerar bra? Ge en kortfattad beskrivning av skyddsfaktorer, exempelvis vilka områden och delområden det rör.

Riskbedömning innebär att man bedömer risken för att barnet far illa utifrån en sammanvägning av det som framkommit under utredningstiden. Viktigt är att känna till att riskfaktorer ofta har en kumulativ inverkan, vilket innebär att ju fler riskförhållanden ett barn uppvisar eller omges av, desto högre blir risken. Riskförhållanden behöver också viktas mot skyddsförhållanden. Närvaron av en eller flera skyddande faktorer kan göra det möjligt för barnet eller den unge att utvecklas positivt, trots närvaro av risk.

Eftersom kunskapen om risk- och skyddsfaktorer baseras på grupper av barn är det svårt att säkerställa orsak – verkan i varje enskilt fall, men strukturerade riskbedömningar med hjälp av skalor ger ändå större säkerhet vid

bedömning av risk och skydd, än riskbedömningar som görs utan hjälp av skalor [21].

Riskbedömning nuvarande situation

Syftet är att bedöma hur hög risken är att barnet far illa i sin nuvarande livssituation. Riskbedömningen bygger på den inledande analysen. Nedanstående bedömningsskala är ett hjälpmedel för att bedöma hur hög risken är för att barnet eller den unge far illa i nuvarande livssituation. Argument för bedömningen anges med stöd av skalan.

Tabell 1. Skala som stöd för bedömning av risk i nuvarande situation

Inte känt	Information saknas eller är otillräcklig om samtliga riskförhållanden under den period som bedöms
Ingen eller låg risk	Det finns inget eller negligerbart stöd för att barnet far illa i de miljöer han/hon lever eller att barnet ska skada sig själv eller andra. Skyddande omständigheter bedöms finnas och/eller fungera.
Något förhöjd risk	Riskförhållandena är få och/eller inte omfattande och allvarliga. Skyddande omständigheter bedöms finnas och/eller fungera. Alternativt: Riskförhållandena är flera och/eller omfattande och allvarliga. Skyddande omständigheter bedöms omfattande och fungerande.
Hög risk	Riskförhållandena är flera och/eller omfattande och allvarliga. Skyddande omständigheter bedöms vara bristande eller delvis bristande.
Mycket hög risk	Riskförhållandena är flera och vissa är mycket omfattande och mycket allvarliga. Skyddande omständigheter bedöms vara bristande eller delvis bristande.

Riskbedömning på längre sikt

För att även bedöma hur hög risken är på sikt, att barnets eller den unges och familjens ev. problem fortsätter eller förstärks och/eller att andra psykosociala problem utvecklas hos barnet eller den unge, används den information om risk- och skyddsförhållanden som framkommit vid utredningen utifrån de tre sidorna i triangeln. Nedanstående bedömningsskala är ett hjälpmedel för att bedöma hur hög risken är på sikt för att barnets eller den unges och familjens ev. problem fortsätter eller förstärks och/eller att andra psykosociala problem utvecklas hos barnet eller den unge. Argument för bedömningen anges med stöd av skalan.

Tabell 2. Skala som stöd för bedömning av risk på längre sikt

Inte känt	Information saknas eller är otillräcklig om samtliga av dessa beteenden under den period som bedöms.
Ingen eller låg risk	Det finns inga eller negligierbara riskförhållanden och/eller betydande skyddande förhållanden för långvariga psykosociala problem.
Något förhöjd risk	Det finns enstaka eller icke-utpräglade riskförhållanden och skyddsförhållanden bedöms inte kunna motverka risken helt för långvariga psykosociala problem. Alternativt: Riskförhållandena är flera och/eller omfattande och allvarliga. Skyddande omständigheter bedöms omfattande och fungerande.
Hög risk	Det finns enstaka eller flera utpräglade riskförhållanden och skyddsförhållanden bedöms inte kunna motverka risken för långvariga psykosociala problem.
Mycket hög risk	Det finns flera utpräglade riskförhållanden i riskfyllda kombinationer och skyddsförhållanden bedöms inte kunna motverka risken för långvariga psykosociala problem.

Centrala behov

Analys och bedömning av *centrala behov* innebär att man, tillsammans med barnet eller den unge och vårdnadshavarna, analyserar vilka de specifika riskfaktorerna är, som gör att problematiken fortsätter, och vilka de specifika skyddsfaktorerna är, som motverkar problematiken.

De faktorer som man i utredningen har kommit fram till anses upprätthålla respektive motverka problematiken är de *centrala behov* som ska fokuseras på i insatserna, för att dessa ska bli så effektiva som möjligt. Om exempelvis en problematik är barnets egna kriminella beteende och man i utredningen har identifierat ett antal riskfaktorer för kriminellt beteende, så görs nu en analys av vilka av riskfaktorerna som verkar upprätthålla det kriminella beteendet. Det är inte säkert att alla upprätthåller det kriminella beteendet på individnivå för just det aktuella barnet, därför måste en analys göras i varje enskilt fall. Man behöver ha i minnet att de faktorer som orsakat ett problem inte alltid är desamma som gör att problematiken fortsätter. Exempelvis kan ett beteendeproblem såsom snatteri starta som en följd av kamratpåverkan, men upprätthållas genom barnets eller den unges behov av spänning och stimulans eller pga. ekonomisk utsatthet. Som stöd för bedömningen av

centrala behov, svara på nedanstående frågor:

- Behöver barnet eller den unge stöd eller skydd och/eller behöver familjen stödjande insatser?

Om insatser bedöms nödvändiga, besvara följande:

- Vilka centrala behov har framkommit i utredningen som behöver fokuseras på i insatser (dvs. vad behöver förändras och förstärkas för att barnet eller den unge inte ska fara illa eller riskera att fara illa)?
- Vilka är målen med insatsen/insatserna utifrån de risk- och skyddsförhållanden som främst behöver fokuseras på?

Mottaglighet

Analys och bedömning av mottaglighet innebär att insatserna utformas för att ge barnet eller den unge och omgivningen bästa möjliga förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna, vilket ökar möjligheterna för att insatserna ska ha önskad effekt. Ta hänsyn till sådana saker som barnets eller den unges och familjens egna önskemål, ev. svårigheter såsom inlärningssvårigheter, familjemedlemmarnas motivation och inställning till insatserna. Ta reda på vad barnet eller den unge och familjen önskar och vad de är motiverade till.

Undersök också om det finns särskilda behov hos barnet eller den unge eller familjen, som måste beaktas för att insatserna ska kunna vara effektiva, t.ex. inlärningssvårigheter, språksvårigheter, etc.

Vårdnadshavarnas, barnets (om barnet fyllt 15 år) eller den unges inställning till behövliga insatser behöver också klargöras. Om en prövning ska göras av om ett samtycke till vård utanför hemmet är hållbart och tillförlitligt kan detta lämpligen göras i detta sammanhang.

Generellt sett gäller att socialtjänsten bör föreslå omfattning och typ av insats utifrån hur hög risken bedöms vara. Exempelvis, om risken att barnet

far illa bedöms som mycket hög, behövs generellt sett intensiva och omfattande insatser, medan de med lägre risk generellt sett inte behöver det [21].

Beskriv slutligen hur insatsen/insatserna bör utformas för att skapa bästa möjliga förutsättningar för att barnet eller den unge och familjen ska kunna tillgodogöra sig insatserna och nå uppsatta mål. Besvara nedanstående frågor som stöd för bedömning av mottaglighet:

- Hur, var, av vem ska insatserna ges för att insatserna ska bli så effektiva som möjligt?
 - Vad önskar och tycker barnet eller den unge och familjen och med vilka argument?
 - Vad anser du som professionell och med vilka argument?
- Finns inlärningssvårigheter eller andra svårigheter som bör tas hänsyn till i valet och utformningen av insatser?
- Samtycker vårdnadshavarna och barnet (om barnet fyllt 15 år) till den eller de föreslagna insatserna och ev. bedöms samtycket tillförlitligt och hållbart?
 - Motsvarar den eller de föreslagna insatserna barnets eller den unges bästa?
 - Finns andra bättre alternativ?

Besluta

BBIC Beslutsunderlag ska vara en sammanställning av de faktiska omständigheter, händelser av betydelse och bedömningar som ligger till grund för beslutet. Det ska på ett sammanfattande vis lyfta fram det som är väsentligt för att kunna fatta ett korrekt och sakligt beslut och för att kunna planera ev. insatser. Detta innebär att ett urval ska göras av den information som samlats in. BBIC Beslutsunderlag har stor flexibilitet vad gäller val av rubriker (områden i triangeln) liksom vem eller vilka som lämnat information inom respektive område. Denna flexibilitet innebär:

- Att beslutsunderlaget i vissa fall kan vara mycket kort, exempelvis i ärenden där problembilden är tydligt avgränsad redan från början och där socialtjänsten, vårdnadshavare och barn har samma bild av vilka behov är och vilken insats som behövs. I dessa fall kan dokumentationen exempelvis avgränsas till att kort sammanfattas under någon eller ett par av de tre sidorna i triangeln inklusive en bedömning av barnets eller den unges behov av insatser.
- Att beslutsunderlaget i andra fall behöver vara mer utförligt med en redovisning av väsentlig information, baserad på risk och skydd, för alla sidor och områden i triangeln och från barnet eller den unge, vårdnadshavare, sakkunniga och referenspersoner.

Beslutsunderlaget innefattar en analys och bedömning av risk och skydd runt barnet och eventuella behov av insatser. Den struktur som anges för analys av barnets behov fungerar som stöd i alla ärenden. De behov som identifierats under utredningen ligger till grund för val och genomförande av insatser. Gör en analys och bedömning av hur familjens mottaglighet ser ut och hur insatserna ska utformas för att passa barnet eller familjen så bra som möjligt.

Oavsett om barnet ska placeras eller få öppenvårdsinsatser beskrivs dess mål under rubriken Centrala behov i Analys och bedömning.

Utforma uppdrag

Dokumentera hur en insats planeras i Vårdplan/Uppdrag eller Genomförandeplan. När ett barn eller en ungdom behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det.

Om ett barns placering medför förskole- eller skolbyte kan handläggaren, för barnets skull, behöva informera om placeringen i förväg, exempelvis skolan, som behöver vara förberedd på att barnet kommer. Det kan också gälla barnets behov av barnomsorg, fritidssysselsättning eller barnpsykiatrisk behandling [22]. Vid placeringen kan socialtjänsten även behöva uppmärksamma hälso- och sjukvården, förskolan eller skolan om detta, så att de kan ta ställning till om relevant information behöver föras över till en ny vårdgivare och förskola/skola [22].

Beskriv mål och delmål på ett så pass konkret och detaljerat sätt att de går att följa upp och mäta. Exempel: En utredning har visat att vårdnadshavaren behöver stöd och träning i föräldraförmågan för att kunna tillgodose barnets behov. För att närmare veta vad insatsen behöver fokuseras på, behöver delområden och väsentliga aspekter ha tydliggjorts i utredningen. Insatsen kan exempelvis behöva fokusera på delområdena vardagsrutiner, stabilitet i kontakten och känslomässig reglering. Dessa är tre delområden som återfinns under områdena *Grundläggande omsorg*, *Säkerhet* och *Känslomässig tillgänglighet*. Samtidigt kan det finnas bakomliggande upprätthållande faktorer till att vårdnadshavaren behöver stöd och träning, exempelvis psykisk ohälsa och egen våldsutsatthet. Insatser med fokus på dessa förhållanden behöver följaktligen också ges. Det kan i många fall också vara så att barnet eller den unge själv behöver stöd för kunna förstå och förhålla sig till hemsituationen, för att exempelvis sova bättre och fungera bättre i skolan. På motsvarande sätt planeras insatser och formuleras mål om utredningen har gällt ett en ungdom som har behov av insatser pga. eget beteende.

Följa upp

Uppföljningen av en insats och dess resultat fokuseras på de områden och delområden som är aktuella i det enskilda ärendet. Uppföljningen sker kontinuerligt utifrån vad som är relevant i det enskilda ärendet och dokumenteras i journal eller formulär och genom revidering av vårdplan/uppdrag och genomförandeplan. När insatser berör både socialtjänst och hälso- och sjukvård används SIP om sådan finns, för att följa upp insatserna utifrån gemensamma mål. Även förskola och skola kan ingå i SIP när så behövs.

Använd den mest lämpliga metoden i varje enskilt fall för att bedöma och mäta måloffyllelse. Om insatsen exempelvis rör närvaro och skolresultat kan det vara lämpligt om uppföljning görs tillsammans med barnet, vårdnadshavaren och skolan, om samtycke finns. Om insatsen rör stöd kring vardagsrutiner utifrån grundläggande omsorg och stabilitet, kan dagbok och samtal (ev. med stöd av skalor) vara lämpliga metoder. När det rör sig om missbruk eller uppföljning av barnets eller den unges utveckling, kan be-

dömning med hjälp av standardiserade bedömningsmetoder vara lämpligt. Värdera om det har skett en positiv eller negativ förändring, eller om situationen är oförändrad, jämfört med tidigare uppsatta mål och ev. delmål. Nedanstående skala som bygger på fyra steg kan användas som stöd [23]:

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

Med dessa fyra kategorier blir det möjligt att analysera hur väl de individuella målen uppnås och vilken riktning förändringen har oavsett om målen uppfylls [23].

