

Behandlingsprogrammet Stoppa för unga som begått sexuella övergrepp:

En studie av implementering och preliminär behandlingseffekt

INSTITUTIONSVÅRD I FOKUS, NR 13 2025



FORSKNINGSRAPPORT

Mia Jörgensen, Åsa Norman, Maja Hallqvist, Dan Wetterborg,
Pia Enebrink och Niklas Långström

ISBN 978-91-89770-14-0

Forskningsrapport av Mia Jörgensen, Åsa Norman, Maja Hallqvist, Dan Wetterborg,
Pia Enebrink och Niklas Långström

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.

www.stat-inst.se

Engelsk titel: Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:

Statens institutionsstyrelse

Box 1062, 171 22 Solna

Copyright: Statens institutionsstyrelse

Produktion: Stibo Complete 2025

Förord

Behandlingsprogrammet Stoppa utvecklades av psykologerna Mia Jörgensen och Maja Hallqvist samt Fatma Kizil, Statens institutionsstyrelses (SiS) nationella MI-utbildare. Arbetet gjordes inom ramen för deras anställningar inom SiS och Stoppa-manualen ägs av myndigheten.

Utvecklarna gör inga ekonomiska vinster på programmet. Ingen av författarna till denna rapport anger heller några andra intressekonflikter.

Studien finansierades av SiS men designval, genomförande, analyser, tolkningar och diskussion har genomförts under ledning av externa forskare.

Sara Lövenhag
Sektionschef, sektionen för forskning och utvärdering

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
English summary.....	8
Introduktion	10
Sexuella beteendeproblem	10
Psykiatriska tillstånd.....	10
Återfall i sexualbrott.....	11
Preventiva insatser.....	11
Behandlingsprogram som inspirerat Stoppa-utvecklingen	12
Behandlingsriktlinjer.....	13
Nyare svenska studier på området.....	13
Behandlingsavbrott.....	13
Institutionsvård	14
Statens institutionsstyrelse (SIS)	14
Implementering i heldygnsvård	14
Utveckling av Stoppa.....	15
Aktuellt forskningsprojekt	16
Frågeställningar.....	16
Metod	17
Deltagare	17
Rekrytering.....	17
Nyckelpersoner (behandlingsinvolverade anhöriga och professionella)	21
Professionella informanter (behandlare och enhetschefer)	21
Intervention.....	22
Teoretiska utgångspunkter.....	23
Utfallsmått.....	25
Behandlingsnöjdhet.....	25
Genomförbarhet och implementering.....	25
Primära effektmått	26
Sekundära effektmått	27
Procedur	27
Förberedelse och kvalitetssäkring	28
Datainsamling	29
Dataanalys.....	30
Kvalitativa data.....	30
Primära och sekundära effektmått.....	30
Insatser utöver Stoppa-interventionen.....	30

Redovisningsavväganden.....	31
Forskningsetiska överväganden.....	31
Resultat	32
Behandlingsupplevelse.....	32
<i>Ungdomarnas, nyckelpersonernas och behandlarnas upplevelser av</i>	
<i>behandlingsallians och nöjdhet med behandlingen.....</i>	32
<i>Behandlare</i>	32
<i>Ungdomarnas upplevelser av Stoppa-programmet, behandlingseffekt och kontextfaktorer.....</i>	35
<i>Nyckelpersoners upplevelser av Stoppa-programmet, behandlingseffekt</i>	
<i>och kontextfaktorer</i>	35
<i>Behandlares upplevelser av Stoppa-programmet, deltagarnas behov och mottaglighet,</i>	
<i>implementering samt organisationsfaktorer</i>	37
<i>Enhetschefers upplevelser av Stoppa-programmet, personalens programutförande och</i>	
<i>organisationsfaktorer.....</i>	38
Implementeringsdata.....	39
<i>Genomslag.....</i>	39
<i>Behandlingsföljsamhet.....</i>	40
<i>Personalens deltagande i programrelaterade utbildningsinsatser.....</i>	42
Effektmått	43
Diskussion.....	46
Övergripande om resultaten.....	46
<i>Programupplevelse.....</i>	46
<i>Behandlingsdeltagande.....</i>	47
<i>Implementering.....</i>	48
<i>Bristande åtagande</i>	49
<i>Effektmått.....</i>	49
<i>Metodologiska begränsningar.....</i>	50
Koppling till tidigare forskning/teori.....	50
<i>Upplevelse och effekt.....</i>	51
<i>Behandlingsfullföljande.....</i>	51
<i>Implementering.....</i>	51
Resultatens betydelse för SiS.....	52
Ord- och termförklaringar.....	53
Referenser	57
Bilagor	64
Författarpresentation	69

Sammanfattning

Bakgrund och syfte: Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver social tvångsvård av unga med allvarliga psykosociala problem, inklusive unga som begått sexuella övergrepp. Då det i stort har saknats kunskapsbaserad behandling för målgruppen, utvecklade psykologer vid SiS utifrån det tillgängliga evidensläget en ny återfallspreventiv kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) behandling, *Stoppa*. *Stoppa* baseras bland annat på principer för Dialektisk beteendeterapi (DBT), Multisystemisk terapi (MST), Motiverande samtal (MI) samt Risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RBM). *Stoppa* började implementeras inom SiS år 2018. Syftet med föreliggande studie var att undersöka programmets genomförbarhet och eventuella behandlingseffekter i form av minskad risk för återfall.

Metod: Under 2019–2022 genomfördes en implementeringsstudie med fokus på genomförande, inställning till behandlingen och behandlingsrelaterade faktorer. Genom mätningar före och efter genomgången *Stoppa*-behandling studerades även initiala behandlingseffekter.

Stoppa-programmet gavs på tre avdelningar, fördelade på två SiS-institutioner och inkluderade 17–26 veckor av psykoedukation (interaktiv undervisning) i grupp, individuell beteendeanalys och behandling, avdelningsbaserad färdighetsträning, en nätverks- (anhörig)intervention samt samordnande behandlingsteamträffar. I *Stoppa*-studien deltog efter informerat samtycke 28 av 32 tillfrågade (88 %) SiS-placerade pojkar och unga män mellan 13 och 21 år, som begått sexuella övergreppshandlingar och bedömts ha medelhög eller hög risk för återfall. Ungdomar och anhöriga skattade nöjdhet med behandlingen med CSQ-8 och behandlingsallians med WAI-S. Antal genomförda behandlingsmoment och tidsåtgång per moment registrerades i en checklista. Tillfredsställelse med, och genomförbarhet av *Stoppa*-programmet undersöktes genom intervjuer med ungdomar, anhöriga, behandlare och enhetschefer. Det primära utfallsmåttet behandlingseffekt definierades som minskat antal dynamiska¹ riskfaktorer enligt ERASOR medan de sekundära utfallen känsloreglering och ouppmärksamhet/impulsivitet/trots, som skulle kunna mediera risken för återfall, skattades med DERS 16 respektive SNAP-IV.

Resultat: På de avdelningar som erbjöd *Stoppa* var räckvidden god; 37 av 45 (82 %) av placerade ungdomar i målgruppen påbörjade behandlingen under studietiden. Behandlingsföljsamheten var god då 24 av 28 (86 %) inkluderade ungdomar fullföljde behandlingen. Ungdomarnas inkluderade anhöriga fullföljde behandlingen i lägre grad (åtta av

1. Något förenklat kan man säga att statiska riskfaktorer inte går att påverka, som t.ex. tidigare domar, medan dynamiska riskfaktorer är föränderliga och potentiellt behandlingsbara och utgörs av t.ex. attityder, känsloreglering, skadligt substansbruk och umgänge.

24; 33 %). En hög andel av målgruppen hade diagnosticerats med psykiatriska tillstånd. Sammantaget visade analyserna på genomförbarhet och tillfredsställelse med Stoppa-programmet samt att ungdomar och anhöriga var nöjda med insats och behandlingsallians. Samtidigt framkom behov av programutveckling och behov av stöd och styrning för förbättrad implementering.

Dynamisk ERASOR-skattad risk och förbättrad känsloreglering samt respondenternas subjektiva upplevelser antydde minskningar av faktorer som påverkar återfallsrisk. Eftermätning med SNAP-IV indikerade inga säkerställda förändringar avseende ouppmärksamhet, impulsivitet eller trotssymtom.

Betydelse: Resultaten kan ha betydelse för behandling och vårdutveckling för unga med sexuella beteendeproblem, både inom och utom SiS. De bör kunna omsättas både i vidareutveckling av Stoppa-programmet samt utformning och implementering av andra behandlingsprogram. Resultaten om implementering tyder på att SiS bör fortsätta med riktade och breda utbildningssatsningar där inte bara behandlare utan också avdelningspersonal och chefspersoner inkluderas.

Myndigheten bör även stärka centrala funktioner för stöd och uppföljning avseende behandlingars genomförande, personalkompetens och metodtrohet. Studieresultaten tyder även på behov av central och lokal styrning vad gäller samarbetsforum och rollfördelning, främst för bättre matchning mellan Stoppa och SiS övriga vård- och behandlingsrutiner. Till detta hör också behov av central myndighetsstatistik över unga med sexuell beteendeproblematik för förbättrad överblick över placeringsflöden och insatsbehov. Avslutningsvis påvisar resultaten behov av utökad SiS-intern och myndighetsövergripande samverkan och vårdkedjor för att öka sannolikheten för långsiktigt hållbara behandlingseffekter.

Utanför SiS kan resultaten ha betydelse för interventioner mot interpersonellt våld, särskilt för unga med sexuella beteendeproblem placerade i social heldygnsvård.

English summary

Background and purpose: The Swedish National Board of Institutional Care (NBIC) runs residential homes for youth with severe psychosocial problems; including youth who sexually offended. Due to a lack of evidence-based treatments for youth who sexually offended, NBIC clinical psychologists developed *Stoppa*, a new cognitive behavioural (CBT) intervention aimed at reducing recidivism. *Stoppa* is based on DBT (Dialectical Behavior Therapy), MST (Multisystemic Therapy), MI (Motivational Interviewing) and the Risk-, Need- and Responsivity principles, and implementation within the NBIC began in 2018. The researchers aimed to examine feasibility and acceptance of *Stoppa* and initially study possible reductions in dynamic recidivism risk.

Method: An implementation study conducted from 2019 to 2022 focused on implementation, attitudes to treatment and treatment-related factors. Through measurements before and after the *Stoppa* treatment, initial treatment effects were also studied.

Stoppa was provided in two NBIC residential homes across three wards and included 17–26 weeks of group-based psychoeducation (interactive education), individualized behaviour analysis and treatment, ward-based skills training, a family-based network intervention and coordinating treatment team meetings. Following written informed consent, 28 out of 32 (88%) eligible, NBIC-placed male youth aged 13–21 years, with known sexually abusive behaviour and judged to have moderate to high recidivism risk, were included. Youth and family network participants reported treatment satisfaction (CSQ-8) and alliance (WAI-S) and their participation was recorded. The youth, their network participants, therapists and heads of units were interviewed about acceptance with, and feasibility of, *Stoppa*. The primary outcome measure was defined as a reduction in dynamic recidivism risk factors according to the ERASOR ((Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism); secondary outcomes were ratings of likely mediators emotion regulation (DERS-16) and impulsivity/defiance (SNAP-IV).

Results: *Stoppa*-providing wards obtained a high overall reach; 37 out of 45 (82%) target group youth started *Stoppa* treatment during the study period. Treatment adherence was substantial, 24 out of 28 (86%) *Stoppa study youth participants* completed treatment whereas their network relatives completed the treatment less often (8 out of 24 included; 33%). A high proportion of target group youth had been diagnosed with psychiatric disorders. Findings consistently indicated feasibility and acceptance of *Stoppa* and that youth and relatives were content with the intervention and treatment alliance. At the same time, data suggested a need for program development and improved support and leadership for improved implementation. Dynamic ERASOR-rated risk and improved emotion regulation and subjective participant accounts indicated reductions in

recidivism-related risk factors. Post-treatment measurements with SNAP-IV found no significant changes in inattention, impulsivity or defiant/oppositional symptoms.

Significance: The results might be relevant for treatment and care development for youth with sexual behaviour problems, both within and outside of the NBIC. And possible to translate into Stoppa program development and the design and implementation of other treatment programs. The implementation results suggest that SiS should continue with targeted, yet broad, training initiatives including not only therapists but also ward staff and head persons.

The NBIC should also strengthen central functions for support and follow-up regarding the implementation and fidelity of treatments and staff competence. Further, the results indicate that central and local control regarding cooperation settings and the division of roles are needed, mainly for better matching between Stoppa and NBIC's other care and treatment routines. This also includes a need for central statistics on youth with sexual behavioural problems to improve the overview of placement flows and intervention requirements.

Finally, the data suggest that both increased NBIC-internal and cross-agency collaboration and care chains are central to increasing the likelihood of sustainable long-term treatment effects. Beyond the NBIC, the results may inform indicated interventions against interpersonal violence, particularly for youth with sexually abusive behaviors in residential settings.

Introduktion

Sexuella beteendeproblem

Sexuella beteendeproblem (SBP) är ett paraplybegrepp för normbrytande och skadliga sexuella beteenden där de allvarigaste formerna är sexuella övergreppsbehåanden eller sexualbrott. Åren 2005–2012 låg anonymt självrapporterad utsatthet för sexuella övergrepp under det senaste året med en bred definition² stabilt på knappt 1 procent av befolkningen (BRÅ, 2018). Mellan 2018 och 2022 var andelen 4–5 procent (BRÅ, 2023a). Enligt svenska data är 98 procent av brottsmisstänkta personer i anmälda sexualbrott pojkar eller män, 9 procent av gärningspersonerna är mellan 15 och 17 år och 31 procent mellan 18 och 24 år (BRÅ, 2023b). I en representativ, svensk gymnasiebaserad undersökning (n=1933) var livstidsprevalensen fem procent för självrapporterat sexuellt tvång mot andra bland unga män (17–20 år) (Kjellgren m.fl., 2010). Sexuella övergreppsbehåenden bland unga kan förklaras av individuella kombinationer av risk- och skyddsfaktorer som endast delvis är kända och forskningsunderbyggda (SBU, 2011; Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd [FORTE], 2015; Lussier m.fl., 2016). Unga med sexuella övergreppsbehåenden både liknar unga med icke-sexuell (våldskriminalitet) och skiljer sig från dessa. Generella riskfaktorer för båda grupperna är icke-sexuella problembeteenden och kriminalitet, psykiatriska tillstånd som uppförandestörning, trotsyndrom och skadligt substansbruk (mer hos dem med icke-sexuell kriminalitet) samt ångest och depression (Boonmann m.fl., 2015; Kjellgren m.fl., 2010; Seto & Lalumière, 2010). Specifika riskfaktorer bland unga med sexuella övergreppsbehåenden är social isolering, mer uttalade attityder som stödjer sexuella övergrepp samt vänner som stödjer sexuella övergrepp, liksom sexuell upptagenhet och sexuella avvikelser (Boonmann m.fl., 2015; Kjellgren m.fl., 2010; Seto & Lalumière, 2010). I jämförelse med vuxna som begår sexuella övergrepp finns skillnader i kognitiv och psykosocial utveckling som måste beaktas vad gäller riskbild och insatser mot ungas sexuella övergreppsbehåenden; unga har sämre förmåga till självkontroll och långsiktig planering samt är känsligare för gruppträck (t.ex. US Department of Justice, 2017).

Psykiatriska tillstånd

I en systematisk översikt av studier med unga med sexuell övergreppsproblematik (10–21 år; N=2951) uppfyllde i genomsnitt 69 procent kriterier för minst ett psykiatriskt tillstånd och 44 procent kriterier för två eller fler (Boonmann m.fl., 2015) (se Tabell 1). Prevalensen av olika diagnoser varierade påtagligt mellan ingående studier samt med ålder, kön och etnicitet.

2. Intervjufrågan i BRÅ:s nationella trygghetsundersökning (NTU) med anonyma intervju svar och ett representativt befolkningsurval var: "Ofredade, tvingade eller angrep någon dig sexuellt under förra året (20XX)? Det kan till exempel handla om sexuella kränkande kommentarer i tal eller skrift eller att någon tafsade på dig, tvingade dig till en sexuell handling eller våldtagit dig. Det kan ha hänt hemma, i skolan, på arbetsplatsen, på internet eller på annan plats."

Tabell 1. Aktuella psykiatriska tillstånd hos unga som begått sexuella övergrepp (efter systematisk översikt av Boonmann m.fl., 2015).

Diagnos	Genomsnittlig andel
Uppförandestörning	51 %
Substansbruk eller beroende	30 %
Trotssyndrom	21 %
Ångeststörning	18 %
ADHD	14 %
Depression	10 %
Posttraumatiskt stressyndrom	8 %
Något psykiatriskt tillstånd	69 %

Återfall i sexualbrott

Att uppvisa sexuella övergreppsbeteenden som ung är en riskfaktor för återfall i sexualbrott (Hanson & Morton-Bourgon, 2005) samtidigt som de flesta sexualbrottsdömda inte återfaller i nya sexualbrott. Vid uppföljningar upp till 35 år har i genomsnitt 13 procent dömts för nya sexualbrott och 33 procent för icke-sexuella våldsbrott; sammantaget 60 procent för någon form av nytt brott: sexualbrott, icke-sexuella våldsbrott liksom alla övriga brottstyper (Hargreaves & Francis, 2014). För att identifiera unga med förhöjd risk för återfall i sexualbrott och deras individuella riskprofiler finns beslutsstöd som exempelvis ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism; Worling & Curwen, 2001. Svensk översättning/fackgranskning: Långström & Blomkvist) som baseras på forskningsöversikter av riskfaktorer (Worling & Långström, 2005) samt enskilda större uppföljningsstudier (Carpentier & Proulx, 2011; Worling m.fl., 2012). Dessa studier kommer främst från västerländska sammanhang men indikerar att ERASOR med försiktighet kan användas även för personer med migrantbakgrund.

Preventiva insatser

Det vetenskapliga underlaget för effektiva återfallspreventiva insatser för unga som begår sexuella övergrepp är i dag otillräckligt och därför förespråkas starkt fortsatt behandlingsforskning inom området (t.ex. SBU, 2011; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016; Kettrey & Lipsey, 2018). Forskningsutmaningarna är etiska, samhällspolitiska och metodologiska. Utmaningarna utgörs till exempel av svårigheter att motivera en vänteliste- eller kontrollgrupp både inför ungdomarna själva och avseende samhällssäkerhet. Det handlar också om svårigheter med att statistiskt säkerställa behandlingseffekter givet att återfallsfrekvensen i sexualbrott i genomsnitt är låg (Hanson, 2014). Behandlingar utformade enligt risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RBM) förefaller dock kunna ha bättre utfall än insatser som inte följer dessa principer, och RBM bedöms därför ha visst vetenskapligt stöd i att minska sexualbrottsåterfall (SBU, 2011; Hanson m.fl., 2009). I linje

med behovsprincipen kan sannolikt behandling av riskfaktorer för generell kriminalitet bland unga med sexuella övergreppsbeteenden minska återfallsriskerna både i sexuell och icke-sexuell brottslighet (jfr Seto & Lalumière, 2010). Samtidigt torde behandlingsfokus på avvikande sexuella intressen, tvångsmässigt intresse av sex, samt på attityder som stödjer sexuella övergrepp långsiktigt minska återfall i sexualbrott (Pullman m.fl., 2014; Seto & Lalumière, 2010). Då det av etiska, statistiska och logistiska skäl inte alltid går använda faktiska återfall i nya brott som utfallsmått, kan i stället relaterade utfall eller faktorer som återfinns i orsakskedjan efter en intervention studeras. Ett alternativ till långsiktiga "hårda" utfall som återfall i sexualbrott, är därför mätning av så kallade intermediära utfall i form av förändring av dynamiska riskfaktorer.

Behandlingsprogram som inspirerat Stoppa-utvecklingen

Multisystemisk terapi ([MST]; Henggeler m.fl., 2009) är en intensiv KBT-insats riktad till familjer för unga med betydande psykosociala och utagerande problem. Programmet är ett av få specifika program med visst vetenskapligt stöd för unga som begått sexuella övergrepp, och gäller individer i öppenvård med måttlig återfallsrisk (SBU, 2011). Samtidigt finns vissa tveksamheter beträffande generaliserbarheten till svenska förhållanden (Andrée Löffholm m.fl., 2009; Olsson m.fl., 2021).

