



## Torterad som barn

Tortyr, flykt och rätten att läka

---

Henry Ascher | Ferdinand Garoff | Julia Jennstål  
Fanny Laurén | Viktor Mauritz | Niklas Möller  
Catarina Nahlén Bose | Madelaine Seidlitz | Ronak Tamdjidi  
Frida Johansson Metso (redaktör)



**Torterad som barn**

ISBN: 978-91-989580-4-1

Projektgrupp: Barn som överlevt tortyr

Illustratör framsida: Klara Nordin Stensö

Illustratörer i rapporten: Klara Nordin Stensö

Fotograf i rapporten: Frida Johansson Metso

Tryck: Typografiska 2026

Rapporten går att ladda ner på [www.rkh.se](http://www.rkh.se)

# Torterad som barn

Tortyr, flykt och rätten att läka



Røde Korsets kompetenscenter  
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

# Förord

Vad är du rädd för? En duktig torterare vet.

Ibland är de små skadorna de värsta. En del av det som flickan upplevde syns inte alls nu. Torterarna klädde av henne. De rakade hennes vackra hår – det har växt tillbaka, men upplevelsen av maktlöshet finns kvar. Andra märken är små men syns tydligt i spegeln. Näsan som är lite sned är inte ful, men påminner om fallet mot marken med bundna händer. En tand saknas och gör henne tveksam att skratta stort. Pigmentfläckar efter cigarettfimpar som trycktes mot huden kan nu, många år senare, misstas för acneärr. Att sminka över dem är svårt. När hennes mamma smeker henne över kinden möter handen hud bucklig av ärrvävnad.

Under fångenskapen undrade flickan om livet hon hoppats på togs ifrån henne. Vem vill smyga i väg för en första kyss med en vanställd flicka? Vem vill anställa henne, bli hennes vän? Lidandet tog tid, läkandet också – tid från skolgång och familj. År av förlorade minnen.

I hemlandet kan många gissa vad som har hänt – det har hänt många. Några möter hennes ögon med medlidande, andra slår ner blicken i skräck. I Sverige förstår ingen vad ansiktet berättar. I skolan ser lärarna en tonåring med dålig hy som aldrig ler.

Barn utsätts för tortyr över hela världen. En tonåring som sveptes med i stämningen grips under en demonstration och återvänder hem som en gammal man. På en skolgård leker barnen kroppsvisitation för att förstå förvirrade minnen. Ett spädbarn, fött i fångenskap, blinkar mot solljuset när ett fängelse befrias efter diktaturens fall. En flicka får höra torterarna säga att de tror att hon vill bli våldtagen, annars hade hon sedan länge erkänt sina påstådda brott. I en cell full av pojkar lever var och en i mörker och lyssnar efter vakternas steg i korridoren. De undrar om deras familjer har slutat leta efter dem. Värst är orden som fälls: "Vi har all tid i världen. Alla knäcks förr eller senare." Vetskapen om att det är sant. Här bestämmer förövaren villkoren. Ingen kommer för att rädda dig.

Tortyr är inte en enskild handling utan en situation. För ett litet barn kan övergreppen bli en livslång mardröm som återupplevs i mötet med varje ny person. Barn utsätts för tortyr under delvis andra omständigheter än vuxna, av andra förövare och av andra skäl, vilket ställer särskilda krav på identifiering och bemötande. Tortyr är vanligare än många tror och är den typ av potentiellt traumatiserande händelse som oftast leder till posttraumatiskt stressyndrom.

Den här antologin är ett resultat av forskningsprojektet *"Barn som överlevt tortyr"* (2022–2025), finansierat av Stiftelsen Hildur Nordins Minnesfond. Den kan läsas i sin helhet eller som fristående texter. Antologins två första kapitel analyserar sammanhang där barn kan utsättas för tortyr, med relevans bland annat för asylnjurister och beslutsfattare vid Migrationsverket. De utgör bakgrund till kapitel 4 om tortyrskadeutredning som vänder sig till både vårdpersonal och rättsväsende. Kapitel 3 är kopplat till hur ett utsatt barn identifieras. Eftersom det handlar om hur frågor om tortyr kan ställas är det relevant både för rättsväsendet och exempelvis skolsköterskor och andra yrkesverksamma inom elevhälsa samt barn- och ungdomspsykiatri. För psykologer och annan behandlande personal är del 3 särskilt relevant, med kapitel om intensiv traumabehandling (kapitel 7), barns möjligheter till traumabearbetning i osäkra livssituationer (kapitel 5) samt differentialdiagnostik mellan PTSD och neuropsykiatriska tillstånd (kapitel 6).

Den här antologin kan vara svår att närma sig, men för att försvara ungas rätt till rehabilitering och skydd måste vi uppmärksamma de barn som har överlevt. Genom att välja att läsa bidrar du till den globala kampen mot tortyr.



**Frida Johansson Metso**

Leg. psykolog, samordnare  
Röda Korsets kompetenscenter  
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

## Vi vill tacka...

Samtliga författare vill rikta ett gemensamt tack till alla kollegor inom och utanför Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola som har bidragit till projektet "*Barn som överlevt tortyr*" och till arbetet med denna antologi. Ett särskilt tack riktas till Stiftelsen Hildur Nordins Minnesfond som har finansierat projektet och – vid sidan av mycket annat stöd – gjort kunskapshöjningen kring barn som utsatts för tortyr möjlig.

### **Vi vill också tacka följande personer för värdefulla bidrag till arbetet med antologin:**

Madelaine Seidlitz vill rikta ett varmt tack till Björn Berselius, Johanna von Bahr, Louise Dane, Elin Wernquist, Azalea Safari, Anna-Pia Beier, Josefine Paulsen, Jennie Edlund, Axel Andersson, Andreas Ljungholm, Ylva Lennartsson Hartmann och Cecilia von Koch.

Henry Ascher och Viktor Mauritz vill tacka sina intervjupersoner samt Anna Olsson, Sofia Olausson, Emma Stenvall, Diana Abou-Sultan, James Lin, Maya Mukamel och Marina Plesons för deras klokhet och ovärderliga bidrag.

Fanny Laurén vill tacka patienter, kollegor och arbetsgivare vid Barn- och ungdomspsykiatrien Stockholm samt psykologerna Eva Tideman och Sabina Gušić.

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>8</b>
Sammanfattning på lättare svenska .....	9
Abstract in English .....	10
<b>Definitioner av begrepp</b> .....	<b>11</b>
<b>DEL 1 Tortyrbrottet</b> .....	<b>15</b>
<b>Kapitel 1 Introduktion</b> .....	<b>17</b>
<i>Niklas Möller</i>	
Ett svårfångat brott .....	19
Allvarlig smärta eller svårt lidande .....	21
Våld mot barn – ny medicinsk medvetenhet .....	27
Barn som överlevt tortyr .....	31
<b>Referenser</b> .....	<b>33</b>
<b>Kapitel 2 Vad utgör tortyr mot barn?</b> .....	<b>35</b>
<i>Madelaine Seidlitz</i>	
Sammanfattning .....	36
Vad är tortyr och vad är grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (illabehandling)? .....	38
Annan illabehandling .....	42
Tortyrförbudet, non-refoulement och mänskliga rättigheter .....	43
Genomgång av tortyrkonventionen .....	48
Genomgång av barnkonventionen .....	54
Några exempel på sammanhang och utsatthet där barn har högre risk att utsättas för tortyr .....	56
Lägre ribba för barns utsatthet .....	58
Få avgöranden om barn .....	59
Vanligaste situationerna som är kopplade till statliga förövare .....	61
Risker i svenska sammanhang .....	64
Rekommendationer och önskemål .....	81
<b>Referenser</b> .....	<b>82</b>

<b>DEL 2 Identifiering och dokumentation.....</b>	<b>85</b>
<b>Kapitel 3 Att fråga barn om tortyr.....</b>	<b>87</b>
<i>Julia Jennstål</i>	
Varför är det så tyst om barn som är tortyröverlevare? .....	90
Kan man upptäcka tortyröverlevare med rutiner och formulär? .....	95
Behovet av en relationell rutin och ett holistiskt våldsperspektiv .....	102
Utsatthetskartan: En relationell rutin för att upptäcka våld.....	108
Utsatthetskartan: En röd tråd genom vård- och omsorgssystem .....	119
<b>Referenser .....</b>	<b>123</b>
<b>Kapitel 4 Barnanpassad tortyrskadedokumentation .....</b>	<b>129</b>
<i>Henry Ascher och Viktor Mauritz</i>	
Bakgrund.....	131
Barns utsatthet för tortyr – ett eftersatt område .....	131
Effekter av våld mot barn .....	133
Intervjustudien.....	139
Slutsatser och rekommendationer .....	155
Slutord.....	160
<b>Referenser .....</b>	<b>162</b>
<b>DEL 3 Behandling .....</b>	<b>163</b>
<b>Kapitel 5 Behandlingsresultat trots svår livssituation .....</b>	<b>165</b>
<i>Catarina Nahlén Bose</i>	
<b>Referenser .....</b>	<b>173</b>
<b>Kapitel 6 Neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering.....</b>	<b>175</b>
<i>Fanny Laurén</i>	
Neuropsykiatriska tillstånd ökar risk för utsatthet och traumatisering ..	176
Traumatisering ger påverkan som är förknippad med neuropsykiatriska tillstånd .....	178
Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd har överlappande symtom som kan förväxlas .....	183
Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd förekommer ofta samtidigt .....	184
Interaktiva samband där barnets svårigheter förstärker varandra .....	185
Frågor och svar .....	189
1. Är det möjligt att utreda i alla situationer?.....	189
2. Är det lämpligt att utreda i alla situationer?.....	189
3. Kan man utreda vid försvårade omständigheter?.....	190

4.	Kan man utreda vid pågående svår belastning? .....	191
5.	Kan man utreda vid pågående traumatiska händelser? .....	191
6.	Kan man utreda även om det finns känd tidigare traumatisering? .....	192
7.	Om man redan utrett och sedan får veta att det förelegat traumatisering, kan bedömningen fortfarande anses giltig? .....	193
8.	Om det funnits traumatiska händelser och svår försummelse hela uppväxten, hur ska man tänka då? .....	193
9.	Hur kan man veta vad som är vad? .....	195
10.	Ska man utreda eller behandla först? .....	196
11.	När bör kognitiva svårigheter utredas hos utsatta barn? .....	196
12.	Kan man utreda NPF hos barn som flytt? .....	197
13.	Kan man utreda barn som inte har uppehållstillstånd? .....	198
14.	Hur tidigt kan man utreda nyanlända barn? .....	199
15.	Vad ska man tänka på kring barnets skolbakgrund? .....	199
16.	Kan man utreda när det saknas anamnes? .....	200
17.	Vad ska man tänka på om barnet har ett annat förstaspråk än svenska? Kan man använda tolk? .....	201
18.	Hur giltiga kan utredningsinstrument anses vara för barn med annan språklig och kulturell bakgrund? .....	202

**Referenser .....205**

**Kapitel 7 Intensiv traumabehandling för barn.....209**

*Ferdinand Garoff och Ronak Tamdjidi*

Bakgrund och teoretiska grunder för intensiv traumabehandling .....	210
Problemformulering och frågeställningar .....	211
Utveckling och anpassning av behandlingsprogrammet .....	212
Behandlingskomponenter från TF-KBT .....	213
Behandlingsupplägget: Process och struktur .....	215
Anpassningar av TF-KBT till formatet .....	219
Genomförande och utvärdering av programmet .....	221
Manuel: En fallbeskrivning .....	226
Utfall och erfarenheter .....	229
Rekommendationer och framtidsperspektiv .....	233
Framtida forskning och utveckling .....	235

**Referenser .....236**

# Sammanfattning

Den här antologin handlar om barn som utsatts för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, med fokus på förståelse, identifiering, dokumentation och behandling.

Utgångspunkten är att barns särskilda sårbarhet påverkar både bedömningen av vad som utgör tortyr och hur konsekvenserna manifesteras.

Antologin integrerar juridiska, psykologiska och medicinska perspektiv och framställer tortyr som en komplex situation kännetecknad av maktlöshet, kontrollförlust och rädsla, snarare än enbart enskilda handlingar. Vidare analyseras tortyrbegreppet i relation till barn inom folkrätten, där individuella och kontextuella bedömningar är centrala. Samtidigt problematiseras att begreppet tortyr sällan används i relation till barn, vilket kan bidra till att deras utsatthet osynliggörs.

Antologin identifierar betydande brister i upptäckt och dokumentation, särskilt av psykiska konsekvenser, och betonar behovet av ett tortyrmedvetet förhållningssätt i professionella möten med barn. Texterna bidrar med ny kunskap och konkreta verktyg. Vidare behandlas kliniska och diagnostiska aspekter, inklusive traumafokuserad behandling.

Sammanfattningsvis visar antologin på omfattande kunskapsluckor och behov av att stärka arbetssätt inom juridik, vård och andra relevanta verksamheter.

## Sammanfattning på lättare svenska

Den här boken handlar om barn som har varit med om tortyr.

Boken beskriver vad tortyr är. Den visar hur tortyr kan se ut för barn.

Den visar också hur vi kan upptäcka barn som blivit torterade.

Den visar hur vi kan ge stöd och behandling.

Barn är mer sårbara än vuxna.

Det som inte räknas som tortyr för vuxna kan vara tortyr för barn.

Tortyr är inte bara fysiskt våld. Det handlar också om rädsla.

Det handlar om att inte ha kontroll eller känna sig maktlös.

Det är ofta svårt att se att ett barn har varit med om tortyr.

Många barn berättar inte. Många vuxna frågar inte.

Då riskerar barn att inte få hjälp.

Boken visar att vuxna behöver mer kunskap.

De behöver bättre sätt att fråga barn om tortyr.

Det behövs bättre arbetssätt i vård, myndigheter och andra verksamheter som möter barn.

## Abstract in English

This anthology, *Tortured as a Child: Torture, Forced Migration and the Right to Rehabilitation* (*Torterad som barn. Tortyr, flykt och rätten att läka*), addresses children exposed to torture or other cruel, inhuman, or degrading treatment, focusing on conceptualization, identification, documentation, and treatment. It argues that the vulnerability of children influences both the definition of torture and the manifestation of its consequences.

Integrating legal, psychological, and medical perspectives, the anthology conceptualizes torture as a complex condition characterized by loss of control, powerlessness, and fear, rather than as a series of isolated acts. It further examines the interpretation of torture concerning children within international law, emphasizing the necessity of individual and contextual assessments. Additionally, it notes that the concept of torture is infrequently applied to children, which may contribute to the invisibility of their experiences.

The anthology identifies substantial gaps in the identification and documentation of affected children, particularly concerning psychological consequences, and emphasizes the necessity of a torture-informed approach in professional interactions with children. It also addresses clinical and diagnostic challenges, including trauma-focused interventions. The contributions provide new insights and practical tools.

In summary, the anthology exposes significant knowledge gaps and the need for better practices across legal, healthcare, and related fields.

## Definitioner av begrepp

**Barn.** Med barn avses varje människa under 18 år i enlighet med artikel 1 i FN:s konvention om barnets rättigheter. Barn är bärare av egna självständiga rättigheter. I denna antologi betonas barns särskilda sårbarhet och att ålder, mognad och utvecklingsnivå alltid ska beaktas vid bedömningar av våld, tortyr, skyddsbehov och rätt till stöd.

**Förälder, vårdnadshavare, omsorgsperson.** Begreppen används för att beskriva olika former av ansvar för ett barn. I boken används de parallellt eftersom barns beroendeställning och skyddsbehov kan aktualiseras oavsett den juridiska relationen. **Förälder** avser biologisk eller adoptivförälder. **Vårdnadshavare** är den person som enligt lag har det juridiska ansvaret för barnet. **Omsorgsperson** är en vidare beteckning och avser varje vuxen som har ett faktiskt ansvar för barnets dagliga omvårdnad och trygghet, exempelvis familjehemsförälder, släkting eller annan närstående vuxen.

**Tortyr.** Tortyr definieras i artikel 1 i FN:s konvention mot tortyr som varje handling genom vilken allvarlig fysisk eller psykisk smärta eller svårt lidande medvetet tillfogas en person i ett visst syfte, exempelvis för att framtvinga information eller bekännelse, bestraffa, hota eller diskriminera, och där handlingen utförs av – eller med samtycke eller medgivande från – en företrädare för staten eller det allmänna. Tortyr är ett absolut förbjudet brott enligt folkrätten och utgör en av de allvarligaste kränkningarna av mänskliga rättigheter. Förbudet gäller utan undantag och omfattar även annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Vid bedömning av tortyr mot barn ska barns särskilda sårbarhet beaktas. Handlingar som inte skulle bedömas som tortyr mot en vuxen kan nå upp till denna nivå när det gäller barn.

**Illabehandling.** Med illabehandling avses grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning enligt artikel 16 i FN:s konvention mot tortyr. Illabehandling omfattar handlingar som orsakar allvarligt psykiskt eller fysiskt lidande men som inte uppfyller samtliga kriterier för tortyr, exempelvis kravet på ett särskilt syfte. Förbudet mot illabehandling är, liksom tortyrförbudet, absolut och gäller utan undantag.

