

Barn och ungdomar som utmanar

**Vårdprogram för bedömning och behandling vid
trotssyndrom och uppförandestörning inom
barn- och ungdomspsykiatri**

Sammanfattning

Innehåll

<i>Generellt om stöd och behandling</i>	3
Vilka insatser har stöd i dagens forskningsläge?	3
Vilka insatser har inte stöd i dagens forskningsläge?	4
<i>Arbete med barn och ungdomar med risk för utagerande beteendestörning</i>	5
<i>BUP:s ansvar</i>	6
<i>Utvecklingsområden</i>	7
<i>Individualiserade insatser</i>	10
Att skapa en optimistisk och förtroendefull relation	10
Självbestämmande och valmöjlighet	11
Engagemang och motivation	11
<i>Utredning och bedömning</i>	12
Kartläggning av skydds- och riskfaktorer	12
<i>Insatser för riskutsatta barn</i>	15
Tidiga insatser för förskolebarn	15
Föräldra-spädbarnsverksamhet	16
Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer	16
Föräldraträningsprogram	17
Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser	20
Insatser för ungdomar 12-17 år och deras familjer	23
Behandlingsprogram	23
<i>Referenser</i>	30

Generellt om stöd och behandling

Vilka insatser har stöd i dagens forskningsläge?

1. *Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser.* Flera olika verksamheter kan bli involverade i insatser för barn och ungdomar med (risk för) utagerande beteendeproblem (förskolan eller skolan, barn- och skolhälsovården, socialtjänsten och BUP) och de kan göra olika saker som alla kan vara viktiga för att hjälpa barnet och hans eller hennes familj. Dessa verksamheter behöver känna till varandras ansvars- och kompetensområden för att på bästa sätt kunna planera och genomföra verksamhetsöverskridande samverkan och samarbete.
2. *Arbeta enligt en genomtänkt plan.* Det är viktigt att insatserna har ett långtidsperspektiv (med uppföljningsplaner och påfyllnings- eller ”booster”-sessioner) och regelbunden utvärdering. Det gynnar arbetet att redan i förväg ha en generell plan eller process för arbetet som samtliga involverade verksamheter följer. Planen talar om vad som behöver göras och i vilken ordning. Arbetet måste också dokumenteras kontinuerligt, vilket är en central del av en systematisk arbetsprocess.
3. *Identifiera och sätt in insatser innan det utagerande beteendet befästs.* Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat utagerande beteendeproblem behöver insatser och förutsättningarna att lyckas är bättre med tidiga interventioner. Ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering för att veta vilka barn som behöver hjälp.
4. *Använd strukturerade behandlingsmetoder som fokuserar på forskningsbaserade risker och resurser.* De behandlingsmetoder som fungerar bäst är strukturerade, fokuserade och multimodala beteende- och färdighetsinriktade interventioner. Med en strukturerad metodik för bedömning kan olika bedömare komma fram till samma resultat vid utvärdering, vilket ger en säkrare och mer tillförlitlig hantering av ett ärende. På så sätt får man också en bra grund för vilka insatser som bör sättas in samt för kommunikationen med barn och föräldrar samt mellan verksamheter. Det ger också möjlighet till mer strikta utvärderingar av huruvida insatserna har någon effekt.
5. *Diagnostisera och behandla samsjuklighet.* Oupptäckt ADHD, en obehandlad depression eller ångeststörning påverkar hur barnet eller den unge kan ta emot insatserna som erbjuds för den utagerande problematiken. Här är BUP:s kompetens viktig eftersom personalen kan upptäcka en eventuell samsjuklighet och värdera om den kan påverka insatserna. Bakom riskfaktorn ”bristande förmåga till socialt samspel” kan vi t.ex. ana bristande impuls kontroll, svårigheter med konflikthantering samt bristande social förmåga, kommunikation och tolkning av omvärldens signaler, dvs. det kan handla om neuropsykiatrisk problematik. ”Risker i

miljön” gäller barn som avvisas av sina kamrater samt har problem med stress och bristande stresshantering och ett svagt intresse för skolarbetet. En värdering av i vilken grad detta kan ha sin grund i psykiatrisk samsjuklighet, och skulle kunna påverkas av insatser mot sådan samsjuklighet, är ett värdefullt bidrag av BUP.

6. *Arbeta tillsammans med föräldrarna och barnet.* Barnen och vårdnadshavarna bör få vara delaktiga i insatserna som ska anpassas efter barnets behov. Föräldrarna spelar en central roll i barnets beteendeutveckling, och det är viktigt att samarbeta med dem och involvera dem i både bedömningen och insatserna.
7. *Fokusera på forskningsbaserade riskfaktorer och resurser.* Insatserna bör inriktas mot specifika risk- och skyddsfaktorer och mot det utagerande beteendet, och man bör fokusera på att förändra flera faktorer snarare än enstaka. Insatsernas innehåll måste baseras på forskningsresultat om mekanismer som kan utlösa och upprätthålla det utagerande beteendet. Många olika faktorer har visat sig hänga samman med utagerande beteendeproblem. Vid identifieringen, bedömningen och uppföljningen bör man främst fokusera på de faktorer som har visat sig vara viktigast – de som är direkt snarare än indirekt relaterade till utagerande beteendeproblem (proximala) och som är föränderliga (dynamiska). Det finns flera faktorer som kan minska risken för långvariga utagerande beteendeproblem och insatserna ska både stärka dessa resurser och reducera riskerna.
8. *Arbeta multimodalt.* Insatserna bör gälla flera nivåer och flera kontexter eller miljöer (föräldrarbete, individarbete, skolinsatser etc.) samt flera professioner (behandlare, specialpedagoger, läkare, lärare etc.) där man strävar efter att ändra både individens beteende och omgivningens förhållningssätt. Att tänka multimodalt innebär också att beakta samsjuklighet, kombinera olika psykologiska behandlingsmodeller, använda pedagogiska insatser samt tänka på att familjen kan behöva ekonomiskt stöd och avlastning i form av en stödfamilj eller en tillfällig familjehemsplacering. Dessutom bör man vara öppen för möjligheter till farmakologisk behandling.

Vilka insatser har inte stöd i dagens forskningsläge?

Följande insatser har inget stöd i dagens forskning:

- psykodynamisk individualterapi med ungdomar
- mindre strukturerade och fokuserade interventioner med oklar målsättning eller fokus på allmän relationsförståelse
- gruppbehandling med äldre barn (över 12 år) där det finns risk för negativ kamratpåverkan (”deviance-training” – träning i att utveckla negativa avvikande beteenden).