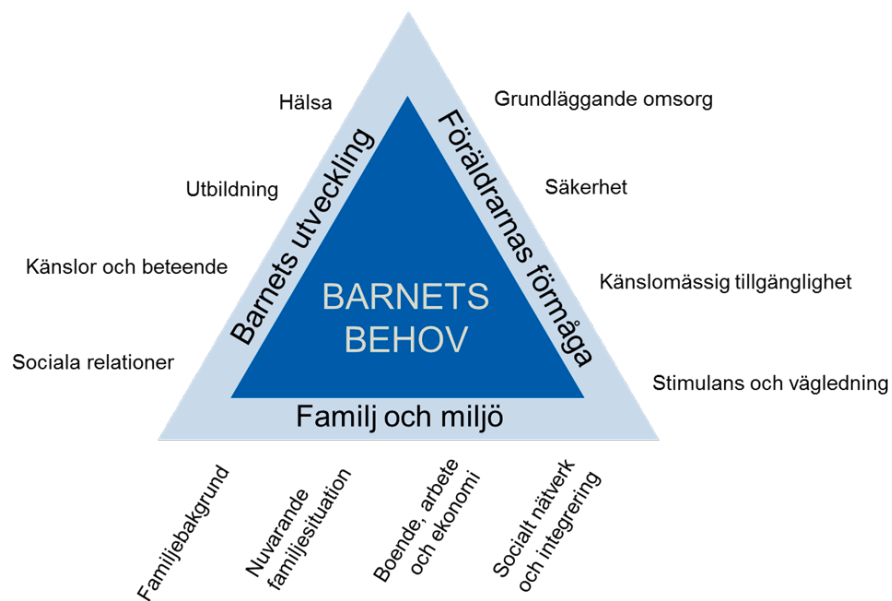
BBIC-triangeln

BBIC-triangeln består av följande sidor:

- **Barnets utveckling** består av *Hälsa, Utbildning, Känslor och beteende* samt *Sociala relationer*. Utvecklingsområdena bygger på den struktur som används inom forskning liksom inom hälso- och sjukvård och skola, dvs. ett medicinskt, psykologiskt, pedagogiskt respektive socialt perspektiv på barns och ungas utveckling. Socialtjänsten kan inte själv utreda och bedöma vad som kan behövas avseende hälsa, utbildning, känslor och beteende. Utredning och bedömning görs vid behov med personal med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.
- **Föräldrarnas förmåga** består av områdena *Grundläggande omsorg, Säkerhet, Känslomässig tillgänglighet* samt *Stimulans och vägledning*. I grundläggande omsorg ryms även stabilitet. Med föräldrar avses de vuxna personer som har omsorg om barnet eller den unge och som barnet eller den unge bor tillsammans med. Utredning liksom planering och samordning av insatser görs vid behov i samarbete med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.
- **Familj och miljö** består av områdena *Familjebakgrund, Nuvarande familjesituation, Boende, arbete och ekonomi, Socialt nätverk och integration*. Utredning liksom planering och samordning av insatser utifrån denna del av triangeln görs vid behov i samarbete med handläggare inom vuxenheten och/eller andra externa verksamheter.

Barnets behov utgör centrum i triangeln och illustrerar att analys och bedömning görs av de risk- och skyddsfaktorer som framkommit utifrån de tre sidorna i triangeln. Analys och bedömning av barnets behov och planering av eventuella insatser görs utifrån risk- och skyddsfaktorer, centrala behov och mottaglighet, se tidigare avsnitt **Analys och bedömning av barnets behov**.

Figur 2. BBIC-triangel



Översikt områden och delområden
Översikten med forskningsreferenser finns sist i bilaga 4.

Familj och miljö

Område	Delområden
Familjebakgrund	Föräldrarnas erfarenheter från sin egen uppväxt Tidigare erfarenheter och händelser i familjen av betydelse Barnets och ev. syskons tidigare erfarenheter av utsatthet i sin hemmiljö eller på grund av eget destruktivt beteende
Nuvarande familjesituation	Familjens sammansättning Föräldrars hälsa och beteende Ev. syskons hälsa och beteende
Boende, arbete, ekonomi	Stabilitet och kvalitet i boende Sysselsättning Inkomstnivå
Socialt nätverk och integrering	Familjens sociala nätverk och stöd Familjens professionella nätverk

Barnets utveckling

Område	Delområden
Hälsa	Levnadsvanor Hälsa och utveckling Hälso- och sjukvård
Utbildning	Anpassning till förskola/skola (trivsel och närvaro) Inläring Skolresultat
Känslor och beteende	Temperament och sinnesstämning Attityder och värderingar Identitet Självständighet Socialt beteende
Sociala relationer	Föräldra-barn relation Relationer till andra barn och vuxna Fritid

Föräldrarnas förmåga

Område	Delområden
Grundläggande omsorg	Grundläggande omsorg Vardagsrutiner Ansvarstagande
Säkerhet	Konflikter och fysiskt våld Allvariga konflikter mellan vuxna i hemmet Sexuella övergrepp och sexuell exploatering Annat otillbörligt utnyttjande
Känslomässig tillgänglighet	Stabilitet i kontakt Känslomässig reglering och skydd Känslomässigt stöd
Stimulans och vägledning	Stimulans Engagemang Uppfostringsstrategier

Familj och miljö

Denna del av triangeln handlar om faktorer i familj och miljö. Utredning liksom planering och samordning av insatser utifrån denna del av triangeln görs vid behov i samarbete med handläggare inom vuxenenhet och/eller

andra externa verksamheter. Vid utredningar av ungdomar som ska flytta till eget boende efter avslutad placering, används bara relevanta delar ifrån Basen i triangeln, utifrån den unges egen situation.

Familjebakgrund

Att fokusera på inom detta område:

- Föräldrarnas erfarenheter från sin egen uppväxt
- Tidigare erfarenheter och händelser i familjen av betydelse
- Barnets eller den unges och ev. syskons tidigare erfarenheter av utsatthet (i sin hemmiljö eller pga. eget destruktivt beteende)

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Föräldrarnas erfarenheter från egen uppväxt
 - Har föräldrarna upplevt separation, vuxit upp med en förälder, i stor familj eller i fosterhem, utsatts för våld och övergrepp, förälders självmord, svår förlust eller kris som inte övervunnits, missbruk, hedersrelaterad problematik i familjen, krig och/eller förföljelse
 - Egen erfarenhet av den sociala barn- och ungdomsvården
- Tidigare erfarenheter och händelser i familjen
 - Ungt föräldraskap, oönskad graviditet
 - Dödsfall i familjen, arbetslöshet, skilsmässa
- Barnets eller den unges och ev. syskons tidigare erfarenheter av att utsättas för våld, övergrepp eller försummelse i hemmiljön eller pga. eget destruktivt beteende

Nuvarande familjesituation

Att fokusera på inom detta område:

- Familjens sammansättning
- Föräldrarnas hälsa och beteende
- Eventuella syskons hälsa och beteende

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Familjens sammansättning
 - Är familjen/barnet/den unge asylsökande eller papperslösa
 - Bor barnet med båda sina föräldrar/växelvis/hos en förälder/hos annan
 - Är någon förälder avliden
 - Vem är primär omsorgsperson: vem/vilka tar huvudsakligt ansvar för barnet eller den unge
 - Avtjänar någon förälder fängelsestraff
- Föräldrarnas hälsa och beteende
 - Psykisk ohälsa: känner sig ofta nedstämd, orolig, trött och/eller stressad
 - Impulsivt, överaktivt och/eller aggressivt beteende
 - Inläring: föräldrarnas utbildning och ev. inlärningssvårigheter
 - Alkohol- och drogvanor

- Beroendeproblematik (spelmisbruk, alkoholisbruk, läkemedelsmisbruk, narkotikamisbruk)
- Kriminalitet
- Har föräldern av läkare fastställd kronisk sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning
- Har föräldern av läkare fastställd psykisk funktionsnedsättning eller psykiatrisk diagnos
- Eventuella syskons hälsa och beteende
 - Hälso- eller beteendeproblem, som påverkar familjesituationen och ev. behov av stöd (t.ex. av läkare fastställd kronisk sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning, psykisk funktionsnedsättning eller psykiatrisk diagnos, som påverkar familjesituationen, överaktivt och/eller aggressivt beteende, beroendeproblematik)

Boende, arbete och ekonomi

Att fokusera på inom detta område:

- Stabilitet i boende
- Kvalitet i boende
- Sysselsättning
- Inkomst

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Stabilitet i boende
 - Har man där barnet eller den unge bor ett stabilt boende (dvs. har tillsvidarehyreskontrakt, äger eller deläger sin bostad eller har på annat sätt ett stabilt ordnat boende t.ex. tidsbegränsat hyreskontrakt, hyr i andra hand)
 - Bostadslös, vräkningshotad eller bosatt i tillfälligt boende
 - Har man bott länge på samma adress eller har man flyttat många gånger
- Kvalitet i boende
 - Upplevelse av trivsel och trygghet
 - Ekonomisk utsatthet i området
 - Hög brottslighet i området
 - Tillgång till service/resurser t.ex. affärer, lekplatser, bibliotek, förskolor, skolor, fritidsanläggningar, vårdcentral, apotek och kommunikationer
 - Skälig boendestandard
 - Ev. trångboddhet
 - Är hemmet barnsäkert
 - Har barnet eller den unge ett eget rum som han eller hon trivs i
 - Har barnet eller den unge en egen säng som är ren och bekväm
- Föräldrarnas sysselsättning
 - Fast anställning eller tillfällig anställning, hel-/deltid
 - Egen företagare

- Studerande
- Arbetssökande
- Långtidssjukskrivning eller förtidspension
- Föräldrarnas inkomst
 - Finns en stabil inkomst till familjen
 - Upplever familjen ekonomisk stress, t.ex. svårt att betala räkningar, dåligt med pengar till mat
 - Påverkas barnet av en belastad ekonomi, t.ex. kan inte vara med på fritidsaktiviteter, får inte kläder eller saker

Socialt nätverk och integrering

Att fokusera på inom detta område:

- Familjens sociala nätverk och stöd (familj, släkt, vänner och kontakter utanför familjen)
- Familjens ev. professionella nätverk och stöd (kontakter med myndigheter, hälso- och sjukvård, skola)

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Familjens sociala nätverk och stöd
 - Kontakt med släkt och vänner
 - Finns personer som hjälper till att ta hand om barnet eller den unge
 - Finns personer som kan ge fungerande praktisk hjälp, skydd, känslomässigt stöd, ekonomiskt stöd, information och råd
 - Känner sig familjen accepterad av sin släkt och av omgivningen
 - Upplever familjemedlemmarna diskriminering/trakasserier, utanförskap
- Familjens ev. professionella nätverk och stöd
 - Finns professionella inom t.ex. hälso- och sjukvård och skola som på ett fungerande sätt tillgodoser det särskilda behov av stöd som familjen/barnet/den unge behöver
 - Behöver föräldrarna lägga ner mycket tid och kraft på att söka information, samordna och få till ett fungerande stöd till sig själva eller till barnet eller sin ungdom
 - Finns konflikter mellan föräldrarna och professionella eller andra myndigheter som påverkar barnet eller den unge
 - Undviker föräldrarna kontakt med professionella eller andra myndigheter

Barnets utveckling

Denna del av triangeln handlar om barnets utveckling utifrån fyra områden; Hälsa, Utbildning, Känslor och beteende samt Sociala relationer. Socialtjänsten kan inte själv utreda och bedöma vad som kan behövas avseende hälsa, utbildning, känslor och beteende. Utredning och bedömning görs vid behov med personal med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.