Dialektisk beteendeterapi ([DBT]; Linehan, 1993) är en intensiv multimodal KBT-insats för personer med emotionellt instabilt personlighetssyndrom som minskar suicidalt beteende, ilska och psykisk ohälsa jämfört med vanlig behandling (Stoffers m.fl., 2012). DBT är även ett intressant behandlingsalternativ för unga som begått sexuella övergrepp genom betoningen på känsloreglering och sociala färdigheter; flera dynamiska riskfaktorer för sexbrottsåterfall kan förstås utifrån färdighetsbrister inom just dessa domäner (t.ex. aggressivitet, impulsivitet, tvångsmässig sexualitet och social isolering). Därtill finns en konstaterad överlappning mellan sexuell och generell (icke-sexuell) brottslighet. Pilotstudier med DBT antyder lovande resultat för brottsdömda i svensk frivård (Wetterborg m.fl., 2020) samt brett fängelse/rättspsykiatri (Evershed m.fl., 2003). Att man inom DBT utvecklat strategier för en behandlingsambivalent målgrupp med svårigheter att fullfölja insatser är ytterligare ett argument för att pröva metoden för unga som begått sexuella övergrepp (se rubriken *Behandlingsavbrott* nedan). I psykiatrisk slutenvård har DBT god effekt på generell behandlingsmiljö (mer värme, mindre bestraffning) (Sunseri, 2004), vilket förstås skulle vara en vinst för institutionsvård.

Motiverande samtal (eng. Motivational Interviewing [MI]; Miller & Rollnick, 2013) är en samtalsmetod för att stärka motivation till beteendeförändring. Den kan utgöra en egen behandlingsinsats eller förbereda inför, eller integreras i, andra program. MI är extra relevant när klienten saknar eget upplevt lidande och förändringsmotivation, som det i många fall ser ut för unga som begått sexuella övergrepp.

Behandlingsriktlinjer

Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse (ATSA) är en internationell, tvärvetenskaplig organisation som arbetar med sexualbrottsprevention och har gett ut forskningsbaserade behandlingsriktlinjer för unga som begått sexuella övergrepp (2017). Där rekommenderas KBT utformad enligt RBM-principerna samt arbete med risk- och skyddsfaktorer i ungdomens hela kontext (familj, kamrater, skola). Insatserna behöver anpassas efter ungdomens inlärningsstil, kultur och utvecklingsnivå. Ett varsamt språkbruk förespråkas för att inte skada självbilden eftersom den är under utveckling. Man rekommenderar att undvika stigmatiserande och generaliserande termer som förövre. Termen *unga med sexuellt övergreppsbeteende* används därför genomgående i denna rapport.

Nyare svenska studier på området

Inom Kriminalvården erbjuds i dag vuxna sexualbrottsdömda *Sexualbrottsprogram med individuellt fokus* (SEIF) (Kriminalvården, 2023), ett manualbaserat KBT-program utformat enligt RBM-principerna. I en *före-efterutvärdering av SEIF* i ett bekvämlighetsurval med 68 procents bortfall från före-eftermätning med 26 sexualbrottsdömda vuxna män (Lindegren, 2022) var slutförd behandling associerad med minskad självskattad hypersexualitet (n=26) med en liten effektstorlek.

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) (80 behandlade, 80 kontroller med en aktiv kontrollbetingelse) av internetbaserad *KBT för vuxna som konsumerar sexuellt övergreppsmaterial* online, visade en liten, statistiskt säkerställd minskad konsumtion av sådant material inom de närmaste veckorna (Lätth m.fl., 2022). En annan RCT (38 behandlade, 43 kontroller med sedvanlig institutionsbehandling) undersökte *KBT för brottsdömda unga män* (M=18 år) på SiS (med icke-sexuell våldsproblematik) med fokus på förbättrad problemlösning, kognitiv självkontroll och återfallsprevention. Forskarna fann inga kliniskt meningsfulla skillnader³ i återfall i våldsbrott respektive något brott enligt BRÅ:s Lagföringsregister 12 respektive 24 månader efter frigivning eller i skattade aggressiva DSM-5-symtom vid 12-månadersuppföljning (Lardén m.fl., 2021).

Behandlingsavbrott

En systematisk översikt fann att bortfallen från sexövergreppsspecifika behandlingsprogram på institution i genomsnitt är cirka 30 procent (Olver m.fl., 2011). Vissa grupper avbryter behandlingen oftare än andra. Behandlingsavbrott korrelerar med faktorer som låg ålder, förnekelse av brott, negativ attityd till behandling, sexuella avvikelser, obekanta offer samt hög återfallsrisk. I en studie av 161 ungdomar (M=19 år, Carl m.fl., 2020) på särskilda avdelningar för unga som begått sexualbrott avbröt 19 procent den icke frivilliga behandlingen. Låg motivation och omfattande missbruk var kopplade till behandlingsavbrott. En hypotes var att ungdomsavdelningarnas fokus på en terapeutisk miljö även utanför terapiesessionerna bidrog till de relativt få avbrotten. I den tidigare

3. Små i effektstorlek och ej signifikanta.

SiS-studien angående individualiserad KBT för unga med icke-sexuell våldsbrottslighet var behandlingsbortfallet 61 procent (Lardén m.fl., 2021).

Institutionsvård

Statens institutionsstyrelse (SiS)

SiS ansvarar för tvångsvård för ungdomar med allvarliga psykosociala problem samt vuxna med missbruksproblematik. Ungdomarna placeras enligt *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga* (LVU, 1990) eller *Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård* (LSU, 1998), i undantagsfall frivilligt utifrån *socialtjänstlagen* (SoL, 2001). Oavsett juridisk vårdform förväntas SiS erbjuda återfallspreventiva insatser för unga som begått sexuella övergrepp. Totalt finns 21 ungdomshem med cirka 650 platser (SiS, 2022a). Vid tiden för denna studie gav två av dessa institutioner återfallspreventiva insatser för sexuell övergreppsproblematik på sammanlagt tre avdelningar. Sammantaget finns på dessa upp till 21 låsbara behandlingsplatser specifikt för unga som begått sexuella övergrepp (SiS, 2022b).

Implementering i heldygnsvård

Att implementera behandlingsprogram är tidskrävande och tar vanligtvis 2–4 år, där man går igenom stadierna *bedömning* (behov och implementeringshinder), *installering* (resurssätta och förbereda personal), *initial implementering* (inlärningsperiod) och *full implementering* (standardiserade rutiner, programintegrering på alla organisationsnivåer) (Bertram m.fl., 2011; 2015). Att implementera forskningsbaserade program i heldygnsvård innebär ytterligare utmaningar. Hit hör svårigheter med att förankra projektet på organisationens alla nivåer, praktiska hinder med till exempel logistik eller säkerhetsrutiner, organisationskultur, politiska och juridiska förutsättningar, komplexiteten i klientgruppernas sammansättning samt personalresurser (James m.fl., 2013). Lane med kollegor (2012) beskriver utmaningar i heldygnsvård (kopplat till forskning men i stort generaliserbart till behandlingsimplementering) som plötslig, oväntad utskrivning av patienter samt andra verksamhetsuppgifter och aktiviteter som konkurrerar med avsett behandlingsprotokoll. För att försöka hantera detta rekommenderar författarna tät dialog med institutionerna och största möjliga anpassning av studiedesign till befintlig verksamhet.

Vid implementering i heldygnsvård kan man skilja mellan *klientspecifika* och *miljöomfattande programmodeller* (eng. milieu-wide program model), där Stoppa kan kategoriseras som det sistnämnda. Klientspecifika programmodeller är tillägg till sedvanlig institutionsvård, avsedda att lösa ett avgränsat klientproblemområde. Miljöomfattande programmodeller är mer heltäckande i sin omfattning och påverkar många aspekter av ärendehantering och vårdprocess. Organisationer är ofta mer benägna att implementera de förstnämnda, samtidigt som dessa vanligtvis utformats för öppenvård och det är då inte alls självklart att effekterna är generaliserbara till institutionsmiljöer (James m.fl., 2017). Miljöomfattande programmodeller kräver väsentliga organisatoriska förändringar vid implementering samtidigt som personalengagemanget dock tenderar att stärkas när insatsen ses som integrerad snarare än ett tillägg (James m.fl., 2017).

James med kollegor (2017) gjorde en stor översikt av heldygnsvårdsaktörer för unga i USA avseende implementering av evidensbaserade behandlingsmetoder (115 behandlingsprogram över 66 olika organisationer). Forskarna fann att både räckvidd och programtrohet (*eng. fidelity*) var låga. I cirka 20 procent av organisationerna gavs den implementerade interventionen till samtliga inskrivna ungdomar och i cirka 20 procent till <10 procent av klienterna. Programtrohet mättes utifrån krav på certifieringsprocess (60 %), manualanvändning (74 %) och om organisationen inhämtade uppföljningsdata (ca 50 %). De största implementeringsbarriärerna bedömdes vara hög personalomsättning samt bristande utbildning och handledning. Viktiga framgångsfaktorer var bland annat välutbildad personal, att organisationens olika nivåer gjort ett implementeringsåtagande, behandlingsfrämjande struktur (schemaläggning, utbildning, uppföljning), tydlig kommunikation (kommunicerade implementeringsförväntningar, programgemensamt språk), programflexibilitet och matchning till organisatoriska förutsättningar samt upplevda positiva resultat.

I en färsk kvalitativ studie av ett öppenvårdsprogram mot substansbruk och beroende som 2023–2025 prövas i en RCT inom SiS ungdomsvård: *Adolescent Community Reinforcement Approach* (A-CRA) (Mälarstig, 2023), framkom flera intressanta teman. Bland annat uttryckte behandlare att A-CRA behövde större revisioner för att fungera i institutionsmiljö; att *nödvändiga organisatoriska förutsättningar* var dagtidstjänster med specifikt behandlingsansvar (annars konkurreras behandling ut av akuta uppgifter som måste lösas), stöd av ledning, programförespråkare bland personal samt att flera personer på samma institution A-CRA-utbildades. *Integrering i institutionsmiljö* försvårades av säkerhetsrestriktioner (svårt att komma ut på prosociala aktiviteter) och dåligt matchade scheman (svårt att få till direktkommunikation mellan behandlare och avdelningspersonal). *Implementeringsutmanande omständigheter* utgjordes av heterogenitet inom klientgruppen och i de olika program som erbjöds på institutionen, och *kontakt mellan olika sammanhang* (generalisering/vidmakthållande till hemmiljö) beskrevs som en särskild utmaning vid institutionsvård. Att hålla nära kontakt både med föräldrar och ett utökat privat nätverk lyftes därför som viktigt.

Utveckling av Stoppa

År 2014 påbörjades utvecklingen av Stoppa som ett lokalt initiativ av de två psykologerna MJ och MH samt biträdande enhetschef på den aktuella institutionens avdelningar för unga som begått sexuella övergrepp. Initiativet sprang ur ett behov av att kvalitetssäkra verksamhetens insatser (vars innehåll dessförinnan var påtagligt beroende av den enskilde behandlarens motivation och kompetens), och att skapa en sammanhållen, evidensbaserad, multimodal behandlingsstruktur. Detta i motsats till att ha flera program "staplade" på varandra, utan tydlig koppling mellan strukturerad insats och avdelningens rutiner och vardag. Utgångspunkt vid programutvecklingen var genomgång av existerande litteratur, expertkonsultation (via handledning och kurser) samt löpande deltagande i det nationella nätverket för Barn och unga med sexuella beteendeproblem (BUAS). Programmet prövades i klinisk verksamhet och korrigerades löpande utifrån ungdomarnas återkoppling. Programutvecklingen skedde i tre faser: 1) manualutveckling för individuell psykologisk

samtalsterapi/behandling, 2) Stoppa Original med olika behandlingsspår och valbara moduler⁴, 3) Stoppa Bas, en nedbantad version av originalprogrammet som representanter för Kriminalvården varit med och granskat. Stoppa Bas ingår i den vägledning för utredning och behandling av unga som begått sexuella övergrepp, som en referensgrupp inom SiS med NL som extern expert tog fram år 2018. I samband med det utsåg SiS huvudkontor en central stödfunktion som ombesörjde utbildning och fortbildning inom programmet. Därefter gjordes smärre revideringar av arbetsblad (oktober 2019) och år 2020 övergavs originalmanualen. Stoppa är numera synonymt med basversionen, före detta Stoppa Bas.

Aktuellt forskningsprojekt

Detta är enligt vår kännedom den första svenska studien med syfte att undersöka genomförbarhet och återfallsriskreducerande effekt av en modern psykologisk intervention, Stoppa, för institutionsplacerade unga som begått sexuella övergrepp. Syftet är härutöver att generera generell kunskap om implementering av program i slutenvårdsmiljöer.

Frågeställningar

1. Hur upplevs Stoppa av ungdomarna, deras privata nätverk och behandlare?
2. Hur är genomförbarhet, behandlingsföljsamhet och organisatoriska förutsättningar för Stoppa?
3. Är genomförd Stoppa associerad med minskad dynamisk återfallsrisk enligt ERASOR?
4. Är genomförd Stoppa associerad med förbättrad känslohantering och impuls kontroll?

4. Behandlingslängd 1–2 år, manualtext ca 850 sidor.

Metod

Studien undersöker genomförbarhet, inställning till behandlingen och behandlingsrelaterade faktorer samt Stoppa-behandlingens effekt på dynamiska riskfaktorer hos SiS-placerade unga som begått sexuella övergrepp. Avseende eventuella behandlings effekter användes en före/efter-design. Initialt planerades genomförande med en aktiv kontrollgrupp som skulle få SiS sedvanliga insatser som inte var specifikt riktade mot sexuell övergreppsproblematik. Det var dock inte möjligt då SiS av etiska och juridiska skäl vill erbjuda alla i målgruppen likvärdig, *bästa tillgängliga*, behandling. Dessutom fanns det inte praktiska förutsättningar för att etablera en tillräckligt stor grupp som *inte* påbörjat Stoppa för meningsfulla gruppjämförelser. Relativt låga återfallstal gör att det krävs mycket stora grupper för att få tillräcklig statistisk styrka samtidigt som inflödet till SiS av unga med sexuella övergreppsbeteenden är relativt lågt. Statistisk styrka avser förutsättningarna att statistiskt kunna säkerställa verkliga samband eller en eventuell behandlingseffekt i en forskningsstudie. Studien preregistrerades på ISRCTN år 2019 (<https://doi.org/10.1186/ISRCTN69989000>).

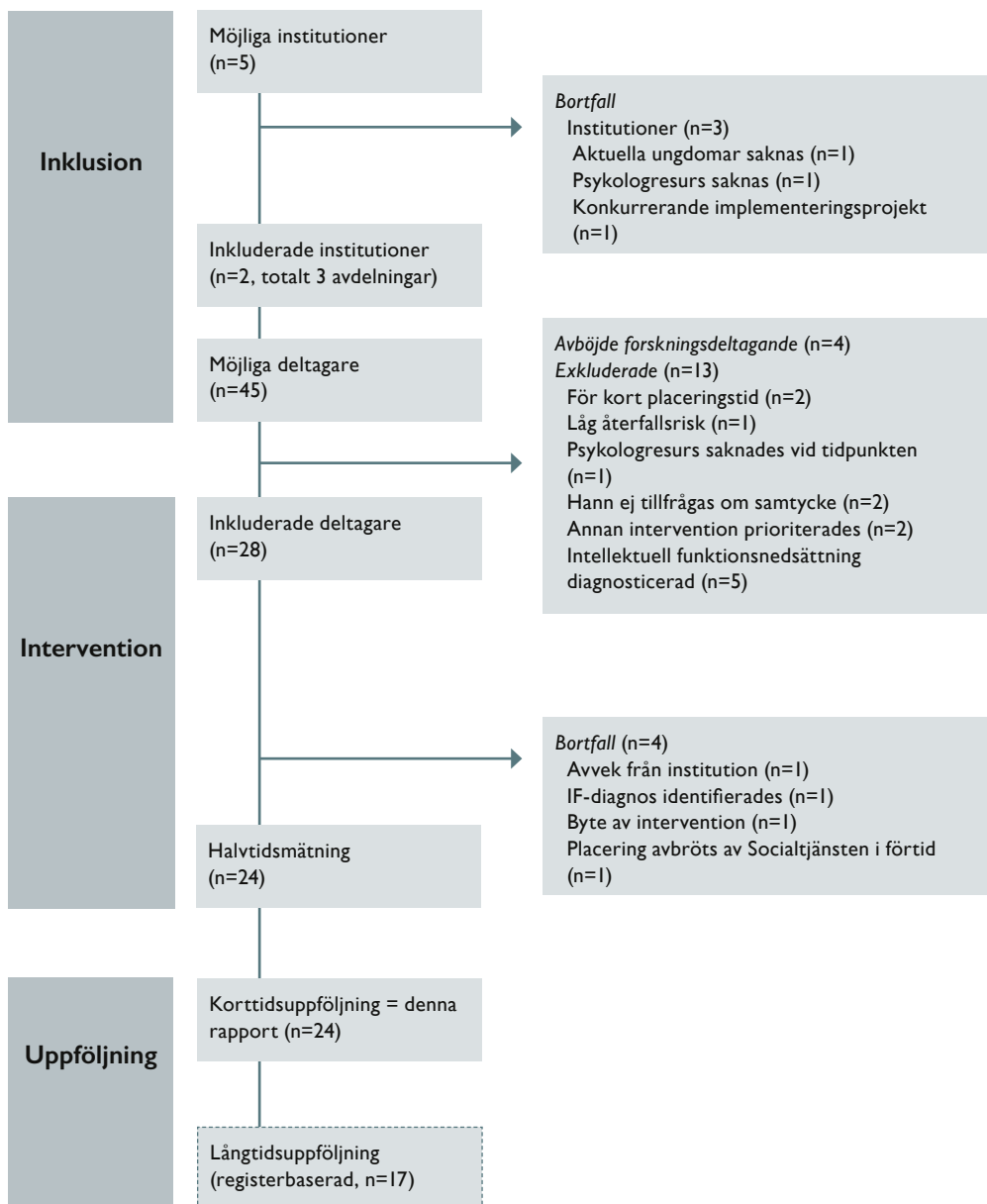
Deltagare

Inklusion i studien har skett på två nivåer, först på institutions- och sedan på ungdomsnivå. Fem institutioner diskuterades som möjliga att inkludera och urvalet styrdes av SiS huvudkontor i samråd med berörda institutionschefer (se Figur 1). På ungdomsnivå tillfrågades sedan löpande samtliga SiS-placerade pojkar och unga män (13–20 år) som matchade inklusionskriterierna och vårdades på en behandlingsavdelning som gav Stoppa under studieperioden. Inga flickor eller unga kvinnor bedömdes kunna bli aktuella för studieinklusion. Inklusionskriterierna var: lagföring för eller på annat sätt säkerställt att den unge begått sexuella övergreppshandlingar; ERASOR-skattad måttlig till hög risk för återfall i sexuella övergrepp; återstående placeringstid på >4 månader samt tillräckligt god förståelse av svenska eller engelska. Exklusionskriterier var: intellektuell funktionsnedsättning (total IK<70) eller psykiatriskt tillstånd som leder till påtaglig instabilitet (inbegrep, men var inte begränsat till, pågående manisk episod, psykotiskt tillstånd eller markant förhöjd suicidrisk). Det var fördelaktigt, men inte nödvändigt, att ungdomen hade ett nätverk med minst en anhörig (s.k. nyckelperson) som kunde inkluderas i behandlingen.

Rekrytering

Rekrytering skedde genom att projektkoordinatören hade löpande kontakt med SiS placeringsenhet och de deltagande institutionerna. På institution A skedde kontakten via psykologerna (som hade god överblick av inflödet), på institution B med psykologer och behandlingssekreterare på utrednings- respektive Stoppa-avdelningarna. Samtliga deltagare inkluderades efter muntligt och skriftligt informerat samtycke. För individer

som ännu inte fyllt 15 år, etablerad tröskelålder för beslutsautonomi i behandlingssammanhang, tillfrågades även vårdnadshavare om samtycke. Efter genomförda eftermätningar erhöll varje ungdom ett presentkort på 200 kronor.



Figur 1. Flödesschema för inklusion av deltagare i Stoppa-studien.

Totalt tillfrågades 32 ungdomar som uppfyllde inklusionskriterierna om deltagande varav fyra avböjde. Av de som påbörjat Stoppa föll fyra bort efter inklusion och totalt genomförde således 24 av 28 (86 %) inkluderade ungdomar hela programmet, se Figur 1 ovan för flödesschema.

Medelåldern på deltagarna var 16 år (intervall 12–18 år), genomsnittlig placeringstid på grund av sexuellt övergreppsbeteende var elva månader och 89 procent bedömdes ha minst ett psykiatriskt tillstånd. Föräldrarna hade relativt låg utbildningsnivå; 43 procent av ungdomarna hade föräldrar med som mest grundskoleutbildning (se Tabell 2).

Tabell 2. Sociodemografiska, psykiatriska och placeringsrelaterade data för 28 pojkar/unga män som påbörjade Stoppa 2019–2022 (intent-to-treat).