Arbete med barn och ungdomar med risk för utagerande beteendestörning

Den kunskap som finns om utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar understryker att de skapas kontinuerligt under uppväxten och sällan är problem som uppstår plötsligt vid en speciell tidpunkt. De kända riskfaktorerna är som regel aktuella redan under tidig barndom, både i form av riskmiljöer (t.ex. föräldraskap som sviktar av olika skäl) och faktorer hos barnet (t.ex. svårt temperament). All forskning talar för att tidiga insatser har större förutsättningar till framgång, men tidiga insatser har olika innebörd vid olika åldrar. För spädbarn och förskolebarn är fokus på föräldrarna och föräldraskapet. För barn på låg- och mellanstadiet är föräldrarna fortfarande viktiga men skolan får allt större betydelse som påverkansmiljö, och för äldre barn är det utöver föräldrar och skola också viktigt att engagera ungdomarna själva och om möjligt även kamratkretsen. Alla insatser till denna grupp barn och ungdomar kan ses som prevention av antisocialitet och kriminalitet i vuxenlivet. Stöd till småbarnsföräldrar (innan barnen har utvecklat några symtom) kan betraktas som selektiv prevention. Insatser till yngre barn med tidiga tecken på utagerande beteendeproblem räknas som indikerad prevention för sådana problem i ungdomsåren, insatser till förskolebarn är indikerad prevention för problem i skolåldern, och insatser till barn på låg- och mellanstadiet ses som indikerad prevention för problem i tonåren.

Barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem har ofta ett stort behov av förståelse, stöd och ibland behandlingsinsatser för att kunna fungera optimalt. Problemen är många gånger komplexa och berör flera aspekter av barnets eller den unges vardag, vilket kräver ett genomtänkt förhållningssätt inom och mellan verksamheter som möter barnen och ungdomarna. Det är också viktigt med ett risktänkande där man aktivt identifierar och försöker minska riskerna hos individen samt i familjen, skolan och näromgivningen. För att bryta en eventuellt nedåtgående spiral måste vi alltså genomföra insatser som är tillräckligt starka för att vända utvecklingen, genom att minska riskfaktorerna, stärka skyddsfaktorerna och motverka uppkomsten av nya symtom och störningar. Det räcker dock inte med en handfull metoder, utan insatserna ska baseras på en klok användning av beprövade arbetssätt som är anpassade till det enskilda barnet, dess vårdnadshavare och speciella livssituation. Målet är att minimera riskerna för en olycklig utveckling.

BUP:s ansvar

BUP:s ansvar är att utreda och diagnostisera barn och ungdomar samt ge dem stöd och behandling. Insatserna ska ges i anslutning till utredningen och diagnosen, men också på längre sikt inom de områden som inte ligger inom kommunens ansvar. Huvuddelen av vårdprogrammet försöker beskriva sjukvårdens och BUP:s roll som kan sammanfattas i följande punkter:

- När det gäller diagnostik ska BUP dels medverka i bedömningen av risk- och skyddsfaktorer med speciell inriktning på utvecklingspsykologi och utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsstörningar, dels beakta samsjuklighet i differentialdiagnostiken.
- BUP ska erbjuda olika former av individuell behandling för barn och ungdomar. De metoder för ungdomar som har empiriskt stöd är familjeinriktade, och när behovet är mer omfattande bör BUP tillhandahålla sådan behandling i samverkan med socialtjänsten.
- BUP har också ansvar för att diagnostisera och behandla särskilda undergrupper av utagerande beteendeproblem: missbruk i olika former, depression och ångest, bipolär sjukdom, störande beteende med labilt humör (DMDD) neuropsykiatrisk problematik, brist i empati eller flackt känsloliv ("callous traits"), fysisk misshandel och sexuella övergrepp.
- BUP ska också erbjuda psykofarmakoterapi vid utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar.

Utvecklingsområden

Mot bakgrund av vad forskning funnit vara angeläget kan följande utvecklingsområden vad gäller insatser för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem identifieras:

- Kommuner och landsting bör samverka lokalt om vem som gör vad. BUP bör arbeta för att öka samarbetet med andra aktörer och sitt engagemang för problemgruppen.
- BUP-verksamheten bör i samarbete med de sociala myndigheterna utveckla fungerande metoder för att identifiera barn i riskzonen för utagerande beteendeproblem. För att kunna erbjuda tidiga insatser måste man kunna identifiera sårbara föräldrar, helst redan under graviditeten (Sydsjö et al 2007). Samtidigt får man inte peka ut familjerna som problematiska, vilket är en intrikat balansgång.
- NICE har i sin genomgång lyft fram risktänkandet. De spädbarnsverksamheter som finns i Sverige bör därför bli bättre på att rikta insatser till familjer med högriskfaktorer, och strävan bör vara att nå familjer med riskfaktorer redan under graviditeten. BUP bör samverka med MVC, BVC, vuxenpsykiatri och socialtjänst i detta.
- Vårdgivare och myndigheter ska se till att det finns tydliga vårdkedjor för barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem så att de kan få en effektiv vård i samverkan mellan olika aktörer. I en sådan vårdkedja ska strävan vara att
 - specificera vilka insatser som finns att få i varje nivå (på BVC, inom socialtjänsten, på BUP etc.)
 - möjliggöra kommunikation mellan kliniker och organisationer på alla nivåer samt ge redskap för att hantera olikheter och oenigheter mellan dem
 - utveckla delade objektiva kriterier för att utreda och bedöma behov och risker, så långt det är möjligt.
- Vårdkedjan bör etablera arbetsgrupper för dem som arbetar med barn och ungdomar med ett antisocialt utagerande. Sådana nätverk bör innefatta vårdgivare och myndigheter från olika organisationer (socialtjänst, hälso- och sjukvård). Dessa arbetsgrupper ska
 - kunna påverka utbildningen och träningen av personalen på alla organisationsnivåer
 - inventera vilka utbildningsinsatser som behövs för att de metoder som föreslås i vårdprogrammet