**Tortyrskadeutredning – Istanbulprotokollet.** En tortyrskadeutredning är en medicinsk och psykologisk undersökning som syftar till att dokumentera fysiska och psykiska skador som kan ha uppkommit till följd av tortyr eller annan illabehandling. Utredningen ska genomföras i enlighet med Istanbulprotokollet, FN:s internationellt erkända riktlinjer för effektiv utredning och dokumentation av tortyr. Protokollet innehåller standarder för hur undersökningar ska genomföras, hur skador ska bedömas i relation till den berättade händelsen och hur dokumentation ska utformas för att kunna användas i rättsliga sammanhang. En tortyrskadeutredning kan ha betydelse både för tillgång till vård och rehabilitering samt i asyl- och rättsprocesser.

**Traumatiska upplevelser, traumatisering och PTSD.** I texten talar vi delvis om potentiellt traumatiserande händelser, sådana upplevelser som kan leda till traumatisering. Traumatisering kan ta sig uttryck på många olika sätt, varav ett är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), som är en av de vanligaste diagnoserna vi arbetar med.

PTSD är en psykiatrisk diagnos som kan utvecklas efter att en person har utsatts för eller bevittnat en allvarlig traumatisk händelse, såsom tortyr, våld eller krig. PTSD kännetecknas bland annat av återupplevande av händelsen (till exempel genom mardrömmar eller flashbacks), undvikande av påminnelser, hyperarousal och förändringar i tankar och känslor. Hos barn kan symtomen ta andra

uttryck än hos vuxna, exempelvis genom lek, beteendeförändringar, koncentrationssvårigheter eller kroppsliga besvär. Barn som varit utsatta för upprepat och långvarigt våld kan utveckla mer komplexa traumareaktioner än vad som ryms inom en traditionell PTSD-diagnos.

**Adverse childhood experiences.** *Adverse childhood experiences* (ACE) är ett forskningsbaserat begrepp som avser potentiellt skadliga erfarenheter under barndomen, såsom att utsättas för eller bevittna våld, sexuella övergrepp, omsorgsbrist, allvarlig familjekonflikt eller separation från en förälder. Begreppet introducerades i en omfattande amerikansk studie som visade ett starkt samband mellan antalet negativa barndomsupplevelser och senare risk för psykisk och fysisk ohälsa.

**Krigsskadade och torterade, flykt och svår migration.** Den patientgrupp vi möter på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade är personer som har traumatiserats till följd av mycket svåra händelser, som väpnade konflikter, krig, tortyr och förföljelse. Det finns en mångfald i upplevelserna som vi sällan skriver ut i sin helhet i antologin, för att värna textens tillgänglighet. Vi träffar också människor som kommit till Sverige på olika sätt, och förflyttningen benämns ofta som flykt eller svår migration, men även personer som har status som anhöriga eller arbetskraftsinvandrare kan ha traumatiska upplevelser. Vi utgår från vad patienterna uppger att de varit med om och hur det påverkat dem snarare än var ifrån de kommer eller vilken juridisk status de har i Sverige (exempelvis som asylsökande, flykting eller papperslös).



---

Torterad som barn

**DEL 1**

# **TORTYRBROTET**

---

Torterad som barn



## NIKLAS MÖLLER

är leg. psykolog, specialist i psykologisk behandling/psykoterapi och psykoterapeut samt verksamhetschef för Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala, där han arbetar med psykologisk behandling samt tortyrskadeutredningar.

### Kapitel 1 Introduktion

*Den här antologin är skriven som en del av forskningsprojektet "Barn som överlevt tortyr".  
I introduktionen ges en kort bakgrund till tortyrbegreppet och framväxten av en medicinsk medvetenhet rörande barn som utsätts för våld.  
Därtill diskuteras begreppet tortyr ur ett psykologiskt perspektiv.*

I den europeiska historien infördes i norra Italien under 1200-talet **rättslig tortyr** som en användbar metod för att identifiera skyldiga. Rättslig tortyr spreds därifrån till stora delar av Europa (1). Under denna tid gick man från att nå ett frivilligt erkännande till att framvinga ett erkännande, inte om skuld utan om detaljer kring det den anklagade beskyldes för. Detta motiverades med formuleringen "*no innocent person can know*" ("ingen oskyldig person kan rimligen äga kännedom därom"). Den som höll förhöret förbjöds att ställa suggestiva frågor, det vill säga att antyda eller ge detaljer om brotten. Det visade sig dock i praktiken svårt då detaljer riskerade att

mer eller mindre medvetet förmedlas till den anklagade som under svår plåga redogjorde för dessa. Kritik mot tortyr pågick i århundraden och under en femtioårsperiod med start i Preussen 1752 förbjuds användningen av rättslig tortyr i hela Europa, för att i början av 2000-talet, nästan två hundra år senare, åter föreslås – nu som ett sätt att bekämpa terrorism, benämnt som utökade förhör.

Under december 2014 fick världen ta del av utdrag från CIA:s egen dokumentation i vilken det beskrivs hur en man bands fast vid en bräda, med huvudet lägre än fötterna, varpå vatten hälldes in i näsan och munnen för att framtvunga en känsla av att drunkna (2). Därtill placerades han i en kolsvart kista under 266 timmar, varav 29 timmar i en ännu mindre låda. I rapporten framkommer att mannen grät, bönade och uppvisade en sådan stress att han inte kunde kommunicera på ett effektivt sätt. Då Hamid Noury, en iransk tjänsteman, greps i Sverige i november 2019 för folkrättsbrott och mord, fick vi vittnesmål från personer som genomlevt tortyr i Gohardashtfängelset och Evinfängelset i Iran. Efter maktövertagandet i Syrien i december 2024 fick vi via media ta del av bilder och berättelser kring vad människor har utsatts för i Saydnayafängelset. De historiska exemplen är tyvärr oräkneliga, förekommande runt om i världen, och medan du läser dessa rader läggs nya exempel till...

*...och nu. Och nu. Och nu.*

Den i historiskt hänseende ursprungliga betydelsen av tortyr utgick från att fysiskt plåga en människa för att få henne att bekänna sig till eller avslöja allvarliga brott. När Förenta nationernas konvention mot tortyr eller annan grym, omänsklig och förnedrande behandling, ofta benämnt illabehandling, antas 1984 definieras tortyr juridiskt vilket förändrar dess innebörd (3):

## Artikel 1

*1. I denna konvention avses med begreppet tortyr varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna. Tortyr innefattar inte smärta eller lidande som uppkommer enbart genom eller är förknippade med lagenliga sanktioner.*

Definitionen är relativt öppet utformad med formuleringar som fysiskt eller psykiskt allvarligt lidande och syftesbeskrivningen utgår inte uteslutande från att nå erkännanden utan kan ske för att straffa. Bland både lekmän som yrkesprofessionella finns en dock en synbar svårighet att förhålla sig till vad som faktiskt formulerats i definitionen och en tendens att hemfalla till den historiska ursprungliga betydelsen, en tjänsteman som med olika metoder för att skapa kroppssmärta tvingar fram ett erkännande.

## **Ett svårfångat brott**

Vi vet att tortyr rapporteras från en majoritet av världens länder (4). Några exakta siffror på antal drabbade individer finns inte men vittnesmål ger oss en bild av att det på vissa platser är mycket förekommande. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), rapporterade att över åttio tusen individer erbjudits behandling för sina skador från tortyr under 2024, vilket ger oss en viss uppfattning om omfattningen (5). Denna rapportering kommer

från de center runt om i världen som är medlemmar i organisationen. De flesta av dessa är små verksamheter, beroende av finansiering som blir allt svårare att få. Dessa center täcker en bråkdel av det behov som uppstår. Mörkertalet av drabbade är med all säkerhet stort.

Att samla in data om förekomsten av tortyr försvåras av att begreppet är så starkt kopplat till personer som flyr sina hemländer, så att studier kring denna population i regel klumpar ihop krig, flykt och tortyr. En annan utmaning har att göra med att begreppsligt fånga tortyr, begreppets inneboende brister när det kommer till att operationalisera och mäta (6). Exempel på kritik är svårigheter att avgöra vad som avses med **allvarligt lidande** och **intentionen** hos förövaren. Konventionens artikel 1 betonar förövarens avsikter (3):

*...any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes...*

*...varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att...*

På engelska, ett av språken som konventionstexten ursprungligen författades på, används orden *intentionally* och *purposes*; i svensk översättning medvetet och syfte. Ordet medvetet kanske inte riktigt fångar ordet intention och möjligen skulle ordet avsiktligt passa bättre. Intention kommer från latinets *intentio* som betyder att dra ut eller sikta mot, medan *purpose* kommer från fornfranskans *porpos* med betydelsen sikta eller intention. Dessa ord används ofta synonymt och även om dessa går att skilja åt så är de nära förknippade. Är syftet relevant vid bedömning av om en situation når upp till kriterierna för tortyr i de fall vi kan konstatera att handlingarna är avsiktliga? Är det möjligt att med avsikt tillfoga en annan person smärta eller lidande utan syfte att skada? Har det

någon betydelse och i så fall för vem? Kan "goda" intentioner rättfärdiga illabehandling? Om en stat anser det, når det i dessa fall inte upp till tortyr?

Sannolikt har många övergrepp som når upp till kriterierna för tortyr rättfärdigats med att handlingarna syftar till att i första hand hjälpa – som vid fostran i familj, inom ungdomsvård eller skolor, korrigerande av levnadssätt, trosuppfattning och sexuell läggning eller inom vården, med allt från olika former av tvångsåtgärder till lobotomi som ett historiskt exempel. Allt i syfte att hjälpa.

*Lobotomi /.../ Operationen utföres på sinnessjuka som är bråkiga och besvärliga och därför svåra att sköta. Man gör ett hål vid tinningen och skär av hjärnans framlob på bägge sidor genom detta hål. Sedan blir patientens psyke förändrat. /.../ blir sedan jämförelsevis gladlynt och företeer oftast en avsevärd förbättring i sitt tillstånd. Han är medgörlig och till en viss grad resonabel (7).*

Vad är vår tids lobotomi? Även om vi skulle finna det motiverat att plåga en annan människa för att uppnå något vi finner mer angeläget, innebär detta inte att det inte når upp till kriterierna för tortyr, utan endast att dessa handlingar bedöms som överordnade. Brottet borde rimligen kvarstå, straffet likaså. Därav blir syftet, alltså varför handlingen utförs, som ett kriterium för tortyr svårt att motivera.

*Och nu.*

## **Allvarlig smärta eller svårt lidande**

Gällande **allvarlig smärta eller svårt lidande** har vi under fyra årtionden mött och behandlat tortyröverlevare på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Erfarenheten ger att det smärtsammaste är den psykologiska upplevelsen av att fråntas kontroll över sin situation. David Barlow,

professor i psykologi och en auktoritet inom psykologisk forskning om ångest skriver att kontroll eller avsaknaden därav är mekanismen bakom sårbarhet för att utveckla psykisk ohälsa (8). Upplevelser av maktlöshet, brist på kontroll och förutsägbarhet är centrala faktorer för uppkomsten av traumatisk stress (9). Studier har sedan länge påvisat hur människor påverkas i situationer av okontrollerbar stress, vilken tenderar att resultera i en inlärd hjälplöshet, detta även i efterhand inför situationer som varit möjliga att kontrollera (10).

Inlärd hjälplöshet innebär således att förvänta sig att situationen är ohanterlig. Den fortsatta utvärderingen av en redan upplevd traumatisk situation som farlig eller hotfull ökar dess traumatiserande effekt och den som traumatiserats av en situation tenderar att uppleva en ökad förväntan på att ställas inför liknande chockartade, aversiva situationer i framtiden (11). Denna förväntansrädsla är central vid reaktioner på traumatiska händelser.

*Och nu. Och nu.*

Tortyrbegreppet är tvärdisciplinärt och inbegriper både juridiska och psykologiska faktorer. Pau Perez-Sales, psykiater och chefredaktör för tidskriften *Torture Journal* samt forskare inom området mental hälsa under politiskt våld och katastrofer, har i boken *Psychological Torture* formulerat en psykologisk definition av tortyr baserad på intervjuer med tortyröverlevare (6).

*Tortyr är en form av manipulering av en människa genom att ingjuta skräck framkallad av smärta och skada, genom att frånta individens kontroll över sina kroppsfunktioner samt genom manipulation av tid, omgivning och sinnesintryck, i syfte att bryta ner individen, inge rädsla, bestraffa fysiskt eller psykiskt, tvinga fram information, framtvunga självinkriminering (författarens anmärkning: självinkriminering innebär att den som misstänks för ett brott inte ska tvingas att bidra till sin egen fällande dom genom att ge kriminellt belastande information) eller förändra den*

*frihetsberövades identitet eller världsbild för att anpassas till förövarens vilja.*

*Även om det är förövaren som sätter reglerna, upplevs tortyr som en fysisk, intellektuell och känslomässig kamp mot sig själv som lämnar permanenta spår hos individen (oftast i form av skuld, skam, återkommande minnesbilder och kroppsligt inristad smärta).*

*Sammanfattningsvis verkar 'grymma, omänskliga och förnedrande' handlingar samt upplevelsen av hot mot fysisk och psykisk hälsa i en fientlig och okontrollerbar miljö vara de huvudsakliga faktorerna bakom bestående psykisk skada hos frihetsberövade personer. Därför bör överväganden om vad som utgör tortyr under fångenskap baseras på en bedömning av i vilken utsträckning båda dessa processer bidrar till rädsla och hjälplöshet hos individer, snarare än på förutfattade antaganden om den relativa effekten av enskilda metoder.*

Tortyr kan utifrån denna definition inte likställas med smärta då smärta endast är ett av flera element för att infoga rädsla. Att avgränsa brottet till vissa specifika tortyrmetoder är ogörligt då det är ett outtömligt område. I stället kan tortyr förstås som en situation där förövaren söker den utsattes gränser. Perez-Sales använder begreppet *torturing environments* ("torturerande miljöer") som ett sätt att komma bort från "tortyrmetoder".

Perez-Sales problematiserar att uppdelningen mellan tortyr och illabehandling ligger på en viss skala där tillfogande av smärta ligger på den övre delen (tortyr) medan förnedring ligger på den nedre (illabehandling) och hänvisar till vittnesmål om att det mer psykologiska våldet leder till mer förödande konsekvenser än våld som baseras på att tillfoga smärta (6). Betoningen på lidandets allvarlighetsgrad som ett sätt att skilja

mellan lågnivå (illabehandling) och högnivå (tortyr) bedömer han obegriplig då situationer påverkar individer olika.

I linje med detta publicerade professorn i psykiatri Metin Başoğlu – tidigare chef för sektionen för traumastudier på institutet för psykiatri, psykologi och neurovetenskap på Kings college i London samt grundare och chef för Istanbul Center for Behavioral Sciences – en studie som visar att smärta i sig inte har ett direkt samband med traumatiska reaktioner efter en svår händelse, och att uppdelning av tortyr och illabehandling i praktiken är ogörligt på samma sätt som att dela upp fysisk tortyr från psykisk tortyr, allt lidande är psykologiskt (12). Lidande är en psykologisk händelse. Vad och hur någon kommer att uppleva en situation eller påverkas i efterhand är svårt att veta på förhand då en mängd individfaktorer kommer att spela in.

Başoğlu menar även att vi behöver komma bort från specifika ”metoder” genom att förstå att tortyr inbegriper en mängd faktorer som medför ökad risk för lidande (12). Vi kan anta att givet A (såsom sensorisk deprivation) så B (minskad kontroll och ökad stress). Tortyrens särskilda situation är att flera faktorer samspelar och påverkar intensiteten i upplevelsen, i X (fångelse), Y (ögonbindel), Z (någon viskar ”Har du blivit våldtagen någon gång?”). Denna sekvens som onekligen skulle förefalla skrämmande för alla läsare av denna text skulle inte nödvändigtvis nå upp till kriterierna för tortyr och då i stället benämns som grym, omänsklig och förnedrande behandling, eller illabehandling som det ibland sammanfattas. Detta blottar en brist i rådande definitioner där tortyr och illabehandling graderas olika allvarligt.

*...Och nu...*

När en extern part i en specifik kontext bryter igenom din hudbarriär och tar kontroll över dig, fråntar dig upplevelsen av

att vara en människa och använder dig som ett ting, en sak för egen användning, är situationen mycket skrämmande, destabiliserande och leder med hög sannolikhet till traumatisering.



**När en extern part i en specifik kontext bryter igenom din hudbarriär och tar kontroll över dig är situationen mycket skrämmande**

---

Det kan tyckas irrelevant att problematisera avgränsning mellan tortyr och illabehandling men **att** och **hur** vi benämner händelser, *labeling effects*, har betydelse för vår attityd gentemot desamma. Som exempel gjordes en studie där attityder gentemot tortyr förändrades i samband med att begreppet ersattes med "utökade förhör", en term som användes i USA i början av tvåtusen-talet (13). Detsamma gäller sannolikt för graderingen illabehandling.

Det är även samtidigt viktigt att begreppet inte urvattnas som då det används frikopplat från olika definitioner och då hemfaller till formen hos en viss typ av våld, tortyrliknande våld. En alltför stor tonvikt läggs vid våldets specifika form och dessa beskrivs då ofta som tortyrmeter, vilket reducerar tortyr från att vara en alldeles särskild situation (X, Y, Z) till vissa stereotypa våldshandlingar (Z).