Variabel	M (SD)	n (%)
Ålder, år	16,4 (1,6)	
< 15 år (ej straffmyndig)		5 (18)
Psykiatriska tillstånd^a		
ADHD		14 (50)
Uppförandestörning		9 (32)
Autism		6 (21)
Trauma- och stressrelaterade syndrom inklusive PTSD		6 (21)
Marginell intellektuell funktionsnedsättning (IK=70–84)		5 (18)
Något psykiatriskt tillstånd		25 (89)
Psykiatriska diagnoser per ungdom, antal	1,7 (1,0)	
Psykoaktiva läkemedel		
Något läkemedel, andel vid behandlingsstart ^b		18 (64)
Preparat per ungdom, antal vid behandlingsstart	1,2 (1,1)	
Förändrad medicinering under pågående Stoppa-behandling (in-/utsättning, dosjustering), andel		10 (36)
Migrantstatus		
Svenskt medborgarskap eller permanent uppehållstillstånd		24 (86)
Placeringar och boende		
Lagrum för placering vid behandlingsstart		
LVU		21 (75)
LSU		7 (25)
Aktuell placering, månader	11,0 (4,8)	
Vistelsedestination efter SiS-utskrivning		
Socialtjänstplacering utanför SiS regi (LVU eller SoL)		13 (46)
Föräldrahem		7 (25)
Annat/uppgift saknas		8 (29)
Föräldrars födelseland		
Båda föräldrarna födda i Sverige		8 (29)
Minst en förälder född i övriga världen		18 (64)
Uppgift saknas		2 (8)
Föräldrars högsta utbildningsnivå		
Båda föräldrar ≤grundskola		12 (43)
Minst en förälder med ≥gymnasium		11 (39)
Uppgift saknas		5 (18)

Fotnoter: a. Primärt hämtade från SiS-utredningen, annars från annan individrelaterad dokumentation/utredning. Om diagnostisk bedömning saknats har leg. psykolog administrerat någon av de semistrukturerade diagnostiska intervjuerna MINI eller MINI-KID.

b. Centralstimulantia: 7 (25 %); Antidepressiva: 4 (14 %); Läkemedel vid alkohol-/drogbrukssyndrom: 1 (4 %); Stämningsstabiliserande läkemedel: 0 (0 %); Antipsykotiska läkemedel: 0 (0 %).

Nyckelpersoner (behandlingsinvolverade anhöriga och professionella)

Möjliga nyckelpersoner söktes både bland föräldrar/vårdnadshavare och i ett utökat nätverk av släktingar och professionella kontakter. Inklusionskriterier var: en vuxen person med någon form av etablerad (eller tilltänkt), icke-exploaterande, prosocial relation till ungdomen med förväntan om att finnas kvar i den unges liv minst 6–12 månader efter avslutad behandling. I Stoppas manual (Jørgensen m.fl., 2018) finns beslutsstöd där tilltänkta vuxna väljs bort om de uppvisar bristande motivation, alltför stora praktiska förhinder eller kraftigt försvårande omständigheter som pågående psykosocial belastning. Av totalt 73 identifierade potentiella nyckelpersoner deltog inte eller exkluderades 67 procent; vanligen på grund av behandlarbedömd oförmåga att sörja för ungdomens bästa. Ingen av de tilltänkta professionella aktörerna, det vill säga god man, tillförordnad vårdnadshavare, HVB-personal eller familjehem och familjebehandlare, inkluderades då merparten avböjde deltagande, och ungdomen i några fall inte samtyckte till inklusion.

Professionella informanter (behandlare och enhetschefer)

På de tre Stoppa-avdelningar som inkluderades i studien tillfrågades samtliga tjänstgörande psykologer och enhetschefer om deltagande. På institution A hade man en särskild familjebehandlare med ansvar för nätverksspåret, och på institution B särskilt utsedda behandlare med ansvar för färdighetsspåret, vilka tillfrågades om deltagande. Behandlarna fick muntlig och skriftlig information om studien medan enhetscheferna gavs muntlig information. En projektkoordinator ansvarade för inhämtande av informerat samtycke från dessa professionella. Totalt tillfrågades tolv behandlare (varav sex var psykologer) och fyra enhetschefer; samtliga 16 lämnade informerat samtycke till deltagande. Behandlarnas medelålder var 40 år (67 % kvinnor) med i genomsnitt tio yrkesverksamma år. Enhetscheferna hade i genomsnitt arbetat nio år inom SiS.

Tabell 3. Potentiella och deltagande nyckelpersoner till ungdomar (N=28) i Stoppa-studien.

Nyckelpersoner ^a	n (%)
Samtliga inkluderade nyckelpersoner (av 73 potentiella identifierade ^b)	24 (33)
Inkluderade föräldrar (av 56 teoretiskt möjliga)	20 (36)
Skäl exklusion av nyckelpersoner (N=49^c)	
Behandlarbedömd låg förmåga att sörja för ungdomens bästa ^d	17 (35)
Annat aktuellt boendeland	12 (24)
Uppvisat ointresse att delta ^e	11 (22)
Övriga skäl ^f	9 (18)

Fotnoter:

a. Behandlingsinvolverad anhörig eller professionell vuxen som kommer finnas kvar i deltagande ungdoms liv minst 6 månader efter avslutad behandling.

b. Vårdnadshavare, biologiska föräldrar; god man, privata vuxna som ungdomen har identifierat relation med, professionella som ska finnas kvar efter utskrivning.

c. Antal identifierade potentiella nätverks-/nyckelpersoner som ej inkluderats.

d. Här ingår betydande egen psykisk ohälsa/psykosociala problem, att ha utsatt ungdom eller primärfamilj för våld samt behandlingsförstörande beteenden.

e. Till exempel total avsaknad av relation (avser enbart föräldrar/vårdnadshavare, annars ej påtänkta som nyckelpersoner), att aktivt ha avböjt deltagande eller ha varit oanträffbar trots upprepade kontaktförsök.

f. Vårdnadshavare avliden, ungdomens samtycke att inkludera tilltänkt person saknas eller personens lämplighet hann ej bedömas innan ungdomen föll bort från Stoppa-deltagande.

Intervention

Stoppa är ett nyutvecklat återfallspreventivt behandlingsprogram för unga (13–20 år) med skadligt sexuellt beteende. De övergripande programmålen är att upprätta stopp- respektive stödplaner, säkerställa känslomässigt stöd, etablera en fungerande/stabil livssituation och trygga framtidsplaner (inklusive planering av hur ungdomen ska undvika de svåraste risksituationerna). Stopp- och stödplaner är återfallspreventiva planer riktade till ungdomen och hens nätverk. Stoppa är ett multimodalt program med fyra behandlingsspår som pågår under 4–6 månader och hålls samman av ett samordnande team. Programinnehåll och utförande är principstyrt, vilket betyder att genomförandet är flexibelt utifrån Stoppas teorigrund.

Färdighetsspåret är strukturerade behandlingsträffar som företrädesvis sker i grupp. I spåret ges grundläggande information om sexualitet, sexuella beteendeproblem, känslor och inlärningsteori samt genomgång av programmets kärnfärdigheter (känsloreglering, samtyckesbedömningar och konsekvensanalys). Spåret var initialt tänkt att bedrivas av psykolog i samarbete med avdelningspersonal som medtränare, men har i vissa fall genomförts av annan SiS-personal som bedömts ha personlig lämplighet för uppgiften.

Individualspåret består av enskilda samtal med legitimerad psykolog eller psykoterapeut och syftar till etablering av en individspecifik beteendeanalys samt en stopp-plan. Beteendeanalys är ett inlärningsteoretiskt verktyg för att skapa hypoteser om individspecifika färdighetsbrister som vidmakthåller ungdomens skadliga sexuella beteende samt mottaglighetsanalys med föreslagna strategier för behandlingsanpassningar.

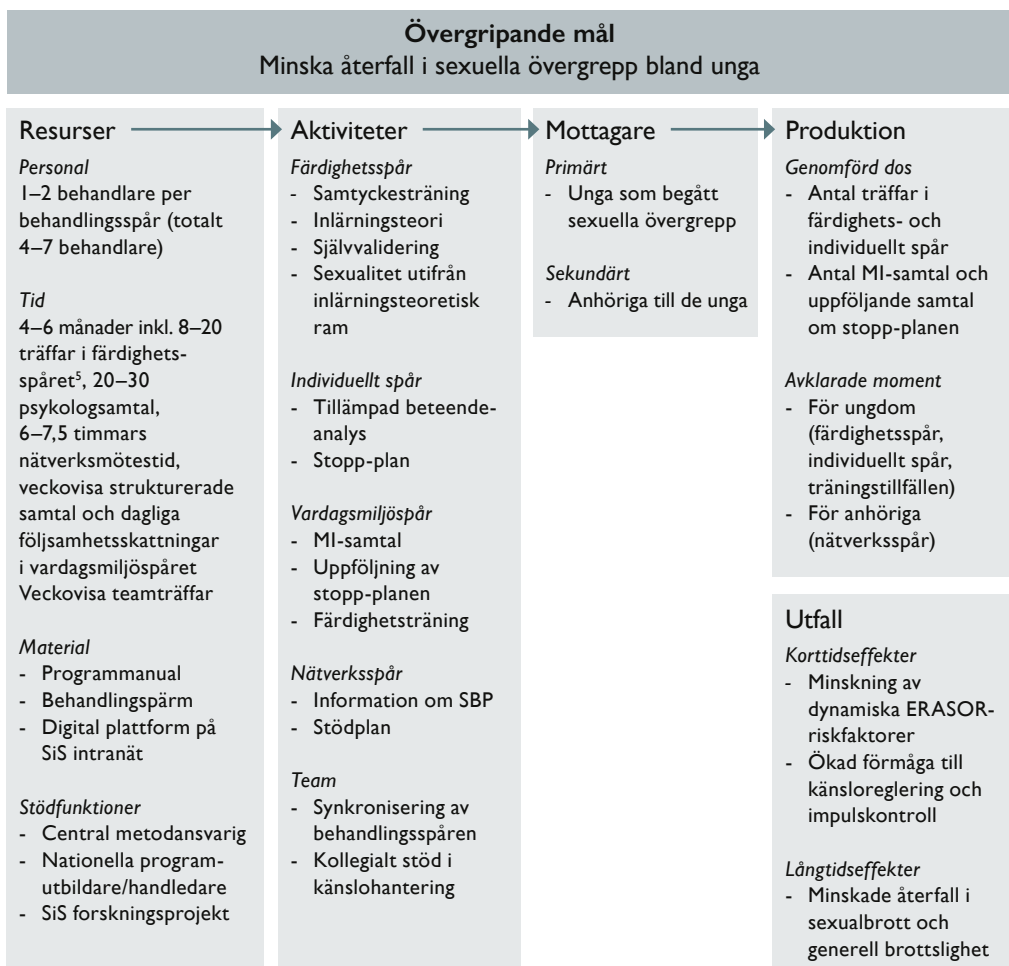
Vardagsmiljöspåret äger rum på avdelning och för det ansvarar ungdomens särskilt utsedda kontaktpersoner. Spåret består av strukturerade samtal, färdighetsträning i vardagen samt individanpassade bemötandestrategier. Syftet är att stärka behandlingsmotivation och befästa/automatisera individuellt anpassade färdigheter hos den unge. Behandlarnas följsamhet med bemötandestrategierna skattas dagligen.

Nätverksspåret riktas till nyckelpersonerna och syftar till etablering av stödplanen. Spåret har ingen specificerad behandlarroll och spåransvarig utses därför lokalt, det kan exempelvis vara psykolog, behandlingssekreterare eller särskilt utbildad familjebehandlare.

Det samordnande teamet består av behandlare från respektive spår. Eftersom samma behandlare kan ansvara för flera spår kan teamets storlek variera, från minst två till vanligtvis 4–5 personer. Doserna för respektive spår presenteras i Figur 2.

Teoretiska utgångspunkter

Stoppa är utformad i linje med Andrews' och Bontas RBM-principer (2007; 2023), samt behandlingsmodellerna MST, DBT och MI. DBT-influenserna märks i både programstruktur och innehåll, exempelvis genom känslohanteringsfärdigheter. MI-inslag återfinns i form av strukturerade samtal i vardagsmiljöspårets uppstart och avslut i syfte att motverka den höga andel behandlingsavbrott som generellt karaktäriserar gruppen (se *Preventiva insatser* under *Introduktion*). Stoppas programteori beskrivs kortfattat i Figur 2 utifrån en så kallad logic model (Hayes m.fl., 2011). I Bilagetabell 1 finns ytterligare beskrivning av de teorier och principer som påverkat utformningen av Stoppa.



Antaganden om förändringsmekanismer

- Genom att minska kända risk- och skyddsfaktorer kan återfallsrisk minskas.
- Sexuella beteendeproblem och relaterade svårigheter kan förstås utifrån inläringsteori och vidmakthålls primärt av färdighetsbrister.
- Individuellt matchade färdigheter hjälper ungdomen att bygga skyddsfaktorer och hantera riskfaktorer.
- Prosociala framtidsmål och behandlingsstödande kontext ökar ungdomens förmåga att använda färdigheter.

Externa faktorer som kan påverka programutfall

- Organisatoriska utmaningar: Nystartad institution, omplacerad ledningsgrupp, betydlig personalomsättning, rekryteringssvårigheter, parallellt pågående, centralt initierade implementeringsprojekt (Multisystemisk institutionsvård [MSI] och Traumamedveten omsorg [TMO]).
- Omvärldsfaktorer: Stigma/fördomar kring unga som begår sexuella övergrepp, återplacering till hemkommun, migrations- och kriminalpolitik, covid-pandemi.

Figur 2. Stoppas programteori.

5. I manualen anges sessionstid till 90 minuter men i praktiken har behandlarna genomfört 45-minuterssessioner. Tabellens dosangivelser utgår från 45 minuter och sessionsantalet har därav dubblats.

Utfallsmått

Behandlingsnöjdhet

CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire; Larsen m.fl. 1979) innehåller åtta ungdomsskattade frågor om nöjdhet i psykoterapi som besvaras på en fyrgradig Likertskala (totalpoäng 8–32). I denna studie fick även ungdomarnas nyckelpersoner svara på frågorna utifrån skattad upplevd nöjdhet för respektive ungdom. Föreslagen tolkning av Smith med kollegor (2014) är *missnöjd* 8–13 poäng, *okej* 14–19 poäng, *nöjd* 20–25 poäng, samt *mycket nöjd* 26–32 poäng.

WAI-S (Working Alliance Inventory – Short Version; Tracey & Kokotovic, 1989) består av tolv frågor om behandlingsallians (här i förhållande till psykologen i individuella spåret) som ungdomsskattas på en sjugradig Likertskala, där höga värden motsvarar bättre allians (totalpoäng 12–84). Gränsvärden för tolkning saknas men referensvärden hämtades från Loos med kollegor (2020) respektive Johansen med kollegor (2013). Den förstnämnda studien avser barn/unga i öppenvård (N=76, medelålder 12,6 år, intervall 7–17 år; M=75, SD=10) som fått traumafokuserad KBT (TF-KBT) och den senare norska vuxenpsykiatriska öppen- och slutenvårdspatienter (N=42, M=62, SD=11) som deltog i individuell psykoterapi (eklektiska metoder med interpersonell respektive KBT-inriktning).

Kvalitativ ungdoms- och nätverksutvärdering består av sex egenutvecklade frågor om hur behandlingen upplevdes samt möjliga positiva och negativa effekter (se Bilagetabell 2a). Ungdomarna besvarade frågorna i fritext och nätverket i muntlig intervju.

Genomförbarhet och implementering

Behandlingschecklistan ingår i programmet och hanterades gemensamt av ungdom och behandlare. I den ingår samtliga programmoment, och behandlare för respektive spår checkade löpande av momenten utifrån om det var helt (1), delvis (0,5) eller ej (0) genomfört. Utfallsmåttet var checklistans totalsumma⁶ (0–22). *Behandlingsdos* respektive *fullföljande* anges utifrån bestämda minimikriterier. För färdighets- och individuella spåret var det tolv respektive 20 genomförda sessioner⁷. Initialt preciserades ingen minimidos för resterande spår, data fanns dock registrerade i behandlarchecklistan så ingen skattning genomfördes i efterhand. Baserat på detta sattes minimidos för "slutfört spår" till ≥ 1 färdighetsträningstillfälle per behandlingsvecka i vardagsmiljöspåret samt ≥ 1 nyckelperson som slutfört ≥ 80 procent av momenten i nätverksspåret.

6. I det ingick färdighets- och individuella spåret. Vardagsmiljöspåret exkluderades då det saknar fasta doser av moment. Nätverksspåret exkluderades, då det inte var nödvändigt men förstås fördelaktigt att ha en involverad nyckelperson.

7. I manualen anges att sessionslängden bör vara 90 minuter. Merparten av behandlarna kom dock att under studien av mottaglighetsskäl (p.g.a. ungdomarnas begränsade uthållighet) ha hållit 45-minuterssessioner. I denna rapport räknas därför 45 minuter som en session och alla doskrav har därför dubblerats.

Semistrukturerad telefonintervju med behandlare (se Bilagetabell 2b) bestod av elva kvalitativa frågor om behandlingsinnehåll, mottaglighetsanpassningar och genomförbarhet.

Semistrukturerad telefonintervju med enhetschef (se Bilagetabell 2c) innefattade fem kvalitativa frågor om organisatoriska förutsättningar att genomföra programmet samt upplevd inverkan på personalgrupp och ungdomar.

Kvantitativ behandlarutvärdering (se Bilagetabell 3) utgjordes av elva egenutvecklade frågor för skattning av om programmet upplevdes möta ungdomens behov och behandlarens förutsättningar att bedriva det.

Övriga implementeringsdata var programutbildning (tillfällen, deltagare, kursintyg och booster), handledningstillfällen och behandlingsräckvidd (andel ungdomar med skadligt sexuellt beteende som fått Stoppa, på myndighetsnivå respektive avdelningsnivå).

Primära effektmått

ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism, Worling & Curwen, 2001) är en forskningsbaserad risk- och behovschecklista för att bedöma övergripande risk och inventera individspecifika riskfaktorer för återfall i sexuellt övergreppsbeteende bland unga (12–18 år) som begått ett sexuellt övergrepp (se Bilagetabell 4). Listan består av både dynamiska (potentiellt föränderliga) och statiska (oföränderliga, historiska) riskfaktorer. Utfallsmåttet i forskningsstudien var förändring i de dynamiska riskfaktorerna. Respektive faktor skattas på en ordinalskala med tre steg (1, *ej förekommande*; 2, *kanske/delvis förekommande*; 3, *förekommer säkert*) och medelvärden (1–3) beräknas för en *sexövergreppsspecifik delskala* (item 2–4, 24: *tvångsmässigt intresserad av sex, attityder som stödjer sexuella övergrepp, ovilja förändra avvikande sexuella intressen/attityder samt ingen utveckling/användning realistiska återfallsförebyggande strategier*). Separat beräknas medelvärdet för generella riskfaktorer för fortsatt kriminalitet på *delskalan generella riskfaktorer* (item 14–19: *antisocialt förhållningssätt och livsstil, saknar nära relationer till jämnåriga/social isolering, negativa relationer och påverkan från jämnåriga, aggressiv mot andra, aktuell ökning av aggressivitet eller negativa känslor samt dålig förmåga kontrollera känslor/beteende [impulsivitet]*). I syfte att öka känsligheten för eventuell förändring associerad med Stoppa-deltagande baseras skattningen av dynamiska faktorer på den senaste månaden (i stället för senaste halvåret som anges i ERASOR-manualen). Bedömd övergripande risknivå (som ligger till grund för inklusion i Stoppa, se ovan) baseras däremot på skattningar enligt manual, och i förmåtningen skattades därför dynamiska riskfaktorer med sex respektive en månads retrospektiv tidsram.

Samtyckande Stoppa-deltagare (n=17 av 24) kommer att följas upp 2026 genom länkning till nationella registerdata. Detta sker också för ytterligare två, renodlade jämförelsegrupper:

a) SiS-placerade pojkar/unga män som begått sexuella övergrepp men av logistisk skäl inte kunnat erhålla Stoppa⁸ (totalt N~200). b) LSU-placerade pojkar/unga män på grund av icke-sexuella våldsbrott under 2019–2021 (N~160). Syftet är att efter avslutad klinisk studie följa upp Stoppa-behandlade och jämförelsegrupper avseende brottsmisstankar/återfall i brott (BRÅ) och psykisk ohälsa från Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister.