- ha resurser för att kunna erbjuda specialisthjälp och handledning
 - utveckla standarder för vårdkedjor och koordinera dem
 - bevaka hur vårdkedjorna utvecklas och fungerar
 - se till att kunskapen om behov och insatser följer med när barn och unga går över till ett nytt skolstadium eller flyttar
 - se till att övergången mellan barn- och vuxenvård planeras och hanteras på ett genomtänkt sätt.
- BUP måste bedöma riskerna för yngre barn som kommer dit för utagerande beteendeproblem, utreda samsjuklighet och erbjuda behandling (inte minst för ADHD).
 - BUP bör arbeta för att föräldrar i riskzonen för att deras barn ska få utagerande beteende problem får tidiga stödinsatser.
 - BUP bör utveckla ett genomtänkt förhållningssätt till den s.k. ”första linjens” vård, för att i förlängningen ett proaktivt förhållningssätt baserat på risktänkande ska bli möjligt. Kunskapen om vilka insatser som kan förebygga allvarliga utagerande beteendeproblem visar hur viktigt det är med preventiva insatser innan problemen har blivit stora. Om BUP ska ha en roll i detta arbete kan man inte begränsa sig till att vara en specialistverksamhet för de barn och ungdomar som har allra svårast problem. Specialistbedömningar behövs även för problem som *kan* bli allvarliga, inte bara för de som redan är det.
 - BUP bör också definiera sin roll i arbetet med barn och ungdomar som har utagerande beteendeproblem. Av de uppräknade behandlingsinsatserna (se längre fram i vårdprogrammet) är det bara ett fåtal som erbjuds inom BUP (COPE, KOMET, De otroliga åren etc.), och det är ofta andra aktörer som håller i dem. Om BUP ska arbeta med barn och ungdomar som har samsjuklighet och/eller stora problem behövs en hel del arbete och forskning för att utveckla och införa metoder som passar dessa barn. Individuell behandling av barn och ungdomar är rimligen BUP:s ansvar, och därför bör BUP införa evidensbaserade metoder för sådan behandling. Likaså bör BUP erbjuda familjebaserade insatser till ungdomar.
 - BUP bör ta fram ett psykopedagogiskt informationsmaterial om utagerande beteendeproblem, dess konsekvenser och vilka stödinsatser som finns (jämför med föräldrautbildningen vid ADHD och autismspektrumstörning).
 - BUP bör erbjuda stöd till socialtjänsten, HVB-hem och SiS-hem när det gäller barnpsykiatriska bedömningar samt psykologisk och farmakologisk behandling.

- Socialtjänsten tar ett stort ansvar för vården av missbrukande ungdomar medan barn- och ungdomspsykiatri inte ser missbruket i sig som sitt primära ansvar. På BUP ses ungdomars missbruk ofta som en del av ett utagerande beteendeproblem. Om den nyligen presenterade Missbruksutredningens förslag att landstinget ska ha huvudansvaret för missbruksvård genomförs, måste BUP genomföra ett omfattande utvecklingsarbete för att kunna erbjuda missbruksvård till ungdomar. Om man enbart ser missbruk som en del i ett socialt normbrytande beteende riskerar ungdomar med missbruk och underliggande psykiatrisk problematik att hamna mellan stolarna. Forskningen visar att missbruk hos ungdomar hänger ihop med en hög psykiatrisk samsjuklighet och med normbrytande beteende. Därför är det viktigt att alla missbrukande ungdomar får en allsidig utredning och diagnostik, både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten.
- Polisens betydelse bör lyftas fram. Poliser träffar ungdomar som själva begår brott samt barn och ungdomar som bevittnar våld i hemmet. Dessutom är det poliser som söker efterlysta ungdomar, transporterar ungdomar som ska till slutenvård, HVB-hem etc. Dessa många och olika kontakter gör att polisen dels har behov av mer kunskap om utagerande beteendeproblem, dels bör ingå i arbetet med vårdkedjor.

Individualiserade insatser

All behandling och vård ska så långt som möjligt ta hänsyn till människors egna behov och önskemål. Även barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem ska kunna fatta informerade beslut om sin egen vård och behandling, tillsammans med vårdnadshavarna och vårdpersonalen. Det är nödvändigt med en god kommunikation, och den bör kompletteras med skriftlig information som är skraddarsydd för det aktuella behovet. Behandlingen och vården ska anpassas till barn och ungdomar med särskilda behov, t.ex. fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, den ska vara kulturellt anpassad och också fungera för personer som har svårt att förstå eller läsa svenska. Vårdnadshavarna ska också involveras i besluten om behandling och vård, om patienten inte motsätter sig det eller det bedöms olämpligt. Familjer ska också erbjudas den information och det stöd de behöver.

Att skapa en optimistisk och förtroendefull relation

Den personal som arbetar med barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem ska vara medvetna om hur man bäst engagerar och håller kvar människor i behandling. Ett positivt och uppmuntrande förhållningssätt fungerar bättre än en hård och straffande inställning.

Personalen ska:

- utforska behandlingsmöjligheterna med den optimistiska inställningen att resultaten kan bli framgångsrika
- bygga en förtroendefull relation med patienten och arbeta på ett engagerande, icke-dömande sätt
- vara konsekvent och pålitlig.
- diskutera utpekande och utanförskap
- peka på den hjälp som finns att få
- ge information och förklara hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och rättsväsendets olika roller
- ha goda kunskaper om lagstiftningen

Personalen ska också beakta varje familjs behov av stöd och vara särskilt uppmärksam på

- hur familjen påverkas av barnets eller den unges utagerande beteende
- konsekvenser för andra familjemedlemmar av alkohol och drogmissbruk
- om andra barn i familjen riskerar att utveckla utagerande beteendeproblem eller andra psykiska problem och om de behöver något stöd eller skydd.

Strävan bör vara att minimera alla avbrott eller störningar i de pågående terapeutiska interventionerna. Därför ska strävan vara att

- undvika onödiga förflyttningar mellan olika behandlare som kan hindra den planerade vården
- i planeringen och genomförandet av interventionerna se till att behandlingen kan överföras från öppen vård till en institution och tvärt om
- se till att utagerande barn och ungdomar från etniska minoritetsgrupper har likvärdiga möjligheter att få kulturellt lämpliga vårdinsatser
- erbjuda lättillgänglig information på ett lämpligt språk om språksvårigheter eller bristande läsförmåga hindrar människor från att ta del av insatserna, och psykologiska och andra interventioner ska också erbjudas på ett lämpligt språk eller med tillgång till tolk.

Självbestämmande och valmöjlighet

BUP-verksamheten ska balansera den unges självbestämmande och egna förmåga mot föräldrarnas och de anhörigas ansvar. Målsättningen ska vara att arbeta tillsammans med barnen och ungdomarna för att stötta deras självbestämmande och hjälpa dem att göra egna val. Därför ska personalen

- se till att barnen och ungdomarna är aktivt involverade i att hitta lösningar på sina problem, även under kriser
- uppmuntra dem att överväga andra behandlingsmöjligheter och vägar genom livet och diskutera konsekvenserna av dessa val.