Att räkna upp olika sätt på vilket man kan skada en mänsklig kropp är oändligt och behöver dessutom ständigt uppdateras och framstår i sak inte vara en framkomlig väg. Även om det var möjligt skulle det aldrig fånga tortyr utan endast beskriva olika våldshandlingar. Det riskerar i värsta fall att ge argument för att en nationell kriminalisering av tortyr är onödig då kriminaliserade våldshandlingar redan existerar, exempelvis som olika grader av misshandel.

I stället behöver begreppet förstås som en situation och vikten läggas vid kontext och funktion. Başoğlu skriver:

*Sammanfattningsvis verkar 'grymma, omänskliga och förnedrande' handlingar samt upplevelsen av hot mot fysisk och psykisk hälsa i en fientlig och okontrollerbar miljö vara de huvudsakliga faktorerna bakom bestående psykisk skada hos frihetsberövade personer. Därför bör överväganden om vad som utgör tortyr under fångenskap baseras på en bedömning av i vilken utsträckning båda dessa processer bidrar till rädsla och hjälplöshet hos individer, snarare än på förutfattade antaganden om den relativa effekten av enskilda metoder (12).*

När det kommer till barn som överlever situationer som når upp till kriterierna för tortyr finns begränsat med information. Barn riskerar att utsättas för torterande miljöer i för barn egna unika sammanhang. Att försöka förstå vilka dessa miljöer är har gjorts men tenderar att fastna i synnerligen grovt, systematiskt och utdraget våld utan att lösa frågan om statens medverkan som är en central del i FN:s definition av begreppet tortyr (14). Utan statens inkludering i definitionen finns kanske en risk att försvåra argumentation för hur det särskiljer tortyr från grov misshandel, våldtäkt eller andra kriminaliserade våldshandlingar. Även i den här litteraturen riskerar beskrivningen fastna i specifikt, grovt fysiskt våld – alltså metoderna.

Hur man ska tolka "en person som handlar på statens vägar", som formuleras i tortyrkonventionens första artikel, är då av särskilt intresse. I ett uppmärksammat rättsfall från 2017 fastslog Högsta domstolen i Storbritannien (UK Supreme Court) att en person som agerar i en organisation som utövar regeringsliknande funktioner över ett territorium och civilbefolkning kan anses uppfylla de kriterier som avses med att agera i en officiell roll, oavsett om organisationen är statlig eller icke-statlig och oavsett om det sker i krigs- eller fredstid (15).

Domen är i dag ett prejudikat som breddar tolkningen av vem som kan hållas ansvarig och har lett till en fortsatt debatt om hur definitionen ska tillämpas och vart tonvikten ska ligga, på förövares

status eller på handlingens natur. Vem kan anses vara en förövare enligt definitionen – en statlig aktör, en icke-statlig aktör med regeringsliknande kontroll eller en aktör med effektiv kontroll/makt oavsett statlig koppling (16)?

På det följer frågor om olika grupper hamnar i olika torterande miljöer. Hur ser det ut för kvinnor, personer med funktionsvariationer och barn? Hur förstår vi tvångsvårdande situationer där individer, mot deras vilja, kan tvingas till åtgärder som är skrämmande och smärtsamma? Skolmiljön där ett barn kan bli föremål för en lärares förlöjligande inför andra elever eller andra tvingande åtgärder? Hur förstår vi situationer där ett barn direkt utsätts eller bevittnar när en förälder utsätts för våld? Hur förstår vi situationer där barn separeras från sina föräldrar? Att placera barn så unga som 13 år i fängelse, är det en torterande miljö? I de återvändandecenter som de senaste åren uppförts i Sverige, i samband med de stora förändringar som skett inom migrationspolitiken, rapporteras oroande brister vad gäller skyddet för barn (17). När barn och familjer beskriver en miljö som upplevs otrygg och farlig, att det finns en rädsla för okända vuxna som mår psykiskt dåligt och att de lokaler där familjer ibland vistas under lång tid inte är anpassade för barn – hur ska vi förstå dessa miljöer?

...Nu...

## Våld mot barn – ny medicinsk medvetenhet

Vi vet att barn försätts i torterande miljöer, inte bara där utan även här, och att kunskapen om vilka dessa miljöer är brister. Det vilar ett stort ansvar på oss inom vård och omsorg att ställa frågorna, identifiera, dokumentera och följa upp när vi möter barn som utsatts våld, inte bara i en familjekontext utan även i andra miljöer där barn står under andras makt. Förutsättningarna finns då vi idag har formella skyldigheter att

anmäla vid oro för att barn far illa, detta till följd av ett långt kunskapshöjande arbete.

1962 myntades i en banbrytande artikel begreppet *battered child syndrom* (misshandlat barnsyndrom) BCS (18). Artikeln banade väg för en förståelse om att barn utsattes för våld i en mycket högre omfattning än man tidigare trott, fram till dess betraktades inom medicinen barnmisshandel ofta som något ovanligt. Artikeln uppmärksammade läsarna, som vi får anta var läkare då den publicerades i en medicinsk tidskrift, att yrkeskåren ofta missade tecken på våld till följd av okunskap och tabun.

Artikeln hade vid tiden ett enormt genomslag och bidrog starkt till dagens medicinska och sociala förståelse av barnmisshandel och ledde småningom fram till att många länder införde obligatoriska anmälningslagar, att barnskyddsmyndigheter bildades och att riktlinjer för professionella infördes. Därtill erbjöd detta arbete en medicinsk legitimitet att identifiera och rapportera våld mot barn. Vidare ledde det till att frågan om våld mot barn gick från att anses vara en privat familjeangelägenhet till att vara ett erkänt folkhälso- och samhällsproblem, vilket förändrade arbetsförfarandet inom vården och ledde fram till en explosion av forskning. Artikeln har en tonvikt vid fysiskt våld men omsorgsbrist benämns som en form av våld, vilket vid tidpunkten inte förekom i den medicinska litteraturen.

Det ska dock nämnas att ett drygt årtionde dessförinnan, 1951 publicerade John Bowlby på uppdrag av WHO en översiktsstudie om hur barn påverkas av separationer från primära omsorgsgivare (19). Då texten är 75 år gammal finns mycket att ha synpunkter på i dag men slutsatserna ledde fram till en översyn av barns situation vid sjukhusvistelser och inom barnhemsinstitutionerna, eftersom resultaten visade att

separationer från, i regel föräldrar, hade en mycket negativ inverkan på barns mående och funktion.

BCS ses av många som en händelse som bidrog till anmälningsplikt och lagstiftning men även synen på barn som egna rättighetsbärare. I direkt anslutning till detta bildades 1977 organisationen International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, IPSCAN, där forskare, läkare, socialarbetare och jurister samlades för att förstå, förebygga och behandla våld mot barn (20). IPSCAN blev länken mellan medicinsk upptäckt och internationell policyutveckling.

1989 antogs barnkonventionen (21) som i dag är ett av världens mest ratificerade rättighetsdokument och kan ses som den juridiska följderna av årtionden av medicinsk och social forskning och där artikeln från 1962 är starkt bidragande till artikel 19 i konventionen:

*1. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård.*

*2. Sådana skyddsåtgärder bör, där så är lämpligt, innefatta effektiva förfaranden för såväl upprättandet av sociala program som syftar till att ge barnet och de personer som har hand om barnet nödvändigt stöd, som för andra former av förebyggande och för identifiering, rapportering, remittering, undersökning, behandling och uppföljning av fall av ovan beskrivna sätt att behandla barn illa och, där så är lämpligt, förfaranden för rättsligt ingripande.*

I barnkonventionens artikel 37 står:

*Barn ska inte utsättas för tortyr, annan grym behandling, bestraffning eller dödsstraff. Frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid (22).*

Tortyrkonventionen (3) som antogs ett par år före barnkonventionen riktar sig inte specifikt mot barn men forskningen som följt på BCS har bidragit till att bredda förståelsen kring vad som utgör illabehandling, vilket påverkar kommitténs tolkning om barns särskilda skydd.

I dag vet vi vilka konsekvenser våld under barndomen kan leda till. I en annan banbrytande artikel myntas begreppet ACE (22). ACE-studien är den största internationella studien som gjorts där man undersökt förekomst av negativa

”

**Det framstår som en självklarhet att vi ska förhindra att barn försätts i torterande miljöer**

upplevelser under barndomen och samband med hälsa i vuxen ålder. Man har sedan upprepat ACE-studien i nya studier och fått samma resultat. ACE står för *adverse childhood experience* och till sådana upplevelser hör bland andra att utsättas för eller bevittna våld,

att utsättas för sexuella övergrepp samt att separeras från en förälder som följd av skilsmässa, internering, flykt eller död.

För varje kategori som man upplevt får man en ACE.

I dessa studier ser man ett starkt samband mellan antalet upplevda ACE:s före tre års ålder och senare riskbeteenden, psykisk sjukdom, missbruk och fysisk sjukdom, det vill säga att antalet ACE:s har ett samband med all ohälsa. Barn som upplevt sex eller fler ACE:s har en förväntad sänkt livslängd med tjugo år. Hälsokonsekvenser kan förklaras av påverkan på individens stresssystem (HPA-axeln), där långvarig stress

under barndomen kan inverka på hjärnans utveckling, hormonsystemet och immunförsvaret samt bidra till inflammation (23).

## Barn som överlevt tortyr

Det framstår som en självklarhet att vi ska förhindra att barn försätts i torterande miljöer, ställa förövare till svars, identifiera barn som drabbats samt säkerställa att drabbade barn får upprättelse, rätt stöd och behandling. Trots det så saknas mycket kunskap inom området. Det är därmed viktigt att fortsätta det arbete som påbörjades i mitten av förra seklet med att öka kunskapen om barns utsatthet och behov. I denna antologi får du ta del av ett forskningsprojekt – **Barn som överlevt tortyr** – som påbörjades 2022 med en systematisk litteraturstudie i syfte att syntetisera forskning och grå litteratur gällande screening, dokumentation och tortyrskadevård av barn (24).

### LÄS DEN FÖRSTA RAPPORTEN I PROJEKTET

Tamdjidi R, Nahlén Bose C. *Barn som överlevt tortyr. En systematisk litteraturöversikt om screening, dokumentation och behandling av tortyrskadade barn*. Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering; 2023. Rapport 2023:4.

Resultatet i litteraturstudien visar att många befintliga screeningsinstrument för psykiskt traumatiserande händelser är bristfälliga när det kommer till att identifiera tortyröverlevande barn, bland annat då många instrument saknar frågor om aktörer, vilket försvårar identifieringen av statlig inblandning som alltså är ett centralt kriterium enligt tortyrkonventionens definition. Därtill innehöll flera av formulären i studien begreppet tortyr vilket ökar risken för snedvridna utfall både i form av falska positiva som negativa svar. Vad gäller dokumentation av tortyrskador hos barn var det i regel endast fysiska skador som dokumenterades. Detta trots att vi vet att psykiska konsekvenser av våld är omfattande och livs begränsande, därav är det viktigt att dokumentationen inbegriper både somatisk

och psykologisk utredning för att säkerställa att risken för felbedömningar minimeras.

När ett barn identifieras och utreds blir det viktigt att även kunna ta hand om de skador och behov som uppstått till följd av den torterande miljön. I litteraturstudien framgår att traumafokuserad kognitiv beteendeterapi påvisar lovande utfall för barnen i studierna, där vissa har varit utsatta för tortyr, därtill att högentensiv traumabehandling kan vara effektiv, vilket kan bli särskilt relevant för barn som lever under instabila och osäkra förhållanden. Utifrån slutsatser från litteraturstudien har projekten som presenteras i denna rapport utformats i syfte att vi ska bli bättre på att upptäcka, dokumentera och på bästa sätt hjälpa barn som överlevt tortyr.

*...och nu.*



*All översättning i kapitlet har gjorts av författaren själv.*

# Referenser

1. Langbein JH. The history of torture. In: Levinson S, editor. *Torture: a collection*. USA: Oxford University Press; 2004.
2. Tanfani J, Hennigan WJ. Two psychologists' role in CIA torture program comes into focus. *Los Angeles Times* [Internet]. 2014 Dec 14. [cited 2026 Apr 16]. Hämtad från: <https://www.vivalanka.com/newspage/807707ai-two-psychologists-role-cia-torture-program-focus>
3. United Nations. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. New York: United Nations; 1984.
4. Amnesty International. *Torture in 2014: 30 years of broken promises*. London: Amnesty International; 2014.
5. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). *Annual Report 2024*.
6. Pérez-Sales P. *Psychological torture: definition, evaluation and measurement*. New York (NY): Routledge; 2017.
7. Dahlberg G, editor. *Svenska Röda Korsets medicinska uppslagsbok*. Stockholm: P. A. Norstedt och Söner; 1956.
8. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
9. Keane TM, Marx BP, Sloan DM, DePrince A. Trauma, dissociation and post-traumatic stress disorder. In: Barlow DH, editor. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
10. Overmier JB, Seligman MEP. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol*. 1967;63(1):28–33.
11. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther*. 1989;20(2):155–176.
12. Başoğlu M. A multivariate contextual analysis of torture... *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79(2):135–145.
13. Rios K, Mischkowski D. Shaping responses to torture... *Pers Soc Psychol Bull*. 2019;45(6):934–946.
14. Knox BL, Starling SP, Feldman KW, Kellogg ND, Frasier, LD, Tiapula SL. *Child Torture as a Form of Child Abuse*. *Journ Child Adol Trauma*. 2014; 7:37–49.
15. *R v Reeves Taylor* [2017] UK Supreme Court.
16. Le Moli G. Torture by non-state actors. *J Int Crim Justice*. 2021;19(2):363–391.
17. Rättsdepartementet. *Rättsutredning om barns utsatthet vid migration*. Dagens Nyheter.
18. Kempe CH, et al. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17–24.
19. Bowlby J. Maternal care and mental health. *Bull World Health Organ*. 1951;3:355–534.
20. International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).
21. United Nations. *Convention on the Rights of the Child*. UNICEF Sverige.
22. Felitti VJ, Anda RF, et al. ACE study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258.
23. Scarborough, A.A., Lloyd, E.C. & Barth, R.P. (2009). Maltreated infants and toddlers: Predictors of developmental delay. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(6), 489–498.
24. Tamdjidi R, Nahlén Bose C. *Barn som överlevt tortyr*. Rapport 2023:4.



## MADELAINÉ SEIDLITZ

är människorättsjurist med fokus på internationell flyktingrätt och folkrätt. Hon har bland annat arbetat som senior rådgivare med ansvar för flyktingfrågor och migration samt folkrättsfrågor i svenska sektionen av Amnesty International.

### Kapitel 2

## Vad utgör tortyr mot barn?

*Miljöer där risken för tortyr mot barn är särskilt hög är krig och konflikter, flykt och migration, människohandel och förvar, häkten, fängelser och andra låsta miljöer. Barns särskilda sårbarhet innebär högre krav på det offentliga att skydda dem som utsatts och säkerställa att de identifieras som brottsoffer. Men vad utgör tortyr mot barn?*

Detta kapitel är en kort introduktion till det juridiska begreppet tortyr med fokus på FN:s konvention mot tortyr (tortyrkonventionen) och vad som kan utgöra tortyr i förhållande till barn. Tortyrbegreppet innefattar tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (*ill-treatment*, illabehandling). I texten används begreppet tortyr och ibland med annan illabehandling för att definiera hela begreppet.

Vi går igenom folkrätten och de mänskliga rättigheterna som är uppkomsten till det absoluta tortyrförbudet som finns idag, principen om *non-refoulement* som är nära knuten till tortyrförbudet och hur det

tar sig uttryck i olika konventioner. Vi resonerar kring skillnaderna mellan tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, alltså illabehandling, och går igenom några exempelsituationer. Vi tittar på reglerna kring straffrihet och betydelsen av upprättelse. Vi undersöker skillnaderna i vad som kan utgöra tortyr mot barn jämfört med vuxna, exempelvis utifrån:

- Hur kan ålder påverka om en händelse bedöms som tortyr?
- Vad har staten för ansvar – särskilt i förhållande till barn och barnkonventionen?
- Vad ska man tänka på i möten med barn som kan ha utsatts för tortyr?
- Vilka behov av behandling och rätt till upprättelse kan finnas?
- Vad betyder förövares straffrihet för barnet?

I kapitlet talar vi både om barn som kan ha utsatts för tortyr i andra länder, innan barnet kom till Sverige, och barn som kan ha utsatts i Sverige. Kapitlet avslutas med identifierade kunskapsluckor om barn och tortyr, det faktum att man inte använder begreppet, avsaknaden av resonemang och avgöranden i internationella domstolar liksom i Sverige och hos svenska myndigheter samt rekommendationer om framtida arbete och forskning inom området.

## Sammanfattning

Tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (illabehandling) är förbjudet enligt folkrätten. Det finns inga undantag. Tortyr är ett brott av en alldeles särskild allvarlighetsgrad och det är viktigt att bara de allra grövsta brotten som motsvarar den beskrivning av allvarlighetsgraden bedöms som tortyr.