Sekundära effektmått

DEERS-16 (Difficulties in Emotion Regulation Scale; Bjureberg m.fl. 2016) består av 16 *ungdomsskattade* frågor om svårigheter med känsloreglering på en femgradig Likertskala (0–4 poäng per item, totalt 0–64 poäng), där låga värden avspeglar bättre känsloreglering. Skalan har god validitet och reliabilitet i svenska kliniska och icke-kliniska grupper (Bjureberg m.fl., 2016).

SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham-skalan; Swanson m.fl., 2012) innehåller 30 *lärarskattade* frågor till delskalorna ouppmärksamhet, hyperaktivitet/impulskontrollsvårigheter (båda mäter ADHD-symtom) och trots (trotsyndromsymtom). Frågorna besvaras på en fyrgradig Likertskala (0–3 poäng per item, totalt 0–90 poäng), där låga värden avspeglar färre svårigheter. För båda de sekundära effektmåtten har före-, under- och efterskattning genomförts.

Procedur

Datainsamling pågick konsekutivt mellan september 2019 och augusti 2022. Analyserna färdigställdes under 2023.

8. Dels fr.o.m. 1999, då lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) infördes, t.o.m. 2018, när Stoppa infördes, dels 2019–2022 för de som under studieperioden placerats på institutioner där Stoppa ännu ej implementerats.

Tabell 5. Översikt av mått, mätillfällen och informanter i Stoppa-studien.

	Effektmått			Behandlings- upplevelse	Genomförbarhet
	Före	Under	Efter	Eftermätning	Eftermätning
Ungdom	DERS-16	DERS-16	DERS-16	CSQ-8 WAI-S Kvalitativ skriftlig utvärdering Skattad måluppfyllelse	
Nyckelperson				CSQ-8 Kvalitativ intervju Skattad måluppfyllelse	
SiS-personal					
Riskbedömare	ERASOR		ERASOR		
Lärare	SNAP-IV	SNAP-IV	SNAP-IV		
Stoppa- behandlare				Semistrukturerad behandlarintervju Skattad måluppfyllelse Behandlarutvärdering (kvantitativ)	Behandlingschecklista
Enhetschef					Semistrukturerad enhetschefsintervju
Övriga källor					Implementeringsdata

Förberedelse och kvalitetssäkring

På varje deltagande institution rekryterades en riskbedömare *för att fristående från Stoppa-behandlaren* skatta ERASOR⁹. För att säkra tillgången till och kvaliteten på ERASOR-bedömningarna gav projektledare (NL) och projektkoordinator (MJ) utbildning i instrumentet till deltagande institutioner. Detta innefattade samskattningar i ERASOR före studiestart samt under inklusionsperioden slumpvisa oberoende skattningar av annan bedömare¹⁰ i avsikt att upprätthålla god interbedömarreliabilitet. Ansvarig Stoppa-behandlare, den psykolog som håller individuella behandlingsspåret, gick tillsammans med utvald personal (bl.a. avdelningspersonal) en femdagarsutbildning i programmet

9. För 15 ungdomar (54 %) var ERASOR-skattaren helt fristående från aktuell individs behandling. För 9 ungdomar (32 %) hade ERASOR-skattaren även hand om respektive individs färdighetsspår på avdelningen. Fyra inkluderade ungdomar (14 %) föll bort och saknar eftermätning på ERASOR.

10. Bedömarna genomförde samskattning av 1–2 fiktiva ärenden och fick återkoppling på detta av projektansvarig NL och projektkoordinator MJ före studiestart. Under studien genomfördes sedan återkommande samskattningar; i genomsnitt var åttonde månad. ERASOR-skattaren erhöll då en annan bedömares avidentifierade ERASOR-utlåtanden, där själva skattningarna var maskerade, och gjorde utifrån tillgänglig information en oberoende skattning. Återkoppling gavs till både ursprunglig bedömare och samskattare, slutsatser sammanställdes från samskattningstillfällena och gick avidentifierade ut i e-postmeddelande till samtliga studieinvolverade ERASOR-bedömare.

och psykologerna genomgick därefter en fördjupningsdag. Utbildningen planerades och samordnades av SiS huvudkontor och gavs första gången i oktober 2018. För manualtrohet gavs löpande handledning till ansvariga behandlare av projektkoordinator MJ och dokumentation av manualföljksamhet skedde löpande under projekttiden enligt behandlingschecklistan.

Datainsamling

Innan Stoppa-behandlingen började insamlades bakgrundsdata och förmätningar gjordes. Bakgrundsinformation hämtades primärt från SiS egen utredning och därutöver från annan individrelaterad dokumentation som socialtjänstutredning med Barns behov i centrum (BBIC) eller Barn- och ungdomspsykiatrisk (BUP)utredning. Om diagnostisk bedömning saknades administrerades de semistrukturerade diagnosinstrumenten *MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI)* eller *MINI-KID* (Sheehan m.fl., 1998) beroende på den unges ålder. SNAP-IV skattades av den lärare som hade mest lektionstid med ungdomen och därtill förväntades ha fortsatt ämnesundervisning under behandlingsperioden. Ambitionen med skattarkontinuitet försvårades dock av frekventa lärarbyten. I samband med ungdomens nionde session (oavsett om den skedde i färdighets- eller individuella spåret) gjordes halvtidsmätningarna med DERS-16 och SNAP-IV.

Eftermätning skedde snarast möjligt efter behandlingsavslut, vilket för ungdomens del var i anslutning till sista individuella träffen. Ungdomen erbjöds att fylla i formulären själv eller med stöd av psykologen; i samtliga fall önskades stöd (samma procedur gällde även för för- och halvtidsmätningarna). Nyckelpersonernas eftermätningar skulle administreras vid sista nätverksträffen men ofta uppstod praktiska hinder och mätningarna insamlades då i efterhand via telefonintervju, till exempel i samband med kvalitativ datainhämtning. Efterskattning av dynamiska ERASOR-faktorer genomfördes så långt möjligt av samma skattare som gjort förmätningen.¹¹

Kvalitativa data från ungdomarna är skriftliga frisvar (med valbart stöd av psykolog). Från övriga respondentgrupper har dessa insamlats via telefonintervjuer med forskningskoordinator och projektansvarig, där respondenternas svar antecknades så talnära som möjligt. Intervjuer med ungdomarnas nyckelpersoner skedde i så nära anslutning till sista nätverksträff som möjligt, och med behandlare och enhetschef i samband med avslutning av SiS-tjänst eller senast vid datainsamlingsperiodens slut.

11. För 20 ungdomar (71 %) var det logistiskt möjligt att använda samma ERASOR-skattare både före och efter Stoppa-deltagandet medan 4 ungdomar (14 %) hade olika skattare vid för- respektive eftermätning. Fyra inkluderade ungdomar (14 %) föll bort och saknar därför efterskattning med ERASOR.

Dataanalys

Kvantitativa data: behandlingsnöjdhet, genomförbarhet och implementering

Deskriptiv statistik (medelvärde, spridning, procentuell fördelning) beräknades för WAI-S, CSQ-8, genomförda behandlingsmoment, behandlingsdos och fullföljande, kvantitativ behandlarutvärdering och implementeringsdata. Där inget annat anges har analysen gjorts utifrån intent-to-treat (N=28, oavsett ungdomens fullföljandegrad). I CSQ-8 och den kvantitativa behandlarutvärderingen dikotomiserades tolkningskategorier respektive svarsalternativ i syfte att göra resultaten mer överskådliga¹².

Kvalitativa data

Kvalitativa data bearbetades med manifest innehållsanalys (se bl.a. Elo & Kyngäs, 2008) där analysen höll sig nära data. Skriftliga intervjudata delades in i meningsenheter som tilldelades en kod (kärnan i det manifesta innehållet). Koderna sorterades sedan utifrån delmönster som slogs ihop till större mönster (analysresultatet) utifrån forskningsfrågorna. I kvalitetssäkringssyfte genomfördes analysen i en iterativ process där någon av fyra forskningsmedarbetare (MJ, ÅN, DW, MH) först självständigt läste en separat del av kvalitativa data, markerade meningsenheter och kodade dessa. Därefter fick en andra forskningsmedarbetare koda samma meningsenheter, varpå skillnader/likheter diskuterades och omkodning genomfördes vid behov för att ligga nära data. Slutligen identifierades mönster bland koderna i en process där primärt två av analytikerna rörde sig fram och tillbaka mellan koder och mönster till konsensus uppnåddes.

Primära och sekundära effektmått

Förändring över tid analyserades både på individ- och gruppnivå. På individnivå beräknades förändring i medelvärde mellan för- och eftermätning på delskalorna i ERASOR och SNAP-IV. För DERS användes eventuell förändring i totalpoäng. I gruppanalysen beräknades förändring över tid (två mätpunkter) med icke-parametriska Wilcoxon's teckenrangtest och semi-parametriska Generalized Estimating Equations (GEE), i det senare fallet för att hantera ouppmätt korrelation inom individer mellan för- och eftermätningarna. Analyserna utfördes med IBM SPSS, version 27.0 (Chicago, Illinois, USA).

Insatser utöver Stoppa-interventionen

På institution A har man samtidigt med Stoppa haft det centralt implementerade projektet *Multisystemisk institutionsvård (MSI)* samt *Traumamedveten omsorg (TMO)*. MSI innebär strukturerat avdelningsarbete med korta delmålsuppföljningar lett av ett tvärprofessionellt team samt en heltidsanställd familjebehandlare. Det sistnämnda har inneburit tätare anhörigkontakt än vad som ingår i Stoppas nätverksspår, i vissa fall veckovis, och man har då fokuserat alliansskapande samt att upprätta säkerhetsstrategier inför hemresor. TMO har bestått av handledning av avdelningspersonalen tre gånger per

¹². På CSQ-8 fanns för en respondent svarsbortfall på 1 item, medelvärdet av skattningarna på övriga 7 item imputerades då.

termin. På institution B har man haft en separat tjänst för samordning och genomförande av (grupp)programverksamhet. Det har medfört att man utöver Stoppa erbjudit ungdomarna veckovisa gruppträffar med korta övningar i medveten närvaro samt återkommande gruppträffar där man diskuterat sexualitet generellt. Därutöver har fem forskningsungdomar haft individspecifika psykologiska insatser parallellt med Stoppa; på institution A psykologutreddes en ungdom och på institution B genomgick en ungdom (neuro) psykologisk utredning medan ytterligare tre ungdomar fick extra KBT-insatser¹³. Till sist hade 18 ungdomar behandling med psykoaktiva läkemedel under sitt Stoppa-deltagande (se Tabell 2).

Redovisningsavväganden

Möjliga långtidsutfall baserade på registerdata avseende återfall i brottslighet samt psykisk hälsa kan ännu inte redovisas på grund av behov av tillräckligt lång observationstid; de kan tidigast insamlas hösten 2025 (dvs. tre år efter sista avslutade Stoppa-behandling). För att undvika dubbelpublicering med två separata rapporter på engelska som vi i skrivande stund sammanställer till peer-reviewgranskade vetenskapliga tidskrifter, avstår vi i denna publikation ifrån att redovisa skattad programmålsuppfyllelse samt detaljerade, kvantitativa före-efterdata (se Norman m.fl., manuskript; Jörgensen m.fl., manuskript).

Forskningsetiska överväganden

Inom projektet samlades känsliga uppgifter in bland annat om sexualitet och lagöverträdelse. En etisk risk skulle kunna vara att sådan information läcker till andra sammanhang. För att minimera potentiella risker gjordes inga video- eller ljudinspelningar, data pseudonymiserades och slutförvaras på Karolinska Institutet enligt gällande rutiner. Ungdomarna gavs också möjligheten att enbart delta i korttidsuppföljningen som denna rapport är begränsad till och där alltså inga registerutdrag ingår. Slutligen skulle biverkningar av interventionen i sig kunna utgöra en risk, men då Stoppa-vården varit identisk oavsett studiedeltagande eller ej bedömdes detta inte vara en forskningsspecifik risk. Studien fick etikgodkännande 2019-05-08 (referensnummer 2019-02375).

13. KBT-insatser: 4 sessioner Aggression Replacement Training (självkontroll); 6 sessioner beteendeaktivering (depressionsbehandling); 10 sessioner Återfallsprevention (missbruksbehandling).

Resultat

Resultaten redovisas här nedan i tre sektioner: behandlingsupplevelse, implementeringsdata samt effektmått.

Behandlingsupplevelse

Ungdomarnas, nyckelpersonernas och behandlarnas upplevelser av behandlingsallians och nöjdhet med behandlingen

Arbetsalliansen i Stoppa-behandlingen skattade ungdomarna i medeltal som 71 av 12–84 möjliga poäng på WAI-S, vilket motsvarar en genomsnittlig item-poäng på 6 (se Tabell 6). Detta motsvarar att man väldigt ofta känt sig överens med behandlare om målsättning och arbetssätt samt i hög grad upplevt förtroende/tillit. På CSQ-8 uppgav 79 procent av ungdomarna att de var nöjda eller mycket nöjda med behandlingen, medan 21 procent kände sig missnöjda eller okej. Samtliga nyckelpersoner som fyllt i CSQ-8 uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda, ingen kände sig missnöjd eller att behandlingen "bara" varit okej.

Tabell 6. Kvantitativa skattningar av arbetsallians och nöjdhet med Stoppa-behandlingen. Ungdomar och deras nyckelpersoner.

	Ungdomar (N=24)	Nyckelpersoner (N=18)
Arbetsallians (enl. Working Alliance Inventory – Short Version, WAI-S) ^a		
Helskalepoäng (12–84), M, SD	71,8 (12,8)	Ej tillämpligt
Behandlingsnöjdhet (poäng enl. Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8)		
Missnöjd till okej (8–19 poäng), n (%)	5 (21)	0 (0)
Nöjd till mycket nöjd (20–32 poäng), n (%)	19 (79)	18 (100)

Fotnot:

a. En ungdom gjorde två skattningar på grund av behandlarbyte, där användes den skattning där kontakten varit längst. En annan ungdom hade svarsbortfall på 6 items varför hans skattning inte kunde inkluderas.

Behandlare

Merparten av behandlarna (80–89 % beroende på spår) uppgav att det varit meningsfullt att arbeta med Stoppa och att programmet i hög grad svarat mot ungdomarnas kriminogena behov. Endast behandlare i individuella spåret rapporterade biverkningar (i fyra av 28 behandlingar) i form av ökad stress/belastning för ungdomen, ungdomsupplevd stigmatisering samt stärkta attityder som stödjer sexuella övergrepp. Majoriteten av behandlarna skattade att det varit lätt eller positivt utmanande att genomföra Stoppa, att de fått tillräcklig utbildning och handledning (90–100 % beroende på spår och specifik frågeställning). Skattningarna var lägre för praktiska förutsättningar att genomföra

Stoppa; 18–40 procent av behandlarna tyckte sig inte ha fått tillräckliga förutsättningar (nätverksspåret hade högst andel missnöjda). En relativt hög andel trodde inte att de fortfarande kommer arbeta med Stoppa om två år, högst är detta i nätverksspåret där 40 procent av behandlarna svarade nej på frågan om de kommer fortsätta arbeta med Stoppa. Orsakerna till detta finns inte dokumenterade.

Tabell 7. Kvantitativ behandlingsutvärdering i Stoppa-studien. Behandlarskattningar (N=59^a).

	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Mottaglighetspåverkande faktorer hos ungdomarna (N=28^b)</i>			
	Helt/delvis förekommande	Ej förekommande	Svarsbortfall
Ensamkommande flyktig ^c	8 (29)	17 (61)	3 (11)
Totalförnekar sexövergreppsspecifika problem	10 (36)	15 (54)	3 (11)
Kriminella kamrater	6 (21)	17 (61)	5 (18)
Övriga mottaglighetsreducerande faktorer ^d	10 (36)	16 (57)	2 (8)
<i>Behandlingens hjälpsamhet</i>			
Hur meningsfullt har det varit att arbeta med Stoppa med denna klient?	Ej meningsfullt/ neutralt	Mest/mycket meningsfullt	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret (N=22 ^e)	4 (14)	18 (82)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret (N=27 ^f)	3 (11)	24 (89)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret (N=10 ^g)	3 (30)	7 (70)	0 (0)
I vilken utsträckning har Stoppa svarat mot klientens kriminogena behov ?	Inga/bara några få	De flesta/nästan alla	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	4 (18)	18 (82)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	3 (11)	24 (89)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	1 (10)	8 (80)	1 (10)
Om du bestämde, skulle du välja Stoppa som behandling för din nästa klient som begått sexualbrott?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	2 (9)	20 (91)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	0 (0)	27 (100)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	0 (0)	10 (100)	0 (0)
Skulle du rekommendera en kollega att arbeta med Stoppa med en liknande klient?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	6 (27)	16 (73)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	2 (7)	25 (93)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	0 (0)	10 (100)	0 (0)

Tabell 7. Kvantitativ behandlingsutvärdering i Stoppa-studien. Behandlarskattningar (N=59^a). Fortsättning.

	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Mottaglighetspåverkande faktorer hos ungdomarna (N=28^b)</i>			
Uppfattar du att Stoppa medförde några negativa effekter ?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	19 (86)	0 (0)	3 (14)
Behandlare i individuella spåret	22 (82)	4 (15)	1 (4)
Behandlare i nätverksspåret	7 (70)	0 (0)	3 (30)
<i>Stoppa-behandlingens genomförande</i>			
Hur är svårighetsgraden för dig som behandlare att genomföra Stoppa?	Svårt/alltför svårt	Lätt/positivt utmanande	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	0 (0)	22 (100)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	2 (7)	25 (93)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	1 (10)	9 (90)	0 (0)
Har du fått tillräcklig utbildning i Stoppa för att kunna behandla din klient?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	0 (0)	22 (100)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	0 (0)	27 (100)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	1 (10)	9 (90)	0 (0)
Har du fått tillräcklig handledning i Stoppa för att kunna behandla din klient?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	0 (0)	22 (100)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	1 (4)	26 (96)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	0 (0)	10 (100)	0 (0)
Har du haft praktiska förutsättningar för att tillfredsställande genomföra och dokumentera behandlingen?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	4 (18)	18 (82)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	7 (26)	20 (74)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	4 (40)	6 (60)	0 (0)
Arbetar du med Stoppa om två år?	Nej	Ja	Svarsbortfall
Behandlare i färdighetsspåret	4 (18)	18 (82)	0 (0)
Behandlare i individuella spåret	5 (19)	22 (82)	0 (0)
Behandlare i nätverksspåret	4 (40)	6 (60)	0 (0)

Fotnoter:

a. Skattning per behandlare och avslutad behandling.

b. Skattningarna redovisas per ungdom (N=28) där vissa unga har flera skattare (totalt antal skattare N=59); en faktor kodas som förekommande om minst en behandlare skattat att den (helt eller delvis) föreligger.

c. I samtliga fall har det varit möjligt att arbeta utan tolk.

d. I fritextsvar anges psykiatriska tillstånd, låg IK, utsatthet för långvarig stress samt planerad utvisning.

Nedan redovisas de teman som framkommit i analysen av intervjuer med ungdomar, nyckelpersoner (anhöriga), behandlingspersonal och enhetschef.

Ungdomarnas upplevelser av Stoppa-programmet, behandlingseffekt och kontextfaktorer

Programupplevelse: I intervjuerna framkom att ungdomarna önskade högre behandlingsintensitet, mer praktisk träning och mer individanpassning (av både form och innehåll). Specifika färdigheter lyftes som hjälpsamma där bland annat Samtyckeskompassen nämndes. Vissa ungdomar beskrev en negativ upplevelse av programmets övergreppstermer och -fokus. Dels beskrivs att det är privat att prata om den egna sexualiteten, att detta påbörjades för snabbt, dels att ordet "våldtäkt" var särskilt laddat och ungdomarna efterlyste också mer förståelse för att man kan vara oskyldigt anklagad. Samtidigt sades att det är viktigt att få prata om sex, någon lyfte att det är bra att ta tag i den skadliga sexualitetsproblematiken, vilket leder till minskad skam. Ungdomarna upplevde att deltagandet underlättades av lättbegripligt innehåll, övningar, fika och behandlarkontinuitet. Motivationen att delta sänktes av upplevelsen av att bli kritiserad eller behöva repetera sådana moment man uppfattade som oväsentliga.

Behandlingseffekt: Ungdomarna beskrev flera upplevda positiva effekter som ökad förmåga att hantera känslor, visa hänsyn till andra och tänka igenom konsekvenser. Flera ungdomar upplevde att de vet vad de ska göra framöver, även i sexuella situationer. Många förnekade negativa effekter av Stoppa-deltagande medan andra lyfte tillfällig (känslomässig) belastning samt att känna sig utpekad som våldtäktsman.

Kontextfaktorer: Här beskrev ungdomarna att de varit uttråkade på avdelningen och blev irriterade när personal påminde om skadlig sexuell problematik. Några lyfte att personalens bemötande påverkat deras upplevelse av behandling. De uppskattade då personal varit lyhörda och stöttande med problemlösning i stället för att vara uppfostrande.