Engagemang och motivation

Var uppmärksam på att barn och ungdomar med antisocialt beteende behöver stöd för att vara motiverade och engagerade i behandlingsinsatserna. Det gäller både vid den initiala bedömningen och som en integrerad och kontinuerlig del av alla interventioner för att förhindra avhopp från behandling. Då barn och ungdomar inte är myndiga innebär insatser i normalfallet alltid att familj och anhöriga berörs. Sträva efter att få den unge att uppmuntra familj och anhöriga att involveras. Var uppmärksam på att familjens engagemang inte innebär att andra stödinsatser minskas. Informera familjer om lokala stödgrupper för familjer och anhöriga.

Utredning och bedömning

I familjer med allvarliga problem, låg motivation och hög risk för ”dropout” kan behandlingen starta med en gång, och bedömningen görs sedan som en integrerad del av behandlingen. I bedömningen är det självklart att också utforska barnets och föräldrarnas utsatthet för olika former av trauma. Följande delar ingår i bedömningen:

- *Inledande bedömning och ställningstagande till diagnos.* Hur ser problembilden och problemtyngden ut? Undersök om det finns någon samsjuklighet eller något trauma och beakta behovet av differentialdiagnostisering.
- *Risk och behovsbedömning.* Vilka riskfaktorer har barnet eller den unge? Vilken är risknivån? Fokusera behandlingen på barn och ungdomar med medelhög till hög risk för fortsatt antisocial utveckling.
- *Fördjupad bedömning.* Vid medelhög till hög risk för fortsatt antisocial utveckling bör man göra en fördjupad bedömning med fokus på riskfaktorer på individuell nivå samt familje- och systemnivå. Här ingår också en fortsatt bedömning av en eventuell samsjuklighet.

Kartläggning av skydds- och riskfaktorer

Beskrivning	Kontakt för utbildning
EARL-20B/21G är en strukturerad bedömningsmetod som fokuserar barnets riskfaktorer för varaktigt utagerande beteendeproblem, för barn under 12 år. EARL-bedömningen utgör ett beslutsunderlag för barnets ev. behov av insatser. Följande områden ingår i skattningen:	För att använda instrumentet krävs utbildning (1 dags workshop) http://www.kbt-tjanst.se/page005.aspx

<p><i>Familjefaktorer:</i> föräldrastil, stress, ekonomi, stöd, antisociala värderingar</p> <p><i>Barnfaktorer:</i> debutålder, trauma, psykomotorisk utveckling, hyperaktivitet/uppmärksamhet, skolprestationer, antisocialt beteende, problemlösningsförmåga</p> <p><i>Mottaglighetsfaktorer</i> för behandling både vad gäller barnet och familjen</p>	
<p>För barn och ungdomar <i>från 12 år</i> och uppåt med ett utagerande beteendeproblem används SAVRY (Structured assessment of violence risk in youth). De faktorer som ingår i SAVRY är:</p> <p><i>Historiska faktorer:</i> tidigare våld eller brottslighet, debutålder, trauma, tidigare misslyckade behandlingar, bristande skolprestationer</p> <p><i>Social kontext:</i> kriminella kamrater, avvisad av kamrater, stress, bristande föräldrastöd/tillsyn, bristande personligt stöd</p> <p><i>Individuella faktorer:</i> risktagande/impulsivitet, alkohol/droger, ilsk-ekontroll, bristande empati, ADHD, bristande behandlingsföljsamhet, svagt intresse för skolarbete</p> <p><i>Skyddsfaktorer:</i> prosocialt engagemang, starkt socialt stöd, stark anknytning och band till andra, positiv attityd till behandling och auktoritet, starkt skolengagemang, motståndskraftig personlighet.</p>	<p>Skattningen utgår från en manual och utbildning (4 dag + 3 halvdagar med handledning på egna skattningar) behövs för att använda instrumentet http://savry.se.</p>
<p>ESTER (Evidensbaserad STRukturerad bEdömning av Risk och skyddsfaktorer) är ett bedömningssystem för dem som arbetar med att bedöma, besluta om och ge och följa upp insatser till barn och vuxna i deras omgivning. ESTER innehåller ett screeningsystem</p>	<p>Föra att göra ESTER bedömningar krävs utbildning, i första hand en 1 dags kurs http://www.ester-bedomning.se/products-page/</p>

(ESTER-screening) och ett strukturerat bedömningsinstrument (ESTER-bedömning). ESTER syftar till att vara ett bedömningsystem för de som i sin profession har till uppgift att bedöma, besluta om, och sätta in insatser till dessa barn och deras familjer, samt att följa upp risker, skydd och insatser. Det är utvecklat för att kunna användas av samtliga verksamheter som arbetar med barn, 0-18 år.

Insatser för riskutsatta barn

Tidiga insatser för förskolebarn

För att kunna erbjuda tidiga insatser för att minska risk för utagerande beteendeproblem bör barn till föräldrar med identifierade högriskfaktorer uppmärksammas. Till dessa föräldragrupper hör:

- föräldrar med psykisk ohälsa eller alkohol- eller drogmissbruk
- unga mödrar (under 18 år), speciellt kvinnor som har upplevt omsorgssvikt, misshandel eller sexuella övergrepp
- ensamföräldrar med dåligt stöd i nätverket
- föräldrar som har vårdats på institution
- föräldrar som har varit föremål för sociala och rättsliga insatser.

De tidiga insatser för selektiv prevention som bör övervägas är

- spädbarnsverksamhet för barn under 1 år
- föräldraträningsprogram för föräldrar till barn < 3 år

Interventionerna ska normalt erbjudas av sjukvårds- och socialtjänstpersonal under 6–12 månader och de ska

- baseras på välstrukturerade, manualiserade program där följsamheten monitoreras
- inriktas mot multipla riskfaktorer (som föräldraskap, beteende i förskola, föräldrarnas hälsa och sociala situation och sysselsättning)

Vidare rekommenderas att barn < 3 år erbjuds barnomsorg på förskola väl bemannad med kompetent personal.