Hälsa

Att fokusera på inom detta område:

- Levnadsvanor
- Hälsa och utveckling
- Hälso- och sjukvård

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Levnadsvanor
 - Äter barnet eller den unge en varierad och näringsrik kost
 - Har barnet eller den unge regelbundna mat- och sovtider
 - Rör sig barnet eller den unge regelbundet (t.ex. promenerar eller cyklar till skolan, har intressen som innebär regelbunden fysisk aktivitet)
 - Har barnet eller den unge hela och rena kläder anpassade efter ålder och årstid
- Hälsa och utveckling
 - Är barnet eller den unge i regel frisk, ser och hör bra, har välskötta och hela tänder
 - Har barnet eller den unge en för åldern normal utveckling vad gäller tillväxt (inkl. pubertet), motorik och inlärning
 - Har barnet eller den unge någon konstaterad långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
 - Går barnet eller den unge ned i vikt eller går inte upp i vikt som barnet eller den unge bör utifrån sin tillväxtkurva
 - Har barnet eller den unge fetma, utifrån BMI gränsvärde
 - Har barnet eller den unge ofta huvudvärk, magont, dålig aptit, muskelvärk och/eller yrsel
 - Är barnet eller den unge ofta trött eller har svårt att somna och sova
 - Vaknar barnet eller den unge för det mesta utvilat på morgonen
 - Kissar eller bajsar barnet eller den unge ofta i sängen, utan medicinsk orsak
 - Har barnet eller den unge tecken på våld eller övergrepp, t.ex. har oförklarliga blåmärken, rivmärken, rodnader, könsjukdom
 - Flickor: Är barnet eller den unge gravid, har genomgått abort
- Hälso- och sjukvård
 - Har barnet eller den unge varit på hälsokontroller på BVC/skolhälsovård och fått vaccinationer enligt det svenska vaccinationsprogrammet
 - Har barnet eller den unge varit på regelbundna tandvårdskontroller
 - Pågående medicinering
 - Återkommande vårdperioder på sjukhus, har barnet eller den unge varit utsatt för skador/olyckor som krävt sjukhusvård

Utbildning/lärande

Att fokusera på inom detta område:

- Anpassning till förskola/skola (trivsel och närvaro)
- Inläarning
- Skolresultat

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Anpassning till förskola/skola (trivsel närvaro)
 - Trivs barnet eller den unge i förskolan/skolan
 - Har barnet eller den unge oroväckande frånvaro
 - Har barnet eller den unge hög frånvaro från idrottslektioner
 - Har barnet eller den unge bytt förskola/skola flera gånger
 - Har barnet eller den unge hoppat av skolan
 - Är förväntningar på barnets eller den unges skolprestationer låga från skolans sida
 - Är skolmiljön bristfällig
- Inläarning
 - Lär sig barnet eller den unge nya saker på ett sätt som är förväntat utifrån sin ålder
 - Har barnet eller den unge inläringssvårigheter
 - Har barnet eller den unge svårt att koncentrera sig
 - Har barnet eller den unge svårigheter att ta till sig och följa instruktioner
 - Har barnet eller den unge svårigheter att komma igång med arbetsuppgifter och slutföra dem
 - Har barnet eller den unge motoriska svårigheter som påverkar hans eller hennes arbete i förskola och skola, t.ex. att rita eller skriva
 - Har barnet eller den unge en för åldern normal tal- och språkutveckling
 - Har barnet eller den unge konstaterad dyslexi
 - Behöver barnet eller den unge särskilt stöd i förskolan eller i skolan och i så fall, hur fungerar det
- Skolresultat
 - Hur går det resultatmässigt för barnet eller den unge i skolan
 - När barnet eller den unge kunskapsmålen
 - Om betyg ges: har barnet eller den unge godkända betyg i de flesta ämnen
 - Har barnet eller den unge hoppat över eller inte flyttats upp i årskurs som förväntat

Känslor och beteende

Att fokusera på inom detta område:

- Temperament och sinnesstämning
- Attityder och värderingar
- Identitet
- Självständighet

- Socialt beteende

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Temperament och sinnesstämning (om svårigheter, hur pass utpräglat)
 - Oftast glad och nöjd
 - Orädd, utan fruktan (dvs. blir inte rädd för saker som de flesta andra blir rädda av)
 - Ofta arg
 - Nedstämd, ledsen eller visar tecken på oro, rädsla eller ångest
 - Hyperaktivitet (dvs. mycket svårt att sitta still, trummar ofta med fingrar, darrar/vaggar med benen)
 - Impulsivitet (dvs. har svårt att hämma sina känslor och beteenden, verkar göra saker ogenomtänkt, ”gör först och tänker sen”)
- Attityder och värderingar (om svårigheter, hur pass utpräglat)
 - Har attityder och värderingar som stödjer våld och kriminalitet (dvs. anser att våld och kriminalitet är ett bra eller accepterat eller nödvändigt sätt att lösa problem eller skaffa sig tillgångar/saker eller status på)
 - Har attityder som är fientliga och hämndlystna (dvs. utgår ifrån att andras beteenden har dolda negativa agendor eller är provokationer mot den egna personen)
 - Har barnet eller den unge attityder och värderingar av ansvarslöshet (dvs. anser att han eller hon inte behöver ta ansvar för sitt eget beteende och dess konsekvenser)
- Identitet (om svårigheter, hur pass utpräglat)
 - Är trygg i sin identitet och tillhörighet (särskilt viktigt att uppmärksamma vid hedersrelaterad problematik, och för barn och unga som placeras)
 - Känner sig säker och tillfreds med sin sexuella läggning och könstillhörighet
 - Har god självkänsla och tilltro till sina egna förmågor
 - Ger uttryck för att ha en identitet grundad i rebelliska/avvikande/normbrytande/ kriminella värderingar och attityder (dvs. ser sig själv som att inte tillhöra ”det vanliga samhället” utan som utanför i ett avvikande eller kriminellt leverne)
- Självtändighet (om svårigheter, hur pass utpräglat)
 - Klarar barnet eller den unge av att sköta sig själv i förhållande till vad som är rimligt för sin ålder (mat, hygien, passa tider, utföra och ta ansvar för enklare praktiska sysslor i hemmet)
 - Klarar den unge att i stor utsträckning ta hand om sig själv vad gäller mat, hygien, kläder, enklare ekonomi
 - Har barnet eller den unge svårt att på egen hand komma på vad han eller hon ska sysselsätta sig med

- Har barnet eller den unge förmåga att hantera svårigheter på egen hand på ett positivt sätt (copingstrategier)
- Socialt beteende (om svårigheter, hur pass utpräglat)
 - Har barnet eller den unge ett positivt socialt beteende (t.ex. har rena kläder, god hygien, är trevlig mot kända och okända personer)
 - Bryr sig om andra människor och djur (tröstar andra som är ledsna eller hjälper till när någon behöver hjälp)
 - Trotsigt beteende (t.ex. vägrar att hålla med eller att gå med på saker, upprepar beteenden trots tillsägelser)
 - Aggressivt beteende (dvs. hotar, retar, puttar, rivs, slåss eller dylikt)
 - Brister i empatisk förmåga (dvs. verkar inte känna med andra eller bli berörd av andras känslotillstånd och/eller har svårt att se andras perspektiv)
 - Ljuger eller manipulerar för att få som han eller hon vill och/eller för att undvika problem
 - Ägnar mycket tid framför datorn/på internet på ett sätt som har negativ inverkan på livssituationen i övrigt
 - Rökning, risk- eller missbruk av alkohol och/eller narkotika inkl. preparat som ger berusningseffekt men som ännu inte är narkotikaklassade: provat, regelbunden användning, ofta kraftigt berusad/påverkad, beroende som påverkar hälsan och livssituationen i övrigt
 - Normbrytande/kriminellt beteende (dvs. bryter mot gällande normer och regler som finns i t.ex. familjen, skolan, samhället eller uppvisar faktiskt kriminellt beteende – oavsett om detta upptäckts av polis eller inte)
 - Beteenden som på något sätt utsätter barnet eller den unge själv och andra för risker t.ex. söker spänning på ett riskfyllt sätt och utsätter sig för riskfyllda eller farliga saker, via internet eller genom att vistas ute sent på kvällarna, säljer sex, har oskyddat sex, liftar med främmande personer etc.
 - Sexualiserat beteende

Sociala relationer

Att fokusera på inom detta område:

- Föräldra-barn relationen
- Relationer med andra barn och vuxna
- Fritid

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Föräldra-barn relationen (Vid tecken på otrygg anknytning utreds detta av personal med psykologisk kompetens.)
 - Tyr sig barnet eller den unge till någon eller några av föräldrarna för stöd och tröst om något skrämmer/oroar honom eller henne
 - Söker barnet eller den unge uppmärksamhet och bekräftelse hos någon av föräldrarna

- Kan barnet eller den unge prata med sina föräldrar om bekymmer eller saker som han eller hon funderar över och behöver hjälp med
- Upplever barnet eller den unge att föräldrarna lyssnar på honom eller henne och skyddar, tröstar och stöttar honom eller henne när det behövs
- Är barnet eller den unge ängsligt, klamrande till någon av föräldrarna (t.ex. vill i skolåldern fortfarande sova hos föräldern, vill ha koll på var föräldern är och gör, vill inte gå ut och leka etc.)
- Är barnet eller den unge avskärmat, ointresserat av kontakt med andra, drar sig undan kontakt, även med förälder
- Är barnet eller den unge distanslöst, dvs. tar nära kontakt med vuxna som han eller hon inte känner, kroppsligt och/eller verbalt
- Är barnet eller den unge hämmad i föräldrarnas närhet, lägger band på egna känslor, önskningar och behov
- Är barnet eller den unge rädd för någon av eller båda föräldrarna eller annan omsorgsperson
- Relationer med andra barn och vuxna
 - Är barnet eller den unge lugnt och tryggt tillsammans med välbekanta släktingar och vänner till familjen
 - Är barnet eller den unge rädd för någon släkting eller vän till familjen
 - Litar barnet eller den unge på, lyssnar till och rättar sig efter (lyder) vuxna som han eller hon lärt känna, t.ex. förskolans/skolans personal
 - Söker barnet eller den unge kontakt med andra barn, unga och vuxna på ett åldersadekvat sätt
 - Klarar barnet eller den unge att samspela positivt med jämnåriga
 - Har barnet eller den unge en kamrat eller nära vän
 - Har barnet eller den unge lätt att få och behålla kompisar, har barnet eller den unge svårt att etablera positiva, hållbara relationer till jämnåriga (har alltid nya kamrater, tröttnar, ingen "bästis" etc.)
 - Är det ofta konflikter i lek eller umgänge med andra barn och ungdomar
 - Utsätts barnet eller den unge för mobbing i förskola/skola eller via internet
 - Mobbar barnet eller den unge andra
 - Utsätts barnet eller den unge för diskriminering eller exkludering på grund av utseende, ursprung, sexuell läggning, funktionsnedsättning
 - Umgås barnet eller den unge i kriminella kretsar eller med personer som dricker mycket alkohol och/eller använder droger
 - Upplever barnet eller den unge att någon tagit på hans eller hennes kropp på ett sätt som inte känts okej

- Har barnet eller den unge utsatts för våld, sexuella övergrepp eller exploaterats sexuellt av jämnåriga eller andra vuxna
- Fritid
 - Har barnet eller den unge något intresse som är särskilt viktigt för honom eller henne
 - Deltar barnet eller den unge regelbundet i fritidsaktiviteter med andra barn och unga
 - Finns hinder för att barnet eller den unge ska kunna delta i fritidsaktiviteter

Föräldrarnas förmåga

Denna del av triangeln handlar om föräldrarnas förmåga utifrån fyra aspekter. Dessa är Grundläggande omsorg, Säkerhet, Känslomässig tillgänglighet samt Stimulans och vägledning. Utredning liksom planering och samordning av insatser görs vid behov i samarbete med medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens.

Grundläggande omsorg

Att fokusera på inom detta område:

- Grundläggande omsorg
- Stabilitet i kontakt
- Vardagsrutiner
- Ansvarstagande

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Grundläggande omsorg
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge får mat, dryck och lämpliga kläder
 - Ser föräldern till att sköta barnets eller den unges hygien (inkl. blöjbyte för små barn)
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge får tillräcklig sömn och vila
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge får ev. medicinska behov tillgodosedda
 - Söker föräldern vid upprepade tillfällen vård för påhittade eller framkallade sjukdomar eller symtom hos barnet ("barnmisshandel genom förfalskning av symtom")
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge går i skolan
 - Har föräldern uppsikt över barnet eller vet var det äldre barnet befinner sig
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge inte exponeras för missbruk och kriminalitet
 - Ser föräldern till att barnet eller den unge inte går in i kontakter och relationer och lämnar ut sig själv till okända vuxna som kan ha för avsikt att skada eller utnyttja barnet eller den unge
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa

- Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Vardagsrutiner
 - Är barnets eller den unges vardag präglad av stabilitet och förutsägbarhet, t.ex. hur ser familjens vardagsrutiner ut vad gäller sov- och mattider, vistelse i förskolan/skolan, aktiviteter
 - Ser föräldrarna till att barnet eller den unge kommer i tid till förskola/skola
 - Ser föräldrarna till att i första hand själva hämta och lämna barnet på förskolan/ hos dagmamman
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Ansvarstagande
 - Tar barnet eller den unge rimligt ansvar i hemmet, i förhållande till sin ålder
 - Tar barnet eller den unge ansvar för sina föräldrar eller andra vuxna som barnet eller den unge bor tillsammans med
 - Medlar barnet eller den unge mellan föräldrarna i konflikter
 - Tröstar barnet eller den unge föräldern/föräldrarna
 - Tar barnet eller den unge ett orimligt stort ansvar för vardagssysslor hemma
 - Vid missbruk: Håller barnet eller den unge ut föräldrarnas alkohol eller kastar tabletter/droger
 - Tar barnet eller den unge stort ansvar för syskon
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver

Säkerhet

Att fokusera på inom området:

- Konflikter och fysiskt våld
- Allvarliga konflikter mellan vuxna i hemmet och barn som bevittnar/upplever våld
- Sexuella övergrepp och sexuell exploatering
- Annat otillbörligt utnyttjande

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Konflikter och fysiskt våld
 - Förekommer det ofta allvarliga konflikter mellan barnet eller den unge och någon eller båda föräldrarna
 - Barnets/den unges/föräldrarnas upplevelse av konflikterna
 - Har föräldern någon gång haft tankar på vilja slå barnet eller den unge eller hotat att slå