Nyckelpersoners upplevelser av Stoppa-programmet, behandlingseffekt och kontextfaktorer

Programupplevelse: I intervjuer med nyckelpersoner beskrevs generellt att Stoppa varit positivt för ungdomen, den praktiska orienteringen och det lättbegripliga innehållet var särskilt bra. De beskrev att det märktes att ungdomarna tillgodogjort sig innehållet genom att de återberättat och använt färdigheter. Personalbemötandet lyftes som en avgörande del i ungdomens behandling samt att intensiteten och kontinuiteten på Stoppa-insatserna (sessioner, färdighetsträning) måste vara hög. Oron för skadligt sexuellt beteende varierade medan omfattande oro för icke-sexuella problem, som ilska och impulsivitet, var återkommande. Överlag beskrev nyckelpersonerna att fokus enbart på skadligt sexuellt beteende är för smalt och att det snarare behövs ett helhetsgrepp om ungdomens samtliga problem. Tydliga sexuella beteenderegler uppskattades, samtidigt

måste dessa upplevas som realistiska för att accepteras. Några lyfte att programmets övergreppsterminologi är för grov och missriktad. Gällande nätverksspåret upplevde många dosen som väldigt låg, i vissa fall önskade man att det riktas till en utökad familjekrets. I nätverksspåret beskrevs informationen som relevant men ytlig, och att den individspecifika kopplingen till den egna ungdomen saknades. Även bristande stöd i hur (eller om) man skulle adressera den sexuella beteendeproblematiken i samtal med sin ungdom lyftes fram liksom hur man skulle kunna träna vidare i hemmet. Egna livsomständigheter försvårade deltagandet, till exempel egen neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och många myndighetskontakter. De fysiska mötena var uppskattade medan onlinemöten upplevdes försämra behandlingskvaliteten.

Behandlingseffekt: Nyckelpersonerna uppgav att deras ungdomar utvecklats och det fanns en gemensam stolthet över framstegen. Dessa hade främst skett för icke-sexuella aspekter, till exempel förbättrat mående och impulskontroll, minskad aggressivitet, ökat hänsynstagande och konsekvenstänkande, framtidsmål/skolmotivation samt bättre vardagsrutiner. Nyckelpersonerna beskrev också sexualitetsspecifika behandlingseffekter som minskad sexuell upptagenhet, kunskap om sexuella regler och självinsikt/ånger för egna skadliga sexuella beteenden. Många kunde inte se några negativa behandlingseffekter för ungdomarna, andra beskrev känslomässig belastning. Samtidigt resonerade nyckelpersoner om att det ibland kan vara nyttigt och nödvändigt med tydliga konsekvenser och känslomässig belastning. De talade mycket om framtiden, de uttryckte både hopp och oro inför hemflytt. Det fanns en kritik mot att ungdomens framsteg inte verklighetsprövats och en rädsla för exkludering från samhället (t.ex. avseende skola och skuldsättning p.g.a. skadestånd till offer). Nyckelpersonerna uttryckte också oro för att professionellt stöd kommer saknas efter programmet och önskade mer praktisk träning utanför institution, förlängd utslussningsfas samt efterbehandling för att säkra framstegen.

Kontextfaktorer: Nyckelpersonerna resonerade kring hur omständigheter som inte direkt hör till Stoppa ändå påverkade upplevelsen av behandlingen. I det ingick SiS-placeringen i sig, anhörigrelation till personal och samhällsstödet i bredare bemärkelse. SiS-placering upplevdes inte som odelat negativ, den gav möjlighet till helhetsgrepp (utredning och behandling) och att det kan vara nödvändigt med initialt tvång för att få i gång behandlingsprocessen. Behandlingsförutsättningarna upplevdes variera kraftigt mellan olika avdelningar, de uttryckte sig positivt om specialiserade avdelningar för unga med skadliga sexuella beteenden. Den egna relationen till ungdomen sades ha varit fortsatt nära trots placering och anhöriga beskrev att de hållit tät kontakt. Nyckelpersoner lyfte att relationen till personal stärktes när personal både varit tillgängliga för dem och haft god relation till deras ungdom. Det förekom även en upplevelse av att enskilda personer ur personalen försökt stänga den anhöriga ute och därmed skadat behandlingsförutsättningarna. Förtroendet minskade när personal framstod som oeniga sinsemellan och ökade vid tydlig rollfördelning mellan personal. Nyckelpersonerna upplevde att SiS har

ensidigt behandlingsansvar/-kompetens och att samverkan med socialtjänst i många fall var bristande eftersom de senare uppfattades vara mindre bekymrade över skadliga sexuella beteenden.

Behandlares upplevelser av Stoppa-programmet, deltagarnas behov och mottaglighet, implementering samt organisationsfaktorer

Struktur och innehåll: Behandlare uttryckte i intervjuerna en glädje i att bedriva Stoppa och tyckte särskilt att den multimodala programstrukturen var bra. Samtidigt upplevde de att multimodaliteten gör programmet sårbart för samverkansproblem, vilket upplevdes slå extra hårt mot vardagsmiljöspåret. Behandlare uttryckte att spårens ömsesidiga beroende (och dåliga synkronisering i vissa moment) gjorde behandlingsprocessen ryckig, särskilt lyftes vikten av att ungdomarnas och behandlingsinvolverade anhörigas/nyckelpersoners processer följer varandra. Programinnehållet uppfattades som teoritungt men klient-relevant med tydlig koppling till riskfaktorer enligt ERASOR. Däremot fanns missnöje med programdos där nätverksspåret lyftes fram som särskilt underdimensionerat, och behandlare gav förslag på moment att lägga till. Programflexibiliteten och dess fokus på sexövergreppsproblematik uppskattades, samtidigt som man önskade mer av detta i form av stöd med anpassningar och utökat innehåll mot skadligt sexuellt beteende.

Behov och mottaglighet: Behandlare upplevde att Stoppa svarar väl mot många olika slags kriminogena behov. Psykiatriska tillstånd, intellektuell funktionsnivå eller kulturella skillnader var möjliga att anpassa utifrån medan sexualbrottsrelaterad skam, totalförnekande och dömande omgivning mer tydligt försvårade behandlingsprocessen. Dock upplevde behandlare det oetiskt att erbjuda Stoppa till utvisningsdömda då behandlingen kräver en stabil livssituation. Behandlare uppskattade att man arbetar med att normalisera deltagarnas automatiska känslomässiga reaktioner, inklusive sexuella sådana, och att pedagogiken för att förmedla Stoppas allvarliga och viktiga innehåll samtidigt är lekfull. Samtidigt gjorde man ytterligare förenklingar, skapade än fler praktiska/upplevelse-baserade övningar och försökte individanpassa för att öka mottagligheten. Det upplevdes särskilt viktigt att ungdomarna kan relatera termer/exempel kring sexuella övergrepp till den egna situationen och att exempel riktade till äldre tonåringar justerades för att passa även för yngre deltagare. Det beskrevs att det initialt ofta fanns behandlingsmotstånd som brukade minska över tid. Behandlarna arbetade med förbättrad allians/motivation mellan sessionerna: exempelvis att som behandlare erbjuda positiv umgängestid och individanpassade belöningar (presenter/aktiviteter). Behandlare upplevde att anhöriga/nyckelpersoner ofta undvek sexövergreppsfokus och i stället inriktade sig på andra problemområden. Likaså att nätverksspåret försvårades av att anhöriga i många fall delade ungdomarnas mottaglighetsutmaningar. Behandlare beskrev att anpassningar utgjordes av omfattande alliansbyggande utanför Stoppas nätverksträffar, att man vid behov hållit träffarna i hemmiljö och lagt till moment (utökad psykoedukation från färdighetsspåret, information om klientens diagnoser), både för att hålla spåret aktivt och ge nödvändig förkunskap till stödplanen.

Inlärnin g och implementering: Behandlare beskrev den formella Stoppa-utbildningen som hjälpsam men inte tillräcklig, man behövde även egen praktisk erfarenhet och kunna utvecklas med stöd av teamet. De uttryckte att de kände sig kompetenta i sin roll men samtidigt oroliga över att avdelningspersonalen inte behärskade Stoppa. De trodde också att inlärnin g skulle underlättas om manualen uppdaterades så att texten i vardagsmiljöspåret förenklades, bilagor organiserades spårvis, nätverksspåret sessionsuppdelades och individuella spåret fick fylligare instruktioner. Behandlare var tillfreds med hur individuella spåret och färdighetsspåret implementerats, medan genomförandet av nätverksspåret och vardagsmiljöspåret upplevdes som svårare. Det sistnämnda kopplade man till samverkansproblem men även svårigheter för avdelningspersonal att hålla behandlingsfokus över tid. Egna behandlarfärdigheter som bidrar till framgång i Stoppa upplevdes vara icke-dömande förhållningssätt, kreativt genomförande, utmana övergreppsspecifikt förändringsundvikande och utforska drivkrafter bakom den enskilda ungdomens skadliga sexuella beteenden.

Organisationsfaktorer: Behandlare beskrev det som problematiskt att SiS-placeringen kan avslutas innan behandlingen slutförts. Att vårduppdraget till SiS inte alltid fokuserade på sexualbrottsproblematiken och att socialtjänster ibland bidrog till minimering av allvaret i skadliga sexuella beteenden upplevdes också försvårande. Likaså att institutionsmiljön osynliggör skadliga sexuella beteendeproblem och (ofta) ligger på stort geografiskt avstånd till anhöriga. SiS övergripande rollfördelning uppfattades inte matcha Stoppas, vilket upplevdes bidra till samarbetssvårigheter. Behandlarna uttryckte att psykologerna tillskrivs behandlingsansvar men samtidigt upplever sig sakna mandat. Att Stoppa kräver hög personalkompetens och särskilt ansvariga behandlare för de olika spåren lyftes som en organisationsutmaning, liksom att få till teamträffar med personalgrupper med olika schanan. Behandlarna uppfattade att ledningen (på olika nivåer) pratat om att implementera Stoppa men inte prioriterat utifrån det, exempelvis genom rekrytering av lämplig behandlingsintresserad personal. Samarbetet med enhetschefer beskrevs som särskilt utmanande, där oenighet kring mandat blivit tydligt liksom upplevd bristande uppföljning av självvald behandlingspassivitet bland avdelningspersonal.

Enhetschefer s upplevelser av Stoppa-programmet, personalens programutförande och organisationsfaktorer

Program: Stoppa upplevdes svara väl mot målgruppens behov och att de olika behandlingsspåren följer en gynnsam röd tråd. Enhetscheferna upplevde positiva effekter hos ungdomsgruppen i stärkt självbild, ökad verbal kompetens (spridningseffekt även till icke-sexuella områden) och sänkta risker i samband med utevistelser. Man beskrev även stolthet i personalgruppen över Stoppa-arbetet.

Enhetscheferna önskade att behandlingen ska bli en "avdelningslivsstil", men det fanns samtidigt upplevelser av att inte ha nått dit ännu utan att följsamheten varierade både mellan avdelningar och enskilda team. Enhetscheferna lyfte positiva följsamhetsexempel

i att avdelningspersonal använde Stoppas terminologi sinsemellan och i dagliga samtal med ungdomarna, ökad förmåga att adressera sexuella ämnen samt se kopplingen mellan ungdomarnas beteenden i vardagen och behandlingsmål. Enhetscheferna beskrev att personalens inläring delvis skett via Stoppa-utbildningen men även genom praktiskt förvärvat kunskap då man utfört programmet. Initialt kändes Stoppa komplicerat och det fanns en tveksamhet inför att ändra arbetssätt, personal hade höga egna prestationskrav och behandlingen behövde avdramatiseras. Enhetscheferna önskade att manualtexten bantas, att praktisk övning i verklighetsnära situationer för ungdomarna utökas och att läxor/färdighetsträning schemaläggs.

Personal: Enhetscheferna uppfattade att avdelningspersonalens metodtrohet varierade kraftigt. Viss avdelningspersonal upplevdes aktivt välja bort att göra behandlingen, andra försökte men utförde momenten felaktigt. Enhetscheferna uttryckte i några fall bristande tilltro till avdelningspersonalens förmåga att bedriva Stoppa, utifrån svårigheter att själva utvärdera sina prestationer, ta emot återkoppling eller förstå programteorin. Personalattityden beskrevs som en viktig och relativt statisk aspekt av behandlingsimplementeringen. Viss avdelningspersonal hade en negativ inställning till ungdomarna (vi-mot-dom-tänkande, bristande tilltro till ungdomarnas förmåga att förändras) som fick effekt på personalens Stoppa-utförande. För att öka personalföljsamheten med behandlingen önskade enhetscheferna kunna säkerställa rätt kompetens samt att personal själva skulle göra mer aktiva åtaganden och därmed inkluderas mer i implementeringsprocessen.

Organisation: Enhetscheferna upplevde att organisationsfaktorer i hög grad påverkade möjligheten att genomföra Stoppa. Avdelningar specialiserade på unga med skadligt sexuellt beteende beskrevs som gynnsamt och man önskade att avdelningspersonal aktivt skulle söka sig till dessa tjänster. Vissa uttryckte att hög personalomsättning gjort att man tappat i kontinuitet och vikten av att göra avdelningspersonalens tjänster mer attraktiva lyftes fram. Olika former av resursbrister upplevdes utgöra problem: låg personaltäthet och otillräcklig schematid för Stoppa jämfört med vad programmet kräver samt avsaknad av en samordnande Stoppa-roll på avdelningen. Samarbetet mellan olika yrkesgrupper beskrevs som utmanande, professionskulturer krockade med varandra och det var otydligt gällande beslutsfattande. Enhetscheferna upplevde sig ha en viktig normerande roll för programimplementeringen och uttryckte önskan om att vara behandlingsinvolverade.

Implementeringsdata

Genomslag

Det har inte gått att identifiera det totala antalet ungdomar som placerats med anledning av sexuella övergrepps-beteenden under forskningsperioden, på grund av bristfälliga data vid placeringsenheten på SiS huvudkontor. Av de ungdomar i målgruppen som placerats på avdelningar som erbjöd Stoppa fick 82 procent insatsen (se Tabell 8).

Tabell 8. Behandlingsräckvidd för Stoppa inom SiS under studieperioden.

Ungdomsgrupp	n (%)
SiS-placerade p.g.a. sexuella övergrepps beteenden	Säkra data från SiS placeringsenhet saknas
Placerade på inkluderade Stoppa-avdelningar (n=3, fördelade på två institutioner)	45 (100)
Påbörjat <i>Stoppa-behandlingen</i>	37 (82)
Tillfrågade om deltagande i <i>Stoppa-studien</i>	32 (71)
Valt att delta i <i>Stoppa-studien</i>	28 (62)

Behandlingsföljsamhet

Totalt 86 procent (24 av 28 inkluderade) slutförde behandlingen, och bland dessa var behandlingens längd i genomsnitt sex månader, och sammanlagt 54 procent överskred maxdos av behandlingstiden (se Tabell 9). Individualspårets behandlande psykologer angav yttre förhinder som skäl till detta – behandlarbyte och ungdomsfrånvaro på grund av sjukdom samt individuellt behov av utökad behandlingsdos. Vad gäller specifika programspår hade färdighets- och individuella spår högst slutförandegrad (utifrån antal genomförda moment), medan vardagsmiljö- och nätverksspår slutfördes i markant lägre grad. Färdighetsträning i vardagen skedde till exempel i genomsnitt vid 18 respektive 21 tillfällen per ungdom (baserat på data från samtliga forskningsungdomar som påbörjade respektive fullföljde Stoppa-studien) och innefattade att öva samtycke, självvalidering, att observera egna risksignaler samt olika relationsfärdigheter. I nätverksspåret sågs ett relativt stort bortfall med en kraftigt sänkt andel fullföljda moment ju längre in i spåret nyckelpersonerna kom.

Tabell 9. Stoppa-behandlingens genomförande för studieinkluderade. N=28.

	Slutfört ^a (N=24)	Påbörjat (N=28)
Total dos		
Uppnått minimidos (≥12 sessioner färdighetsspår & ≥20 sessioner individuellt spår), n (%)	19 (79)	19 (68)
Överskridit maxdos (6 mån, 20 färdighetsträffar à 45 min, 30 individsessioner à 45 min), n (%)	13 (54)	13 (46)
Total behandlingens längd (mån), M (SD)	6,0 (1,3)	5,3 (2,2)
Antal ungdomssessioner à 45 min (färdighets- & individuellt spår), M (SD)	36 (5,1)	32 (11,3)
Fullföljda spår enligt checklistans moment		
Färdighetsspåret, klarat ≥80 % (5 moment av 6), n (%)	24 (100)	24 (86)
Individuella spåret, klarat ≥80 % (6,5 moment av 8), n (%)	22 (92)	22 (79)
Vardagsmiljöspåret, färdighetsträning ≥1 ggr/behandlingsvecka, n (%)	7 (29)	9 (32)
Nätverksspåret, ≥1 nyckelperson som klarat ≥80 % av momenten (6,5 moment av 8), n (%)	6 (25)	6 (21)
Antal fullföljda spår per ungdom (enligt definition ovan), M (SD)	2,5 (0,6)	2,2 (0,9)

Tabell 9. Stoppa-behandlingens genomförande för studieinkluderade. N=28. Fortsättning.

	Slutfört ^a (N=24)	Påbörjat (N=28)
Total dos		
Fullföljda spår enligt checklistans moment		
Färdighetsspåret, klarat ≥ 80 % (5 moment av 6), n (%)	24 (100)	24 (86)
Individuella spåret, klarat ≥ 80 % (6,5 moment av 8), n (%)	22 (92)	22 (79)
Vardagsmiljöspåret, färdighetstränat ≥ 1 ggr/behandlingsvecka, n (%)	7 (29)	9 (32)
Nätverksspåret, ≥ 1 nyckelperson som klarat ≥ 80 % av momenten (6,5 moment av 8), n (%)	6 (25)	6 (21)
Antal fullföljda spår per ungdom (enligt definition ovan), M (SD)	2,5 (0,6)	2,2 (0,9)
Färdighetsspåret		
Helt genomförda moment		
Information om behandling, n (%)	23 (96)	26 (93)
Samtycke, n (%)	24 (100)	27 (96)
Inläringsteori, n (%)	24 (100)	26 (93)
Känslskola, n (%)	24 (100)	24 (86)
Reaktionstriangel vid sexuell upphetsning, n (%)	24 (100)	24 (86)
Vägar till sexualbrott, n (%)	23 (96)	23 (82)
Övergripande genomförandegrad (av 6 möjliga moment), M (SD)	5,9 (0,3)	5,4 (1,4)
Antal träffar, M (SD)	14 (3,8)	12 (5,2)
Individuella spåret		
Helt genomförda moment		
Kedjeanalys, n (%)	23 (96)	24 (86)
Baslinjemätning, n (%)	22 (92)	23 (82)
Stopp-plan: Förebyggande strategi, n (%)	23 (96)	24 (86)
Stopp-plan: Hanteringsfärdigheter, n (%)	24 (100)	25 (89)
Stopp-plan: Krisfärdighet, n (%)	23 (96)	24 (86)
Stopp-plan: Självskydd, n (%)	21 (88)	21 (75)
Stopp-plan: Framtid, n (%)	22 (92)	22 (79)
Avslutning, n (%)	23 (96)	23 (82)
Övergripande genomförandegrad (av 8 möjliga moment), M (SD)	7,6 (0,8)	6,7 (2,5)
Antal träffar, M (SD)	22 (5,1)	19 (8,2)
Vardagsmiljöspåret		
MI-samtal (antal tillfällen), M (SD)	1 (1,7)	1 (1,6)
Färdighetsträning i vardagen (antal tillfällen), M (SD)	21 (10,6)	18 (11,8)
Stopp-plansuppföljning (antal tillfällen), M (SD)	1 (2,4)	1 (2,2)

Tabell 9. Stoppa-behandlingens genomförande för studieinkluderade. N=28. Fortsättning.

	Slutfört ^a (N=24)	Påbörjat (N=28)
Total dos		
Nätverksspåret		
Påbörjat nätverksspår; n (%)	15 (83)	15 (54)
Helt genomförda moment, för ≥ 1 nyckelperson ^b		
Inledning	15 (63)	15 (54)
Sexualitet	15 (63)	15 (54)
Stödplan: Förebygga risksituation	11 (46)	11 (39)
Stödplan: Stärka ungdomens färdighet	11 (46)	11 (39)
Stödplan: Relationsstärkande strategi	6 (25)	6 (21)
Självskyddsplan	6 (25)	6 (21)
Framtidsplan	6 (25)	6 (21)
Avslutning	6 (25)	6 (21)
Övergripande genomförandegrad (av 8 möjliga moment), M (SD)	3 (3,0)	3 (3,0)

Fotnoter:

a. Slutfört behandlingen, d.v.s. genomfört minimidos eller minimikriterier av checklistans moment. Minimidos: ≥ 12 sessioner färdighetsspår & ≥ 20 sessioner individuellt spår. Minimikriterier: 5 moment i färdighetsspåret och 6,5 moment i individuella spåret.

b. Behandlingsinvolverade anhöriga eller professionella vuxna.