Föräldra-spädbarnsverksamhet

Beskrivning	Kontaktperson, utbildning
Målgruppen är gravida kvinnor och blivande barnafäder samt spädbarnsfamiljer (barn under 6-12 månader, ibland upp till 3 år) som är utsatta för påfrestningar som kan leda till relationsstörningar mellan föräldrar och barn. Behandlingen är inriktad på samspelet mellan föräldrar och barn samt att stödja föräldrarna i föräldrarollen och stärka deras omsorgsförmåga genom att förstärka den känslomässiga kontakten med barnet.	Kontakt med spädbarns- och småbarnsverksamheter i Sverige via Gryningens (BUP Örebro) hemsida http://www.orebroll.org/sv/Halsa-och-varld/Om-du-behover-varld/Psykiatri/Psykiatrisk-verksamhet/Barn--och-ungdomspsykiatri/Vara-verksamheter/Gryningen---for-spadbarns-och-smabarnsfamiljer/

Insatser för barn yngre än 12 år och deras familjer

Överväg i första hand gruppbaseade föräldraträningprogram. Om det är svårt att engagera föräldrarna, eller om familjens behov är för komplexa för att kunna tillgodoses i ett gruppbaseat program, erbjud individualiserat föräldraträningprogram.

Föräldraträningprogram utgår från sociala inlärningsprinciper och tränar föräldrar att förändra barns beteende. Behandlingsformen är en av de mer välundersökta inom barn- och ungdomsterapi.

Föräldräträningsprogram

Beskrivning	Kontaktadress, utbildning
<p><i>Positive Parenting Program – Triple P</i></p> <p>”Triple P” är ett föräldräträningsprogram för barn som har utvecklat utagerande beteendeproblem, och det ges individuellt eller i grupp vid upp till 12 tillfällen. Triple P har utvecklats sedan år 1977 av Sanders et al (2000) i Australien. Programmet vänder sig till föräldrar med barn i åldrarna 0–19 år och bygger på flera teorier, främst social inläring, beteendemodifiering och utvecklingspsykologi. Triple P består av moduler för fem olika nivåer, från generella insatser till alltmer riktade. SBU:s granskning visar att föräldrastödsprogrammet Triple P på en selektiv nivå minskar symtomen på utagerande beteendeproblem hos barn i förskoleåldern i minst 12 månader, i familjer som har en liten till måttlig social belastning. Effekten är liten till måttlig.</p>	<p>Triple P är som program mycket likt De otroliga åren. Triple P håller på att implementeras i Uppsala, http://www.akademiska.se/templates/page_48150.aspx , http://www19.triplep.net/?pid=59</p>
<p><i>De otroliga åren</i></p> <p>Programmet ”De otroliga åren” bygger på den amerikanska förlagan ”The incredible years” och finns i två varianter: en för föräldrar med barn i åldern 2–7 år och en för de som har barn i åldern 4–10 år. I den första varianten träffas föräldrargrupperna 12–14 gånger, två timmar vardera, och i den andra träffas de 8–10 gånger à två timmar. Liksom</p>	<p>Information om metoden finns på internet på engelska http://www.incredibleyears.com/. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se www.familjeforum.com, De Utrolige Årene</p>

<p>i de övriga programmen är videoinspelade problemsituationer ett viktigt inslag. De grundläggande momenten som tränas är lek, uppmärksamhet, beröm, belöning, ignorering, konsekvenser och problemlösning (Webster-Stratton et al 2004), och de lösningar som föreslås är relativt styrda av handledningen. I den första varianten (2–7 år) ingår också ett särskilt moment om barnens lek och i den andra (4–10 år) två moment om problemlösning.</p> <p>SBU konstaterade att De otroliga åren enbart har prövats i miljöer med betydande social utsatthet. Där har programmet haft en liten effekt på förskolebarns utagerande symtom i minst 8 månader, enligt blindade observationer. Enligt föräldraskattningar är dock effekterna ringa eller saknas.</p>	
<p><i>KOMET</i></p> <p>Programmet KOMET är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år som har utagerande beteendeproblem, som är svåra att få kontakt med, som inte kan koncentrera sig eller som har dåliga kamratrelationer. Föräldragrupperna består av föräldrarna till sex barn och de träffas 11 gånger à 2,5 timmar. Programmet är utvecklat av Precens Preventionscentrum i Stockholm i samarbete med FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad, och bygger till viss del på ett program av Barkley och medarbetare. Vid SBU:s granskning hade KOMET undersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för effekt. Sedan</p>	<p>Information om metoden finns på internet på svenska. Kontaktpersoner för utbildning av gruppledare samt information om programmet och dess tillämpning finns på www.kometprogrammet.se.</p>

<p>dess har dock ytterligare två positiva studier publicerats.</p>	
<p><i>COPE</i></p> <p>The Community Parent Education program (COPE) är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år. Grupperna består av 15–25 föräldrar som träffas 8–14 gånger, omkring 2 timmar vid varje tillfälle, då deltagarna delas in i mindre grupper om 6–8 föräldrar. Programmet ger föräldrarna stor frihet att själva föreslå lämpliga förhållningssätt. Vid SBU:s granskning hade COPE undersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för någon effekt. COPE prövas för närvarande i en svensk multicenterstudie.</p>	<p>Information om metoden finns på internet på svenska www.svenskacope.se, där också information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter finns. Viktiga kvalifikationer för kursledare är pedagogisk kompetens, kunskap om barn och vana vid att leda grupper.</p>
<p><i>Connectprogrammet</i></p> <p>Connectprogrammet är en anknytningsbaserad gruppbehandling för föräldrar till tonåringar med uppförandestörning. Genom att använda anknytningsteorier och öka kunskaperna om barns och ungdomars utveckling vill man förbättra föräldrarnas intoning, empati och affektreglering. Programmet omfattar 10 lektioner med viktiga teman som byggstenar i anknytningsarbetet: att förstå tonåringens beteende, att använda konflikter för att förstå tonåringen, samt att balansera kontakt mellan förälder och tonåring och tonåringens självständighet. I utbildningen ingår rollspel och hemläxor (Obsuth et al 2006, Moretti & Obsuth 2008). Vid SBU:s granskning hade Connect un-</p>	<p>Connect prövas för närvarande i en svensk multicenterstudie vid Örebro universitet http://www.oru.se/Arkiv/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv1/2010/Orebro-blir-nationellt-centrum-for-Connect/, http://www.sfu.ca/adolescenthealth/connect/index.htm</p>