- Har det hänt att barnet eller den unge hotats att bli eller har blivit slagen av en förälder eller någon annan i familjen. Om ja: ange på vilket sätt t.ex. örfil, slag, knuffar och när det hänt
- Har barnet eller den unge utsatts för grupprelaterat hot, tvång, våld i hederns namn, t.ex. utifrån faktiska eller påstådda beteende i frågor om oskuld och kyskhets, homosexualitet, bisexualitet eller könsöverskridande identitet
- Förekommer våld eller hot om våld som riktar sig mot barnet/ den unge eller annan förälder, egendom eller mot husdjur
- Är barnet eller den unge rädd att utsättas för våld igen
- Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
- Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Allvarliga konflikter mellan vuxna i hemmet och barn eller unga som bevittnar/upplever våld
 - Hur relationen och samarbetet fungerar mellan barnets eller den unges föräldrar, och/eller de vuxna som barnet eller den unge bor tillsammans med
 - Förekomst av konflikter mellan föräldrarna när det gäller deras egen relation, uppfostran av barnet/barnen, ekonomi, boende
 - Hur löser föräldrarna konflikter som uppstår dem emellan
 - Förekomst av fysiskt våld eller hot om fysiskt våld mellan föräldrarna
 - Förekomst av psykiskt våld (kränkande, nedlåtande ord) mellan föräldrarna
 - Förekomst av social eller ekonomisk kontroll av en förälder, det vill säga att föräldern t.ex. inte får umgås med vem han eller hon vill eller inte får hantera sina egna pengar, alt. får bekosta allt
 - Vid separation: Finns fungerande samarbete mellan vårdnadshavarna
 - Vid ensam vårdnad: Finns fungerande samarbete när det gäller barnets umgänge med den förälder som inte har vårdnaden
 - Befinner sig föräldrarna i en konflikt kring vårdnad, boende eller umgänge
 - Skyddar föräldern barnet eller den unge från att bevittna allvarliga konflikter eller våld i nära relationer, exponeras barnet eller den unge för föräldrarnas drickande/missbruk/sexualitet eller våldsbenägenhet
 - Om barnet eller den unge utsätts, hur hanterar barnet eller den unge dessa situationer (stannar i samma rum, klamrar sig fast vid någon av de vuxna, går emellan, försöker avleda, sitter tyst, skriker och gråter, gömmer sig, låser in sig

- på rummet, spelar hög musik, avskärmar sig, går hemifrån, hämtar hjälp, ringer polisen)
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Sexuella övergrepp och sexuell exploatering
 - Upplever barnet eller den unge att någon tagit på hans eller hennes kropp på ett sätt som inte känts okej
 - Har barnet eller den unge känt obehag i en sexuell situation, t.ex. känt sig tvingad eller rädd, eller blivit skadad på något sätt
 - Har barnet eller den unge exploaterats sexuellt
 - Om barnet eller den unge varit utsatt på något sätt, är han eller hon rädd att det ska hända igen
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Annat otillbörligt utnyttjande
 - Exploateras barnet eller den unge genom att han eller hon t.ex. ska tigga, begå kriminella handlingar, arbeta som "barnflicka/hushållerska" utan att få betalt, arbeta inom olika branscher (t.ex. bygg, asfalt, ros försäljning) utan att få betalt, göra krigstjänst, utsätts för organhandel

Känslomässig tillgänglighet

Att fokusera på inom området (rör främst psykisk försummelse och psykiskt våld)

- Stabilitet i kontakt
- Känslomässig reglering och skydd
- Känslomässigt stöd

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Stabilitet i kontakt
 - Har föräldrarna en nära och kontinuerlig kontakt med barnet eller den unge
 - Ser föräldern till att det lilla barnet inte utsätts för fler och längre kontinuitetsbrott än nödvändigt
 - Stödjer föräldrarna varandra när det gäller att tillgodose barnet eller den unges känslomässiga behov
 - Stödjer föräldrarna varandra när det gäller att se till att det är stabilitet i den unges vardag
 - Stödjer föräldern barnet eller den unge vid separationer från den andre föräldern
 - Ser föräldern till att den unge kan upprätthålla kontakten med känslomässigt viktiga personer

- Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
- Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Känslomässig reglering och skydd
 - Stödjer föräldern barnet eller den unge i känsloutvecklingen
 - Kan föräldern hjälpa barnet eller den unge att lugna ner sig om barnet eller den unge är förtvivlad eller arg
 - Kan föräldern sätta barnets eller den unges behov före sina egna i olika situationer
 - Skyddar föräldern barnet eller den unge från egna starka känslor som kan belasta barnet eller den unge
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Känslomässigt stöd
 - Ger föräldern barnet eller den unge känslomässigt stöd
 - Lyssnar föräldrarna på och respekterar barnets eller den unges åsikter eller negligerar eller avvisar föräldrarna hans eller hennes synpunkter
 - Kan barnet eller den unge prata öppet med föräldern eller någon annan om svårigheter i familjen, t.ex. kring alkohol eller konflikter
 - Visar föräldrarna kärlek, värme och ömhet gentemot barnet eller den unge eller ter sig föräldrarna stränga och avvisande i kontakten med barnet eller den unge
 - Utsätts eller riskerar barnet eller den unge att utsättas för psykiskt våld
 - Utsätts barnet eller den unge avsiktligt för känslomässigt lidande, systematiskt och aktivt för nedvärderande omdömen eller för nedbrytande behandling
 - Behandlas barnet eller den unge nedlåtande i ord och handling
 - Utsätts barnet eller den unge för kritik, orimligt hårda bestraffningar eller krav, hån, påtvingad isolering från sociala kontakter eller åldersanpassade aktiviteter
 - Uttrycker föräldern förnedrande kommentarer om barnets eller den unge utseende, språk, beteende och begåvning eller nedsättande jämfört med ev. syskon
 - Kontrolleras barnet eller den unge av syskon eller släktingar som bestraffar barnet eller den unge
 - Utsätts barnet eller den unge för social kontroll genom begränsningar i klädval, socialt umgänge och rörelsefrihet
 - Begränsas barnet eller den unge i sina möjligheter till livsval som utbildning, jobb, kärleksrelationer, giftermål
 - Fostrar föräldern barnet eller den unge till asocialt eller kriminellt beteende och/eller utsätts han eller hon för mediavåld

- Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
- Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver

Stimulans och vägledning

Att fokusera på inom området:

- Stimulans
- Engagemang
- Uppfostringsstrategier

Väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer

- Stimulans
 - Får barnet eller den unge tillräcklig och rimlig stimulans i hemmet och på fritiden
 - Har barnet leksaker som passar för barnets ålder och som han eller hon tycker om
 - Har barnet eller den unge aktiviteter på sin fritid som passar hans eller hennes ålder och intressen
 - Kan och vill barnet eller den unge ta hem kamrater
 - Utsätts barnet eller den unge för våldsamma dataspel och mediavåld
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Engagemang
 - Engagerar sig föräldrarna i barnet eller den unge på en lämplig nivå
 - Ställer föräldern för höga krav eller inga krav alls
 - Upplever barnet eller den unge att föräldrarna är kritiska och ställer orimligt hårda krav på honom eller henne
 - Är förväntningar på barnets eller den unges skolprestationer låga
 - Hjälper föräldern till med läsläsning och stödjer barnet eller den unge utifrån hans eller hennes behov i skolan
 - Går föräldrarna regelbundet på möten i förskola/skolan, t.ex. utvecklingssamtal
 - Är föräldern engagerad i barnets eller den unges aktiviteter, såsom skola och fritidsaktiviteter, t.ex. hjälper till med läxor, frågar om hur det går i skolan/fritidsaktiviteter, ordnar vid behov med transport till fritidsaktiviteter, engagerar sig själv i fritidsaktiviteterna
 - Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
 - Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver
- Uppfostringsstrategier (kan även röra fysiskt och psykiskt våld)

- Hur ser föräldrarna på uppfostringsstrategier
- Stödjer föräldrarna varandra och är konsekventa när det gäller regler för barnet eller den unge
- Om barnet eller den unge ägnar mycket tid framför datorn: regler för barnets eller den unges datoranvändande/internet
- Är uppfostringsmetoderna hårda och stränga (t.ex. ”uppfostringsaga”, hotelser)
- Har föräldrarna en positiv attityd till uppfostringsaga
- Upplever föräldern att han eller hon ofta går över gränsen i konflikter med barnet eller den unge
- Hur upplever barnet eller den unge föräldrarnas tillrättavisningar om han eller hon gör något som inte är tillåtet
- Om det framkommit brister, vad tänker föräldrarna om dessa
- Har föräldrarna insikt och förståelse för vad barnet eller den unge behöver

Översikt områden, delområden med referenser

Familj och miljö

Område	Delområden	Referens
Familjebakgrund	Föräldrarnas erfarenheter från sin egen uppväxt	[24-27]
	Tidigare erfarenheter och händelser i familjen av betydelse	[6, 7, 9, 10, 25, 27-45]
	Barnets och ev. syskons tidigare erfarenheter av utsatthet (i sin hemmiljö, eller på grund av eget destruktivt beteende)	[6, 7, 10, 24, 25, 27, 30, 31, 40, 42-78]
Nuvarande familjesituation	Familjens sammansättning	[6, 7, 9, 10, 25, 27, 29, 30, 34, 36, 40, 44, 79]
	Föräldrars hälsa och beteende	[6, 7, 9, 10, 24, 25, 27, 31, 34, 40, 43, 44, 53, 67, 80-92]
	Ev syskons hälsa och beteende	[6, 10, 93-96]
Boende, arbete, ekonomi	Stabilitet och kvalitet i boende	[6, 7, 10, 27, 36, 40-42, 53, 73, 97-103]
	Sysselsättning	[25, 104, 105]
	Inkomstnivå	[6, 7, 25, 29, 40, 41, 50, 53, 106-108]
Socialt nätverk och integrering	Familjens sociala nätverk och stöd	[25, 27, 34, 73]
	Familjens professionella nätverk	

Barnets utveckling

Område	Delområden	Referens
Hälsa	Levnadsvanor	[9, 109-112]
	Hälsa och utveckling	[6, 7, 9, 29, 30, 43, 44, 53, 88, 94, 113-162]
	Hälso- och sjukvård	[6, 7, 10, 24, 27, 46, 53, 77]
Utbildning	Anpassning till förskola/skola (trivsel och närvaro)	[7, 9, 10, 36, 42, 43, 88, 163-165]
	Inläring	[6, 7, 10, 29, 36, 43, 117, 128, 132, 136, 144, 146, 158, 166-168]
	Skolresultat	[7, 9, 10, 29, 36, 88, 166]
Känslor och beteende	Temperament och sinnesstämning	[6-10, 25, 30, 31, 37, 42-45, 53, 68, 88, 132, 136, 143, 146, 160, 166, 169-183]
	Attityder och värderingar	[8-10, 31, 45, 68, 184, 185]
	Identitet	[7, 9, 10, 29, 31, 36, 43, 45, 68, 88, 163, 186-195]
	Självständighet	[7, 10, 25, 36, 68, 73, 169]
	Socialt beteende	[6-10, 25, 28-31, 35, 37, 42-45, 53, 68, 78, 88, 143, 160, 166, 173, 175, 180, 181, 183, 187, 194, 196-208]
Sociala relationer	Föräldra-barn relation (anknytning)	[6, 7, 10, 25, 36, 43, 68, 88, 209-211]
	Relationer till andra barn och vuxna	[6, 7, 9, 10, 24, 27, 29, 30, 36, 40, 43-49, 53-68, 71-78, 88, 141, 166, 173, 182, 203, 212-221]
	Fritid	[9, 29, 36, 110]

Föräldrarnas förmåga

Område	Delområden	Referens
Grundläggande omsorg	Grundläggande omsorg	[6, 7, 10, 25, 40, 42, 52-54, 67, 73, 88, 211, 222-224]
	Vardagsrutiner	[7, 24, 25, 27, 44, 68, 224]
	Ansvarstagande	[52]
Säkerhet	Konflikter och fysiskt våld	[6, 10, 24, 25, 27, 29-31, 40, 42, 46-48, 52-54, 63, 64, 73, 77, 78, 88, 182, 220]
	Allvarliga konflikter mellan vuxna i hemmet	[6, 10, 24, 25, 27, 34, 37, 40, 42, 50, 51, 53, 67, 224, 225]
	Sexuella övergrepp och sexuell exploatering	[27, 30, 40, 42-46, 48, 49, 54, 56-67, 71-76, 78]
	Annat otillbörligt utnyttjande	[6, 7, 10, 24, 27, 31, 46, 52, 53, 63, 64, 73, 77, 220]
Känslomässig tillgänglighet	Stabilitet i kontakt	[6, 34, 44, 226]
	Känslomässig reglering och skydd	[6, 24, 25, 34, 36, 37, 40, 42, 52, 67, 73, 88, 90, 106, 182, 211, 224]
	Känslomässigt stöd	[7, 10, 24, 27, 40, 46, 53, 63, 77, 78, 227-229]
Stimulans och vägledning	Stimulans	[6, 7, 10, 24, 27, 53, 77, 78]
	Engagemang	[6, 7, 10, 40, 52, 211, 224]
	Uppfostringsstrategier	[6, 7, 10, 24, 36, 40, 42, 53, 54, 68, 224]

Referenser

1. Finkelhor, D, Ormrod, RK, Turner, HA. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33(7):403-11.
2. Ellonen, N, Salmi, V. Poly-victimization as a life condition: Correlates of poly-victimization among Finnish children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*. 2011; 12(01):20-44.
3. Annerbäck, E-M. Child physical abuse : characteristics, prevalence, health and risk-taking. Linköping: Department of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University; 2011.
4. Janson, S, Jernbro, C, Långberg, B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige Stockholm:: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2011.
5. Cater, Å, Andershed, A-K, Andershed, H. Youth Victimization in Sweden: Prevalence, Characteristics and Relation to Mental Health and Behavioral Problems in Young Adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38(8):1290-302.
6. Andershed, A-K, Andershed, H. Risk and protective factors among pre-school children: Integrating Research and Practice *Journal of Evidence Based Social Work*. Under utgivning 2014.
7. Curcio, AL, Mak, AS, George, AM. Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addictive Behaviors*. 2013; 38(4):2003-13.
8. Derzon, JH. Antisocial behavior and the prediction of violence: A meta-analysis. *Psychology in the Schools*. 2001; 38(2):93-106.
9. Donovan, JE. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2004 35(6):529.e7-18.
10. O'Brien, K, Daffern, M, Chu, CM, Thomas, SDM. Youth gang affiliation, violence, and criminal activities: A review of motivational, risk, and protective factors. *Aggression & Violent Behavior* 2013; 18(4):417-25.
11. Andershed, A-K, Andershed, H. En forskningsöversikt och översyn av strukturen och innehållet i BBIC-triangeln med förslag på förändringar. . Örebro Universitet; 2014.
12. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga, underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
14. Germundsson, P. Lärare, socialsekreterare och barn som far illa – Om sociala representationer och interprofessionell samverkan - Studies from The Swedish Institute for Disability Research. No. 36.: Örebro universitet; 2011.
15. Socialstyrelsen. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
16. Folkhälsorapport 2009 Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
17. Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Perioden 1986-2003 - Demografiska Rapporter 2004:4. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2004.