Tortyr riktat mot barn innefattar fler och ibland andra situationer jämfört med tortyr mot vuxna. Det ska alltid göras en individuell och

sammantagen bedömning för att avgöra om situationen är att likställa med tortyr och barns särskilda sårbarhet ska alltid finnas med i bedömningen.

Tortyr förekommer både i andra länder och i Sverige. När det finns anledning att tro att ett barn som befinner sig i Sverige har utsatts för tortyr eller, vilket oftare är fallet, grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning ska en brottsutredning inledas. I fall där ett barn som söker asyl ges möjlighet att berätta om sina asylskäl och det framkommer omständigheter som skulle kunna utgöra tortyr, ska det utredas vidare och barnet ges en tortyrskadeutredning i enlighet med reglerna i Istanbulprotokollet, FN:s standard för medicinsk tortyrskadedokumentation.

Likaså bör barn som i Sverige är omhändertagna eller häktade misstänkta för brott och som utsätts för handlingar som kan utgöra tortyr ha en verklig möjlighet att få ett ombud, anmäla och få tillgång till upprättelse. Statliga företrädare som får information om händelser som kan utgöra fysisk eller psykisk tortyr mot barn ska alltid göra en anmälan (även) till rättsvårdande myndigheter.

Barn som kan ha varit utsatta för tortyr syns, hörs och utreds dock sällan. Utredning förutsätter att myndigheten/företrädaren för det offentliga inte förminskar en händelse utan vågar se och agera därefter. I samtal och möten med jurister, domare, psykologer, myndigheter och civilsamhällesorganisationer uttalar de allra flesta att behov finns av att synliggöra barn som kan vara drabbade. Det gäller både i rapporter och utredningar, i domstolar och hos myndigheter. Även inom civilsamhället, inklusive barnrättsorganisationer och människorättsorganisationer, talas det mycket sällan om tortyr i förhållande till barn.

Mänskliga rättigheter ska vara utkrävbara – men barn som kan ha utsatts för tortyr får sällan upprättelse. Att utsatta unga identifieras är

viktigt för barnet, utifrån rätten till upprättelse och däribland att få tillgång till relevanta vårdinsatser. Det är också en viktig del av arbetet mot torterades straffrihet och Sveriges förpliktelser enligt bland andra FN:s konvention mot tortyr och FN:s barnkonvention.

### **BEGREPP: BARN I EN RÄTTSLIG KONTEXT**

Barn är alla människor som är under 18 år (artikel 1 FN:s konvention om barnets rättigheter). Särskilda förpliktelser gäller gentemot alla barn. I inledningen till barnkonventionen sägs bland annat följande: "... som beaktar att 'barnet på grund av sin fysiska och psykiska omognad behöver särskilt skydd och särskild omvårdnad, inklusive lämpligt rättsligt skydd, såväl före som efter födelsen', såsom anges i deklarationen om barnets rättigheter."

## **Vad är tortyr och vad är grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (illabehandling)?**

Tortyr är ett medvetet och överlagt angrepp på en människas kropp, psyke och värdighet. Vid tortyr utsätts en människa för oförsvarlig psykisk och fysisk smärta och förödmjukelse. Tortyr är av en alldeles särskild allvarlighetsgrad. Det finns inte någon enhetlig definition av tortyr.

World Organisation Against Torture (Organisation Mondiale Contre la Torture, OMCT) beskriver tortyr som (oftast) fysiskt lidande, genom exempelvis misshandel eller elchocker, och sexuella övergrepp såsom våldtäkt och sexuell förnedring. Omänskliga förhållanden i häktet inklusive allvarlig överbeläggning, brist på hygien eller vägrad medicinsk behandling kan också innebära tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling. Det är viktigt att betona att psykisk tortyr kan orsaka lika hög grad av smärta som fysisk. Psykologiska inslag kan till exempel handla om sömnbrist, långvarig

isolering eller att personen hotas med att någon hen älskar ska torteras eller dödas.

*Att bryta sönder kroppar syftar i slutändan till att förstöra sinnen. Tortyroffren lider naturligtvis fysiskt. Den förnedring och skam de känner till följd av det de har fått utstå orsakar också stor skada och är svår att läka. Tortyr utplånar tilliten till andra, och att återknyta detta band till samhället är avgörande för att börja återuppbygga den överlevandes liv och förhindra att traumat förs vidare till kommande generationer (1).*

Tortyr är alltså av en alldeles särskild allvarlighetsgrad. Tortyr har en särskild grovhet samt en utstuderad och systematisk karaktär. Andra våldsbrott, såsom grov misshandel, olaga hot, olaga tvång och människorov, är inte i sig tortyr, men kan utgöra en del av tortyr – det är alltid en sammantagen bedömning av sammanhanget och individens upplevelse som måste göras för att avgöra om handlingarna utgör tortyr.

Barn utsätts för liknande former av våld som vuxna. Ändå kan bedömningarna av vad som utgör tortyr skilja sig åt beroende på olika omständigheter, däribland vem som utsätts. Det är mycket viktigt att notera att barns specifika sårbarhet, ålder och mognad ska tas in i bedömningen av om en handling uppgår till tortyr eller annan illabehandling. Tröskeln för smärta och lidande är lägre för ett barn och handlingar som inte bedöms falla inom tortyrbegreppet för en vuxen kan göra det för ett barn.

I samband med tortyrkonventionens tillkomst presenterades för första gången en juridisk definition av tortyr (artikel 1):

*I denna konvention avses med begreppet tortyr varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en*

*tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna. Tortyr innefattar inte smärta eller lidande som uppkommer enbart genom eller är förknippade med lagenliga sanktioner.*

Således ska handlingen för att betecknas som tortyr:

- Leda till **svårt** lidande, fysiskt eller psykiskt.
- Det ska vara ett **medvetet** angrepp.
- Med ett **syfte**.
- Utförts av en företrädare för **staten/det offentliga**, eller på anstiftan, samtycke eller med medgivande av en sådan person.

Det kan exempelvis röra sig om handlingar som sparkar och slag, skendränkning, isolering, våldtäkt, elchocker, hårda slag eller att hindras från att sova, hot om våld, att tvingas se anhöriga eller andra personer utsättas för tortyr, skenavrättning, eller en underlåtenhet, som exempelvis att inte ge en fängslad mat eller vatten.

Begreppet tortyr ska som helhet reserveras för **de värsta mänskliga rättskränkningarna och övergreppen** som en människa kan utsättas för. Det innebär ett särskilt stigma. En människa som har utsatts för tortyr kommer inte sällan att ha men, fysiska eller psykiska, för resten av livet.

De **syften** som särskilt nämns i artikel 1 inkluderar att tvinga fram information eller en bekännelse, att bestraffa, hota eller utöva tvång, samt motiv som bottnar i diskriminering. Det är dock inte en uttömmande lista, utan det kan även röra sig om andra syften.

I tortyrkonventionens definition av tortyr (till skillnad från Europakonventionen genom Europadomstolens rättsfallstolkningar) är det enbart **företrädare för det allmänna** och inte rent icke-statliga förövare som kan prövas. Staten kan i vissa fall anses ansvarig för att inte ha skyddat en person från tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning utförd av en privatperson, exempelvis en familjemedlem.

Förbudet i tortyrkonventionen gäller tortyr och också i samma grad grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

### **TORTYRKONVENTIONENS KRAV PÅ STATLIG AKTÖR**

Tortyrkonventionen har en begränsning som i huvudsak utesluter icke-statliga förövare. Som förklaring till begränsningen ges bland annat att folkrätten ofta ses som något som rör staters ansvar och förpliktelser. I konventionen talar man om offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna (artikel 1, punkt 1, se nedan). Samtidigt är ju tortyr som brott förbjudet alldeles oavsett i vilken kapacitet en person utför handlingen. Det finns också olika uppfattningar (2,3).

Europadomstolen som uttolkare av Europakonventionens tortyrförbud i artikel 3 ser exempelvis annorlunda på statliga respektive icke-statliga förövare. Det är också fullt möjligt för Sverige att, vid ett införande av tortyr som ett kriminaliserat brott, införa en definition som innebär att tortyr kan begås av icke-statliga aktörer.

Sveriges lagstiftning skulle inte heller behöva ha med det särskilda syfte som finns i tortyrkonventionen. Att utesluta det skulle vara logiskt eftersom tortyr alltid utförs med syftet att bryta ned personens identitet eller att kränka hens fysiska eller psykiska integritet, och detta borde vara tillräckligt.

## Annan illabehandling

I artikel 16 i tortyrkonventionen finns regler kring grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, alltså handlingar som inte kan betecknas som tortyr men som lyder under samma regler och förbud:

*Varje konventionsstat skall åta sig att inom varje territorium under dess jurisdiktion förhindra andra handlingar som innebär grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning men som inte kan betecknas som tortyr enligt definitionen i artikel 1, när dessa handlingar begås av eller sker på uppmaning eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna. Särskilt skall skyldigheterna enligt artiklarna 10, 11, 12 och 13 tillämpas, varvid hänvisningarna till tortyr skall utbytas mot hänvisningar till andra former av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.*

I artikel 16 finns **inget krav på något särskilt syfte**. Det innebär att fler handlingar också av det skälet kan betecknas som grym omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning än tortyr. Detta återkommer vi till senare i texten som anledning till att barn oftare bedöms ha utsatts för illabehandling snarare än tortyr.

Handlingar som inte når upp till **allvarlighetsgraden** som krävs för tortyr kan således utgöra grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (illabehandling). Det är fråga om gradskillnader och det finns inte någon tydlig gräns eller tydliga skillnader för vad som är vad. Det är alltid en sammantagen bedömning som måste göras, att se till helheten och ur individens perspektiv. Alla omständigheter ska beaktas och särskilt viktiga aspekter är bland andra hur lång tid övergreppet pågår, de psykiska och fysiska effekterna och den utsatta personens ålder. Det talas ibland om att skillnaden utgörs av graden av intensiteten i smärtan.

Det är då återigen viktigt att beakta att smärta inte endast är fysisk utan kan ha att göra med att väcka fruktan och att utsätta en person för hot, och också andra former av psykisk tortyr. När det gäller barn ska barns särskilda sårbarhet alltid tas i beaktande. Det kan också bli en kumulativ effekt av våld i kombination med andra omständigheter som gör att de sammantagna omständigheterna gör att ett barn har utsatts för illabehandling.

## **Tortyrförbudet, non-refoulement och mänskliga rättigheter**

Tortyrförbudet är absolut. Det finns inga undantag. Tortyrförbudet betecknas som sedvanerättsligt bindande (*jus cogens*) vilket innebär att förbudet omfattar alla stater, oavsett vilka konventioner man har förbundit sig, eller inte förbundit sig, att följa och respektera.

Tortyrförbudet innefattar grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Samma regler gäller som nämnts för hela begreppet och man kan säga att det är fråga om gradskillnader. Det är därför viktigt och nödvändigt att göra en prövning av hela begreppet i situationer där det kan vara fråga om att en person har utsatts för kränkningen.

### **Om non-refoulement**

*Non-refoulementprincipen* är starkt förknippad med tortyrförbudet. Denna princip om icke-återsändande innebär ett absolut förbud att återsända/överföra/utvisa/utlämna en person (alltså oavsett vilket ord som används) till ett land eller område där det föreligger en verklig risk för att hen skulle utsättas för tortyr eller andra allvarliga kränkningar av sina mänskliga rättigheter. Förbudet omfattar också så kallad *kedjerefoulement*, alltså en risk för att en person ska skickas vidare från ett land eller område till en annan plats där risken för övergrepp föreligger. Principen räknas som en av grundstenarna i den internationella flyktingrätten men gäller dessutom alla människor

i alla situationer. Principen är, liksom tortyrförbudet, sedvanerättsligt bindande (*jus cogens*) och absolut, och innebär en internationell förpliktelse för alla stater gentemot alla människor.

I utlänningslagen finns *non-refoulementprincipen* i 12 kap 1 §:

**1. Avvisning och utvisning av en utlänning får aldrig verkställas till ett land om det finns skälig anledning att anta att**

- *utlänningen där skulle vara i fara att straffas med döden eller utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, eller*
- *utlänningen inte är skyddad i det landet mot att sändas vidare till ett land där utlänningen skulle vara i sådan fara.*

## **Folkrättsliga dokument om tortyrförbudet och *refoulement***

I modern tid och särskilt efter andra världskriget har en rad folkrättsliga dokument kring mänskliga rättigheter och som innehåller tortyrförbudet skapats. Utgångspunkten är de mänskliga rättigheterna vilket innebär rättigheter för individer som motsvaras av skyldigheter för stater. Rättigheterna ska vara utkrävbara och finnas inte bara i teorin utan också i praktiken.

Tortyrförbudet och principen om *non-refoulement* finns inskrivet i en rad konventioner och protokoll som tillkom före tortyrkonventionen, däribland FN:s konvention om flyktingars rättsliga ställning (flyktingkonventionen), FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), 1950 års Europakonvention och 1949 års Genèvekonventioner (den internationella humanitära rätten eller krigets lagar). I andra delar av världen finns förbudet bland annat inskrivet i *American Convention on Human Rights*, *African Charter on Human and People's Rights* och *Arab Charter on Human Rights*.

## **FN-STADGAN (1945)**

FN-stadgan var ett avstamp för framtida arbete med folkrätten och de mänskliga rättigheterna där betydelsen av rättigheter och icke-diskriminering är formulerade för att genomsyra FN:s arbete.

## **FN:s ALLMÄNNA FÖRKLARING OM DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA (1948)**

Förklaringen består av 30 artiklar med olika rättigheter, däribland rätten till frihet från tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (artikel 5).

## **EUROPEISKA KONVENTIONEN OM SKYDD FÖR DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA, EUROPAKONVENTIONEN (1950)**

Artikel 3 i Europakonventionen stadgar att "ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning" och innefattar även ett skydd mot återsändande till ett land där en person riskerar sådan illabehandling, enligt Europadomstolens tolkning och tillämpning av denna artikel. Av domstolens praxis framgår att en fördragsslutande stat är skyldig att inte utlämna, utvisa eller återsända en person till ett land där det föreligger grundad anledning att tro ("*substantial grounds for believing*") att den berörda personen löper en verklig risk ("*real risk*") att utsättas för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning i mottagarlandet. Tillämpbarheten av denna bestämmelse på asylsökande som fått avslag på sina asylansökningar och som ska utvisas bekräftades av Europadomstolen i fallet *Chahal mot Storbritannien*, där domstolen uttalade:

*"Det är väl etablerat i domstolens rättspraxis att utvisning av en fördragsslutande stat kan ge upphov till en fråga enligt artikel 3, och därmed ålägga den staten ansvar enligt konventionen, när det finns välgrundad anledning att tro att om personen ifråga utvisades, skulle utsättas för en verklig*

*risk att i det landet bli föremål för behandling som strider mot artikel 3. Under sådana omständigheter innebär artikel 3 en skyldighet att inte utvisa den aktuella personen till det landet.”*

I likhet med de övriga konventionernas *non-refoulementprincip* skyddar Europakonventionens artikel 3 mot återsändande till ett land från vilket individen i sin tur riskerar bli avvisad till tortyr, omänsklig eller förnedrade behandling eller bestraffning (*kedjerefoulement*). Artikel 3 är en av Europakonventionens icke-inskränkbara artiklar och skyddet mot *refoulement* är därför absolut och kan inte inskränkas, exempelvis på grund av allvarliga kriminella handlingar som en person har begått.

### **FN:s KONVENTION OM FLYKTINGARS RÄTSLIGA STÄLLNING, FLYKTINGKONVENTIONEN (1951)**

*Non-refoulementprincipen*, såsom den är fastslagen i flyktingkonventionens artikel 33, förbjuder stater att:

*”... på vilket sätt det vara må, utvisa eller avvisa flykting till gränsen mot ett område varest hans eller hennes liv eller frihet skulle hotas på grund av hans eller hennes ras, religion, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller politisk åskådning”.*

Artikel 33 är tillämplig på flyktingar och asylsökanden.

### **FN:s KONVENTION OM MEDBORGERLIGA OCH POLITISKA RÄTTIGHETER (1966)**

Artikel 7 i FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter fastslår att:

*”Ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Särskilt får ingen utan sitt fria samtycke utsättas för medicinska eller vetenskapliga experiment.”*

Kommittén för de mänskliga rättigheterna har, i sin allmänna kommentar nr 20 uttalat:

*"Enligt kommittén får konventionsstaterna inte utsätta individer för risken för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning vid ett återvändande till ett annat land genom utlämning, utvisning eller refoulement. Konventionsstaterna bör i sina rapporter ange vilka åtgärder de har vidtagit för detta."*

### **FN:s KONVENTION MOT TORTYR OCH ANNAN GRYM, OMÄNSKLIK ELLER FÖRNEDRANDE BEHANDLING ELLER BESTRAFFNING, TORTYRKONVENTIONEN (1984)**

Tortyrkonventionen utvecklar och preciserar tortyrförbudet som redan tidigare var folkrättsligt och sedvanerättsligt bindande (*jus cogens*). Konventionen föregicks även av en deklaration om skydd för alla personer mot att utsättas för tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (1975). Av stor betydelse är också att konventionen slår fast att tortyrförbudet har universell jurisdiktion. Det innebär att alla stater har skyldighet att gripa, utreda och väcka åtal mot en person som misstänks för att ha begått brottet, oavsett var i världen detta har skett och oavsett personens nationalitet.