<p>dersökts i minst en kontrollerad studie men man bedömde att det inte fanns tillräckligt vetenskapligt stöd för någon effekt.</p>	
<p><i>Parent Management Training (PMT Oregonmodellen)</i></p> <p>”Parent Management Training” (PMT Oregonmodellen) är en manualbaserad modell där man arbetar individuellt med en familj och tränar fem kärnkompetenser med föräldrarna för att öka deras förmåga att bemöta sitt barn på rätt sätt. Följande förmågor hjälper föräldrarna att få en bättre relation med sina barn: uppmuntran, gränsättning, kontroll och handledning, problemlösning i familjen samt positivt engagemang i barnen (Stubbs et al 1998). I princip används samma innehåll och upplägg som i de gruppbaseade uppläggen ovan. Fördelen är att man kan anpassa sig till familjer med särskilda behov och familjer som kanske inte vill eller kan delta i en gruppbasead modell. PMT Oregonmodellen ingick ej i SBU:s granskning då den enbart omfattade gruppbaseade program.</p>	<p>Atferdssentrum i Oslo bedriver utbildning i PMT Oregon http://www.atferdssenteret.no/programmer-metoder/category111.html OSLC: Oregon Social Learning Center, Parent Management Training – Oregon (PMTO) - atferdssenteret, Welcome to ISII</p>

Barn som bedöms behöva individuell behandling utöver familjeinsatser

Den gruppbaseade eller individuella föräldraträningen behöver ibland kombineras med problemlösningsträning och social färdighetsträning för barnen. Det gäller för äldre barn, från 8 års ålder, samt barn som har mer allvarliga tillstånd. Observera dock att det finns risk för negativ kamratpåverkan vid gruppbehandling.

Träningen sker individuellt under 10–16 veckor och man fokuserar på kognitiva strategier som hjälper barnet att:

- generera ett flertal alternativa lösningar på interpersonella problem
- analysera andras intentioner
- förstå handlingars konsekvenser
- sätta mål för önskvärda beteenden
- förbättra förmågan att uppfatta och tolka sociala signaler
- hantera ilska genom coping och ”själv-prat”
- utveckla alternativa ”icke-aggressiva” responser på interpersonella problem
- modifiera och utveckla interpersonella tolkningsprocesser
- utveckla mer sofistikerad förståelse av motiv och önsknings hos andra
- förbättra förmågan att reglera emotionella reaktioner

Beskrivning	Kontaktadress, utbildning
<p><i>Coping power program från 8 år</i></p> <p>”Coping power” (Lochman & Wells) är en gruppbehandling som innehåller 33 sessioner à 1,5 timma. Träningen fokuserar på att känna igen känslor och hantera ilska, tolka sociala signaler rätt och utveckla prosociala problemlösningsfärdigheter genom problemlösningsträning. Behandlingen sker med två terapeuter i grupper med 5–7 barn. Sessionerna innehåller rollspel, modellering och anvisningar inför situationer i det verkliga livet, men också föräldra- och lärarträning. SBU har granskat evidensen för ”Coping power” som ett skol-</p>	<p>Planer finns på att etablera programmet på BUP Stockholm. Mer information finns på www.copingpower.com.</p>

<p>program och fann att det minskar graden av utagerande beteendeproblem hos skolbarn i upp till 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag). Effekten är dock liten.</p>	
<p><i>De otroliga åren – Dinosaurieskola (Webster-Stratton) 4–8 år</i> Dinosaurieskolan är en gruppbehandling med 22 veckors program à 2 timmar, med sex barn. Barngruppen ges som ett komplement till De otroliga årens föräldraträningsgrupp. Träffarna leds av två behandlare som så långt det är möjligt ignorerar barns negativa beteende och i stället uppmuntrar och belönar positivt beteende. Via strukturerad lek, övningar och videovinjetter får barnen prata om och träna beteenden så som att förstå och upptäcka känslor samt öva ilskehantering, problemlösning och prosocialt beteende.</p>	<p>http://www.incredibleyears.com/. Dinosaurieskolan har använts på BUP-Stockholm, information om metoden finns på den norska hemsidan De Utrolige Årene.</p>
<p><i>Problem-solving skills training – (PSST) 7–13 år</i> ”Problem-solving skills training” (PSST, <i>Kazdin</i>) är en individuell behandling med fokus på att identifiera problemsituationer, träna problemlösningsförmågan och sedan applicera de nya förmågorna i sociala situationer med familjemedlemmar och kompisar samt i skolan. Man övar detta i modellering, rollspel, praktiska övningar, hemuppgifter etc.</p>	<p>Programmet är såvitt känt ej etablerat i Sverige. http://www.cebc4cw.org/program/problem-solving-skills-training/</p>

Insatser för ungdomar 12-17 år och deras familjer

Under uppväxten blir barn mer självständiga. En viktig förändring sker i 10–12-årsåldern då barn börjar kunna tänka abstrakt, vilket ökar deras möjligheter att agera på egen hand. Under tonåren kommer ungdomar i kontakt med tobak, alkohol och droger, och det är heller inte ovanligt att tonåringar begår brott. Därför är stöd till dem och deras föräldrar ofta inriktat på att förebygga dessa problem och effekterna är tydligare av insatser som påbörjas tidigt under perioden. Syftet kan dels vara att ge stöd för den aktuella problematiken, dels att förhindra utveckling av allvarigare asocialitet (t.ex. missbruk och kriminalitet). Föräldrastöd bör övervägas även under senare delen av tonåren även om effekterna är mindre väl studerade än för yngre barn. Några av programmen ovan har gruppmodeller som anpassats till tonårsföräldrar, effekterna är dock mindre väl studerade.

När man väljer behandlingsmetod är det viktigt att behandlingen är *individuellt anpassad* och inriktad mot de centrala *påverkbara riskfaktorer* som har identifierats i det enskilda fallet. Behandlingen behöver ofta fokusera på flera riskfaktorer samtidigt och insatserna ska vara riktade till de sammanhang där det utagerande beteendet finns. Behandlingsframgångar i hemmet innebär exempelvis inte ett mindre utagerande beteende även i skolan (Moffitt & Scott 2008). I behandlingsupplägget behöver man ta hänsyn till eventuell samsjuklighet, och i möjligaste mån behandla den. Det är också viktigt att identifiera de skyddsfaktorer som kan stärkas.