18. Almqvist, K, Unenge Hallerbäck, M, Janson, S. Personlig kommunikation vid arbetsmöten och expertmöte om samverkan. 2014.
19. Barn och ungdomar som utmanar - Vårdprogram för bedömning och behandling vid trotssyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatri. Linköping: Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri; 2011.
20. Kling, S. Fosterbarns Hälsa - det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
21. Andrews, DA, Bonta, J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2010; 16(1):39-55.
22. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
23. Systematisk uppföljning - Beskrivning och exempel ISBN 978-91-7555-194-4. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.
24. Daniel, B, Taylor, J, Scott, J. Recognition of neglect and early response: Overview of a systematic review of the literature. *Child & Family Social Work*. 2010; 15(2):248-57.
25. Stith, SM, Liu, T, Davies, LC, Boykin, EL, Alder, MC, Harris, JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; 14(1):13-29.
26. Thornberry, TP, Knight, KE, Lovegrove, PJ. Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012; 13(3):135-52.
27. Hindley, N, Ramchandani, PG, Jones, DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2006; 91(9):744-52.
28. Colucci, E, Martin, G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007; 37(2):222-37.
29. Cottle, CC, Lee, RJ, Heilbrun, K. The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*. 2001; 28(3):367-94.
30. Evans, E, Hawton, K, Rodham, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24(8):957-79.
31. Fliege, H, Lee, J, Grimm, A, Klapp, BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; 66(6):477-93.
32. Geulayov, G, Gunnell, D, Holmen, TL, Metcalfe, C. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2012; 42(8):1567-80.
33. Kuramoto, SJ, Brent, DA, Wilcox, HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009; 39(2):137-51.
34. Leon, K. Risk and protective factors in young children's adjustment to parental divorce: A review of the research. *Family Relations*. 2003 52(3):258-70.
35. Lev-Ran, S, Roerecke, M, Le Foll, B, George, TP, McKenzie, K, Rehm, J. The association between cannabis use and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*. 2014; 44(4):797-810.

36. Marriott, C, Hamilton-Giachritsis, C, Harrop, C. Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*. 2014; 23(1):17-34.
37. Nrugham, L, Herrestad, H, Mehlum, L. Suicidality among norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010; 64(5):317-26.
38. Murray, J, Farrington, DP, Sekol, I. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2012 138(2):175-210.
39. Patten, SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*. 1991 36(10):706-11.
40. Petrosino, A, Derzon, J, Lavenberg, J. The role of the family in crime and delinquency: Evidence from prior quantitative reviews. *Southwest Journal of Criminal Justice*. 2009; 6(2):108-32.
41. Pratt, TC, Cullen, FT. Assessing macro-level predictors and theories of crime: A meta-analysis. *Crime & Justice*. 2005; 32:373-450.
42. Vezina, J, Hebert, M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: A review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse: A Review Journal*. 2007; 8(1):33-66.
43. Gould, MS, Greenberg, T, Velting, DM, Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42(4):386-405.
44. Hauser, M, Galling, B, Correll, CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: A systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disorders*. 2013; 15(5):507-23.
45. Jacobson, CM, Gould, M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 2007; 11(2):129-47.
46. Ackner, S, Skeate, A, Patterson, P, Neal, A. Emotional abuse and psychosis: A recent review of the literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2013; 22(9):1032-49.
47. Al-Modallal, H, Peden, A, Anderson, D. Impact of physical abuse on adulthood depressive symptoms among women. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29(3): 299-314. .
48. Carr, CP, Martins, CMS, Stingel, AM, Lemgruber, VB, Juruena, MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(12):1007-20.
49. Hillberg, T, Hamilton-Giachritsis, C, Dixon, L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011; 12(1):38-49.
50. Holt, S, Buckley, H, Whelan, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*. 2008; 32(8):797-810.

51. Kitzmann, KM, Gaylord, NK, Holt, AR, Kenny, ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(2):339-52.
52. Lereya, ST, Samara, M, Wolke, D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37(12):1091-108.
53. Leschied, A, Chiodo, D, Nowicki, E, Rodger, S. Childhood predictors of adult criminality: A meta-analysis drawn from the prospective longitudinal literature. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. 2008 50(4):435-67.
54. Maas, C, Herrenkohl, TI, Sousa, C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008; 9(1):56-67.
55. Mallie, AL, Viljoen, JL, Mordell, S, Spice, A, Roesch, R. Childhood abuse and adolescent sexual re-offending: A meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*. 2011 40(5):401-17.
56. Maniglio, R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011; 124(1):30-41.
57. Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):647-57.
58. Maniglio, R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(7):631-42.
59. Maniglio, R. The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases*. 2011 30(3):216-28.
60. Maniglio, R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2013 14(2):96-112.
61. Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders*. 2013 15(4):341-58.
62. Maniglio, R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(4):561-73.
63. Martins, CMS, de Carvalho Tofoli, SM, Von, WB, C, Jurueña, M. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*. 2011; 4(2):219-27.
64. Miller, AB, Esposito-Smythers, C, Weismore, JT, Renshaw, KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013 16(2):146-72.
65. Tyler, KA. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression & Violent Behavior*. 2002; 7(6):567.
66. Ullman, SE. Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression & Violent Behavior*. 2004; 9(4):331-51.
67. Weich, S, Patterson, J, Shaw, R, Stewart-Brown, S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*. 2009; 194(5):392-8.
68. Whitaker, DJ, Le, B, Hanson, K, Baker, CK, McMahon, PM, Ryan, G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2008; 32(5):529-48.

69. Bassarath, L. Conduct disorder: A biopsychosocial review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*. 2001; 46(7):609-16.
70. Bienvenu, OJ, Stein, MB. Personality and anxiety disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*. 2003; 17(2):139-51.
71. Chen, LP, Murad, MH, Paras, ML, Colbenson, KM, Sattler, AL, Goranson, EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(7):618-29.
72. Draucker, CB, Mazurczyk, J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*. 2013; 61(5):291-310.
73. King, CA, Merchant, CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 2008; 12(3):181-96.
74. Langeland, W, Hartgers, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*. 1998; 59(3):336-48.
75. Maniglio, R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013; 17(3):268-82.
76. Maniglio, R. Significance, nature, and direction of the association between child sexual abuse and conduct disorder: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2014; Epub f tryck.
77. Norman, RE, Byambaa, M, De, R, Butchart, A, Scott, J, Vos, T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis *Plos Medicine*. 2012; 9(11):e1001349.
78. Simpson, TL, Miller, WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22(1):27-77.
79. Fazel, M, Reed, RV, Panter-Brick, C, Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*. 2012; 379(9812):266-82.
80. Bogosian, A, Moss-Morris, R, Hadwin, J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 2010; 24(9):789-801.
81. Chi, P, Li, X. Impact of parental HIV/AIDS on children's psychological well-being: A systematic review of global literature. *AIDS and Behavior*. 2013; 17(7):2554-74.
82. Connell, AM, Goodman, SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2002; 128(5):746-73.
83. Glasheen, C, Richardson, GA, Fabio, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*. 2010; 13(1):61-74.
84. Glodich, A. Traumatic exposure to violence: A comprehensive review of the child and adolescent literature. *Smith College Studies in Social Work*. 1998; 68(3):321-45.
85. Lapalme, M, Hodgins, S, LaRoche, C. Children of parents with bipolar disorder: A meta-analysis of risk for mental disorders. *The Canadian*

- Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie. 1997; 42(6):623-31.
86. Micco, JA, Henin, A, Mick, E, Kim, S, Hopkins, CA, Biederman, J, et al. Anxiety and de-pressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(8): 1158-64.
 87. Osborn, T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2007 16(2):101-26.
 88. Afifi, TO, Macmillan, HL. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*. 2011; 56(5):266-72.
 89. Correia, LL, Linhares, MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: A literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2007; 15(4):677-83.
 90. Hendricks, K, Liu, J. Childbearing depression and childhood aggression: Literature review. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. . 2012; 37(4):253-61.
 91. Leen-Feldner, E, Feldner, MT, Knapp, A, Bunaciu, L, Blumenthal, H, Amstadter, AB. Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(8):1106-33.
 92. Rasic, D, Hajek, T, Alda, M, Uher, R. Risk of mental illness in offspring of parents with schiz-ophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk stud-ies. *Schizophrenia Bulletin*. . 2014; 40(1): 28-38.
 93. Adler-Baeder, F. What do we know about the physical abuse of step-children? A review of the literature. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2006; 44(3-4):67-81.
 94. Barlow, JH, Ellard, DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*. 2006; 32(1):19-31.
 95. Vermaes, IPR, van Susante, AMJ, van Bakel, HJA. Psychological function-ing of siblings in families of children with chronic health condi-tions: A meta-analysis. *Journal of Pe-diatric Psychology*. 2012; 37(2):166-84.
 96. Ma, N, Roberts, R, Winefield, H, Furber, G. The prevalence of psycho-pathology in siblings of children with mental health problems: A 20-year systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*. 2014.
 97. Brisson, D, Roll, S. The effect of neighborhood on crime and safety: A review of the evidence. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2012; 9(4):333-50.
 98. Coulton, CJ, Crampton, DS, Irwin, M, Spilsbury, JC, Korbin, J. How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31(11-12):1117-42.
 99. Curtis, S, Pain, R, Fuller, S, Khatib, Y, Rothon, C, Stansfeld, SA, et al. Neighbourhood risk factors for common mental disorders among young people aged 10–20 years: A structured review of quantitative research. *Health & Place*. 2013; 20:81-90.
 100. Fowler, PJ, Tompsett, CJ, Braciszewski, JM, Jacques-Tiura, A, Baltes, BB. Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. . *Development and Psychopathology*. 2009; 21(1), 227-259(1):227-59.
 101. Heerde, JA, Hemphill, SA, Scholes-Balog, K. ‘Fighting’ for survival: A systematic review of physically violent behavior perpetrated and experi-

- enced by homeless young people. *Aggression & Violent Behavior*. 2014; 19(1):50-66.
102. Anglemeyer, A, Horvath, T, Rutherford, G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2014; 160(2):101-10.
 103. Freisthler, B, Merritt, DH, LaScala, EA. Understanding the ecology of child maltreatment: A review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*. 2006; 11(3):263-80.
 104. Reneflot, A, Evensen, M. Unemployment and psychological distress among young adults in the nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*. 2014; 23(1):3-15.
 105. Henkel, D. Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*. 2011; 4(1):4-27.
 106. Derzon, JH. The correspondence of family features with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2010; 6(3):263-92.
 107. Lemstra, M, Neudorf, C, D'Arcy, C, Kunst, A, Warren, LM, Bennett, NR. A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*. 2008; 99(2):125-9.
 108. Reiss, F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), . 2013; 90: 24-31.
 109. Mammen, G, Faulkner, G. Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 45(5):649-57.
 110. Hoare, E, Skouteris, H, M, F-T, Millar, L, Allender, S. Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: A systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2014 15(1):40-51.
 111. Janssen, I, Leblanc, AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7:40-.
 112. Johnson, KE, Taliaferro, LA. Relationships between physical activity and depressive symptoms among middle and older adolescents: A review of the research literature. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*. 2011; 16(4):235-51.
 113. Alvaro, PK, Roberts, RM, Harris, JK. A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*. 2013; 36(7):1059-68.
 114. Bhutta, AT, Cleves, MA, Casey, PH, Cradock, MM, Anand, KJS. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. . *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(6):728-37.
 115. Burnett, AC, Anderson, PJ, Cheong, J, Doyle, LW, Davey, CG, Wood, SJ. Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: A meta-analysis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*. 2011; 41(12):2463-74.