Artikel 3 i FN:s tortyrkonvention innehåller ett uttryckligt och absolut förbud mot utvisning, återsändande ("*refouler*") eller utlämnande av en person till ett land där det finns välgrundade skäl att tro att han eller hon blir utsatt för tortyr. Tortyrkommitténs allmänna kommentar nr 1, samt dess beslut i ett stort antal enskilda klagomål, klargör att artikel 3 skyddar en person mot att återsändas till ett land när det föreligger välgrundade skäl att tro att hen löper en verklig risk att bli utsatt för tortyr i mottagarlandet eller i ett tredje land som mottagarlandet vidareänder hen till (*kedjerefoulement*). Förbudet mot *refoulement* i konventionens artikel 3 är absolut.

### **FN:s KONVENTION OM BARNETS RÄTTIGHETER (1989)**

Artikel 37a fastslår att:

*"Inget barn får utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Varken dödsstraff eller livstidsfängelse utan möjlighet till*

*frigivning får utdömas för brott som begåtts av personer under 18 års ålder.”*

Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar nr 6 påmint stater om att deras förpliktelser gentemot ensamkommande barn innefattar *non-refoulementprincipen* såsom den är fastslagen i flyktingkonventionen och i FN:s tortyrkonvention. Kommittén har vidare fastslagit att FN:s konvention om barnets rättigheter i sig innefattar ett skydd av barn mot *refoulement* som liknar det skydd som återfinns i FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter:

*”Vidare, när de uppfyller sina åtaganden enligt konventionen, får stater inte återsända (utvisa) ett barn till ett land där det finns grundad anledning att tro att det finns en verklig risk för oåterkallelig skada på barnet, såsom, men inte uteslutande, de som avses i artiklarna 6 och 37 i konventionen, antingen i det land dit avlägsnandet ska genomföras eller i något annat land dit barnet senare kan avlägsnas. Sådana skyldigheter att inte återföra (utvisa) gäller oavsett om allvariga överträdelse av de rättigheter som garanteras i konventionen härstammar från icke-statliga aktörer eller om sådana överträdelse är direkt avsedda eller är en indirekt konsekvens av handling eller underlåtenhet. Bedömningen av risken för sådana allvariga överträdelse bör genomföras på ett ålders- och könskänsligt sätt och bör till exempel ta hänsyn till de särskilt allvariga konsekvenser för barn av otillräckligt tillhandahållande av mat eller vård.”*

## Genomgång av tortyrkonventionen

Inledningen till tortyrkonventionen hänvisar till FN-stadgan, FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter samt FN:s förklaring om skydd för alla människor mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Det hänvisas också till stater som är parter i konventionen och vill göra kampen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning mera effektiv överallt i världen. Konventionens syfte är, förutom att

förhindra tortyr, också bland annat att verka mot straffrihet och för upprättelse för människor som har utsatts för tortyr.

## **Del 1**

Artiklarna 1–16 utgör de materiella reglerna i tortyrkonventionen. Vi går här igenom några av dem. **Artikel 1** och **artikel 16** går vi närmare in på ovan under rubriken ”Vad är tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (illabehandling).”

### Vidta nödvändiga åtgärder

Det finns krav på staten att vidta alla nödvändiga åtgärder inklusive administrativa och rättsliga, för att förhindra tortyrhandlingar. Förbudet mot tortyr är absolut och ingen situation får rättfärdiga tortyr. Det gäller också order från myndighet eller överordnad tjänsteman (artikel 2).

### *Non-refoulementprincipen*

Ingen stat ska utvisa, återföra eller utlämna (alltså oavsett vilket ord som används) en person till en stat i vilken det finns grundad anledning att tro att hon eller han skulle vara i fara för att utsättas för tortyr (artikel 3). Detta är konventionens artikel om *non-refoulementprincipen*, som presenterats mer i detalj ovan tillsammans med beskrivningen av tortyrförbudet och mänskliga rättigheter.

### Kriminaliserat brott

Staten ska säkerställa att alla tortyrhandlingar utgör ett kriminaliserat brott enligt dess strafflag (i Sverige brottsbalken). Det ska även gälla försök, medverkan eller deltagande i tortyr (artikel 4).

Sverige har inte infört ett sådant brott vilket innebär att det här inte går att utreda, åtala eller dömas för brottet tortyr. (Det går dock att döma för Romstadgans brott krigsförbrytelse, brott mot

mänskligheten och folkmord och där tortyr kan ingå som en del av brotten.) Sverige har fått upprepad kritik från FN:s kommitté mot tortyr, liksom även från ett antal civilsamhällesorganisationer, för detta. Institutet för mänskliga rättigheter har också i sin inlaga inför FN:s granskning enligt konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter påtalat att Sverige "ännu inte har infört en definition av tortyr i sin brottsbalk i enlighet med artikel 7 i konventionen" (4).

Frågan har utretts och remissbehandlats (4) men har inte lett till någon lagstiftningsåtgärd. Utredningen föreslog att en ny lag om straff för tortyrbrott införs, där tortyr kriminaliseras som ett särskilt

”

**Gottgörelsen ska innefatta rehabilitering och andra medel för "ett så fullständigt återvinnande av hälsa som möjligt"**

brott samt att särskilda bestämmelser angående överordnads ansvar för att hindra och anmäla underlydandes tortyrbrott införs. Vidare föreslås att svenska domstolar ges behörighet att döma över tortyrbrott oavsett var brottet har begåtts och oavsett

gärningsmannens eller målsägandens nationalitet, alltså universell jurisdiktion, och slutligen att tortyrbrotten undantas från bestämmelserna om preskription. Oavsett de olika skäl som har anförts till varför, innebär avsaknaden av en brottsbestämelse om tortyr att Sverige för närvarande inte lever upp till de krav som ställs på alla till tortyrkonventionen fördragsslutande stater.

Tortyr är förbjudet enligt 2 kapitlet 5 § regeringsformen och således finns det ett grundlagsskydd vilket är positivt men otillräckligt.

## Undervisning och information

Artikel 10 reglerar kravet på att staten säkerställer att både undervisning och information om förbudet mot tortyr innefattas i utbildning av all personal och alla myndighetspersoner och andra personer som på olika sätt kan delta i situationer där en person är

gripen, kvarhållen, frihetsberövad. Tortyrförbudet ska vara infört i alla relevanta regler och instruktioner. Sådana regler och instruktioner samt metoder och rutiner ska systematiskt ses över (artikel 11).

### Undersökning av misstänkt tortyrhandling

När det finns "skäligen orsak" att misstänka att det har begåtts en tortyrhandling inom landets territorium och under dess jurisdiktion ska staten *ex officio* säkerställa att behöriga myndigheter företar en omedelbar och opartisk undersökning (artikel 12).

### Rätt att klaga och få sitt fall prövat

En person som säger att hen har blivit utsatt för tortyr ska ha rätt att klaga och få sitt fall omedelbart och opartiskt utrett av statens behöriga myndigheter. Staten har ansvar för att säkerställa att både den utsatta och eventuella vittnen skyddas mot alla former av övergrepp eller hot kopplat till klagomålet eller vittnesmålet (artikel 13).

För ett barn kan det krävas särskilda åtgärder för att tillförsäkra att det har tillgång till information och såväl juridisk som psykosocialt stöd för att göra en anmälan.

### Gottgörelse och upprättelse

Staten ska tillse att rättssystemet säkerställer att den som har utsatts för en tortyrhandling får upprättelse och en "rimlig och adekvat" gottgörelse. Gottgörelsen ska innefatta rehabilitering och andra medel för "ett så fullständigt återvinnande av hälsa som möjligt". Om en person skulle avlida till följd av en tortyrhandling ska de personer som hon ansvarar för (underhåller) vara berättigade till gottgörelse (artikel 14).

I FN:s kommitté mot tortyr (Committee Against Torture, CAT) allmänna kommentar nummer 3 om gottgörelse och upprättelse sägs följande om barn särskilt:

**36.** *The Committee furthermore underlines the importance of appropriate procedures being made available to address the needs of children, taking into account the best interests of the child and the child's right to express his or her views freely in all matters affecting him or her, including judicial and administrative proceedings, and of the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child. States parties should ensure the availability of child-sensitive measures for reparation which foster the health and dignity of the child.*

### Särskilt om upprättelse och statens ansvar i tortyrkonventionen

Upprättelse är av stor och ofta avgörande betydelse för människor som har utsatts för tortyr. Att tillse och underlätta för att personen får upprättelse är en folkrättslig skyldighet enligt tortyrkonventionens artikel 14.

**14.** *Varje konventionsstat skall i sitt rättssystem säkerställa att offret för en tortyrhandling erhåller upprättelse och erhåller en verkställbar rätt till en rimlig och adekvat gottgörelse, varmed även förstås medel för ett så fullständigt återvinnande av hälsa som möjligt. Om offret skulle avlida till följd av en tortyrhandling, skall de personer som han underhåller vara berättigade till gottgörelse.*

För att kunna få upprättelse i alla dess delar måste också rätten att klaga (artikel 13 i konventionen) finnas. Detta i sin tur hör ihop med skyldigheten att ha tortyr som ett kriminaliserat brott i sin strafflagstiftning (artikel 4) – vilket Sverige alltså inte har, och att misstänkt tortyrhandling utreds (artikel 12). Tanken är att den drabbade personen i så hög utsträckning som möjligt ska kunna återgå till den situation som hen befann sig i innan hen utsatts för tortyr. Upprättelse förutsätter att rätten att klaga är tillgänglig i realiteten. Det i sin tur förutsätter

att relevanta myndigheter och dess företrädare har ett system för att ta emot informationen och också möta människor som har utsatts för traumatiska händelser. Att inte utreda uppgifter om tortyr kan i vissa fall också vara ett brott mot tortyrkonventionen.

Straffrihet står i strid med rätten till upprättelse som även ska innefatta en garanti att inte på nytt utsättas för tortyr.

Upprättelse är ett verktyg för såväl individen men också för samhället. Upprättelse är ett sätt att aktivt arbeta mot tortyr genom att avskräcka framtida förövare.

Förbud att använda bevisning som framkommit genom tortyr

Staten ska säkerställa att uttalande som har gjorts till följd av tortyr inte ska åberopas som bevis i ett rättsligt förfarande "utom mot en person som anklagas för tortyr såsom bevis för att uttalandet har gjorts" (artikel 15).

## **Del 2**

Del 2 av konventionen redogör för upprättande av en kommitté mot tortyr (CAT) och hur den ska fungera samt hur enskilda personer kan inge klagomål till kommittén. För klagomål till kommittén gäller, som för alla klagomål till internationella kommittéer och domstolar, att man har uttömt inhemska rättsmedel. Det ska alltså finnas ett lagakraftvunnet beslut (ej överklagbart). I asylärenden kan ibland kan nya uppgifter och ny dokumentation ha tillkommit efter ett lagakraftvunnet beslut. (Exempelvis dokumentation om tortyr enligt Istanbulprotokollet.) Om så är fallet bör man börja med att inge en anmälan om verkställighetshinder enligt utlänningslagen, för att ge svenska myndigheter en möjlighet att pröva de nya omständigheterna. Det är alltid bäst att vända sig till en jurist specialiserad på asylrätt och folkrätt för hjälp med detta.



### **De sammantagna upplevelserna av övergrepp kan nå upp till tortyrbrottet, bedömningen är kumulativ**

---

långa häktningstider och isolering, utvisning av asylsökande personer till länder där det funnits risk för tortyr och brister i tillgången till hälso- och sjukvård för frihetsberövade personer.

Kommittén består av tio internationella experter som granskar konventionsstaternas efterlevnad av konventionens förpliktelser. Vid granskningarna av Sverige har bland annat det faktum att Sverige inte har infört tortyr som ett kriminaliserat brott påtalats vid flera tillfällen. Annan kritik har bland annat gällt

### **Del 3**

Del 3 tar upp formella regler kring konventionens ikraftträdande, tvister med mera.

## **Genomgång av barnkonventionen**

FN:s konvention om barnets rättigheter är det enda folkrättsligt bindande dokument som innehåller bestämmelser specifikt om mänskliga rättigheter för barn. I konventionen genomsyras synen på barn som individer med självständiga rättigheter. Konventionen reglerar alla barns medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Barnkonventionen, liksom alla FN konventioner, bygger på principen om icke-diskriminering (artikel 2), principen om barnets bästa som ska beaktas vid alla beslut som rör barn (artikel 3), principen om rätten till liv och utveckling (artikel 6) och principen om respekt för barnets åsikter och att alla barn har rätt att uttrycka sin mening (artikel 12).

Barnets bästa ska således alltid beaktas i beslut och åtgärder som rör barn. I frågor kring tortyr eller annan illabehandling mot barn är det relevant och viktigt att både känna till och tillämpa både tortyrkonventionen och barnkonventionen.

I barnkonventionen finns, som nämnts ovan, ett tortyrförbud (artikel 37a) samt i artikel 19:

*1. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård.*

Det är viktigt att titta på barnkonventionen som helhet, med de särskilda skyldigheter som finns i förhållande till barn, när bedömning av vad som kan utgöra tortyr mot barn görs. De sammantagna upplevelserna av övergrepp kan nå upp till tortyrbrottet, bedömningen är kumulativ. Om företrädare för det offentliga inte aktivt ser till att skydda barn mot (bland annat) det som omfattas av artikel 19, och det är fråga om pågående eller upprepade övergrepp kan det bli fråga om brott mot tortyrkonventionen. Individuella och sammantagna bedömningar ska alltid göras.

Barnrättskommittén, som bland annat granskar konventionsstaters efterlevnad av konventionen, utfärdar också allmänna kommentarer som vägledning för hur barnkonventionen i dess olika delar ska tolkas.

Samtliga (för närvarande 25) allmänna kommentarer finns översatta till svenska och tillgängliga på Barnombudsmannens hemsida. Särskilt relevanta i detta sammanhang är allmän kommentar nr 6 om behandling av ensamkommande barn och barn som har skilts från sina föräldrar utanför ursprungslandet, där även barnsoldater särskilt lyfts fram. Rekrytering av barn till väpnade strider är förbjuden enligt folkrätten och utgör i dag ett krigsbrott. Därutöver är följande kommentarer av särskild betydelse: nr 8 om barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande

former av bestraffning, nr 9 om rättigheter för barn med funktionsnedsättning, nr 10 om barnets rättigheter inom rättskipning för unga lagöverträdare, nr 12 om barnets rätt att bli hörd, nr 13 om barnets rätt till frihet från alla former av våld, nr 15 om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa, nr 21 om barn i gatumiljöer, nr 22 om de allmänna principerna rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration, nr 23 om staters skyldigheter rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration i ursprungs-, transit-, destinations- och återvändandeländer samt nr 24 om barnets rättigheter i det straffrättsliga systemet. Det rekommenderas att, beroende på situation, sätta sig in i relevant kommentar för att få fördjupad kunskap.

Till barnkonventionen finns tre tilläggsprotokoll som handlar om barn i väpnade konflikter (nr 1), handel med barn, barnprostitution och barnpornografi (nr 2) och möjlighet för barn att lämna in klagomål till FN:s barnrättskommitté i fall där barnets rättigheter har kränkts och barnet inte fått upprättelse i det land där kränkningen har skett (nr 3). Sverige har skrivit under det första och andra tilläggsprotokollet men ännu inte det tredje.

Att ge barn rätten att klaga, och därmed en reell möjlighet till upprättelse när den svenska processen brustit, skulle vara av stor betydelse och samtidigt visa att barns rättigheter respekteras på allvar.

## **Några exempel på sammanhang och utsatthet där barn har högre risk att utsättas för tortyr**

Det finns många situationer i vilka barn är i farozonen att utsättas för tortyr. Barn är också särskilt utsatta och sårbara i den privata sfären, i hemmet där beroendet till föräldrarna/vårdnadshavarna är mycket stort och störst för små barn, med risk för bestraffningar, våld, hot om våld och att tvingas bevittna våldssituationer av både fysisk och psykisk tortyr eller annan illabehandling. Statens ansvar kan bli

aktuellt när det är fråga om situationer som pågår utan att relevanta myndigheter agerar och vidtar åtgärder för att skydda barnet.

### **Illabehandling av barn vanligare**

Tortyr av barn ska tolkas på ett för barn och barns utsatthet relevant sätt. Det är av flera skäl vanligare att en situation utgör illabehandling än tortyr och det gäller både barn och vuxna. För att en handling ska anses vara illabehandling enligt artikel 16 i tortyrkonventionen krävs, som nämnts tidigare, inte att handlingen utförs med ett specifikt syfte samt anses illabehandling utgöra en förbjuden handling av lägre allvarlighetsgrad.