Personalens deltagande i programrelaterade utbildningsinsatser

Under forskningsperioden hölls totalt sex utbildningstillfällen med 72 kursdeltagare, varav 46 procent fick godkänd kurs. För att få godkänd kurs kräves 80 procents närvaro och godkända inlämnade kursuppgifter¹⁴. Högst andel godkänt fick psykologer och avdelningspersonal (50 %), för deltagare i ledningsposition fick endast en minoritet godkänd kurs. Knappt hälften av deltagarna närvarade aldrig på någon boosterdag.

14. 80 procents närvaro av de totalt 5 kursdagarna innebär minst 4 dagars närvaro. Kursuppgifternas utformning varierade mellan utbildningstillfällena men innehöll alltid a) en litteraturuppgift, b) en uppgift i att göra kedjeanalys och c) en reflektionsuppgift eller färdighetstest i form av att rollspela hur man utfört ett moment från färdighetsspåret. Litteraturen bestod i att läsa Stoppa-manual och kodning för ERASOR-faktorer. För enhetschefer, behandlare i individuella spåret respektive nätverksspåret bestod det även i att läsa *Sis vägledning för bedömning och behandling av ungdomar som har begått sexuella övergrepp* (2018).

Tabell 10. Stoppa-utbildning och -handledning under studieperioden.

Kursdeltagare (N=72)	Påbörjat	Fullföljt ^a	Godkänd kurs ^b
Psykologer, n (%)	10	10 (100)	5 (50)
Avdelningspersonal (behandlingsassistenter/-pedagoger), n (%)	42	36 (86)	21 (50)
Ledning (enhetschef, biträdande enhetschef), n (%)	7	<5 ^c	<5 ^c
Övriga, n (%) ^d	13	7 (54)	6 (46)
Totalt	72	57 (79)	33 (46)
Boosterdagar	0 dagar	1 dag	2–3 dagar
Antal boosterdagar per kursdeltagare, n (%)	35 (49)	23 (32)	14 (19)
Handledningstillfällen			
Färdighetsspårbehandlare, M (SD)	2,8 (1,8)		
Individuell behandlare (psykolog), M (SD)	3,8 (2,1)		
Nätverksspårbehandlare, M (SD)	2,8 (1,8)		
Teamets Stoppa-kompetens (N=34^e)			
≥ 1 behandlare med godkänd Stoppa-kurs i teamet, n (%)	16 (47)		
≥ 1 behandlare med fullföljd Stoppa-utbildning i teamet, n (%)	14 (41)		
≥ 1 behandlingsspar utan Stoppa-utbildad behandlare, n (%)	4 (12)		

Fotnoter:

a. ≥4 dagar utbildning; ej anmält avhopp.

b. Fullföljd utbildning samt godkända inlämningsuppgifter.

c. Med hänsyn till statistiksekretess redovisas inte exakta siffror för kategorier med n<5.

d. Behandlare från färdighetsspår och nätverksspår; övrig institutionspersonal (behandlingssekreterare, sjuksköterska, skolpersonal, LSU-koordinator), externa deltagare.

e. I 6 fall skedde teamförändring under pågående behandling vilket gör att det blir sammanlagt 34 (28 + 6) team. I tre fall p.g.a. avdelningsbyte (nya behandlare i vardagsmiljöspår) och de övriga tre p.g.a. behandlarbyte (denna avslutade sin tjänst).

Effektmått

För de två delskalorna baserade på ERASOR-riskfaktorer noterades riskminskningar över tid för de 24 fullföljande ungdomarna (se Tabell 11). På den *sexövergreppsspecifika delskalan* minskade riskpoängen för 82 procent av ungdomarna mellan för- och eftermätning och på *delskalan generella återfallsriskfaktorer* minskade poängen för 61 procent av ungdomarna. På grupp-nivå motsvarar det signifikanta riskminskningar för båda riskfaktormått (sexövergreppsspecifik delskala $p<0,001$; generella återfallsriskfaktorer $p<0,05$). Den sexövergreppsspecifika skalan innefattar riskfaktorerna tvångsmässigt sexuellt intresse, attityder som stödjer övergrepp, ovilja att förändra avvikande sexuella intressen/attityder och ingen användning av realistiska återfallsförebyggande strategier. Den generella återfallsriskskalan innefattar bland annat antisocialt förhållningssätt, aggressivitet och ökning av negativa känslor (se Bilagetabell 4).

Femtiofyra procent av ungdomarna rapporterade förbättrad känsloreglering enligt DERS medan en minoritet av lärarnas skattningar (18–32 % beroende på delskala) indikerade minskad ouppmärksamhet, hyperaktivitet/impulsivitet eller trots enligt SNAP-IV. På gruppnivå var förändringen på DERS signifikant ($p=0,03$; medan det för SNAP-IV:s delskalor inte kunde påvisas signifikanta förändringar över tid, $p>0,22$).

Tabell 11. Differenser mellan för- och eftermätning i primära (ERASOR-faktorbaserade) och sekundära (DERS och SNAP-IV) utfallsmått i Stoppa-studien. N=28.

	Dynamisk risk enl. ERASOR-delskalor <i>Medelvärdesdifferens</i>		Känsloreglerings-svårigheter enl. DERS <i>Medelvärdesdifferens</i>	ADHD- och trots-symtom enl. SNAP-IV <i>Medelvärdesdifferens</i>		
	Sexövergreppsspecifika	Generella riskfaktorer		Ouppmärksamhet	Impulsivitet	Trots
Deltagare						
1	0,00	0,60	-4	0,00	0,00	0,00
2	-0,50	1,17	-13	0,00	0,00	0,00
3	-0,75	-0,33	-7	0,11	0,00	0,00
4	-0,75	0,17	-2	0,22	-0,33	0,00
5	-0,50	-0,33	7	-0,22	0,22	0,25
6	-1,00	-0,33	-6	-0,67	-0,11	-0,75
7	-1,00	0,33	-5	0,78	1,22	0,13
8	-1,00	-0,50	-13	-0,56	0,22	0,50
9	-0,83	-0,50	-1	1,78	0,44	0,50
10	-0,25	0,17	10	0,44	-0,22	-0,38
11	-0,50	-0,83	-3	0,78	1,00	0,13
12	-1,25	-0,33	0	0,89	0,89	0,25
13	-0,75	-0,17	-31	-0,22	0,38	0,00
14	-0,42	0,00	1	1,00	1,13	0,88
15	-0,50	-0,53	-30	0,00	0,11	0,38
16	-1,00	-1,17	-5	-0,78	-0,33	-1,13
17	-0,25	0,00	6	-0,29	-0,40	0,25
18	-1,00	-0,33	-17	0,44	-0,56	-0,75
19	-1,33	-0,50	-6	-0,33	-0,44	-0,38
20	-0,50	-0,50	4	0,89 ^a	-0,44 ^a	0,50 ^a
21	-0,75	-0,50	1	1,13	0,63	0,50
22	-1,25	-0,73	-1	1,44	0,22	0,50

Tabell 11. Differenser mellan för- och eftermätning i primära (ERASOR-faktorbaserade) och sekundära (DERS och SNAP-IV) utfallsmått i Stoppa-studien. N=28. *Fortsättning.*

	Dynamisk risk enl. ERASOR-delskalor <i>Medelvärdesdifferens</i>		Känslereglerings-svårigheter enl. DERS <i>Medelvärdesdifferens</i>	ADHD- och trots-symtom enl. SNAP-IV <i>Medelvärdesdifferens</i>		
	Sexövergreppsspecifika	Generella riskfaktorer		Ouppmärksamhet	Impulsivitet	Trots
Deltagare						
23	-1,00	-0,50	0	0,11 ^a	-0,11 ^a	0,38 ^a
24	-0,50	-0,83	3	0,33 ^a	0,00 ^a	1,13 ^a
25, 26, 27, 28	-	-	-	-	-	-
Totalt, symtom	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Minskade	23 (82) ^b	17 (61) ^c	15 (54)	7 (25)	9 (32)	5 (18)
Oförändrade/ ökade	1 (4)	7 (25)	9 (32)	17 (61)	15 (54)	19 (68)
Data saknas	4 (14)	4 (14)	4 (14)	4 (14)	4 (14)	4 (14)

Fotnoter:

a. Enligt metoden Last observation carried forward.

b. Beräknat på ungdomar som genomförde hela programmet (dvs. N=24) så uppnådde 96 % (n=23) en minskad riskpoäng på den sexövergreppsspecifika delskalan.

c. Beräknat på ungdomar som genomförde hela programmet (dvs. N=24) så uppnådde 71 % (n=17) en minskad riskpoäng på delskalan psykosociala riskfaktorer.

Diskussion

Till skillnad från andra behandlingsprogram för unga med normbrytande och antisocialt beteende utvecklades Stoppa specifikt för heldygnsvård av unga med skadligt sexuell beteende som begått sexuella övergrepp. Stoppa adresserar enligt behovsprincipen i RBM-modellen också viktiga specifika riskfaktorer vid sexuell övergreppsbeteende vilket saknas i SiS och andra aktörers generella brottsförebyggande program. Stoppa följer även mottaglighetsprincipen genom att utgå från deltagarnas relativt låga ålder. Detta i kontrast till exempelvis Kriminalvårdens sexövergreppsspecifika behandlingsprogram för vuxna. Dessutom tas hänsyn till de speciella förutsättningarna i heldygnsvård jämfört med till exempel multimodala program som MST i öppenvård. Stoppa avser således att komplettera existerande behandlingsutbud för målgruppen unga som utövar allvarligt interpersonellt inklusive sexuell våld.

Syftet med detta forskningsprojekt var att öka kunskapen om upplevelse samt genomförbarhet i heldygnsvård som SiS och att i en före-efterdesign initialt undersöka om programdeltagande är kopplat till minskning av faktorer kopplade till återfallsrisk.

Övergripande om resultaten

Programupplevelse

Stoppa-studiens första frågeställning rör programupplevelse och där indikerar resultat från alla respondentgrupper (ungdomar, nyckelpersoner, behandlare och enhetschefer) en övervägande positiv upplevelse av Stoppa och Stoppa-deltagande, samtidigt som kvalitativa data visar att man önskar bygga ut delar av programmet (bl.a. mer praktisk övning samt färdighetsträning utanför institution).

Enligt kvalitativa data upplever *ungdomarna* behandlingen som påfrestande men hjälpsam, något som även är i linje med deras kvantitativa skattningar. På behandlingsnöjdhetsskattningen (CSQ-8) är merparten nöjda eller mycket nöjda och alliansskattningen (WAI-S) ligger i paritet med referensvärden från både vuxenpsykiatri och barn/unga i öppenvård (Johansen m.fl., 2013; Loos m.fl., 2020), något som är särskilt intressant då Stoppa bedrivs i en tvingande kontext med frihetsberövade unga som inte själva sökt vård och fokuserar en problembild som ungdomen inte alltid delar.

I *nyckelperson(anhörig-)data* pekar såväl kvalitativa intervjusvar som kvantitativa behandlingsnöjdhetsskattningar (CSQ-8) på att Stoppa upplevs som hjälpsamt för ungdomarna, samtidigt som kvalitativa data visar att deras anhöriga saknar flera aspekter (bl.a. stöd i att adressera skadliga sexuella beteenden och uppföljning efter utskrivning).

Behandlarna beskriver i de genomförda intervjuerna att de är glada över att kunna ge Stoppa. I den kvantitativa behandlarutvärderingen som genomfördes med enkät uppger också majoriteten att Stoppa svarar väl mot ungdomarnas brottsdrivande eller kriminogena behov och går att mottaglighetsanpassa till flera olika slags klienter (med undantag för utvisningsdömda i akut kris). I intervjuerna framgår att behandlarna särskilt uppskattar den multimodala strukturen och programflexibiliteten (principstyrningen). Behandlarna uttrycker i intervjuerna en upplevelse av att de ofta stått ensamma i att behålla fokus på sexuella övergrepp medan ungdomar, anhöriga, och ibland även socialtjänster uppvisat ett undvikande. Behandlarna berättar även att de upplevt dosen som för låg för att befästa förändringar, särskilt i nätverksspåret. Upplevelsen styrks av att behandlingschecklistan visar att omkring hälften av ungdomarna överskred maxdos för behandling. *Enhetscheferna* uttrycker i intervjuerna att Stoppas programfördelar blivit tydligare över tid, både vad gäller positiva effekter för ungdomarna och stolthet i personalgruppen.

Vad gäller biverkningar rapporterar respondentgrupperna generellt få sådana i intervjuer och enkäter. I intervjuerna med ungdomarna och i enkäterna till behandlarna nämns dock känslomässig belastning samt skadad självbild (ökad stigmatisering). I intervjuerna med ungdomar, nyckelpersoner och behandlare lyfts ett hårt programspråkbruk, där till exempel orden "övergrepp" och "våldtäkt" upplevs som negativa. I SNAP-IV-data framgår att en betydande andel Stoppa-deltagare efter behandlingen bedöms ha något fler symtom på ouppmärksamhet, impulsivitet och trots i skolsituationen. Förändringen skulle kunna vara en biverkan av Stoppa-programmet, ökad stress inför utskrivningen som ju närmar sig vid behandlingsavslut eller att lärarnas skattningsprecision förändrats från före- till eftermätningarna. Eller förstås en kombination av två eller tre av dessa.

Behandlingsdeltagande

Stoppa-studiens andra frågeställning rör bland annat behandlingsdeltagande. Huvudsakligt fynd är en hög fullföljandegrad bland ungdomar och låg bland nyckelpersoner. Av 28 forskningsinkluderade ungdomar slutförde 24 (86 %) programmet (jfr andra studier av sexualbrottsdömda: Olver m.fl., 2011; 70 % och Carl m.fl., 2020, 81%). För de fyra som avslutade behandlingen i förtid var skälen oftast kontextuella och inte egna beslut att hoppa av.

Följsamheten varierade mellan spåren där 79–100 procent av ungdomarna uppnådde minimikriterier för moment i färdighetsspåret och individuella spåret, medan 21–32 procent hade ett fullföljt vardagsmiljö- respektive nätverksspår. För vardagsmiljöspåret bedömer vi att det primärt beror på bristfällig implementering snarare än låg följsamhet hos ungdomarna (se *Implementering* nedan). För nätverksspåret var hindren brist på prosociala, stabila vuxna att inkludera baserat på behandlaruppgifter om inklusion/exklusion av nätverkspersoner samt kvalitativa behandlardata, liksom att nyckelpersonerna hade svårt att ta sig till fysiska möten på institutionen samtidigt som det i intervjuer med

nyckelpersonerna framkom att mottagligheten sjönk under onlinemöten. I intervjuer med ungdomar, nyckelpersoner och behandlare lyfts det individuellt anpassade genomförandet av den manualiserade behandlingen och visuellt enkla symboler som följsamhetsfrämjande. I intervjuer med ungdomar och nyckelpersoner framgår att relationen till behandlare upplevdes kritisk för ungdomens följsamhet/engagemang med behandlingen, och det var önskvärt med hög kontinuitet av behandlare med icke-dömande bemötande, täta behandlingstillfällen och att bokade tider hölls. I intervjuer med ungdomar och behandlare lyfts även praktiskt orienterat relationsskapande som följsamhetsfrämjande, till exempel i form av fika, små belöningar och roliga gemensamma aktiviteter.

Implementering

Studiens andra frågeställning avser organisatoriska förutsättningar för genomförandet. Behandlingsräckvidden inom SiS, det vill säga andel placerade som begått sexuella övergrepp och som fått Stoppa, är okänd eftersom sammanhållen myndighetsstatistik av placerade med sexuell övergreppsproblematik saknas. Under tiden för studiens genomförande fanns två institutioner med sammanlagt tre avdelningar inom SiS med uppdrag att ta emot unga som begått sexuella övergrepp. Samtliga ingick i studien och räckvidden för avdelningsinklusion kan sägas vara god. På de tre avdelningar som inkluderades i studien påbörjade drygt 80 procent av ungdomarna programmet vilket kan ses som en hög andel (jfr James m.fl., 2017). En stor utbildningssatsning genomfördes under studieperioden oktober 2018 till augusti 2022 med totalt 72 deltagare från alla spår, och endast i tolv procent av alla Stoppa-team fanns vid något tillfälle spår som saknade Stoppa-utbildad behandlare. Exempel på metodföljsamhet från intervjuer med enhetschefer är att avdelningspersonalen använder programspråket sinsemellan och med ungdomar, i högre grad adresserar sexuell övergreppsproblematik samt har ökad förmåga att se koppling mellan ungdomarnas beteende i vardagen och övergripande behandlingsmål.

Att genomföra behandling i heldygnsvård både underlättar och försvårar. I intervjuerna med behandlare anges att formatet ger möjlighet att arbeta med annars behandlingssotillgängliga ungdomar, samtidigt som det utgör en artificiell miljö som kan maskera sexuell beteendeproblematik och försvåra färdighetsträning i relevanta situationer. Enligt behandlarna är det även utmanande att vården kan avbrytas i förtid om socialtjänsten beslutar om utskrivning innan genomgången program. I intervjuer med nyckelpersoner respektive enhetschefer avseende organisatoriska förutsättningar framkommer, utöver att specialiserade avdelningar för sexuell beteendeproblematik lyfts som positivt, främst olika former av implementeringshinder.

Matchningsproblem mellan Stoppa och organisationen: I intervjuer med behandlarna framkommer att den multimodala strukturen utmanar förutsättningarna för samarbete med framför allt enhetschefsfunktionen. Behandlarna uppger att detta påverkar möjligheterna till fungerande vardagsmiljöspår på grund av att andra avdelningsrutiner krockar med behandling och behandlingsfokus kan förloras. Både behandlare och enhetschefer

uttrycker i intervjuerna att det finns otydligheter i mandatfördelningen, där de saknar spåransvariga eller samordnande roller. Behandlarna uppger även att de olika personalgrupperna har skilda arbetstider som försvårar teamsamverkan.

Resurs- och kompetensbrist: I intervjuer med behandlare respektive enhetschefer anges att Stoppa-programmet är resursintensivt och komplext samt kräver hög bemanning och kompetens. Behandlarna och enhetscheferna uppger att avdelningspersonalen många gånger känner sig för belastade av Stoppas teorityngd och att det utöver formell utbildning krävs lång praktisk träning för att behärska programmet. Enhetscheferna anger även att hög personalomsättning utmanar förutsättningarna för kontinuitet i kompetensen. Behandlarna och enhetscheferna önskar manualförenklingar och tydligare instruktioner för att underlätta inläring.

Bristande åtagande

I intervjuer med behandlare respektive enhetschefer anges att avdelningspersonalens inställning gentemot ungdomarna inte har förändrats på något tydligt vis över tid; att rekrytera personal med behandlingsengagemang och icke-dömande inställning till vård av unga som begått sexuella övergrepp lyfts därför som en viktig implementeringsfaktor. I sina intervjuer uppger enhetscheferna att de har en central roll i implementeringen. Parallellt uttrycker behandlare och enhetschefer i intervjuerna missnöje med att ledning (myndighetscentral-, institutions-, avdelningsnivå) är passiv i att följa upp implementeringsproblem, och de betonar vikten av ett explicit Stoppa-åtagande (för såväl ledning som personal) på aktuella enheter. Bristande åtaganden kan kanske skönjas i den relativt låga andelen kursgodkända från Stoppa-utbildningsdeltagare (≤ 50 % av deltagargrupperna, varav lägst bland enhetscheferna).

Effektmått

Frågeställning 3 fokuserar om genomförd Stoppa-behandling är associerad med minskning av dynamiska riskfaktorer för återfall i sexuellt övergreppsbeteende (primära utfallsmått). Frågeställning 4 rör om genomförd Stoppa-behandling är associerad med förbättrad känslohantering och impuls kontroll (sekundära utfallsmått), vilka antas kunna mediera möjliga behandlingseffekter, det vill säga bidra till minskning av dynamiska riskfaktorer för återfall i sexuellt övergreppsbeteende. I eftermätning med ERASOR (de två ERASOR-baserade delskalorna) ses en signifikant minskning av dynamiska riskfaktorer, särskilt märkbart för sexuella riskfaktorer där 96 procent av ungdomarna som fullföljde Stoppa bedömdes uppvisa en minskning. Likaså ses en statistiskt säkerställd förbättrad känsloregleringsförmåga (DERS) efter genomgången behandling. I SNAP-IV:s tre delskalor ses dock ingen signifikant förändring över tid avseende ouppmärksamhet, trots och impulsivitet; deltagarnas lärare skattade dessa symptom som oförändrade eller aningen försämrade.