116. Dixon, DR, Kurtz, PF, Chin, MD. A systematic review of challenging behaviors in children exposed prenatally to substances of abuse. . Research in Developmental Disabilities. 2008; 29(6):483-502.
117. Einfeld, SL, Ellis, LA, Emerson, E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. . Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2011; 36(2):137-43.
118. Galvao, TF, Silva, MT, Zimmermann, IR, Souza, KM, Martins, SS, Pereira, MG. Pubertal timing in girls and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2014; 155:13-9.
119. Jones, L, Bellis, MA, Wood, S, Hughes, K, McCoy, E, Eckley, L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. The Lancet. 2012; 380(9845):899-907.
120. Karsdorp, PA, Everaerd, W, Kindt, M, Mulder, BJM. Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology. 2007; 32(5):527-41.
121. Lavigne, JV, Faier-Routman, J. Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. Journal of Pediatric Psychology. 1992 17(2):133-57.
122. Lavigne, JV, Faier-Routman, J. Correlates of psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review and comparison with existing models. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1993; 14(2):117-23.
123. LeBovidge, JS, Lavigne, JV, Donenberg, GR, Miller, ML. Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: A meta-analytic review. Journal of Pediatric Psychology. 2003; 28(1): 29-39.
124. McQuaid, EL, Kopel, SJ, Nassau, JH. Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 2001; 22(6):430-9.
125. Pinquart, M, Pfeiffer, JP. Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: A meta-analysis. British Journal of Visual Impairment. 2011; 29(1):27-45.
126. Pinquart, M, Shen, Y. Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: A meta-analysis. Acta Paediatrica. 2011 100(8):1069-76.
127. Pratt, TC, Cullen, FT, Blevins, KR. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis. International Journal of Police Science & Management. 2002; 4(4):344-60.
128. Pratt, TC, McGloin, JM, Fearn, NE. Maternal cigarette smoking during pregnancy and Criminal/Deviant behavior: A meta-analysis. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2006 50(6):672-90.
129. Rennick, JE, Rashotte, J. Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: A systematic review of the research. Journal of Child Health Care. 2009 13(2):128-49.
130. Reynolds, KA, Helgeson, VS. Children with diabetes compared to peers: Depressed? Distressed?: A meta-analytic review. Annals of Behavioral Medicine. 2011; 42(1):29-41.
131. Schry, AR, White, SW. Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. Addictive Behaviors. 2013; 38(11):2690-706.

132. Serra-Pinheiro, M, Coutinho, ESF, Souza, IS, Pinna, C, Fortes, D, Araújo, C, et al. Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and meta-regression investigation. *Journal of Attention Disorders*. 2013; 17(6):459-69.
133. Sørhøvd, MJ, Hansen, BM, Brok, J, Esbjørn, BH, Greisen, G. Anxiety in adolescents born preterm or with very low birthweight: A meta-analysis of case-control studies. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2012; 54(11):988-94.
134. Trenchard, SO, Rust, S, Bunton, P. A systematic review of psychosocial outcomes within 2 years of paediatric traumatic brain injury in a school-aged population. *Brain Injury*. 2013; 27(11):1217-37.
135. Williams, JHG, Ross, L. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16(4):243-53.
136. Allely, CS. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: A systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1):133-.
137. Augustinavicius, JLS, Zanjani, A, Zakzanis, KK, Shapiro, CM. Polysomnographic features of early-onset depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 158:11-8.
138. Bennett, DS, 19(2), -. Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 1994.
139. Blaine, B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*. 2008 13(8):1190-7.
140. Blumenthal, H, Leen-Feldner, E, Badour, CL, Babson, KA. Anxiety psychopathology and alcohol use among adolescents: A critical review of the empirical literature and recommendations for future research. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2011; 2(3):318-53.
141. Casswell, M, French, P, Rogers, A. Distress, defiance or adaptation? A review paper of at-risk mental health states in young offenders. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012; 6(3):219-28.
142. Gomes, A, Rinehart, N, Greenham, M, Anderson, V. A critical review of psychosocial outcomes following childhood stroke (1995-2012). *Developmental Neuropsychology*. 2014 39(1):9-24.
143. Halfon, N, Labelle, R, Cohen, D, Guilé, J, Breton, J. Juvenile bipolar disorder and suicidality: A review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 22(3):139-51.
144. Horner-Johnson, W, Drum, CE. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2006; 12(1):57-69.
145. Hunt, O, Burden, D, Hepper, P, Johnston, C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. *European Journal of Orthodontics*. 2005; 27(3):274-85.
146. James, A, Lai, FH, Dahl, C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110(6):408-15.
147. Keightley, ML, Côté, P, Rumney, P, Hung, R, Carroll, LJ, Cancelliere, C, et al. Psychosocial consequences of mild traumatic brain injury in children: Results of a systematic review by the international collaboration on mild traumatic brain injury prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014 95(3):S192-S200.

148. Latal, B, Helfricht, S, Fischer, JE, Bauersfeld, U, Landolt, MA. Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: A systematic review. *BMC Pediatrics*. 2009; 9:6.
149. Lax Pericall, MT, Taylor, E. Family function and its relationship to injury severity and psy-chiatric outcome in children with acquired brain injury: A systematized review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2014; 56(1):19-30.
150. Lovato, N, Gradisar, M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: Recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Medicine Reviews*. 2014; 18(6):521-9.
151. Lu, Y, Mak, K, van Bever, H, P.S, Ng, TP, Mak, A, Ho, RC. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*. 2012; 23(8):707-15.
152. Lund, LW, Schmiegelow, K, Rehnitz, C, Johansen, C. A systematic review of studies on psychosocial late effects of childhood cancer: Structures of society and methodological pitfalls may challenge the conclusions. *Pediatric Blood & Cancer*. 2011; 56(4), 532-543(4):532-43.
153. Luppino, FS, de Wit, L, M, Bouvy, PF, Stijnen, T, Cuijpers, P, Penninx, BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(3):220-9.
154. Maryam, S, Parviz, B. Depression in children and adolescents with epilepsy: A 15 year research review of prevalence, and demographic and seizure related correlates. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2013; 23(1):1-7.
155. Pompili, M, Forte, A, Lester, D, Erbuto, D, Rovedi, F, Innamorati, M, et al. Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76(5):352-60.
156. Pulgarón, E, R. Childhood obesity: A review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics*. 2013; 35(1):A18-A32.
157. Reilly, C, Agnew, R, Neville, BGR. Depression and anxiety in childhood epilepsy: A re-view. *Seizure. The Journal of the British Epilepsy Association*. 2011; 20(8):589-97.
158. Storebø, OJ, Simonsen, E. The association between ADHD and antisocial personality disorder (ASPD): A review. *Journal of Attention Disorders*. 2013.
159. van Steensel, FJA, Bögels, S, Perrin, S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011; 14(3):302-17.
160. Victor, SE, Klonsky, ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2014; 34(4):282-97.
161. Wakschlag, LS, Pickett, KE, Cook, E, Jr., , Benowitz, NL, Leventhal, BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: A review. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(6):966-74.
162. Zhang, J, Yan, F, Li, Y, McKeown, RE. Body mass index and suicidal behaviors: A critical review of epidemiological evidence. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 148(2-3):147-60.

163. Jamal, F, Fletcher, A, Harden, A, Wells, H, Thomas, J, Bonell, C. The school environment and student health: A systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*. 2013; 13:798-.
164. Fletcher, A, Bonell, C, Hargreaves, J. School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2008; 42(3):209-20.
165. Kidger, J, Araya, R, Donovan, J, Gunnell, D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: A systematic review. *Pediatrics*. 2012; 129(5):925-49.
166. Cook, CR, Williams, KR, Guerra, NG, Kim, TE, Sadek, S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*. 2010; 25(2):65-83.
167. Jones, TW. Equally cursed and blessed: Do gifted and talented children experience poorer mental health and psychological well-being? *Educational and Child Psychology*. 2013; 30(2):44-66.
168. Maag, JW, Reid, R. Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*. 2006; 39(1):3-10.
169. Asscher, JJ, van Vugt, ES, Stams, GJJM, Dekovic, M, Eichelsheim, VI, Yousfi, S. The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and (violent) recidivism: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 52(11):1134-43.
170. Bertha, EA, Balázs, J. Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 22(10):589-603.
171. Clauss, JA, Blackford, JU. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(10):1066-75.
172. Edens, JF, Campbell, JS, Weir, JM. Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analysis of the psychopathy checklist measures. *Law and Human Behavior*. 2007; 31(1):53-75.
173. Leen, E, Sorbring, E, Mawer, M, Holdsworth, E, Helsing, B, Bowen, E. Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression & Violent Behavior*. 2013; 18(1):159-74.
174. Malti, T, Krettenauer, T. The relation of moral emotion attributions to prosocial and antisocial behavior: A meta-analysis. *Child Development*. 2013; 84(2):397-412.
175. Moller, CI, Tait, RJ, Byrne, DG. Deliberate self-harm, substance use, and negative affect in nonclinical samples: A systematic review. *Substance Abuse*. 2013; 34(2):188-207.
176. Pratt, TC, Cullen, FT. The empirical status of gottfredson and hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*. 2000 38(3):931-64.
177. Rood, L, Roelofs, J, Bögels, SM, Nolen-Hoeksema, S, Schouten, E. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):607-16.
178. Wesselhoeft, R, Sørensen, MJ, Heiervang, ER, Bilenberg, N. Subthreshold depression in children and adolescents-A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(1):7-22.

179. Brezo, J, Paris, J, Turecki, G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113(3):180-206
180. Galaif, ER, Sussman, S, Newcomb, MD, Locke, TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2007 19(1):27-35.
181. Najt, P, Fusar-Poli, P, Brambilla, P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*. 2011; 186(2-3):159-64.
182. Webb, L. Deliberate self-harm in adolescence: A systematic review of psychological and psychosocial factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(3):235-44.
183. Zoccolillo, M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31(3):547-56.
184. Gladstone, TR, Kaslow, NJ. Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 1995; 23(5):597-606.
185. Miller, LE. Perceived threat in childhood: A review of research and implications for children living in violent households. *Trauma, Violence & Abuse*. 2014; Epub f tryck.
186. Friedman, MS, Marshal, MP, Guadamuz, TE, Wei, C, Wong, CF, Saewyc, EM, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(8):1481-94.
187. King, M, Semlyen, J, Tai, SS, Killaspy, H, Osborn, D, Popelyuk, D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(70).
188. Smokowski, P, David-Ferdon, C, Stroupe, N. Acculturation and violence in minority adolescents: A review of the empirical literature. *Journal of Primary Prevention*. 2009; 30(3):215-63.
189. Rivas-Drake, D, Syed, M, Umaña-Taylor, A, Markstrom, C, French, S, Schwartz, SJ, et al. Feeling good, happy, and proud: A meta-analysis of positive ethnic-racial affect and adjustment. *Child Development*. 2014; 85(1):77-102.
190. Sowislo, JF, Orth, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*. 2013; 139(1):213-40
191. Starr, LR, Davila, J. Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008; 117(4):762-75
192. Walker, JS, Bright, JA. False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009; 20(1):1-32.
193. Yonker, JE, Schnabelrauch, CA, DeHaan, LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(2):299-314.
194. Marshal, MP, Dietz, LJ, Friedman, MS, Stall, R, Smith, HA, McGinley, J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *The Journal of Adoles-*

- cent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine. 2011; 49(2):115-23.
195. Vrangalova, Z, Savin-Williams, R. Psychological and physical health of mostly heterosexuals: A systematic review. *Journal of Sex Research*. 2014; 51(4):410-45.
 196. Boden, JM, Fergusson, DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011; 106(5):906-14.
 197. Bonta, J, Law, M, Hanson, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(2):123-42.
 198. Boylan, K, Vaillancourt, T, Boyle, M, Szatmari, P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16(8):484-94.
 199. Degenhardt, L, Hall, W, Lynskey, M. REVIEW exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003; 98(11):1493.
 200. Pompili, M, Serafini, G, Innamorati, M, Biondi, M, Siracusano, A, Di Giannantonio, M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012; 262(6):469-85.
 201. Portzky, G, van Heeringen, K. Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20(4):337-42.
 202. Chaiton, MO, Cohen, JE, O'Loughlin, J, Rehm, J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*; 2009. p. 356.
 203. Daine, K, Hawton, K, Singaravelu, V, Stewart, A, Simkin, S, Montgomery, P. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *Plos One*; 2013. p. e77555.
 204. Loth, AK, Drabick, DAG, Leibenluft, E, Hulvershorn, LA. Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014
 205. Moore, THM, Zammit, S, Lingford-Hughes, A, Barnes, TRE, Jones, PB, Burke, M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; 370(9584):319-28.
 206. Morissette, SB, Tull, MT, Gulliver, SB, Kamholz, BW, Zimering, RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(2):245-72.
 207. Moylan, S, Jacka, FN, Pasco, JA, Berk, M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: A systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*. 2012 10:123-.
 208. Piquero, AR, Jennings, WG, Diamond, B, Reingle, JM. A systematic review of age, sex, ethnicity, and race as predictors of violent recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2013; Epub f tryck.
 209. Fearon, RP, Bakermans-Kranenburg, M, van IJzendoorn, MH, Lapsley, A, Roisman, GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children s externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*., 2010; 81(2):435-56.
 210. Kossowsky, J, Pfaltz, MC, Schneider, S, Taeymans, J, Locher, C, Gaab, J. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2013 170(7):768-81.