Det finns mycket få avgöranden när det gäller både tortyr och annan illabehandling gentemot barn. FN:s tortyrkommitté har inte avgjort något klagomål kopplat till barn och tortyr. Europadomstolen har avgjort ett mål, Aydin mot Turkiet (5). Omständigheterna i det fallet utgjorde tydlig tortyr och skulle troligen ha ansetts vara det även i förhållande till en vuxen person. Fallet gällde en 17 år gammal kurdisk flicka. Domstolen säger bland annat följande:

**83.** *Under frihetsberövandet våldtogs klaganden av en person vars identitet ännu inte har fastställts. Våldtäkt av en frihetsberövad person som begås av en statstjänsteman måste betraktas som en särskilt allvarlig och motbjudande form av misshandel med tanke på den lätthet med vilken förövaren kan utnyttja offrets sårbarhet och försvagade motståndskraft. Dessutom lämnar våldtäkt djupa psykologiska ärr hos offret som inte avtar med tiden lika snabbt som andra former av fysiskt och psykiskt våld. A upplevde också den akuta fysiska smärtan av påtvingad penetration, vilket måste ha fått henne att känna sig förnedrad och kränkt både fysiskt och känslomässigt.*

**84.** *Sökanden utsattes också för en rad särskilt skrämmande och förödmjukande upplevelser medan hon hölls i förvar av*

*säkerhetsstyrkorna i Deriks gendarmerihögkvarer, med tanke på hennes kön och ungdom samt de omständigheter under vilka hon kvarhölls. Hon hölls frihetsberövad i tre dagar, under vilka hon måste ha varit förvirrad och desorienterad av att ha hållit med förbundna ögon och i ett konstant tillstånd av fysisk smärta och psykisk ångest orsakad av misshandeln som hon utsattes för under förhören och av oron för vad som skulle hända henne härnäst. Hon visades upp naken under förödmjukande omständigheter, vilket förstärktes av hennes allmänna känsla av sårbarhet, och vid ett tillfälle tvingades hon in i ett däck, snurrades runt samtidigt som hon besprutades med högtrycksvatten.*

**86.** *Mot denna bakgrund anser domstolen att ackumuleringen av fysiska och psykiska våldshandlingar och den särskilt grymma våldtäktshandlingen som hon utsattes för utgjorde tortyr i strid med artikel 3 i konventionen. Domstolen skulle ha kommit fram till denna slutsats på endera av dessa grunder separat.*

Det finns också några fall från Europadomstolen där statens positiva förpliktelse att skydda barn har uppmärksammats i situationer där barn har ansetts utsatta för illabehandling av sina föräldrar eller vårdnadshavare och där myndigheter borde ha agerat för att skydda barn från övergrepp. Även om det saknas rättsliga avgöranden som resonerar kring konkreta skillnader beroende på om det är ett barn eller en vuxen person som utsätts för tortyr är det tydligt att skyddet för barn är mer omfattande. Utöver det absoluta tortyrförbudet ska barn alltså enligt artikel 19 skyddas från alla former av våld oavsett anledning och oavsett vem som är förövare.

## **Lägre ribba för barns utsatthet**

Det finns alltid ett inbördes förhållande mellan olika folkrättsliga instrument och när en bedömning görs av om en

handling gentemot ett barn är att betrakta som tortyr eller illabehandling enligt tortyrkonventionen ska barnkonventionen således finnas med i den bedömningen. Det gör att ribban ligger lägre för när en handling når upp till tortyr eller illabehandling mot ett barn jämfört med en vuxen. På grund av bristen på avgöranden där frågan har prövats och då det alltid ska göras en sammantagen bedömning av alla relevanta omständigheter i det individuella fallet är det svårt att ge konkreta och tydliga exempel. Det är sammanhanget och samtliga relevanta omständigheter, däribland barnets ålder, mognad, familjebild, sociala sammanhang, situationen i landet som ska prövas.

En aspekt som särskilt kan lyftas fram är dock längden på och omständigheterna kring ett frihetsberövande. För ett barn kan även mycket korta frihetsberövanden, och än mer om det innebär en separation från föräldrarna, troligen innebära illabehandling – vilket inte skulle vara fallet för en vuxen.

## **Få avgöranden om barn**

Såväl i Sverige som i andra länder används begreppet misshandel generellt för en mängd olika handlingar som barn utsätts för. I vissa fall skulle kanske tortyrdefinitionen i stället ha använts, om ett sådant kriminaliserat brott hade funnits.

Frågan är om det alls i några sammanhang resoneras kring tortyrkonventionens artikel 16 – alltså grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Svenska rättsvårdande myndigheter har att använda sig av den straffrättsliga lagstiftning som finns på plats. De brottsrubriceringar som kan vara aktuella är bland andra misshandel, grov misshandel och synnerligen grov misshandel (där det i propositionen 2009/10:147 även refereras till "av tortyrliknande slag") eller vållande till kroppsskada eller sjukdom, våldtäkt, människorov, olaga frihetsberövande,

människohandel eller människoexploatering (6). För de två sistnämnda brotten är beviskraven lägre om brottet har begåtts mot en person som är under 18 år.

Barnfridsbrott är ett förhållandevis nytt brott som infördes 2021 med syfte att stärka det straffrättsliga skyddet för barn som



**Barn kan påverkas till följd av tortyr riktad mot andra men naturligtvis också drabbas på grund av egen aktivism**

---

bevittnar vissa brott mellan närstående. Anledningen till det är i sin tur att barn som bevittnar våld mellan exempelvis föräldrar löper en ökad risk att drabbas av såväl psykisk som fysisk ohälsa.

Barnfridsbrott innebär att det är straffbart att låta barn bevittna

vissa brott. I en sådan situation blir barnet målsägande och har rätt till ett målsägandebiträde. Barnfridsbrott ingår i brottet grov fridskränkning.

Det finns få avgöranden kopplade till barn som har utsatts för misshandel och annat våld där domstolen använder begreppet tortyr eller tortyrliknande. Ett av dessa är en dom från Svea hovrätt (7). Målet gäller två barn som utsattes för mycket grovt våld av olika slag. Domen gällde både barnfridsbrott och synnerligen grov misshandel samt olaga frihetsberövande. Domstolen skriver bland annat:

*Gärningarna i punkterna 1 och 2 bedöms som synnerligen grov misshandel eftersom de tilltalade genom agerandet ovan mot ett litet skyddslöst närstående barn visat synnerlig hänsynslöshet och orsakat denne synnerligt lidande alternativt visat särskild hänsynslöshet eller råhet.” [...] ”AW och PA har under en månads tid hållit två små barn frihetsberövade i deras hem och misshandlat dem hänsynslöst på ett sätt som delvis kan likställas med tortyr.*

## Vanligaste situationerna som är kopplade till statliga förövare

### Tortyr i krig och konflikt

I krig och konfliktsituationer, när de samhälleliga strukturerna bryter samman eller är bristfälliga, ökar risken för att barn utsätts för tortyr och andra övergrepp. Skillnaderna är naturligtvis stora beroende på land och typen av konflikt. Några exempel som kan innebära tortyr är väpnat och annat våld, hot om våld direkt mot barnet eller mot föräldrarna eller andra anhöriga, tvång att utsätta andra för tortyr och/eller att bli barnsoldat, sexuellt våld, separation från föräldrarna, frihetsberövande, isolering, att bevittna tortyr och annat våld. Barn kan påverkas till följd av tortyr riktad mot andra men naturligtvis också drabbas på grund av egen aktivism och politiska eller andra aktiviteter. Att utsättas för ett förhör av polis eller militär kan, än mer om det finns hotfulla eller våldsamma inslag, vara mycket skrämmande för ett barn och också leda till traumatisering. En sådan situation, och flera av de andra som nämns, kan innebära skillnader i bedömning beroende på om det är ett barn (och hur ungt barnet är) eller en vuxen. Sannolikheten att situationerna skulle kunna betecknas som illabehandling, eller i vissa fall tortyr, i förhållande till ett barn är större än när det gäller en vuxen.

### Tortyr under flykt och migration

Krig och konflikter tvingar människor på flykt. Utöver situationerna som redan nämnts kan vi lägga till farliga och ibland dödliga flyktvägar. En flykt kan ta mycket lång tid, månader och ibland år, under vilka barn befinner sig i mer eller mindre konstant ovisshet och osäkerhet. Det finns mycket få säkra och legala vägar för att ta sig till skydd. Människosmugglare kan också utsätta barn för tortyr. Att tvingas ombord på en överfull, mer eller mindre sjöoduglig båt

eller i lastutrymmet på en lastbil med risk att mista livet, kan nå nivån av tortyr. Ytterligare en situation som även det innebär folkrättsligt förbjudna *refoulement* är så kallade *pushbacks*. Att exempelvis tvinga en båt med flyktingar och migranter som är på väg från Libyen till Europa tillbaka till Libyen står i strid med principen om *non-refoulement*. Libyen är ett av världens farligaste länder för flyktingar och migranter att befinna sig i,



**Alla former av låsta miljöer innebär stora risker för barn att utsättas för tortyr**

---

och det har också rapporterats särskilt om Libyen av bland andra Human Rights Watch, Amnesty International och Läkare Utan Gränser. Det finns en verklig risk för att barn i Libyen utsätts för tortyr genom att frihetsberövas och hållas inlåsta i eländiga förvar eller fängelser utan tillgång till hälso- och sjukvård, tillräckligt med mat och vatten och där utsätts för våld och olika former av övergrepp. I Europadomstolens avgörande Hirsi med flera mot Italien (nr 27765/09, Grand Chamber) säger domstolen bland annat att Italien visste eller borde ha vetat att de berörda personerna (eritreaner och somalier på flykt från Libyen mot Italien och Europa), skulle riskera omänsklig eller förnedrande behandling i Libyen. Ett annat aktuellt land, av många, är Tunisien. Barn som utsätts för *pushbacks* har ibland redan varit utsatta och vet därför vad det är man tvingas tillbaka till. Oavsett om en situation benämns som *pushback* eller inte, kan det konstateras att fler och fler människor stoppas på vägen till Europa. Detta drabbar barn hårt. Vi ser också fler och fler situationer av så kallad *pullback*, vilket innebär att man stoppas från att lämna sitt land.

Samma risker som barn på flykt utsätts för finns för barn som migrerar, alltså inte lämnar sitt land på grund av risk för förföljelse men av andra starka skäl, som exempelvis brist på möjlighet till försörjning, skolgång och vård. Att utsättas för

tortyr och illabehandling på flyktvägen/migrationsvägen, även av myndighetsföreträdare och andra privata aktörer, är vanligt. Barn som flyr eller migrerar ensamma utan vårdnadshavare är än mer utsatta och i beroendeställning i förhållande till smugglare.

### **Tortyr i samband med människohandel**

Ett barn som är utsatt för människohandel är ett av de mest osynliga av alla i samhället. En stor del av människohandeln, oavsett om det är för sexuella ändamål eller annat, är gränsöverskridande. Även om det i vissa fall kan finnas företrädare för staten som vänder bort blicken vid exempelvis gränskontroller, är förövarna icke-statliga. Barnet kommer ofta inte i kontakt med några myndigheter eller samhällsinstitutioner och är helt i händerna på de vuxna som utnyttjar barnet. Statens ansvar att vid misstankar agera är dock tydligt och stort.

### **Tortyr i förvar, fängelser och andra låsta miljöer**

Alla former av låsta miljöer innebär stora risker för barn att utsättas för tortyr. Barn kan drabbas hårt även av korta tider av förvar/inlåsning och upplever smärta och lidande på andra sätt än vuxna. Att inte förstå varför man är frihetsberövad förstärker de negativa konsekvenserna. Beroende på var i världen och vilken typ av frihetsberövande det är fråga om varierar riskerna att utsättas för olika former av allvarlig lidande. Konsekvenserna av även korta perioder av frihetsberövande kan vara stora. Se även *UN Global Study on Children Deprived of Liberty* (2019).

FN:s särskilde rapportör om tortyr har uttalat att bristfälliga förhållanden i förvar kan utgöra tortyr för vissa barn på grund av barns särskilda sårbarhet (8). Det är inte ovanligt att barn som kommer till Sverige och söker asyl har varit med om

någon form av inlåsning eller förvar, i hemlandet eller under flyktvägen.

## **Marginaliserade grupper i samhället, etniska och religiösa minoriteter**

Minoriteter inklusive statslösa har i alla tider och oberoende av var i världen de befunnit sig ofta haft ett sämre eller obefintligt skydd mot att utsättas för övergrepp. Förhållandevis många barn som kommer till Sverige och söker asyl, eller som befinner sig här som papperslösa, tillhör sådana grupper i sina ursprungsländer. Det är här särskilt viktigt att se till de kumulativa effekterna av trakasserier, övergrepp och förföljelse. Som alltid ska en helhetsbedömning göras för att kunna avgöra om ett barn har utsatts för tortyr.

## **Risker i svenska sammanhang**

Här tar vi upp tre exempel kopplade till Sverige:

- Asylprocessen där kränkningen har utförts i ett annat land men där en bristande asylprocess i värsta fall kan leda till att barnet tvingas tillbaka till en situation i vilken det finns en verklig risk för att hen utsätts för tortyr.
- Låsta miljöer och särskilt kopplade till Statens institutionsstyrelse (SiS) där det förekommer och har förekommit situationer som bör utredas inom ramen för reglerna i tortyrkonventionen.
- Barn i häkten och fängelser.

Det första exemplet gäller alltså situationer där en kränkning har skett, men där det också kan finnas framtida risker. De två övriga exemplen gäller risker för förekomsten av tortyr.

## **Risker i asylprocessen**

Efter att en person har blivit registrerad som asylsökande tar själva asylprocessen vid. Alla asylprövningar ska vara individualiserade och alla, vuxna som barn, har rätt att få en egen prövning och ett eget beslut.

Migrationsverket har på sin hemsida information som vänder sig till barn, både barn i familj och ensamkommande barn under rubriken "För dig som är barn och har ansökt om asyl" (9). Informationen går igenom de olika stegen, från det en person kommer till Sverige och genom hela asylprocessen. Angående asylutredningen för barn som söker asyl tillsammans med sina vårdnadshavare sägs bland annat följande:

*Asylutredningen är ett samtal där du och din familj får berätta mer om varför ni vill ha asyl i Sverige. En asylutredning för en familj kan ta flera timmar, så ni får kanske vara på Migrationsverket hela dagen. Till utredningen ska ni ta med er sådant som kallas för bevisning. Det är identitetshandlingar och annat som visar att det ni berättar stämmer.*

*En person från Migrationsverket håller i utredningen och skriver ner det som ni pratar om i ett protokoll. Om ni har ett offentligt biträde kan hen följa med er till asylutredningen. En tolk översätter det ni säger så att ni förstår varandra.*

*Handläggaren från Migrationsverket kommer att fråga er om vad ni har varit med om i hemlandet och vad ni tror skulle hända om ni återvände dit. Ni kommer också att få frågor om era identiteter och hur ni tog er till Sverige.*

*Du har säkert hört de här frågorna förut, men nu får ni mer tid på er att berätta mer detaljer än vid tidigare samtal.*

*Barn får också prata.*

*Barnkonventionen säger att du har rätt att tala om du vill det, och att alla vuxna som bestämmer saker som påverkar barn måste tänka på vad som är bäst för barnet. Det betyder att Migrationsverket måste lyssna särskilt på vad asylsökande barn*

*har varit med om. Barn kan nämligen ha andra asylskäl än vad föräldrarna har. Därför vill handläggaren gärna intervjua dig också, om du själv vill det och om dina föräldrar säger ja till det. Om du vill får du ha med dig dina föräldrar eller en annan vuxen som du känner dig trygg med.*

*När Migrationsverket utreder dina asylskäl ska handläggaren anpassa utredningen efter din ålder, mognad och hälsa. Om du inte förstår en fråga ska du säga till. Det är också viktigt att du säger till om du inte förstår tolken. Om du inte vill prata alls är det också okej, handläggaren kan fråga dina föräldrar vad du har varit med om.*

*Du kommer kanske att få frågor om saker som kan vara svårt eller pinsamt att prata om. Det är viktigt att du berättar sanningen för Migrationsverket, även om det är jobbigt. Om du får samma fråga flera gånger betyder det inte att du har svarat fel, utan att handläggaren behöver mer information och verkligen vill förstå din berättelse. Om du behöver ta en paus kan du be handläggaren om att få en paus.*

Det är inte oproblemiskt att Migrationsverket skriver (och säger) "om du inte vill prata alls är det också okej, handläggaren kan fråga dina föräldrar vad du har varit med om". Med tanke på Migrationsverkets utredningsskyldighet och den rätt barnet har att få en individuell prövning av sina asylskäl borde informationen till barn vara mer barnspecifik, berätta om barns egna asylskäl och de rättigheter som barnet har i förhållande till just asylprocessen. Dessutom vet vi att det händer att barn utsätts för övergrepp som man inte berättar om för sina föräldrar, som för övrigt också kan vara förövare. Många vuxna är tortyröverlevare och kan vara traumatiserade. Barns lojalitet eller rädsla kan göra att barnet inte berättar vad de har utsatts för. Föräldrar kan också på grund av sina egna

upplevelser ha svårt att till fullo vara uppmärksamma på barnets behov.