Metodologiska begränsningar

Resultaten från denna undersökning angående möjlig behandlingseffekt på riskfaktorer för återfall i brott, måste ses som preliminära då de bygger på en före-efterdesign utan möjlighet till jämförelse- eller kontrollgrupp. Studien har bedrivits i löpande klinisk verksamhet under pågående stora organisationsförändringar på lokal och central nivå. Vid studieinklusion hade 18 av 28 ungdomar minst ett psykoaktivt läkemedel (enbart centralstimulantia mot ADHD, antidepressiva eller läkemedel vid substansbrukssyndrom var aktuella). För tio av dessa skedde medicinförändringar under pågående Stoppa-intervention. Det går inte att utesluta att läkemedelsförändringarna haft effekt på studiens utfallsmått. Liknande påverkan kan ha förekommit utifrån andra samtidiga psykologiska insatser på deltagande avdelningar (MSI, TMO, gruppträffar med medveten närvaro och sexualkunskap). Förutom svag statistisk styrka för att säkerställa eventuella minskningar av återfallsriskpåverkande faktorer kan det statistiska *fenomenet regression mot medelvärde* inte uteslutas som en möjlig (del)förklaring. Fenomenet innebär att värden som av slumpmässiga orsaker avviker från medelvärdet kommer att närma sig medelvärdet vid upprepade mätningar. Observationer har med andra ord en tendens att bli mindre extrema vid uppföljningar. Det är svårt att i en klinisk situation värdera om en förändring av riskfaktorer från högre (extrem)värden till lägre beror på regression mot medelvärdet. Möjligheten att dra kausala slutsatser om Stoppas effekt är därför begränsad samtidigt som den externa validiteten, det vill säga att studien genomförts i en realistisk vardagsmiljö på institution, är en av studiens styrkor. Etiska överväganden medförde att vi avstod från videoinspelning, vilket annars kunnat underlätta säkerställande av metodföljsamhet och ökat trovärdigheten i kvalitativa data.

Vad gäller reliabilitet har ungdomarna i samtliga fall valt att lämna data med stöd av behandlande psykolog, något som kan öka risken för socialt önskvärda svar. Att avdelningspersonal inte ingick som respondentgrupp innebär att vi kan ha missat ett kompletterande professionellt perspektiv, samtidigt skulle dessa ha utgjort en mycket stor grupp informanter vilket försvårat en enhetlig och representativ datainsamling. Slutligen har studiens två projektkoordinatorer varit påtagligt involverade i programutvecklingen av Stoppa samt datainsamling och resultattolkning. Möjlig snedvridning på grund av detta har så långt möjligt hanterats genom att fyra seniora, programoberoende, externa forskare (NL, AN, DW, PE) haft genomgripande inflytande på studiedesign, analyser och slutsatser.

Koppling till tidigare forskning/teori

Trots studiens begränsningar tror vi att studieresultaten kan bidra med kunskap inom ett forskningsområde som generellt saknat aktuella, välgjorda studier med hög klinisk relevans. Stoppa försöker svara upp mot den brist som finns på heldygnsvårdskompatibla program för unga med sexuell beteendeproblematik med medelhög till hög återfallsrisk (jfr MST som har visst forskningsstöd för öppenvårdsbehandling av unga med sexuell beteendeproblematik med måttlig risk), och det är därför värdefullt att försöka utvärdera

insatser i denna kliniska kontext. I linje med tidigare studier bekräftar undersökningen att en hög andel av målgruppen diagnosticerats med psykiatriska tillstånd och har stor psykosocial belastning.

Upplevelse och effekt

Utifrån utfallsmåtten och ungdomarnas, nyckelpersonernas, behandlarnas och enhetschefernas subjektiva upplevelser, antyder den initiala kvantitativa analysen minskningar av intermediära återfallsriskpåverkande faktorer. Vi bedömer att detta sannolikt kan förstås utifrån att programmet följer principer med stöd i tidigare forskning (RBM-principerna samt multimodalitet). Det ger även preliminärt stöd för att DBT kan optimera tillämpningen av behovsprincipen inom RBM genom sitt fokus på bland annat känslöhantering.

Att lärarskattade beteenden rörande ouppmärksamhet, hyperaktivitet/impulsivitet och trots (SNAP-IV) inte minskar efter fullföljd intervention kan indikera svårigheter för ungdomarna att generalisera från Stoppas fokusområde till klassrumsbeteende, samt från avdelning/behandlingsmiljö till andra kontexter. Men det kan också bero på reliabilitetsproblem; det var svårt att upprätthålla kontinuitet och associerad kvalitet i lärarskattningarna. Samtidigt kan man inte utesluta belastning från Stoppa-interventionen, SiS-placeringen i sig, eller en annalkande utskrivning.

Behandlingsfullföljande

Ungdomarnas behandlingsfullföljande var högre i denna undersökning än i tidigare forskning med frihetsberövade unga som begått allvarliga brott. Samtidigt identifierade vi liknande försvårande faktorer som tidigare forskning: förnekande av brott samt negativ attityd till behandling av sexuell beroendeproblematik. Utifrån tidigare studier var det också väntat att en generellt instabil livssituation försvårade följsamhet i behandlingen. God behandlingsföljsamhet anses stimuleras av en behandlingsvänlig miljö (jfr Carl m.fl., 2020), något som DBT sannolikt bidrar till (se Sunseri, 2004). Lardén med kollegor genomförde en randomiserad kontrollerad studie (RCT) av en KBT-insats för våldsbrottsdömda SiS-placerade unga (2021) där andelen bortfall var markant högre. Denna KBT-insats var frikopplad från övriga vårdinslag medan Stoppa utvecklades för att användas multimodalt, det vill säga som en integrerad del i verksamheten, vilket kan ha bidragit till den höga följsamheten (motivationsarbete sker i flera miljöer). I Mälarstig och kollegors pågående RCT-studie (2023) av en KBT-insats mot skadligt substansbruk/-beroende för unga inom SiS framförs behandlarengagemang som en viktig komponent. I denna studie bedöms behandlarkontinuitet, praktiskt orienterade relationsbyggande aktiviteter samt behandlarkreativitet i mottaglighetsanpassningar av Stoppa-insatsen (enligt RBM-principerna) ha kunnat bidra till god följsamhet.

Implementering

Under projekttiden kan programmet sägas ha varit väl implementerat avseende räckvidd

till målgruppen på Stoppa-avdelningarna. I linje med tidigare forskning (jfr James m.fl., 2017) verkar en stor generell utbildningssatsning, personalupplevda positiva behandlingsresultat och enskilda programförespråkare kunna vara framgångsfaktorer för god implementering. I Stoppa-studien verkar liknande hinder som tidigare implementeringsstudier identifierat, kunna vara aktuella: hög personalomsättning, bristande implementeringsåtagande (kommunikation av förväntningar, ledningsuppföljning), bristande strukturella förutsättningar (schemaläggning, särskilt utsedda ansvariga) och dålig programmatchning med organisationen (exempelvis vad gäller rollfördelning och kompetens). Behandlarna beskriver vardagsmiljöspåret som särskilt sårbart för samverkansproblem och att nätverksspåret behöver resurssättas tillräckligt (med utsedda behandlare och möjlighet att avsätta tillräckligt med tid). Stoppa är en så kallad miljöomfattande programmodell¹⁵ (James m.fl., 2017) som heltäckande påverkar både ärendehantering och vårdprocess vilket kan ses både som en styrka och sårbarhet; det bidrar sannolikt till personalengagemang men kan också skapa matchningsproblem med organisationen.

Resultatens betydelse för SiS

Resultaten bedöms vara relevanta för SiS och bör relativt snabbt kunna omsättas i klinisk verksamhet, både för Stoppa specifikt och för andra program. Ett första steg bör vara fortsatt programutveckling av Stoppa, utifrån rapporterade innehållsmässiga och strukturella förbättringsområden. Gällande innehållet bör revidering av terminologi och pedagogiska manualanpassningar göras. Strukturellt bör utökad programdos och mer nätverksarbete övervägas, likaså exklusionskriterier alternativt anpassningar för särskilda målgrupper. Resultaten tyder på en hög grad av acceptans för Stoppa bland ungdomar som begått sexuella övergrepp och behandlare, och hypoteser om bidragande faktorer till detta skulle kunna bidra till utformning och förmedlande av andra program.

Beträffande implementering av Stoppa och liknande multimodala program i avdelningsmiljö tyder resultaten på att SiS starkt bör överväga att fortsätta med riktade och breda utbildningssatsningar där, utöver behandlare, även avdelningspersonal och chefspersoner inkluderas. Det är mycket önskvärt att myndigheten utarbetar centrala funktioner för stöd och uppföljning avseende genomförande och metodtrohet. Resultaten tyder även på behov av central och lokal styrning vad gäller samarbetsforum och rollfördelning för bättre matchning mellan Stoppa och SiS övriga vård- och behandlingsrutiner. Vidare är det mycket önskvärt med central statistik på myndigheten över inflöde av unga med sexuell beteendeproblematik för att få förbättrad överblick över placeringsflöden och beräkna insatsbehov. Svårigheterna med att engagera utomstående professionella till nätverksspåret indikerar behov av förbättrad myndighetsövergripande samverkan. Liknande slutsatser kan dras utifrån att nyckelpersoner lyfte behov av utökad SiS-intern och myndighetsövergripande samverkan eller vårdkedja för att öka sannolikheten för långsiktigt hållbara behandlingseffekter.

¹⁵ S.k. milieu-wide program models.

Ord- och termförklaringar

Avdelningspersonal

Ett paraplybegrepp för behandlingsassistenter och behandlingspedagoger.

Barns behov i centrum (BBIC)

En modell som används av socialtjänsten vid utredning och uppföljning av barn.

Behandlare

Här avses utförare inom de olika behandlingsspåren som ingår i Stoppa, bl.a. psykologer och avdelningspersonal.

Behandlingschecklistan

Delat dokument mellan Stoppa-behandlare och deltagande ungdom där man kontinuerligt dokumenterar genomförda behandlingsmoment.

Beteendeanalys

Inlärningssteoretiskt orienterad analys som Stoppa utgår ifrån. Innefattar hypotesgenerering om individspecifika färdighetsbrister samt mottaglighetsanalys med föreslagna strategier för individuell anpassning av föreskriven behandling enligt Stoppa-manualen.

Dialektisk beteendeterapi (DBT)

En multimodal form av kognitiv beteendeterapi, ursprungligen utvecklad för att minska självskadebeteende hos personer med emotionellt instabilt (även kallat borderline) personlighetssyndrom.

Enhetschefer

Här avses avdelningscheferna, dvs. de som leder det operativa arbetet på SiS-hemmens avdelningar.

Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR)

Strukturerad risk- och behovsbedömning utformad för unga (12–18 år) som begått sexuella övergrepp.

Färdighetsspåret

Ett av fyra behandlingsspår i Stoppa. Genomförs företrädesvis i grupp och förmedlar allmän information och träning i programmets kärnfärdigheter, som samtyckesbedömningar och känslohantering.

Indikerad intervention

Interventioner kan sorteras utifrån universell (till större grupper), selektiv (till personer i riskzon) och indikerad nivå. Det sista är i detta sammanhang återfallspreventiva åtgärder för individer som redan utvecklat problembeteenden. Stoppa är en indikerad intervention.

Individuella spåret

Ett av fyra behandlingsspår i Stoppa. Sker enskilt med psykolog och syftar till etablering av beteendeanalys samt stopp-plan.

Intermediärt utfall(smått)

Ett utfall eller en indikator som befinner sig i orsakskedjan efter en intervention men *innan* ett "hårt", långsiktigt eller slutligt utfall. I aktuell studie användes minskningar av kända dynamiska riskfaktorer som intermediärt utfall då vi av etiska, statistiska och logistiska skäl inte kunde använda faktiska återfall i nya brott.

Kriminogena behov

Utgörs av ungdomens dynamiska, dvs. föränderliga/påverkbara forskningsbaserade riskfaktorer för återfall i sexualbrott. Det är dessa risk-/behovsområden som en återfallspreventiv behandling bör adressera.

Nyckelperson

Behandlingsinvolverad, prosocial vuxen från ungdomens privata eller professionella nätverk.

Nätverksspåret

Ett av fyra behandlingsspår i Stoppa. Riktas till nyckelpersonerna (anhöriga eller viktiga vuxna i ungdomens liv) och syftar till etablering av en stödplan.

Medierande variabel

En faktor som är mellanled, och (delvis) kan förklara processen i sambandet, emellan två andra variabler.

Motiverande samtal (eng. Motivational interview, MI)

En samtalsmetod som syftar till att stärka motivation till beteendeförändring.

Multisystemisk terapi (MST)

En multimodal form av kognitiv beteendeterapi, utformad för öppenvård och riktad till familjer för unga med betydande psykosociala och utagerande problem. Randomiserad kontrollerad studie (eng. Randomised controlled study, RCT). En kvantitativ effektstudie där deltagarna slumpas till antingen en experiment- eller kontrollbetingelse.

Risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RBM)

Forskningsbaserade principer vid arbete med (indikerade) insatser för personer med normbrytande eller brottsligt beteende. *Riskprincipen*: behandlingsdosen ska matcha risknivån, en prioriteringsprincip. *Behovsprincipen*: insatser ska inriktas mot kausala (brottsdrivande) faktorer. *Mottaglighetsprincipen*: behandlingen utgår ifrån social inlärningsteori och utförandet individualiseras efter ungdomens specifika förutsättningar.

Sexuella beteendeproblem (SBP)

Ett paraplybegrepp för sexuellt normbrytande och skadliga beteenden där de mest allvarliga formerna är sexualbrott.

Sexövergreppsspecifik behandling

Insats riktad till unga med skadliga sexuella beteenden med syfte att minska återfallsrisk i sådana beteenden.

Stoppa

Sexövergreppsspecifikt psykologiskt behandlingsprogram för unga (13–20 år) med skadliga sexuella beteenden. Programmet är utformat enligt RBM-principerna, influerat av DBT och i linje med MST:s principer.

Stoppa-team

Ett samordnande team bestående av behandlare från vart och ett av fyra behandlingsspår. Antalet teammedlemmar varierar (beroende på avdelningens lokala struktur) från minst två till vanligtvis 4–5 personer.

Stopp-plan

En återfallspreventiv plan riktad till ungdomen som utvecklas inom ramen för Stoppa-programmet.

Strukturerad risk- och behovsbedömning

Checklista för att bedöma övergripande risknivå för oönskat (beteende)utfall och identifiera vilka forskningsbaserade risk- (och skydds)faktorer som finns just hos den aktuella ungdomen. Val av specifik checklista är beroende av typ av problembeteende och klientålder. ERASOR är en typ av strukturerad risk- och behovsbedömning.

Stödplan

En återfallspreventiv plan riktad till ungdomarnas nyckelpersoner (anhöriga/nätverk) som utvecklas inom ramen för Stoppa-programmet

Vardagsmiljöspåret

Ett av fyra behandlingssår i Stoppa. Vardagsmiljöspåret äger rum på behandlingsavdelningen och består av strukturerade samtal, färdighetsträning för ungdomen och individanpassade bemötandestrategier från personalens sida. Personalens egen följsamhet med bemötandestrategierna skattas dagligen av dem själva som en form av egenkontroll.

Referenser

Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K., & Hansson, K. (2009). Multisystemic therapy with conduct disordered youth: stability of treatment outcomes two years after intake. *Evidence & Policy*, 5(4), 373–397. 10.1332/174426409X478752

Association for the Treatment of Sexual Abusers [ATSA]. (2017). *Practice guidelines for assessment, treatment, and intervention with adolescents who have engaged in sexually abusive behavior*. https://www.atsa.com/Members/Adolescent/ATSA_2017_Adolescent_Practice_Guidelines.pdf

Bertram, R., Blase, K., Shern, D., Shea, P., & Fixsen, D. (2011). *Policy Research Brief: Implementation opportunities and challenges for prevention and promotion initiatives*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). <https://www.researchgate.net/publication/233885310>

Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving programs and outcomes: implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477–487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf>

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2023). *The Psychology of Criminal Conduct*. 7th ed. Routledge.

Boonmann, C., Van Vugt, E., Jansen, L., Colins, O., Doreleijers, T., Stams, G. J. J. M., & Vermeiren, R. (2015). Mental disorders in juveniles who sexually offended: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 241–249. doi: 10.1016/j.avb.2015.06.003

- Brottsofferförebyggande rådet [BRÅ]. (2018). *Nationella trygghetsundersökningen 2017 – Om utsatthet, otrygghet och förtroende (Rapport 2018:1)*. https://bra.se/download/18.10aae67f160e3eba629118a7/1517212683473/2018_1_NTU_2017.pdf
- BRÅ. (2023a). *Nationella trygghetsundersökningen 2023 – Om utsatthet, otrygghet och förtroende (Rapport 2023:9)*. https://bra.se/download/18.126e8d3a18afe99a9721d6c/1696837149983/2023_Nationella_trygghetsundersokningen_2023.pdf
- BRÅ. (2023b). *Gärningspersonens kön, ålder och relation till den utsatta vid misshandel, hot, sexualbrott och personrån (Kortanalys 5/2023)*. https://bra.se/download/18.dc39c22188bd8dfed56408d/1692688512728/2023_Garningspersonens_kon,_alder_och_relation_till_den_utsatta.pdf
- Carl, L. C., Schmucker, M., & Lösel, F. (2020). Predicting attrition and engagement in the treatment of young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(4), 355–374. doi: 10.1177/0306624X19877593
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569>
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watsons, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198–213. <https://doi.org/10.1002/cbm.542>
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd [FORTE]. (2015). Kunskapsöversikt om behandling mot sexuella övergrepp mot barn (S2015/04650/SAM). <https://forte.se/app/uploads/2016/02/preventing-sexual-offending-against-children-1.pdf>
- Hanson, R. K. (2014). Treating sexual offenders: how did we get here and where are we headed? *Journal of Sexual Aggression*, 20(1), 3–8. doi: 10.1080/13552600.2013.861524
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Hanson, R. K., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>

- Hargreaves, C., & Francis, B. (2014). The long term recidivism risk of young sexual offenders in England and Wales – enduring risk or redemption? *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.06.017>
- Hayes, H., Parchman, M. L., & Howard, R. (2011). A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(5), 576–582. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.05.110043>
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Publications. <https://doi.org/10.1002/cbm.542>
- James, S., Alemi, Q., & Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 642–656. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.007>
- James, S., Thompson, R. W., & Ringle, J. L. (2017). The implementation of evidence-based practices in residential care: Outcomes, processes, and barriers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(1), 4–18. <https://doi.org/10.1177/1063426616687083>
- Johansen, R., Melle, I., Cabral Iversen, V., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169–1176. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.016
- Jørgensen, M., Hallqvist, M., & Kizil, F. (2018). *STOPPA Bas: Ett multimodalt grundprogram för bedömning och behandling av unga som begått sexuella övergrepp*. Opublicerat manuskript. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Jørgensen, M., Norman, Å., Wetterborg, D., Enebrink, P., & Långström, N. (2024). *Implementing a sexual recidivism risk-reducing intervention to youth in residential care: A mixed methods study*. Manuskript.
- Kettrey, H. H., & Lipsey, M. W. (2018). The effects of specialized treatment on the recidivism of juvenile sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 14(3), 1–27. doi: 10.1007/s11292-018-9329-3
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexually coercive behavior in male youth: population survey of general and specific risk factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1161–1169. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9572-9>

- Kriminalvården. (2023; 29 oktober 2023). *Seif – Sexualbrottsprogram med individuellt fokus*.
<https://www.kriminalvarden.se/behandling-och-varld/behandlingsprogram/sexualbrott/seif/>
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga [LVU] (SFS 1990:52). Socialdepartementet.
<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1990:52>
- Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård [LSU] (SFS 1998:603). Justitiedepartementet L5. <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1998:603>
- Lane, C., Goldstein, N., Heilbrun, K., Cruise, K. R., & Pennacchia, D. (2012). Obstacles to research in residential juvenile justice facilities: recommendations for researchers. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 49–68. doi: 10.1002/bsl.1991
- Lardén, M., Högström, J., & Långström, N. (2021). Effectiveness of an individual cognitive-behavioral intervention for serious, young male violent offenders: randomized controlled study with twenty-four-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi: 10.3389/fpsy.2021.670957
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197–207. doi: 10.1016/0149-7189(79)90094-6
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lindgren, S. (2022). A pilot study of the Swedish sexual offender treatment program. *Research on Social Work Practice*, 32(3), 328–344. doi: 10.1177/10497315211036354
- Loos, S., Tutus, D., Kilian, R., & Goldbeck, L. (2020). Do caregivers' perspectives matter? Working alliances and treatment outcomes in trauma-focused cognitive behavioural therapy with children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). doi: 10.1080/20008198.2020.1753939
- Lussier, P., Corrado, R. R., & McCuish, E. (2016). A criminal career study of the continuity and discontinuity of sex offending during the adolescence-adulthood transition: a prospective longitudinal study of incarcerated youth. *Justice Quarterly*, 33(7), 1123–1153. doi: 10.1080/07418825.2015.1028966