211. McLeod, BD, Wood, JJ, Weisz, JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(2):155-72. .
212. Crepeau-Hobson, M, Leech, NL. The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: A critical review of the literature. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(1):58-77.
213. Khaleque, A, Rohner, RP. Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intra-cultural studies. *Journal of Marriage and Family*. 2002; 64(1):54-64.
214. Kim, YS, Leventhal, B. Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2008; 20(2):133-54.
215. Reijntjes, A, Kamphuis, JH, Prinzie, P, Boelen, PA, van, dS, Telch, MJ. Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: A meta-analysis. *Aggressive Behavior*. 2011 37(3):215-22.
216. Reijntjes, A, Kamphuis, JH, Prinzie, P, Telch, MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*. 2010 34(4):244-52.
217. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F. School bullying as a predictor of violence later in life: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17(5):405-18.
218. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F, Loeber, R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 2011; 3(2):63-73.
219. Ttofi, MM, Farrington, DP, Lösel, F, Loeber, R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011; 21(2):80-9.
220. Betancourt, TS, Borisova, I, Williams, TP, Meyers-Ohki, S, Rubin-Smith, J, Annan, J, et al. Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers--systematic review of the literature and recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2013; 54(1):17-36.
221. van Geel, M, Vedder, P, Tanilon, J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. . *JAMA Pediatrics*. 2014; 168(5):435-42.
222. Nanni, V, Uher, R, Danese, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2012 169(2):141-51.
223. Tonmyr, L, Thornton, T, Draca, J, Wekerle, C. A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*. 2010; 6(3):223-34.
224. Yap, MBH, Pilkington, PD, Ryan, SM, Jorm, AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014 156:8-23.
225. Bair-Merritt, M, Blackstone, M, Feudtner, C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: A systematic review. *Pediatrics*. 2006; 117(2):e278-e90.
226. Teubert, D, Pinquart, M. The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*. 2010; 10(4):286-307.

- 227. Anderson, CA, Shibuya, A, Ihori, N, Swing, EL, Bushman, BJ, Sakamoto, A, et al. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(2):151-73.
- 228. Sherry, JL. The effects of violent video games on aggression: A meta-analysis. *Human Communication Research*. 2001; 27(3):409-31.
- 229. Anderson, CA, Bushman, BJ. Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science*. 2001; 12(5):353-9.

Bilaga 5 Förslag till uppgifter för systematisk uppföljning i BBIC

I det följande materialet presenteras en översikt av uppgifter för systematisk uppföljning i BBIC utifrån olika processteg. Processtegen utgår från den Nationella Informationsstrukturen där aktuella steg för att samla in uppgifter för systematisk uppföljning är Aktualisera, Besluta, Utforma uppdrag och Följa upp. I varje processteg redovisas förslag på variabler, typ och på vilket sätt uppgiften kan samlas in.

De olika typerna är bakgrundsfaktorer, processvariabler och resultatvariabler.

Variabler ska kunna gå att analysera sinsemellan och i förhållande till bakgrundsfaktorerna, exempelvis i förhållande till barnets kön, ålder, typ av insats, lagrum, identifierad utsatthet.

Vid typ av variabel anges i parentes förslag på vilket sätt uppgiften kan samlas in: (A) Samlas in automatiskt av systemet, (G) Anges av handläggaren efter hand samt (B) Besvaras av handläggaren vid avslut av respektive fas. Där variabeln skulle kunna mätas med fasta svarsalternativ anges (F) i listan.

Uppgifter som samlas in på individnivå ska kunna sammanställas på aggregerad nivå (gruppnivå) för att bilda underlag för lokal verksamhetsuppföljning. På sikt skulle aggregerade BBIC-statistiken även kunna samlas in på regional och nationell nivå.

Data behöver kunna exporteras till olika verktyg för dataanalys så att olika statistikrapporter kan presenteras i överskådlig layout i form av diagram. Fasta statistikrapporter behöver kunna tas ut lokalt och – på sikt – även för rapportering elektroniskt till nationell nivå, utan manuell rapportering från kommunerna.

AKTUALISERA		
Variabel	Typ av variabel (inmatning av uppgifter)	Hur mäts variabeln
Kön	Bakgrund – grunduppgift (A/G)	
Ålder	Bakgrund – grunduppgift (A/G)	
Ursprung	Bakgrund – grunduppgift (A/G)	
Vårdnadshavare, god man för ensamkommande barn	Bakgrund – grunduppgift (A/G)	
Boendesituation	Bakgrund – grunduppgift (A/G)	
Typ av aktualisering	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Tid för förhandsbedömning	Process – rättssäkerhet (G)	
Vem som gjort anmälan	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Vem som gjort ansökan	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Vem som lämnat information på annat sätt	Process – rättssäkerhet (G)	(F)

AKTUALISERA		
Variabel	Typ av variabel (inmatning av uppgifter)	Hur mäts variabeln
Bekräftat till anmälare att anmälan tagits emot	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Behov av omedelbart skydd	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Utredning inleds	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Orsak till att utredning inte inleds	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Beslut har återkopplats till anmälningsskyldig anmälare som begärt återkoppling	Process – samverkan (G)	(F)
Haft samtal med barnet/den unge under aktualiserfasen	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft observationer med barnet under aktualiserfasen	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft samtal med vårdnadshavare under aktualiserfasen	Process – delaktighet (G)	(F)

BESLUTA		
Variabel	Typ av variabel (inmatning av uppgifter)	Hur mäts variabeln
Utredningstid	Process – rättsäkerhet (A)	
Haft samtal med barnet/den unge under utredningen	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft observationer med barnet under utredningen	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft samtal med vårdnadshavare under utredningen	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft samtal med andra referenspersoner under utredningen	Process – delaktighet (G)	(F)
Använt bedömningsmetoder i samband med utredningen	Process – kunskap (G)	(F) bedömningsmetod anges
Underlag till utredningen har inhämtats på annat sätt	Process – kunskap (G)	(F)
Medicinsk kompetens har lämnat uppgifter till utredningen	Process – samverkan (B)	(F)
Läkarundersökning vid placering har genomförts	Process – samverkan (B)	(F) kan även anges under Följa upp
Tandundersökning vid placering har genomförts	Process – samverkan (B)	(F) kan även anges under Följa upp
Uppgifter om behov av pedagogiskt stöd har inhämtats för barn/unga som ska placeras	Process – samverkan (B)	(F) kan även anges under Följa upp

Psykologisk kompetens har lämnat uppgifter till utredningen	Process – samverkan (B)	(F)
Pedagogisk kompetens har lämnat uppgifter till utredningen	Process – samverkan (B)	(F)
Identifierad utsatthet Hemmiljö	Resultat – grundproblematik (B)	(F) basmätning, flera alt. kan anges
Identifierad utsatthet Eget beteende	Resultat – grundproblematik (B)	(F) basmätning, flera alt. kan anges
Annan identifierad utsatthet	Resultat – grundproblematik (B)	(F)
Barnets utbildningsnivå	Resultat - situation (B)	(F) basmätning
Riskbedömning om barnet/den unge far illa i nuvarande situation	Resultat – riskbedömning (B)	(F) basmätning, graderad skala
Riskbedömning lång sikt för psykosocial problematik	Resultat – riskbedömning (B)	(F) basmätning, graderad skala
Beslut efter utredning	Process – rättssäkerhet (G)	(F)
Beslut om insats heldygnsvård	Bakgrund – typ av insats (G)	(F)
Beslut om insats öppenvård	Bakgrund – typ av insats (G)	(F)
Beslut om uppföljning av barnets situation inom max 2 mån	Bakgrund – typ av insats (G)	(F)

UTFORMA UPPDRAG		
Variabel	Typ av variabel (inmatning av uppgifter)	Hur mäts variabeln
Haft samtal med barnet/den unge om planeringen av insatsen	Process – delaktighet (B)	(F)
Insatsen fokuserar på Barnets utveckling	Resultat – centrala behov (B)	(F) aktuella områden och delområden anges
Insatsen fokuserar på Föräldrarnas förmåga	Resultat – centrala behov (B)	(F) aktuella områden och delområden anges
Insatsen fokuserar på Familj och miljö	Resultat – centrala behov (B)	(F) aktuella områden och delområden anges
Upprättad Samordnad Individuell Plan	Process – samverkan (B)	(F)
Information till andra verksamheter vid placering av barn i förskoleåldern 0-5 år	Process – samverkan (B)	(F) flera val kan anges
Information till andra verksamheter vid placering av barn och unga i skolåldern 6-18 år	Process – samverkan (B)	(F) flera val kan anges

FÖLJA UPP		
Variabel	Typ av variabel (inmatning av uppgifter)	Hur mäts variabeln
Tid för uppföljning	Process – rättssäkerhet (A)	
Haft samtal med barnet/den unge vid uppföljning med placerat barn/ungdom	Process – delaktighet (G)	(F), varje halvår vid övervägande
Haft observationer med barnet vid uppföljning med placerat barn	Process – delaktighet (G)	(F) varje halvår vid övervägande
Haft samtal med barnet/den unge vid uppföljning av öppenvård	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft observationer med barnet vid uppföljning av öppenvård	Process – delaktighet (G)	(F)
Haft samtal med vårdnadshavare vid uppföljning	Process – delaktighet (G)	(F)
Använt bedömningsmetoder i samband med uppföljning	Process – kunskap (G)	(F)
Läkarundersökning vid placering har genomförts	Process – samverkan (B)	(F) kan även ha angetts i Besluta
Tandundersökning vid placering har genomförts	Process – samverkan (B)	(F) kan även ha angetts i Besluta

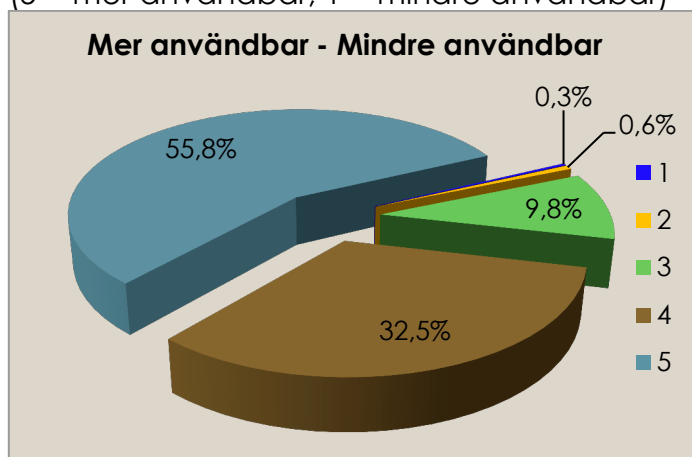
Uppgifter om behov av pedagogiskt stöd har inhämtats för barn/ungdom som är placerad	Process – samverkan (B)	(F) kan även ha angetts i Besluta
Medicinsk kompetens har lämnat uppgifter vid uppföljning	Process- samverkan (B)	(F)
Psykologisk kompetens har lämnat uppgifter vid uppföljning	Process – samverkan (B)	(F)
Pedagogisk kompetens har lämnat uppgifter till uppföljning	Process – samverkan (B)	(F)
Den som vårdar barnet/den unge har lämnat uppgifter vid uppföljningen	Process – samverkan (B)	(F)
Insatser samordnas med annan verksamhet	Process – samverkan (B)	(F)
Fokus för faktisk genomförd insats – Barnets utveckling	Resultat – centrala behov (B)	(F)
Fokus för faktisk genomförd insats – Föräldrarnas förmåga	Resultat – centrala behov (B)	(F)
Fokus för faktisk genomförd insats – Familj och miljö	Resultat – centrala behov (B)	(F)
Måluppfyllelse med insatsen per område och delområde i BBIC-triangeln	Resultat – måluppfyllelse (B)	(F) skala
Riskbedömning om barnet/den unge far illa i nuvarande situation	Resultat – riskbedömning (B)	(F) graderad skala
Riskbedömning lång sikt för psykosocial problematik	Resultat – riskbedömning (B)	(F) graderad skala

Beslut avslut av insats – insatsens längd	Process- rättsäkerhet (G)	
Orsak till avslut- öppenvård	Process- rättsäkerhet (G)	(F)
Orsak till avslut- dygnsvård	Process- rättsäkerhet (G)	(F)
Orsak till avslut med sammanbrott - öppenvård	Resultat – process (G)	(F)
Orsak till avslut med sammanbrott - dygnsvård	Resultat – process (G)	(F)
Situation vid avslut boendesituation	Resultat - situation (B)	(F)
Situation vid avslut sysselsättning	Resultat - situation (B)	(F)
Situation vid avslut utbildningsnivå	Resultat - situation (B)	(F)
Situation vid avslut försörjning	Resultat - situation (B)	(F)

Bilaga 6 Diagram av resultat från rikspiloten

Figur 1. Nya BBIC-triangeln

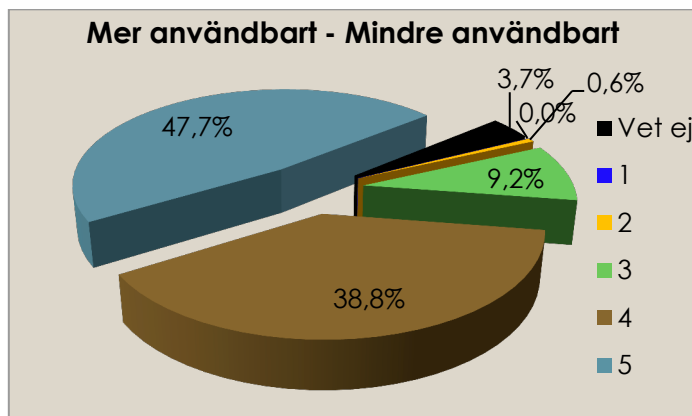
(5 = mer användbar, 1 = mindre användbar)



Kommentar:

Av figur 1 framgår att en stor majoritet, 88 procent, av de svarande tycker att den nya BBIC-triangeln är mer användbar (4 eller 5) än den nuvarande triangeln.