För barn som kommit till Sverige utan vårdnadshavare står bland annat:

*Asylutredningen är ett samtal där du får berätta mer om varför du vill ha asyl i Sverige. Migrationsverket vill höra din egen berättelse om vad du har upplevt och vad du tror kommer att hända dig om du måste återvända. [...] En asylutredning tar mellan två och tre timmar och du kommer att få frågor om saker som kan vara svårt eller pinsamt att prata om. Det är viktigt att du berättar sanningen för Migrationsverket, även om det är jobbigt. Om du behöver ta en paus kan du be om det.*

*När Migrationsverket utreder dina asylskäl ska handläggaren försöka anpassa utredningen efter din ålder, mognad och hälsa. Om du inte förstår en fråga ska du säga till. Det är också viktigt att du säger till om du inte förstår tolken.*

*På asylutredningen kommer du att få frågor om din identitet, din familj, vad du har varit med om i ditt hemland, hur du tog dig till Sverige och vad du tror kommer att hända om du måste återvända. Du har säkert hört de här frågorna förut, men nu får du möjlighet att berätta mycket mer än du har gjort vid tidigare samtal på Migrationsverket. Handläggaren kommer att ställa följdfrågor och be dig berätta mer detaljer för att verkligen förstå din berättelse. Försök att svara på alla frågor så noga du kan. Om du får samma fråga flera gånger betyder det inte att du har svarat fel, utan att handläggaren behöver mer information.*

Följande står att läsa i Migrationsverkets rättsliga ställningstagande "Att höra barn" (10):

*När det gäller barn i familj och risken för att barnet hamnar i en svår situation på grund av motstridiga uppgifter i ärendet får det*

*anses att barnets bästa väger tyngre än utredningsbehovet, så tillvida att Migrationsverket inte ska genomföra utredningar med barn med målsättningen att bevisa felaktigheter i vårdnadshavarnas åberopade skäl. Eventuella indikationer på motstridiga uppgifter eller liknande bör alltså utredas vidare i vårdnadshavarens ärende, inte genom utredning med barnet. Utredningen med barnet får i stället inriktas på andra omständigheter. Det kan även finnas andra omständigheter som gör att barn kan befinna sig i en svår eller utsatt situation. Ett barn kan exempelvis vara traumatiserat på grund av vad barnet har upplevt. Det kan här röra sig om att barnet varit offer för brott, sexuella övergrepp, våld eller andra former av misshandel eller har bevittnat våld exempelvis inom familjen. När så är fallet är det viktigt att man i en utredningssituation är medveten om att det kan få negativa konsekvenser när barns rätt att få komma till tals tillämpas på ett okänsligt sätt, särskilt i fall med mycket små barn. Val av frågor och sättet de ställs på måste ske med respekt till vad barnet har upplevt. Rätten att bli hörd måste utövas på ett sätt som skyddar barnet. I en sådan situation bör utredaren vara särskilt lyhörd för vad barnet förmår berätta och vad som kan vara barnets bästa i en utredningssituation. Här kan det vara särskilt viktigt att fundera på formen för utredningen, antal pauser, val av tolk, offentligt biträde etc. Vad gäller ensamkommande barn är situationen något annorlunda, eftersom de normalt saknar någon som kan redogöra för vad som hänt henne eller honom innan ankomsten till Sverige. Det innebär att utredaren måste utreda samtliga aspekter av ärendet såsom asylärenden i allmänhet.*

Med mindre än att Migrationsverkets asylhandläggare ges ordentligt stöd för att tala med barn riskerar det rättsliga ställningstagandet, om än i all välmening, att leda till att barn inte hörs av oro för att barnet kan skadas. Omsorgen om barnet och osäkerheten kring hur man ska tala med barn är sannolikt tillsammans med tidsbrist och brist på prioritering av

frågan från ledningshåll de största anledningarna till att barn ofta inte ges den individuella asylprövning som de har rätt till. Här kan ett samtalsstöd, som det som nämns i kapitel 3, vara användbart.

### **Barnet får sällan en individuell prövning**

Asylprövningen är framåtsyftande. Syftet med asylutredningen är att komma fram till om en person är i behov av skydd på grund av att hen, om hen återvänder till hemlandet eller det land hen kom från, riskerar att utsättas för allvarliga kränkningar av sina mänskliga rättigheter. Det är alltid den framtida och individuella risken som ska bedömas. Om en person redan har varit utsatt för allvarliga kränkningar, såsom tortyr, finns en presumtion att hen kan komma att utsättas för tortyr igen i framtiden. Men presumtionen kan brytas under utredningens gång.

Asylprocessen för barn fungerar långt ifrån alltid som den bör göra. Det saknas utvecklade rutiner för att ge barn en individualiserad asylprocess – barn i familj är de som främst drabbas, och det gäller hela processen. Barn ses inte, ens initialt, som egna individer på samma sätt som vuxna.

I de fall det finns ett offentligt biträde har biträdet ett ansvar att tillvarata sina klienters intressen och företräda var och en på ett rättssäkert sätt. Det innebär att se inte bara vuxna utan även barn som egna individer och agera med respekt för barns ålder, utveckling och mognad. Biträdet ska möta sina klienter innan Migrationsverkets asylutredning och förbereda dem för denna. Biträdet ska ha enskilda samtal med samtliga sina klienter och således också med barn. Under Migrationsverkets asylutredning är det bitrådets uppgift att tillse och medverka till att utredningen går till på ett för barnet tryggt och respektfullt sätt och där barnet ges möjlighet att berätta.

”

**Under denna första fas kommer personerna att ha någon form av rörelseinskränkningar som riskerar att i realiteten ha formen av ett frihetsberövande**

---

Om, vilket inte sällan är fallet, ett barn inte blir tillfrågat (med relevanta följdfrågor) om vad hen har upplevt och vad hen fruktar om hen tvingas återvända, säger det sig självt att barnet inte får en individuell asylprövning. Det i sin tur innebär att det inte går att

bedöma en framtida risk för förföljelse, vilket ju är det en asylprövning ska gå ut på. Där ska också det faktum att barns förmåga att undvika risker generellt sett är sämre än vuxnas. Inte heller går det att bedöma eller få reda på om barnet har utsatts för tortyr eller andra övergrepp, eller om barnet är traumatiserat och behöver behandling (med mindre än att det på andra sätt märks att barnet mår dåligt).

Det finns en stor samsyn bland asylrättsjurister att utredning av barn, och särskilt barn i familj, inte fungerar. Problemet är inte nytt och har också lyfts med Migrationsverket av bland andra Asylrättscentrum.

Utöver de asylrättsliga reglerna riskerar brister i utredningen att stå i strid med barnkonventionen och tortyrkonventionen samt med rätten till upprättelse och statens skyldighet att utreda och lagföra förövare. Ansvaret ligger på myndigheterna men också på det offentliga biträdet.

## **Asylprocessen efter 2026 med införandet av EU:s migrations- och asylpakt**

I och med att migrations- och asylpaktens regelverk träder i kraft under sommaren 2026 sker det stora förändringar såväl innan som under asylprocessen. Pakten består av tio så kallade rättsakter. Pakten är till största delen gemensam tvingande lagstiftning för alla EU:s medlemsstater. Fokus i

pakten har presenterats som gemensam planering, stärkt ansvarsfördelning, effektiva processer och värnande av asylrätten.

## **Screening kan missa sårbara**

Systemet är krångligt. Det inleds obligatoriskt med en så kallad screening med syftet att fastställa identiteten, göra hälsokontroll och bedömning av sårbarhet samt säkerhetskontroll. Under denna första fas kommer personerna att ha någon form av rörelseinskränkningar som riskerar att i realiteten ha formen av ett frihetsberövande. Den tiden medför alla de risker som nämns ovan, förknippade med att som barn hållas i låsta miljöer. Det finns regler för en mekanism för att övervaka att de mänskliga rättigheterna för de berörda inte kränks. Hur en sådan kommer att fungera är oklart, liksom vilka möjligheter ombud och civilsamhällesorganisationer kommer att ha att möta och stödja de asylsökande.

Det finns två olika former av förfarande för prövning av skyddsbehov. Det ena är **asylförfarande** som liknar dagens system och där beslut ska fattas inom sex månader. Det andra är ett så kallat **asylgränsförfarande** för personer där det bedöms att man sannolikt inte kommer att få skydd. De personerna kommer att hållas i särskilda så kallade gränsnära boenden och beslut ska fattas inom tre månader inklusive överklagandet.

Det finns stora risker att barn kommer att drabbas, både genom rättssäkerhetsbrister och omvårdnadsbrister under själva förfarandet och genom att i vissa fall inte erhålla skydd trots skyddsbehov, på grund av bristerna i förfarandet.

Det kommer också att finnas utökade möjligheter att använda sig av så kallade säkra tredje länder och även till det som kallas för säkra delar av länder som i övrigt inte anses säkra, och skicka personer med avsikt att söka asyl i Sverige till ett

sådant land. Ensamkommande barn ska dock inte gå igenom screeningförfarandet.

FN:s flyktingorgan, UNHCR, har tagit fram riktlinjer för flyktingbarn (11) och för ensamkommande flyktingbarn (12). UNHCR påpekar bland annat att man behöver ta hänsyn till fler objektiva faktorer i hemlandet om familjen, när det är fråga om ett barn som söker asyl. Regeln om tvivelsmålets fördel (*benefit of the doubt*) ska tillämpas i hög utsträckning. UNHCR understryker också att barns fruktan kan ta sig andra uttryck än vuxnas. Vidare hänvisar UNHCR till barnkonventionen och barns särskilda rättigheter. Kränkningar av de rättigheterna kan vara andra och ta sig andra uttryck än av vuxnas rättigheter.

## **Tortyrskadeutredningar och Europadomstolens dom RC mot Sverige**

En dom från Europadomstolen (13) är bakgrunden till Migrationsverkets rättsliga ställningstagande om medicinska utredningar av åberopade skador (14). I korthet gäller domen att myndigheterna inte tillräckligt har utrett uppgifter om skador efter tortyr som den asylsökande hade lämnat.

Migrationsöverdomstolen har också bekräftat (i det fallet) migrationsdomstolens utredningsansvar när den asylsökande lämnat in ett läkarintyg som indikerar att hen kan ha varit utsatt för tortyr i hemlandet (MIG 2012:2).

Migrationsverkets rättsliga ställningstagande fastslår att:

*Den som åberopar skador efter tortyr eller annan skyddsgrundande behandling och inkommer med intyg som indikerar att han/hon kan ha varit utsatt för sådan behandling bör beviljas vidare utredning av skadorna på statens bekostnad.*

I ställningstagandet förordar Migrationsverket med andra ord att den sökande ska få genomgå en tortyrskadeutredning.

Migrationsverket kan naturligtvis också direkt och utan ett läkarintyg initiera en sådan utredning i fall där man anser det vara av betydelse för en bedömning av skyddsbehoven i ett ärende.

Det torde finnas ett stort mörkertal gällande barn som har utsatts för våld och hot och situationer som skulle kunna innebära tortyr, och som inte genomgår en medicinsk tortyrskadeutredning. I de fall det finns ett offentligt biträde har inte heller biträdet alltid relevant kunskap om betydelsen av att begära att Migrationsverket ska initiera en tortyrskadeutredning.

Med migrations- och asylpaktens regler som innebär snabbare förfarande, sämre tillgång till ombud och offentligt biträde och systemet med så kallade säkra länder, finns det en tydlig risk för att barn även i denna aspekt kommer att drabbas och i lägre utsträckning få tillgång till medicinsk expertis.

### **Vårdbehov: Humanitära skäl eller skyddsskäl?**

När en person söker asyl ska alla skäl för att hen kan ha rätt att få uppehållstillstånd i Sverige beaktas. Migrationsverket och migrationsdomstolarna ska själva se över vilka tillståndsgrunder som kan finnas, även om det är något som inte har åberopats.

Sjukdomar och behov av vård betraktas generellt som humanitära skäl. Men det kan också i vissa fall utgöra grund för rätt till skydd och i sådana fall kommer bindande folkrättsliga regler om tortyrförbudet och principen om *non-refoulement* in i bilden. Här är det också betydelsefullt att särskilt uppmärksamma barnkonventionen, principen om barnets bästa och barnets särskilda utsatthet.

En prövning av tortyrförbudet kan således vara av relevans kopplat till frågor om hälsa och tillgång till vård. Det kan i vissa fall konstituera grym eller omänsklig behandling att återsända

en person till ett land i vilket hen inte har en verklig tillgång till vård som är av avgörande betydelse för hens överlevnad eller för att kunna upprätthålla ett någorlunda normalt liv.

Tortyrbegreppet kan således vara relevant i förhållande till en person som lider av traumatisering kopplat till tidigare tortyr i det land från vilket hen söker skydd.

Europadomstolen har i målet Paposhvili mot Belgien (15) och senare i Savran mot Danmark (16) framhållit betydelsen av att tillgång till vård för den enskilda individen inte ska vara illusorisk utan verklig. I domen där tortyrförbudet i artikel 3 i Europakonventionen prövas säger domstolen att om det finns grundad anledning att anta att en person kommer att utsättas för behandling i strid med artikel 3 ska personen inte utvisas och således beviljas uppehållstillstånd i landet. Det är viktigt att vara medveten om att det är en hög tröskel.

Domstolen konstaterar att man måste ta hänsyn till såväl den generella som den individuella situationen. Det är således inte tillräckligt att en speciell medicin eller operation eller vård finns i landet utan den ska vara faktiskt tillgänglig för individen i fråga. En sådan prövningen ska göras i varje individuellt fall. Hur prövningen enligt Migrationsverket ska gå till framgår av det rättsliga ställningstagandet *Tillämpning av artikel 3 i Europakonventionen* då sjukdom åberopas (17).

### **Risker inom tvångsvård, sluten ungdomsvård och i häkten**

Ett exempel på sammanhang där risken för tortyr mot barn är högre är inom slutna institutioner. Statens institutionsstyrelse (SiS) beskriver på sin hemsida sig på följande sätt (18):

*Statens institutionsstyrelse, SiS, bedriver individuellt anpassad tvångsvård och verkställer sluten ungdomsvård. I samverkan med socialtjänsten ger vi ungdomar och klienter med allvarliga och*

*omfattande psykosociala problem bättre förutsättning för ett socialt fungerande liv utan missbruk och kriminalitet.*

Det finns många rapporter kring bristerna i hur SiS hem fungerar. För läsning hänvisas till Barnrättsbyråns rapporter samt JO:s granskningar (19–26) samt Institutets för mänskliga rättigheter rapport *Låsta statliga ungdomshem, vår tids institutioner för barn och unga med funktionsnedsättningar* (27). Situationen är mycket allvarlig. Några av de saker som barn vittnar om och som har dokumenterats är mobbning, otrygghet med personal och med andra intagna, obefogat våldsutövande av personal, hot, hot om våld, bestraffningar, dåligt och hotfullt bemötande, sexuella trakasserier av personal, tvingas bevittna när andra utsätts för våld, i vissa fall fasthållande och avskiljning på sätt som står i strid med regelverket.

Att behandlingen av vissa barn når upp till det folkrättsliga förbudet i tortyrkonventionen och i vart fall är illabehandling är tydligt. Men det har aldrig prövats, varken i Sverige eller i internationella fora. I Sverige går det ju för övrigt inte att få saken prövad eftersom tortyr inte är ett kriminaliserat brott.

JO inom ramen för sin Opcat-verksamhet – det nationella besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer hålls frihetsberövade i enlighet med tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (*Optional Protocol to the Convention Against Torture*) – har flera rapporter kring just SiS verksamhet.

Följande uttalades av JO Thomas Norling (25) efter inspektion av ungdomshemmet Sundbo den 7 och 8 november 2018 (flera senare granskningar och uppdateringar finns):

*Syftet med verksamheten (red. Opcatverksamheten) är att i första hand vara förebyggande och därmed att identifiera bl.a. sådana faktorer som i sin förlängning kan leda till att människor utsätta för*

en bristande behandling. Barn och unga utgör en svag och därmed särskilt skyddsvärd grupp i samhället. Det är därför alltid mycket allvarligt när det kommer fram uppgifter om att denna grupp utsätts för bristande behandling. Det är särskilt allvarligt när sådana påståenden rör barn och unga som är berövade friheten, och som därmed inte har det stöd av vuxna i sin omgivning som barn och ungdomar normalt kan förväntas ha och dessutom har det särskilt svårt att göra sin röst hörd. Den särskilt utsatta situation som frihetsberövade befinner sig i, gör att berörda myndigheter alltid måste ta uppgifter om våld och andra missförhållanden på största allvar. I detta ingår att omedelbart utreda sådana påståenden och direkt därefter vidta nödvändiga åtgärder för att komma till rätta med eventuella brister. De ligger i sakens natur, inte minst när det gäller barn och unga, att det även kan vara nödvändigt att vidta akuta åtgärder i avvaktan på att eventuella utredningar slutförs. Vid IVO:s tillsyn av ungdomshemmet Sundbo 2017 kom det fram uppgifter från flera ungdomar om att det fanns allvarliga brister i hur personalen på avdelningen Aspen bemötte dem. Ungdomarna berättade bl.a. om att personalen utsatte dem för uppsåtligt våld (misshandel). IVO fann att uppgifterna var av den arten att hemmet behövde vidta åtgärder. Det innebär att ledningen för ungdomshemmet Sundbo i vart fall sedan den tidpunkten varit väl medvetna om att allt inte stod rätt till på avdelningen. Genom SiS:s egna lex Sarah-anmälningar (fem stycken på knappt två år) framgår att det har inträffat ett antal mycket allvarliga händelser som ligger i linje med de berättelser som ungdomarna har lämnat. I samband med Opcat-inspektionen talade mina medarbetare med ett stort antal ungdomar som var placerade på samtliga låsta avdelningar på ungdomshemmet. Närmare hälften av dessa ungdomar lämnade berättelser som på ett generellt plan är desamma som redovisas i IVO:s beslut från januari i år. Även IVO:s medarbetare samtalande med ungdomar på samtliga låsta avdelningar och flera av ungdomarna beskrev upplevelser av våld och/eller hot om våld.