- Lätth, J., Landgren, V., McMahan, A., Sparre, C., Eriksson, J., Malki, K., Söderquist, E., Görts Öberg, K., Rozental, A., Andersson, G., Kaldö, V., Långström, N., & Rahm, C. (2022). Effects of internet-delivered cognitive behavioral therapy on use of child sexual abuse material: a randomized placebo-controlled trial on the Darknet. *Internet Interventions*, 30. doi: 10.1016/j.invent.2022.100590.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 59–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational interviewing: *Helping people change* (3rd edition). New York, NY: Guilford Press; US; 2013.
- MST Sverige. *Nio principerna*. Hämtad 2023-10-29 från <http://www.mst-sverige.se/vad-aer-mst/nio-principerna/>.
- Mälarstig, I., Tyrberg, M., Lundgren, T., & Alfonsson, S. (2023). Experiences of conducting a substance use disorder treatment, A-CRA, in compulsory institutional care for youth – the challenge of promoting openness in a closed, temporary setting. *Children and Youth Services Review*, 148. doi: 10.1016/j.childyouth.2023.106850.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2016). *Harmful sexual behaviour among children and young people*. UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) September 20, 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng55>
- Norman, Å., Jørgensen, M., Wetterborg, D., Enebrink, P., & Långström, N. (2024). *Effects of a psychological intervention to reduce risk for recidivism in youth who sexually abuse: A longitudinal single-group study*. Manuskrift.
- Olsson, T. M., Långström, N., Skoog, T., Andrée Löffholm, C., Brolund, A., Nykänen, P., Ringborg, A., Sundell, K., Syversson, A., & Leander, L. (2021). Preventing recidivism: Systematic review and meta-analysis of non-institutional psychosocial interventions for juvenile offenders aged 12–17. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 514–527. doi: 10.1037/ccp0000652
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6–21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>
- Pullman, L. E., Leroux, E. J., Motayne, G., & Seto, M. C. (2014) Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1249–1258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.003>

- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526–575. <https://doi.org/10.1037/a0019700>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, (59), 22–57.
- Smith, D., Roche, E., O’Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., Feeney, L., & O’Donoghue, B. (2014) Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *Journal of Mental Health*, 23(1), 38–45. doi: 10.3109/09638237.2013.841864
- Smith, S., Wampler, R., Jones, J., & Reifman, A. (2005). Differences in self-report measures by adolescent sex offender risk group. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(1), 82–106. doi: 10.1177/0306624X04269006
- Socialtjänstlag [SoL] (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2001:453>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2011). *Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn – En systematisk litteraturöversikt* (Rapport nr 207).
- Statens institutionsstyrelse [SiS]. (2018). *SiS vägledning för bedömning och behandling av ungdomar som har begått sexuella övergrepp*.
- Statens institutionsstyrelse [SiS]. (2022a). *Instruktion för SiS placeringsprocess* (Dnr 1.1.4-431-2022). <https://www.stat-inst.se/globalassets/placeringsprocessen/instruktion-for-sis-placeringsprocess---extern-version.pdf>
- Statens institutionsstyrelse [SiS]. (2022b). *Verksamhetsplan 2022–2024*.
https://www.stat-inst.se/contentassets/5e6fbaf25fcb419191017cd67dd81c83/sis_verksamhetsplan_2022-2024.pdf
- Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>

- Sunseri, P. A. (2004). Preliminary outcomes on the use of dialectical behavior therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(4), 59–76. https://doi.org/10.1300/J007v21n04_06
- Swanson, J. M., Schuck, S., Porter, M. M., Carlson, C., Hartman, C. A., Sergeant, J. A., Clevenger, W., Wasdell, M., McCleary, R., Lakes, K., & Wigal, T. (2012). Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: history of the SNAP and the SWAN rating scales. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 10(1), 51–70. PMID: 26504617.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- U.S. Department of Justice (2017). *Sex offender management assessment and planning initiative. Section 2: Juveniles; Chapter 1: Unique considerations regarding juveniles who commit sexual offenses*. https://smart.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh231/files/media/document/somapi_full_report.pdf
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2020). Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: a clinical trial. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 22–39. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_379
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 965–982. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00147-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00147-2)
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2001). *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism* (Version 2.0: The "ERASOR"). Toronto, Canada: Ontario Ministry of Community & Social Services. Svensk översättning: Niklas Långström & Per Blomkvist. https://www.researchgate.net/publication/284733845_Estimate_of_Risk_of_Adolescent_Sexual_Offense_Recidivism_Version_20_The_ERASOR#fullTextFileContent
- Worling, J. R., & Långström, N. (2005). Risk of sexual recidivism in adolescents who sexually offend: correlates and assessment. I H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Red.) *The Juvenile Sexual Offender* (Second Edition) (s. 219–247). New York, NY: Guilford Press.

Bilagor

Bilagetabell 1. Teorier/principer som påverkat utformningen av Stoppa.

RBM-principerna (Bonta & Andrews, 2007)	Stoppa
<i>Riskprincipen:</i> Återfallsrisken styr prioritering och behandlingsintensitet.	Inklusion kräver minst medelhög återfallsrisk i skadliga sexuella beteenden enligt ERASOR.
<i>Behovsprincipen:</i> Förändringsfokus inriktas på kausala (brottsdrivande) faktorer.	Stopp-planens innehåll skräddarsys utifrån ungdomens kritiska ERASOR-faktorer.
<i>Mottaglighetsprincipen:</i> Behandlingen utgår ifrån social inlärningsteori samt individanpassas utifrån klientens styrkor/svagheter.	Stoppa baseras på kognitiv beteendeterapi (KBT) och genomförandet anpassas utifrån en analys av ungdomens mottaglighetsfaktorer (kognitiva förutsättningar; individspecifika förstärkningsmekanismer).
DBT-funktioner (MacPherson m.fl., 2013)	
1) Höja patientens kapacitet	Färdighetsspåret ökar generell förmåga, individuellt spår hjälper ungdomen tillämpa färdigheter på sina specifika utmaningar.
2) Öka motivation	Vardagsmiljöspåret innehåller MI-samtal. Rekommenderad behandlarstil i samtliga spår är att explicit uppmuntra färdigheter och belysa positiva konsekvenser av framsteg.
3) Främja generalisering till naturlig miljö	Vardagsmiljöspårets färdighetsträning syftar till generalisering. I nätverksspåret får anhöriga stöd i hur de kan framkalla och förstärka färdigheter i hemmiljön.
4) Strukturera miljön så att funktionella beteenden förstärks	Vardagsmiljöspåret syftar till att skapa en behandlings-gynnsam miljö under institutionsplacering. Nätverks-spåret syftar till att säkerställa en gynnsam miljö över tid.
5) Öka behandlarnas kapacitet samt motivation	Teamet syftar till samordning, kollegahandledning (öka kapacitet) och ömsesidig hjälp med egen känsloreglering (öka motivation).
MST-principer (MST Sverige, 2023)	
<i>Princip 1:</i> Förstå samband mellan problem och större sammanhang.	Beteendeanalys (ungdomens skadliga sexuella beteenden knyts till kontextfaktorer).
<i>Princip 2:</i> Betona det positiva och utnyttja systemets styrkor för förändring.	I MI-samtal betonas ungdomens styrkor/förmågor.
<i>Princip 3:</i> Uppmuntra ansvarsfulla beteenden, minska oansvarigt beteende hos omgivning och andra.	En rak och direkt behandlarstil förespråkas med tydlig återkoppling på både framgångs- och problembeteenden. Skadliga sexuella beteenden benämns utan omskrivningar och redan i introduktionen tydliggörs att ungdomen förväntas ta ansvar för eget skadligt sexuellt beteende genom att arbeta aktivt i behandling samt att omgivning (nyckelpersoner och behandlare) har ansvar att hjälpa.

RBM-principerna (Bonta & Andrews, 2007)	Stoppa
<i>Princip 4:</i> Fokus på här-och-nu, handlings- och målinriktade, väldefinierade interventioner.	Individspecifika målsättningar formuleras i linje med KBT-principer (konkreta, mätbara). Färdigheter som klienten lär sig är tydligt operationaliserade och kopplade till aktuella vidmakthållande faktorer.
<i>Princip 5:</i> Interventioner ska rikta sig mellan olika aktörer; fokus på både det som förstärker problembeteenden och positiv utveckling.	I nätverksspåret inkluderas en utvidgad krets prosociala vuxna. I stopp-planen ingår ofta steg mot prosociala kontaktytor.
<i>Princip 6:</i> Interventioner i samklang med den unges ålder och behov.	Programutförande är flexibelt utifrån den mottaglighetsanalys som upprättas.
<i>Princip 7:</i> Interventionerna ska kräva dagliga/veckovisa ansträngningar av familjen.	Denna princip kan ej tillvaratas p.g.a. låg dos på nätverksspåret.
<i>Princip 8:</i> Interventionerna ska utvärderas kontinuerligt för att se framsteg och övervinna eventuella barriärer.	Måluppfyllelse skattas vid behandlingsstart och -slut, däremellan utvärderas kontinuerligt följsamhet med behandlingsläxor/färdighetsträning och stopp-planen i sin helhet.
<i>Princip 9:</i> Interventionerna ska genomföras på ett sätt som gör att familjen kan möta framtida svårigheter på ett bättre sätt.	Stopp- och stödplan syftar till att öka förmåga att hantera kritiska risker på ett bättre sätt framöver.

Bilagetabell 2. Kvalitativa skriftliga-/intervjufrågor i Stoppa-studien.

a) Semistrukturerad(e) fritextsvar/(telefon)intervju: Klienter/nätverkspersoners utvärdering

1. Vilka delar i behandlingen tyckte/kände du var mest givande? Motivera gärna ditt svar.
2. Vilka delar i behandlingen tyckte/kände du var negativa eller mindre givande? Motivera gärna ditt svar och ge förslag på förbättringar.
3. Saknades något i behandlingen? Vad?
4. Hur skulle behandlingen kunna förändras för att göra den lättare att ta till sig och använda?
5. Gav själva behandlingen några negativa effekter?
Om ja: Vilka? Utgå bara från själva behandlingen (Stoppa), inte hela din/ungdomens vistelse på SiS.
6. Behandlingen handlade mycket om sexualitet och ditt/dina/ungdomens sexualbrott.
Vad tyckte du var bra med detta arbete? Vad var inte bra? Finns några förändringar du vill föreslå?

b) Semistrukturerad telefonintervju: Behandlares utvärdering

Behandlingsinnehåll

1. Vilka delar i behandlingen (behandlingsspår, kunskaper, färdigheter) har fungerat bäst? Motivera gärna ditt svar.
2. Bör någon del av behandlingen revideras eller tas bort? Motivera gärna ditt svar.
3. Anser du att någon del saknas i behandlingen? Motivera gärna ditt svar.

Mottaglighet

4. Vilka svårigheter knutna till mottaglighet upplever du i behandlingen?
Exempelvis psykiatriska diagnoser; utvisning i dom, (sub)kulturella aspekter; språkbarriärer/-störning, allians, koncentration, förmåga att tillgodogöra sig information och lära nya färdigheter.
5. Gjorde du några anpassningar av behandlingen för att öka mottagligheten?
Om ja: Hur och varför?
6. Vilka förbättringar skulle kunna göras i manualen för att öka mottaglighet?

Genomförbarhet

7. Hur kan manualen justeras för att göra den mer användarvänlig?
Exempelvis hur lätt det är att orientera sig i manualen och få konkret stöd vad gäller genomförandet.
8. Vilka praktiska och organisatoriska svårigheter har du stött på vad gäller möjligheten att genomföra Stoppa? Ge gärna förslag på hur förutsättningarna skulle kunna förbättras.
9. Har du tillräckliga kunskaper och färdigheter för att genomföra behandlingen på ett tillfredsställande sätt? Motivera gärna ditt svar.
10. Svarade utbildningen och den fortsatta handledningen i Stoppa mot dina behov?
Ge gärna förslag på förbättringar.
11. Förändrades din upplevelse av Stoppa över tid/mellan olika klienter?
Om ja: På vilket sätt och varför?

c) Semistrukturerad telefonintervju: Enhetschefers utvärdering

1. Finns praktiska förutsättningar för att bedriva Stoppa?
Tänk på sådana saker som lokaler, personalresurser och kompetens.
2. Vilka effekter (negativa och positiva) av Stoppa har du upplevt på personalgrupp och/eller ungdomar?
3. Har Stoppa påverkat personalens attityd till ungdomar som begått sexuella övergrepp? Hur?
4. Har du några förslag på förbättringar som kan underlätta implementering av Stoppa?
5. Förändrades din upplevelse av Stoppa över tid eller med olika klienter?
Om ja: På vilket sätt och varför?

Bilagetabell 3. Kvantitativ behandlarutvärdering i Stoppa-studien.

1) Vilka av nedanstående mottaglighets(påverkande) faktorer finns (JA), kanske/misstänkt/delvis (KANSKE) eller inte (NEJ) hos ungdomen du arbetat med. Var vänlig att just på denna fråga (I) bekräfta/negera samtliga!			
Ensamkommande, möjligt att arbeta utan tolk JA/KANSKE/NEJ	Ensamkommande, genomgående (70–100 %) arbetat med tolk JA/KANSKE/NEJ	Ensamkommande, delvis (1–69 %) arbetat med tolk under behandlingen JA/KANSKE/NEJ	Kriminella kamrater/ anhöriga ev. gäng (t.ex. målskamrater samma dom) JA/KANSKE/NEJ
Totalförnekande av sexualitetsspecifik problematik JA/KANSKE/NEJ	Annat I, specificera vad: JA/KANSKE/NEJ	Annat II, specificera vad: JA/KANSKE/NEJ	Annat III, specificera vad: JA/KANSKE/NEJ
2) Hur meningsfullt har det varit att arbeta med STOPPA Bas med denna klient?			
1. Inte meningsfullt alls	2. Likgiltig eller inte särskilt meningsfullt	3. Till största delen meningsfullt	4. Mycket meningsfullt
3) Hur är svårighetsgraden för dig som behandlare att genomföra STOPPA Bas?			
1. Alltför svårt	2. Svårt	3. Positivt utmanande	4. Lätt
4) Har du fått tillräcklig utbildning i STOPPA Bas för att kunna behandla din klient enl. metoden?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
5) Har du fått tillräcklig handledning i STOPPA Bas för att kunna behandla din klient enl. metoden?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
6) Har du haft praktiska förutsättningar (t.ex. lokaler, utrustning, arbetstid) för att genomföra och dokumentera behandlingen på ett tillfredsställande sätt?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
7) I vilken utsträckning tycker du att STOPPA Bas har svarat mot klientens kriminogena behov?			
1. Inget	2. Bara några få	3. De flesta	4. Nästan alla
8) Om det var upp till dig, skulle du välja STOPPA Bas som behandlingsmetod för din nästa klient som begått sexualbrott?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
9) Skulle du rekommendera en kollega att arbeta med STOPPA Bas med en liknande klient?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
10) Tror du att du arbetar med STOPPA Bas om två år?			
1. Nej, definitivt inte	2. Nej, jag tror inte det	3. Ja, jag tror det	4. Ja, definitivt
11) Uppfattar du att STOPPA Bas medförde några negativa effekter för ungdomen? Om ja: Vilka?			

Bilagetabell 4. Skattningsblad *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism*.

Risikfaktorer för återfall i sexuella övergrepp	Finns ej 1	Finns kanske/delvis 2	Finns 3
Sexuellt intresse, attityder och beteenden			
1. Avvikande sexuella intressen			
2. Tvångsmässigt intresserad av sex			
3. Attityder som stödjer sexuella övergrepp			
4. Ovilja förändra avvikande sexuella intressen/attityder			
Sexuell övergreppshistoria			
5. Någonsin sexuellt ofredat två eller fler offer			
6. Någonsin sexuellt ofredat samma offer mer än en gång			
7. Tidigare påföljder för sexuella övergrepp			
8. Hot om, eller användning av övervåld/vapen vid sexövergrepp			
9. Någonsin sexuellt ofredat barn			
10. Någonsin sexuellt ofredat okänd person			
11. Ospecifika val av offer för sexuellt ofredande			
12. Någonsin sexuellt ofredat någon person av manligt kön			
13. Varierade sexuella övergreppsbeteenden			
Psykosocialt fungerande			
14. Antisocialt förhållningssätt och livsstil			
15. Saknar nära relationer till jämnåriga / Social isolering			
16. Negativa relationer och påverkan från jämnåriga			
17. Aggressiv mot andra			
18. Aktuell ökning av aggressivitet eller negativa känslor			
19. Dålig förmåga kontrollera känslor/beteende (Impulsivitet)			
Familjens / omgivningens fungerande			
20. Starkt stressande familjemiljö			
21. Problemfyllda relationer till föräldrar / Avisad av föräldrar			
22. Föräldrar stödjer inte sexövergreppsspecifik utredning/ behandling			
23. Omgivningen ger möjlighet till återfall i sexuella övergrepp			
Behandling			
24. Ingen utveckling/användning av realistiska återfallsförebyggande strategier			
25. Ej slutfört övergreppsspecifik behandling			

ERASOR version 2.0. Författare: James R. Worling & Tracey Curwen. Svensk översättning/fackgranskning: Niklas Långström & Per Blomkvist.

Specifikt för *Stoppa-studien* används som huvudutfallsmått förändringar före till efter behandling av medelvärdet (1–3) för två på förhand definierade delskalor baserade på *dynamiska, under studietiden potentiellt föränderliga* ERASOR-riskfaktorer för brottsåterfall. Historiska, ej förändringsbara eller statiska ERASOR-riskfaktorer inkluderades inte i dessa delskalor.

Sexövergreppsspecifik delskala: baserad på ERASOR-faktorer 2–4 samt 24; riskfaktorer för återfall specifikt i sexövergrepp.

Generell riskfaktordelskala: baserad på ERASOR-faktorer 14–19; riskfaktorer för återfall i både sexuella och icke-sexuella brott.

Författarpresentation



Mia Jörgensen, leg. psykolog som sedan 2014 arbetat med riskbedömning, behandling i heldygnsvård och handledning kring unga som begått sexuella övergrepp.



Åsa Norman, docent vid Karolinska Institutet (KI). Bedriver forskning om barn och familjer som påverkas av frihetsberövande.



Maja Hallqvist, leg. psykolog som sedan 2008 arbetat med riskbedömning, behandling i heldygnsvård och handledning kring unga som begått sexuella övergrepp.



Dan Wetterborg, disputerad leg. psykolog på vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och adjunkt på avdelningen för psykologi, KI. Har sedan 2009 arbetat med DBT-behandling för män med antisociala beteenden samt forskat inom detta och närliggande områden.



Pia Enebrink, leg. psykolog/leg. psykoterapeut, docent och universitetslektor vid avdelningen för psykologi, KI. Hennes forskning fokuserar huvudsakligen preventiva och behandlande psykosociala interventioner för familjer med barn med beteendeproblem, såsom aggressiva och antisociala beteenden, med särskilt intresse för emotionsregleringens roll.



Niklas Långström, barn- och ungdomspsykiater, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid KI, och tidigare professor i psykiatrisk epidemiologi. Han har sedan 1996 arbetat med kliniskt arbete samt forskning om bedömning och effektiva insatser för unga i riskzon för allvarligt normbrytande och våldsamt beteende.

Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver social tvångsvård av unga med allvarliga psykosociala problem, inklusive unga som begått sexuella övergrepp. Då det saknas kunskapsbaserad behandling för denna målgrupp, utvecklade psykologer på SiS en ny återfallspreventiv behandling, Stoppa. Stoppa baseras på kognitiv beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi, motiverande samtal samt risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna.

Syftet med studien som presenteras i denna rapport var att undersöka Stoppas genomförbarhet och eventuella behandlingseffekter i form av minskad risk för återfall. Studien genomfördes under 2019–2022 och 28 SiS-placerade pojkar och unga män deltog. Sammantaget visar resultaten på genomförbarhet och tillfredsställelse med programmet. Det framkom även en antydning till minskning av faktorer som påverkar återfallsrisk. Resultaten har betydelse för behandling och vårdutveckling för unga med sexuella beteendeproblem, både inom och utom SiS.