Behandlingsprogram

Beskrivning	Kontaktadress, utbildning
”Family Check-Up” (FCU) kan riktas till barn i alla åldrar men beskrivs mer detaljerat här. Basen för FCU är tre eller fyra möten med barnets föräldrar. Vid det första gör man en kort intervju för att kartlägga föräldrarnas oro och bekymmer samt se hur motiverade de är för förändring. Detta möte lägger grunden för framtida kontakter.	FCU prövas och utvärderas i en studie i Göteborg i samarbete mellan Primärvården och socialtjänsten. En beskrivning finns på http://cfc.uoregon.edu/educa-training.htm

<p>Arbetsättet vid FCU bygger på en komprimerad men bred utredning som ska identifiera betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer, och med det som grund startar man en dialog med familjen om både kartläggningens resultat och förslag till individualiserade konkreta avgränsade interventioner. På detta sätt kan olika familjers problematik bedömas på ett snarlikt sätt av professionellt verksamma, utifrån kunskapsläget om betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer hos barn och unga. SBU konstaterar att FCU, med tillgång till ytterligare insatser om så skulle behövas, minskar symtomen på utagerande beteendeproblem hos barn och ungdomar i minst 12 månader”. Effekten är måttlig.</p>	
<p><i>Brief Strategic Family Therapy (BSFT)</i></p> <p>”Brief Strategic Family Therapy” (BSFT) är en kort intervention som används för att behandla barn och ungdomar (8–17 år) som riskerar att utveckla ett drogmissbruk i ungdomsåren och samtidigt har andra beteendeproblem. Metoden är en problemfokuserad strukturell familjeterapi under kort tid, oftast 12–15 terapisesioner (60–90 minuter långa) under tre månader. Målet är att ändra de samspelsmönster mellan familjemedlemmarna som är direkt relaterade till den unges beteendeproblem och hjälpa familjen att utveckla mer effektiva interaktionsmönster. BSFT är en empiriskt baserad familjeterapeutisk modell som har utvecklats och prövats i över tre decennier av klinisk forskning vid University of Miami. Enligt flera akademiska och nationella (USA) organisationer är BSFT effektivt för att minska eller</p>	<p>Family Therapy Training Institute of Miami som har utvecklat metoden har hemsida: http://www.brief-strategic-family-therapy.com/about-bsft.html. Det finns planer att starta upp utbildning i samverkan mellan Miami Univeristy och Maria Ungdoms enhet Sthlm. Kontakt-person i Sverige är Kjell Gardeland vid Maria Ungdom Stockholm, Kjell.Gardeland@saf.stockholm.se</p>

<p>stoppa drogmissbruk och andra relaterade beteendeproblem hos ungdomar.</p>	
<p><i>Funktionell familjeterapi (FFT)</i></p> <p>FFT är en manualbaserad insats för familjer med ungdomar som har beteendeproblem av utagerande slag, trotssyndrom, antisocialt och aggressivt beteende eller missbruk. FFT representerar en integrering av systemteori, kommunikationsteori och beteendeterapi. De flesta terapier består av 8-12 familjeterapisessioner. FFT innehåller: Klar struktur och tydliga mål för varje session. Förändra defensiv-försvarsinriktad kommunikation. Positiv omformulering. Förstå det antisociala beteendet som ungdomens önskan om närhet eller avstånd till familjen. Behandlingen består av fem faser: 1/ Kontaktuppbyggnad där terapeuten genom positiv omformulering poängterar den goda avsikten under till synes destruktiv familjeinteraktion; 2/ Motivationsarbete där terapeuten försöker väcka hopp om förändring genom bättre familjefunktion; 3/ Analys av symtomets funktion i familjen och hur förändring skall bli möjlig görs; 4/ Beteendeförändring genom kommunikationsträning, specifika hemuppgifter, stöd till svaga föräldrasystem, bearbetning av samarbetsvårigheter i föräldrollen samt diskussion av föräldrarnas gränssättningstekniker; 5/ Generalisering av uppnådda färdigheter till olika vardagssituationer. FFT håller på att granskas av Metodguiden (http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/fft).</p>	<p>Företaget FFT-Sverige ger utbildning och handledning i funktionell familjeterapi i Sverige. Certifiering ges till team som består av minst tre medarbetare. Programmet kräver ingen licens. http://www.fft-sverige.se/</p>

Multisystemisk terapi (MST)

MST är en intensiv familje- och närmiljöbaserad öppenvårdsinsats för familjer med ungdomar som har allvarlig antisocial problematik. Insatsen riktar sig mot de viktigaste systemen en ung människa finns i - familj, nätverk, kamratkrets och skola - och lägger vikt vid att arbeta med alla dessa system samtidigt. Alternativet till MST skall vara institutionsvård. Man har ett socialekologiskt synsätt där individen betraktas som del i ett komplext nätverk av system som omfattar individen, familjen, kamratgruppen, skolan och grannskapet. Man arbetar i klientens hem, skolan och i grannskapet. Behandlingen omfattar vanligen 60 timmar under en fyramånadersperiod. Målet är att stärka individens och familjens förmåga att själva lösa svårigheter och problem, ”empowerment”. Man arbetar med strukturell och strategisk familjeterapi, beteendeterapeutisk föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. I MST betonas intensiv samordning mellan olika aktörer och insatser. En ”case manager” har som uttalad uppgift och ansvar att överblicka helheten och ordna samordning mellan olika nivåer. Terapeuten har en hög grad av tillgänglighet vid krissituationer. Målet är att den unges problembeteende ska upphöra. Föräldrarna ska ges stöd att tillsammans med det övriga nätverket utforma strategier och få redskap att åstadkomma och upprätthålla förändringar i den unges beteende samt att hantera eventuella svårigheter efter avslutad behandling. Arbetet organiseras och utförs av små MST-team med 3-4 terapeuter och en teamledare. Terapeuterna finns tillgängliga för familjerna dygnet runt, sju dagar i veckan. MST hål-

MST kräver särskild utbildning och licens som tillhandahålls av det amerikanska företaget MST Services Inc. I Sverige ges utbildning, handledning och fortbildning av MST-Sverige som är Networkpartner till MST Services. Manualen får man när man deltar i grundutbildningen på fem dagar. Utbildningen ges endast till dem som har MST-licens. I MST licensen ingår även databashantering och uppföljning av programtrohet för terapeuter, teamledare och team. Utbildningen fortsätter sedan genom tillämpning, handledning och fortbildning. <http://www.mst-sverige.se/>