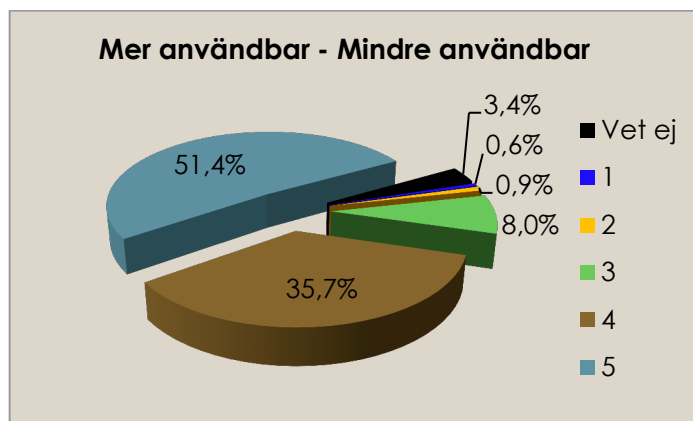
Figur 2. Innehållet i BBIC metodstöd



Kommentar:

Av figur 2 framgår att 86 procent av de svarande uppfattar att innehållet i BBIC metodstöd i sin helhet är mer användbart (4 eller 5) än innehåll i nuvarande BBIC fördjupningstema.

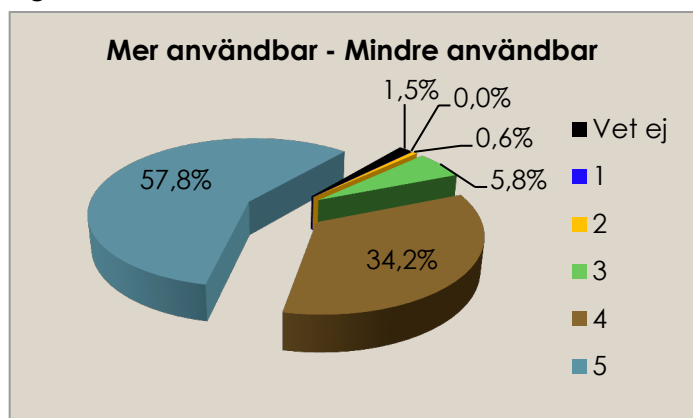
Figur 3. Inriktningen i metodstödet



Kommentar:

Av figur 3 framgår att 87 procent av de svarande uppfattar att inriktningen i BBIC metodstöd (BBIC-triangeln med områden, delområden och väsentliga aspekter samt stöd i handlägningsprocessen) i sin helhet är mer användbart (4 eller 5) än innehåll i nuvarande BBIC fördjupningstema.

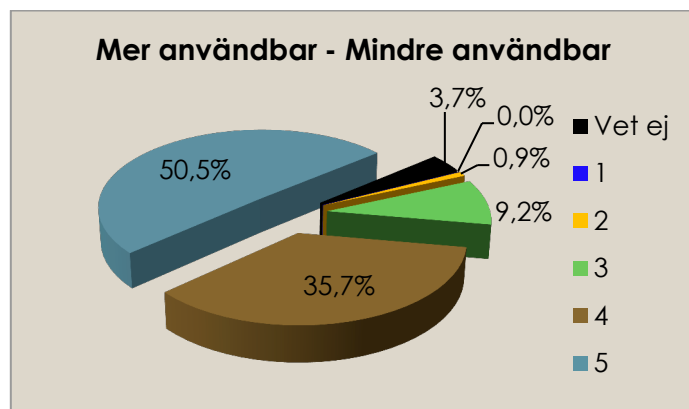
Figur 4. Strukturen i metodstödet



Kommentar:

Av figur 4 framgår att 93 procent av de svarande uppfattar att strukturen i BBIC metodstöd med områden, delområden och väsentliga aspekter för varje sida i triangeln är mer användbart (4 eller 5) än innehåll i nuvarande BBIC fördjupningsteman.

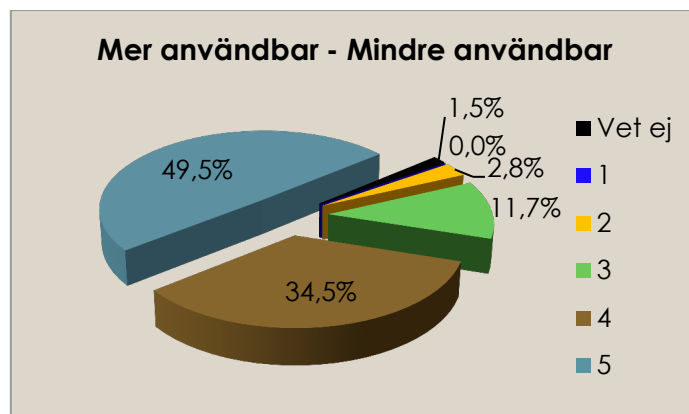
Figur 5. Nivån på "väsentliga aspekter för att fånga risk- och skyddsfaktorer"



Kommentar:

Av figur 5 framgår att 86 procent av de svarande uppfattar att detaljnivån när det gäller de väsentliga aspekter för varje sida i triangeln är mer användbar (4 eller 5) än detaljnivån i nuvarande BBIC fördjupningsteman.

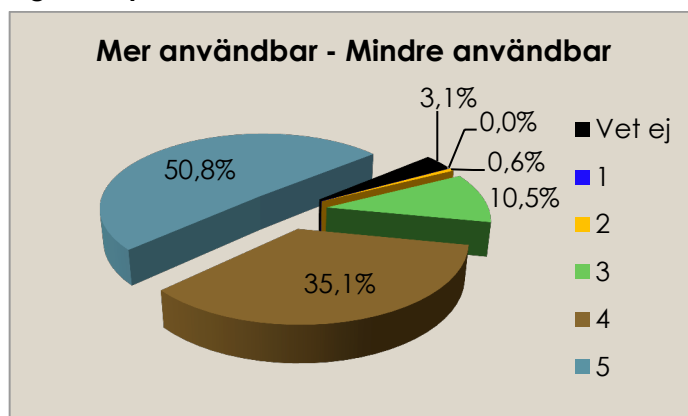
Figur 6. Analysdelen av barnets behov



Kommentar:

Av figur 6 framgår att 84 procent av de svarande uppfattar att analysdelen av barnets behov utifrån risk och skydd, centrala behov och mottaglighet är mer användbart (4 eller 5) än stödet för analys och bedömning som finns i nuvarande BBIC.

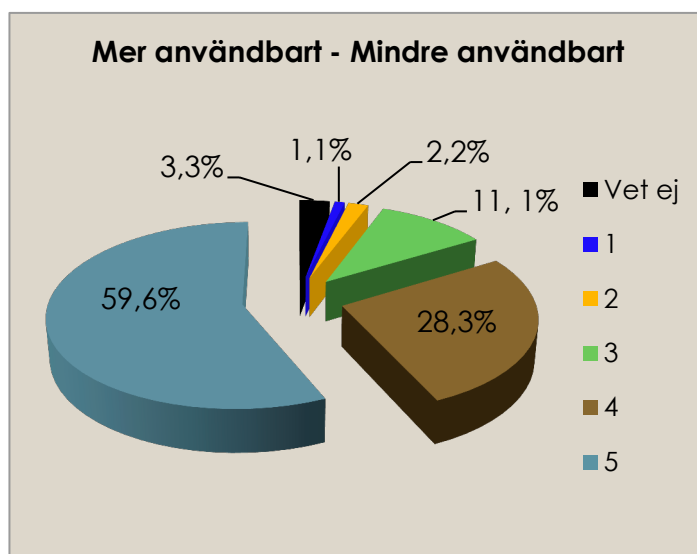
Figur 7. Nya formulärstrukturen



Kommentar:

Av figur 7 framgår att 86 procent av de svarande anser att den nya formulärstrukturen är mycket mer (5) eller mer användbar (4) än den nuvarande formulärstrukturen.

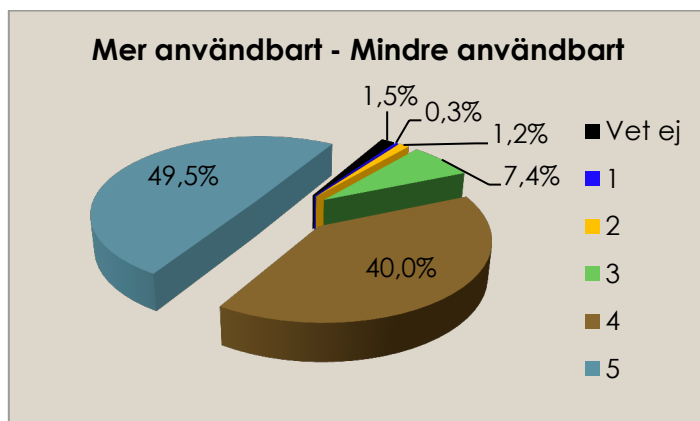
Figur 8. Uppdelning av information om de tre sidorna var för sig



Kommentar:

Av figur 8 framgår att 88 procent av de svarande anser att uppdelningen som innebär att informationen om de tre sidorna ska redovisas var för sig i det nya utredningsformuläret (som ska benämnas beslutsunderlag) är mycket mer (5) eller mer (4) användbar än uppdelningen i nuvarande utredningsformulär.

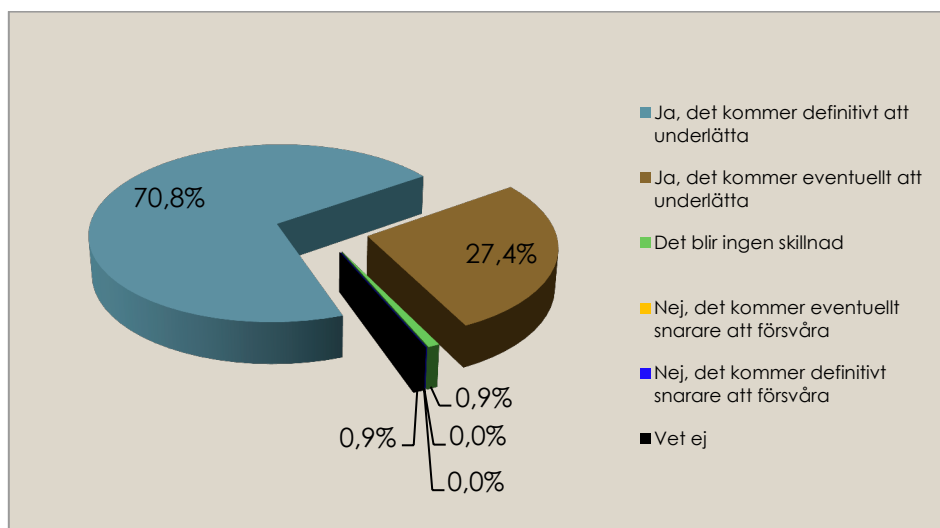
Figur 9. Det nya utredningsformuläret överlag (som ska benämnas beslutsunderlag)



Kommentar:

Av figur 9 framgår att majoriteten (90 procent) av de svarande anser att det nya utredningsformuläret (BBIC Beslutsunderlag) är mer användbart (4 eller 5) än det nuvarande utredningsformuläret.

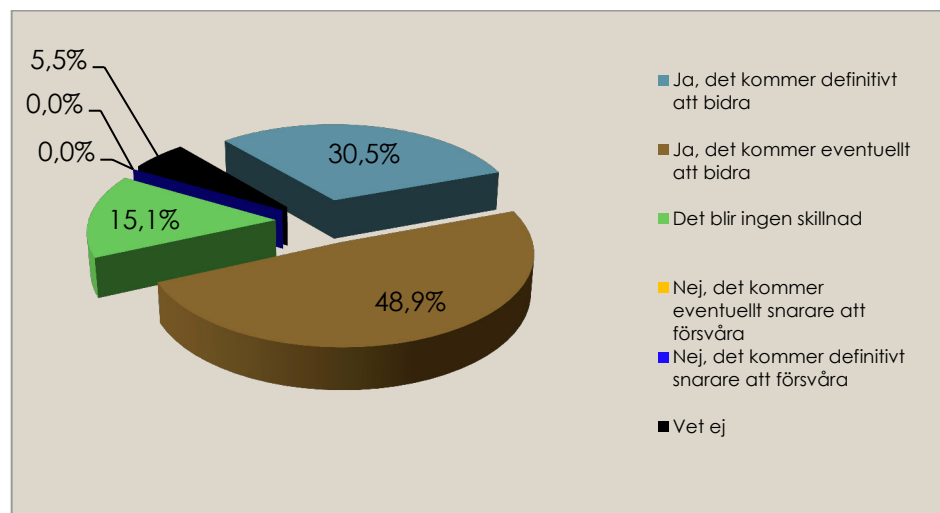
Figur 10. Nya versionen av BBIC underlättar arbetet jämfört med nuvarande BBIC



Kommentar:

Av figur 10 framgår att majoriteten av de svarande (71 procent) anser att den nya versionen av BBIC definitivt kommer att underlätta för dem i arbetet. Ytterligare 27 procent av de svarande anser att den nya versionen eventuellt kommer att underlätta arbetet. Ingen av de svarande anser att den nya versionen kommer att försvåra arbetet.

Figur 11. Nya versionen av BBIC bidrar till större förutsättningar för rätt stöd, skydd eller hjälp



Kommentar:

Av figur 11 framgår att 80 procent svarade att den nya versionen av BBIC kommer att bidra till att barn och föräldrar får större förutsättningar att få rätt stöd, skydd eller hjälp jämfört med nuvarande BBIC. I fritextfältet under frågan uttrycktes att det är mycket mer än BBIC som påverkar resultaten. Det handlar om hur BBIC förstås och används, om kompetens och erfarenhet och hur arbetsförhållanden och förutsättningarna ser ut lokalt.