<p>ler på att granskas av Metodguiden http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnoc-hfamilj/mst)</p>	
<p><i>Intensiv Hembaserad Familjebehandling (IHF)</i></p> <p>Intensiv Hembaserad Familjebehandling (IHF) har utvecklats av Familjeforum i Lund AB med inspiration av FFT, MST och MTFC. Målgruppen är familjer, barn och ungdomar med komplexa behov som har hamnat i negativa destruktiva mönster med svåra beteendeproblem som följd. Målet med behandlingen är att minska beteendestörningar och kriminalitet samt förbättra familjefunktionerna så att barn och ungdomar inte ska behöva placeras utanför hemmet.</p>	<p>Familjeforum har sedan 2003 arrangerat en övergripande tredagars kurs två gånger per år i Lund, se www.familjeforum.com. IHF® är ett skyddat varumärke, för att få bedriva och kalla sin behandling för IHF krävs en certifiering.</p>
<p><i>Multidimensional treatment foster care (MTFC)</i></p> <p>”Multidimensional treatment foster care” (MTFC) är utvecklad för tungt belastade kriminella ungdomar och deras familjer, där alternativet annars vore institutionsvård (Chamberlain 1996, Kyhle Westermarck 2009). Den unge placeras i en behandlingsfosterfamilj som har utbildning i att behandla unga med en beteendeterapiinspirerad metod som bygger på tydliga positiva och negativa förstärkningsrutiner. Fosterfamiljen har daglig kontakt med en ”case manager” som ger råd och stöd när problem uppstår. Fosterföräldrarna får regelbunden handledning, den unge får individuell behandling med färdighetsträning och de biologiska föräldrarna får familjeterapi och ut-</p>	<p>Familjeforum arrangerar en fyra dagars övergripande teoretisk genomgång av behandlingsmanualen., se www.familjeforum.com. Certifiering: Videoband och skriftligt material skickas till Oregon för bedömning.</p>

<p>bildning i beteendeförstärkande metoder. Målet är att den unge ska kunna återvända till ursprungsfamiljen efter behandlingen, och därför har de biologiska föräldrarna regelbunden kontakt med sitt barn. De multimodala insatserna samordnas av case managern. Behandlingen pågår i minst 6 månader och ges av ett team som arbetar med både individuell terapi och familjeterapi. I behandlingen får familjehemmet träna på beteendeförändring och på att vara en stödjande familj samt på att använda belöningsystem vid ett bra beteende. MTFC har granskats av Metodguiden (http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnoc_hfamilj/mtfc) som konstaterar att det inte finns någon svensk studie men att de amerikanska studierna stöder effekten.</p>	
<p><i>Behandlingsprogram på institution, "MultifunC"</i></p> <p>Socialstyrelsen bedriver tillsammans med Statens institutionsstyrelse (SiS) och norska myndigheter ett långsiktigt samarbetsprojekt med syftet att utveckla och förbättra institutionsvården för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. År 2003 publicerades en kunskapsöversikt (Andreassen 2003) som fokuserade på det som kännetecknar effektiva institutioner samt metoder som har visat positiva effekter för den aktuella målgruppen. "MultifunC" är ett behandlingsprogram som utvecklats utifrån rekommendationer från forskningsöversikten och bygger på empirisk forskning, kognitiv beteendemodifikation, social inlärningsteori och socialekologisk systemteori (Andreassen 2003, 2005, 2010). Det är ett integrerat behandlingsprogram som</p>	<p>Socialstyrelsen har gjort en första utvärdering av införandet (Implementeringen av MultifunC. Socialstyrelsen 2011).</p>

omfattar tre faser: kartläggning och utredning, behandling på institution under 4–9 månader och fortsatt behandling i närsamhället under en eftervårdsperiod på cirka 3–4 månader. Målgruppen är ungdomar mellan 14 och 18 år som uppvisar svåra beteendeproblem.	
---	--

Referenser

Hela vårdprogrammet med bilagor finns att ladda ned på <http://www.svenskabupforeningen.se/>. Vårdprogrammet har sammanställts av Per A Gustafsson, öl, docent på uppdrag av BUP-föreningen med stöd av UPP centrum, Socialstyrelsen.

Vårdprogrammet kan ses som en fördjupning av skriften "Barn som utmanar" som Socialstyrelsens nationella utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) gav ut 2010 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-6>. Bedömningar och förslag i vårdprogrammet bygger bl.a. på de guidelines som det brittiska "National Institute of Clinical Excellence" (NICE) publicerade i januari 2009 <http://guidance.nice.org.uk/CG72> och de granskningar utifrån svenska förhållanden som har gjorts av Metodguiden på Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj> och SBU:s systematiska litteraturöversikt "Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn" <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Program-for-att-forebygga-psykisk-ohalsa-hos-barn/>. BUP Stockholms riktlinjer för trotssyndrom och uppförandestörning har beaktats i tillämpliga delar. I avsnittet om missbruk har Missbruksutredningen <http://www.regeringen.se/sb/d/14017/a/167105> konsulterats.

Intervjuer och frågeformulär, länkar

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD, EuroADAD)

<http://www.adadnatverket.se/ADAD.htm>

Audit <http://www.slso.sll.se/upload/Affektiva/Audit%20ny.pdf>, <http://www.escreen.se/>

BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview)

<http://www.bcfpi.com/bcfpi/downloads.html>,

http://www.med.lu.se/klinvetlund/barn_och_ungdomspsykiatri/forskargrupper/ovriga_forskare.

CBCL (Child Behaviour Checklist), Barn och ungdomspsykiatri. Umeå universitet,

bruno.hagglof@psychiat.umu.se eller birgitta.backlund@psychiat.umu.se

DAWBA (Development and Well-Being Assessment)

<http://www.dawba.com/py/doc/flsve.py>

Dudit <http://www.slso.sll.se/upload/Administrationen/DUDIT%20version%202.pdf>,

<http://www.escreen.se/>

EARL-20 B/G (pojkar/flickor, <http://www.kbt-tjanst.se/page005.aspx>

ESTER, <http://www.ester-bedomning.se/>

Frågor om familjen, Familjeklimat <http://www.familjeforum.com/index.php?p=1>

HoNOSCA (Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents)

<http://www.liv.ac.uk/www/honosca/Home.htm>

K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

<http://hitta.vgregion.se/?q=k-sads&filter=scope:VGRegion&scoped=true>.

LITE, LYLES [http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-centrala-](http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-centrala-Ostergotland/BUP-kliniken-i-Linkoping/BUP-Elefanten/)

[Ostergotland/BUP-kliniken-i-Linkoping/BUP-Elefanten/](http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-centrala-Ostergotland/BUP-kliniken-i-Linkoping/BUP-Elefanten/)

MADRS <http://deprimerad.net/for-lakare/stod-i-behandlingen/skattningsskalor/madrs-bedomarskattning/>

Nordiskt formulär 5-15 <http://www.5-15.org/Login.aspx> <http://www.5-15.se/Start.do>.

SAVRY <http://savry.se/>

SDQ <http://www.sdqinfo.org>

SNAP-IV <http://www.barnneuropsyk.net/> sök på formulär