*Jag kan således konstatera att det ett år efter IVO:s inspektion fortfarande kommer fram liknande uppgifter i samtal med ungdomarna. Ungdomarnas utsagor varierar i detaljrikedom. Vissa beskriver situationer i mer allmänna ordalag, medan andra ungdomar lämnar mer detaljerade beskrivningar Dnr 7107-2018 Sid 20 (22) om vad som påstås ha inträffat. Det bör nämnas att beträffande två av utsagorna överensstämmer delar av vad som uppgetts med vad ungdomar har berättat för IVO:s medarbetare. Händelserna ska ha inträffat i år och alltså efter det att IVO:s medarbetare genomförde samtalen. I samtal med mina medarbetare har ungdomar berättat att personalen antingen fört in eller följt efter ungdomar till utrymmen där det saknas kameraövervakning och att det då inträffat händelser som resulterat i att ungdomarna fått fysiska skador. I vissa av de samtal som hölls har det lämnats uppgifter från ungdomar som inte själva blivit utsatta men som sett andra ungdomar bli utsatta för våld. Det är dock allvarligt att det bland ungdomarna på hemmet finns en relativt utbredd uppfattning om att personalen på avdelningen Aspen utsätter ungdomar för våld.*

Riksrevisionen säger i granskningsrapporten *SiS särskilda ungdomshem – brister i statens tvångsvård av barn och unga* bland annat att barn och unga som placeras på SiS långt ifrån alltid får en effektiv vård och behandling (28). För att åstadkomma förbättringar krävs förändringar såväl inom som utanför SiS:

*Att tvångsomhändertagna barn och unga med en placering inom låst institutionsvård är en av de mest ingripande åtgärder som samhället kan vidta. Om barn och unga inte får den vård och den behandling som är avsikten med placeringen ökar sannolikheten att de återfaller i kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende. Det riskerar i sin tur att medföra stora kostnader för såväl samhälle som individ – både monetära och mänskliga.*

World Organization Against Torture har på sin hemsida publicerat en mycket bra guide angående frihetsberövade barn och hur man bäst kan skydda dem mot övergrepp i den låsta miljön, "*Best practices to protect children in detention*" (29).

Rekommendationerna som kan användas som inspiration är:

1. Övervaka/inspektera låsta miljöer för barn.
2. Offentliggör/publicera information.
3. Använd påverkansarbete för att få till stånd nödvändiga förändringar i lagar och instruktioner.
4. Arbeta mot straffrihet och använd processföring strategiskt. Riktad utbildning.
5. Ge direkt stöd till barn som är frihetsberövade/omhändertagna.
6. Kombination av olika aktiviteter
7. Lyssna på barnen.
8. Skapa nätverk och partnerskap.
9. Följ barnen framåt i tiden.

### **Fler barn placeras i häkte och slutna ungdomsvård (ungdomsfängelse)**

Fler barn som är misstänkta för brott placeras i häkte och med restriktioner. Särskilda regler finns för hur barn i häkte ska behandlas, men dessa följs inte alltid. Hög beläggning och ibland överbeläggning i kombination med för lite personella resurser anges ofta som skäl. Enligt häkteslagen har barn i häkte rätt till fyra isoleringsbrytande timmar per dag, alltså få umgås med personal eller andra (2 kap 5a§ HäL). Att det på många håll inte fungerar har uppmärksammats av advokater och JO:s Opcat-enhet samt av FN:s kommitté mot tortyr:

*JO:s så kallade Opcat-enhet, som arbetar med just frihetsberövanden, listade 2020 i en rapport de negativa hälsoeffekter som forskningen sett av långvarig isolering. På*

*listan finns bland annat sömnlöshet, förvirring, hallucinationer och psykos, panikattacker och depressioner och risk för självskadebeteenden, men också fysiska krämpor som mag- och tarmproblem, migrän och kronisk trötthet. De negativa effekterna av isolering är enligt forskningen ännu tydligare för barn. Särskilt risken för självskadebeteende är betydligt större för barn än för vuxna (30).*

FN:s kommitté mot tortyr riktade i sin senaste granskning åter kritik mot Sverige för barn i häkten med restriktioner (31).

Slutligen ska något nämnas om Europarådets konvention till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning som antogs 1987. Genom konventionen inrättades en kommitté, Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr, CPT. Kommittén har till uppgift att undersöka hur personer som är frihetsberövade behandlas i preventivt syfte som skydd mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Kommittén granskar Europarådets medlemsstater på liknande sätt som inom FN-systemet. Sverige granskades senast 2021. Då riktades bland annat kritik på nytt mot att restriktioner i häkte användes i hög utsträckning, dock sades inget särskilt om barn i häkten (32).

## **Vad vi bör göra**

Kommittén mot tortyr (CAT) säger i sin allmänna kommentar nummer 2 följande:

*11. Genom att definiera brottet tortyr som åtskilt från vanlig misshandel eller andra brott anser kommittén att de stater som är parter direkt kommer att främja konventionens övergripande syfte att förebygga tortyr och annan illabehandling. Att namnge och definiera detta brott kommer att främja konventionens syfte, bland annat genom att uppmärksamma alla, inklusive förövare, offer och allmänheten, på det särskilda allvaret i tortyrbrottet. Att*

*kodifiera detta brott kommer också att (a) betona behovet av lämplig bestraffning som tar hänsyn till allvaret i brottet, (b) stärka den avskräckande effekten av förbudet i sig, (c) förbättra ansvariga tjänstemäns förmåga att spåra det specifika tortyrbrottet och (d) möjliggöra och ge makt åt allmänheten att övervaka och, när så krävs, utmana statens agerande såväl statens inaktivitet i förhållande till konventionen.*

## Rekommendationer och önskemål

- Sverige bör införa tortyr som ett kriminaliserat brott i svensk lagstiftning.
- Sverige bör ratificera barnkonventionens tilläggsprotokoll som ger en individuell klagorätt.
- Samtliga myndigheter, inklusive de rättsvårdande, och samtliga relevanta civilsamhällesorganisationer samt Advokatsamfundet bör införa kunskapshöjande insatser kring barn och tortyr. I arbetet bör sänkt straffbarhetsålder och andra relevanta lagstiftningsförslag och åtgärder tas in.
- Migrationsverket bör tillsammans med relevanta barnrätts- och människorättsorganisationer, och en representation av offentliga biträden, se över handlägningsrutiner vid asylprövning av barn i syfte att ge barn en individuell asylprocess och för att kunna upptäcka barn som har överlevt tortyr.
- Myndigheter, däribland JO, Barnombudsmannen, Institutet för mänskliga rättigheter och Migrationsverket, bör, i relevanta situationer, använda begreppet tortyr eller annan illabehandling i syfte att uppfylla tortyrkonventionens syften och motverka att problemet osynliggörs samt möjliggöra för barn att få kunna erhålla upprättelse. Detsamma gäller civilsamhällesorganisationer.
- Migrationsrättsforskare bör forska kring barn och tortyr.
- Specialiserade jurister bör använda strategisk processföring i syfte att få ärenden som rör barn som har överlevt tortyr prövade i FN:s kommitté mot tortyr och andra relevanta forum.
- Barn bör inkluderas, höras och konsulteras i alla relevanta sammanhang.

# Referenser

1. World Organisation Against Torture (OMCT). What is torture? Tillgänglig från: <https://c4.omct.org/en/who-we-are/what-is-torture> [hämtad 2025-09-26].
2. Le Moli G. Torture by non-state actors: four inquiries. *Journal of International Criminal Justice*. 2021;19(2):363–391. doi:10.1093/jicj/mqab029.
3. Nowak M. Can private actors torture? *Journal of International Criminal Justice*. 2021;19(2):415–423. doi:10.1093/jicj/mqab031.
4. Justitiedepartementet. Ett särskilt tortyrbrott? Ds 2015:42. Stockholm: Regeringskansliet; 2015.
5. Europadomstolen. Aydin mot Turkiet, dom 25 september 1997.
6. Regeringen. Prop. 2022/23: Skärpta straff för allvarliga våldsbrott m.m. Stockholm: Regeringskansliet; 2023.
7. Svea hovrätt. Dom i mål B 665-24, 20 april 2024.
8. United Nations. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/28/68. Genève: United Nations; 2015.
9. Migrationsverket. För dig som är barn och har ansökt om asyl. Hämtad från: <https://www.migrationsverket.se/om-det-svenska-samhallet/for-dig-som-ar-barn/for-dig-som-har-ansokt-om-asyl.html> [hämtad 2025-09-26].
10. Migrationsverket. Rättsligt ställningstagande RS/010/2020: Att höra barn. 2020.
11. UNHCR. Refugee Children: Guidelines on Protection and Care. Genève: UNHCR; 1994. Hämtad från: <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/3b84c6c67.pdf> [hämtad 2025-09-26].
12. UNHCR. Guidelines on policies and procedures in dealing with unaccompanied children seeking asylum. Genève: UNHCR; 1997.
13. Europadomstolen. RC mot Sverige, dom 9 mars 2010.
14. Migrationsverket. Rättsligt ställningstagande RS/022/2021: Medicinska utredningar av åberopade skador. 2021.
15. Europadomstolen. Paposhvili mot Belgien, dom 13 december 2016.
16. Europadomstolen. Savran mot Danmark, dom 7 december 2021.
17. Migrationsverket. Rättsligt ställningstagande RS/008/2020: Tillämpning av artikel 3 i Europakonventionen då sjukdom åberopas. 2020.
18. Statens institutionsstyrelse (SiS). Om SiS. Hämtad från: <https://statensinstitutionsstyrelse.se/om-sis/> [hämtad 2025-09-26].
19. Barnrättsbyrån. "...och jag kunde inte andas" – En granskning av våld mot barn på de statliga ungdomshemmen. Stockholm: Barnrättsbyrån; 2021.
20. Barnrättsbyrån. "Vem ska tro på mig" – En granskning av sexuella övergrepp på de statliga ungdomshemmen. Stockholm: Barnrättsbyrån; 2023.
21. Barnrättsbyrån. Avskiljningar, våld och missförhållanden inom SiS ungdomsvård. Stockholm: Barnrättsbyrån; 2024.
22. Justitieombudsmannen. Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, ungdomshemmet Vemyra, 12–13 april 2022.

23. Justitieombudsmannen. Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, ungdomshemmet Brättegården, 3–5 juli 2023.
24. Justitieombudsmannen. Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, ungdomshemmet Sundbo, 15 mars 2021.
25. Justitieombudsmannen. Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, ungdomshemmet Sundbo, 6–7 november 2018.
26. Justitieombudsmannen. Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, ungdomshemmet Långanäs, 22–24 oktober 2019.
27. Institutet för mänskliga rättigheter. Låsta statliga ungdomshem – vår tids institutioner för barn och unga med funktionsnedsättning. Lund: Institutet för mänskliga rättigheter; 2025.
28. Riksrevisionen. SiS särskilda ungdomshem – brister i statens tvångsvård av barn och unga. RiR 2024:7. Stockholm: Riksrevisionen; 2024.
29. World Organisation Against Torture (OMCT). Best practices to protect children against torture in detention. Hämtad från: <https://www.omct.org/en/resources/reports/best-practices-to-protect-children-against-torture-in-detention> [hämtad 2025-09-26].
30. Öster U, Knutson T. Inlåsta barn. Advokaten. 2025;91(3). Hämtad från: <https://www.advokaten.se/tidigare-nummer/2025/nr-3-2025-argang-91/inlasta-barn/>.
31. FN:s kommitté mot tortyr. Concluding observations on the eighth periodic report of Sweden. CAT/C/SWE/CO/8. 20 december 2021. Hämtad från: <https://www.ohchr.org/en/documents/concluding-observations/catcsweco8-concluding-observations-eighth-periodic-report-sweden> [hämtad 2025-10-20].
32. Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr (CPT). Report on the periodic visit to Sweden. CPT/Inf (2021) 20. Strasbourg: Council of Europe; 2021. Hämtad från: <https://www.coe.int/en/web/cpt/sweden> [hämtad 2025-10-20].



---

Torterad som barn

# **DEL 2**

## **IDENTIFIERING**

## **OCH**

## **DOKUMENTATION**



## JULIA JENNSTÅL

är leg. psykolog och docent i statsvetenskap. Hon har arbetat kliniskt vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala. Hennes forskning spänner över olika fält, bland annat inflytande- och påverkansprocesser, demokratiska värderingar samt intensivbehandling vid PTSD.

### Kapitel 3

## Att fråga barn om tortyr

*Insatser krävs för att barn som utsatts för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling ska upptäckas och få tillgång till stöd, behandling, upprättelse samt få sina juridiska rättigheter tillgodosedda. I detta kapitel lyfts behovet av ett tortyrmedvetet förhållningssätt i professionellas samtal med barn i syfte att förbättra chansen att tortyröverlevare upptäcks.*

I dagsläget saknar de flesta myndigheter, institutioner och vårdgivare kunskap om och rutiner för att efterfråga tortyr i möten med barn (1). Samtidigt finns ett stort mörkertal av barn som är tortyröverlevare (2–4). När få efterforskar tortyr får den här gruppen våldsutsatta barn inte tillgång till det stöd, vård, behandling och återupprättelse som de har rätt till i enlighet med FN:s barnkonvention (SFS 2018:1197) och tortyrkonvention (SÖ 1986:1).



**I en nyligen presenterad studie av barn och unga som involverats och utnyttjats i kriminalitet framkommer att de flesta av dessa unga bär på tidiga erfarenheter av våld**

I regeringens utredning *En uppväxt fri från våld* (SOU 2022:70) lyfts frågan om tortyr som en del av diskussionen om särskilt utsatta grupper. Utredningen framhåller att personer som utsatts för grovt våld, inklusive tortyr, har omfattande behov av stöd och behandling. Tortyröverlevare beskrivs som en grupp som är särskilt svår att upptäcka vilket beror på kunskapsluckor

hos yrkesverksamma och avsaknad av rutiner för att fråga om våldutsatthet i tidigare livssituationer (5).

Även om utredningen lyfter tortyr är den tyst om barn som är tortyröverlevare. Fokus ligger främst på vuxna och de indirekta konsekvenserna för barn som lever med traumatiserade omsorgspersoner medan barns egna erfarenheter av tortyr osynliggörs.

Konsekvenserna för barnen som aldrig upptäcks är allvarliga och livslånga. De har svårt att leva ett normalt liv eftersom de ofta befinner sig i utsatta livssituationer med förhöjd risk för återkommande våld (reviktimisering) och att utsättas för olika former av övergrepp vad som i forskningssammanhang kallas multiutsatthet.

Multiutsatthet är en av de största riskfaktorerna för långvariga psykiska och somatiska problem och är förknippat med komplexa symtom såsom svårigheter att relatera till andra, sämre skolresultat samt ökad risk för både självskadebeteende och framtida våldutsatthet (6–11).

Tidig upptäckt av tortyröverlevare och multiutsatta barn är avgörande för att bryta onda cirklar av våld och ohälsa. Inom hälso- och sjukvården ska de med störst behov ges företräde, och särskild

hänsyn tas till grupper vars röster sällan hörs. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen bör barn som överlevt tortyr ges en tydligare prioritet i vården: mer resurser, större utrymme och ett starkare skydd.

Utöver att tortyröverlevare har behov av och rätt till vård finns även juridiska skäl till att prioritera upptäckt av tortyröverlevare. I FN:s tortyrkonvention ges specifika rättigheter till tortyrutsatta människor och utan upptäckt kan inte dessa rättigheter tillgodoses (12).

Att identifiera utsatta barn kan ge positiva effekter inte bara för individen utan också på grupp- och samhällsnivå. Tidig upptäckt av våldsutsatta barn är förebyggande för att få bukt med rekryteringen av barn och unga till kriminella nätverk.

I en nyligen presenterad studie av barn och unga som involverats och utnyttjats i kriminalitet framkommer att de flesta av dessa unga bär på tidiga erfarenheter av våld men att ytterst få under sin uppväxt fått frågor om sin egen våldsutsatthet. Metoder för tidig upptäckt av våldsutsatthet är en grundbult i det preventiva arbetet för att förhindra att unga dras in i kriminalitet (13).

Vidare finns ett antagande om att när våld görs talbart, när det sätts ord på upplevelserna och det går att dela med andra är upprättelse möjlig. Delandet av upplevelser kan leda till en känsla av sammanhang och en sorts mening med lidandet. Tortyrberättelser är vittnesmål som kan användas i påverkansarbete. På samhällsnivå kan berättelserna sammanställas och bidra till att resurser mobiliseras för att motverka fortsatta övergrepp och tortyr.

Men att upptäcka våldsutsatta barn är svårt. En av de största utmaningarna är att våld får människor att tystna. Framför allt grovt, förnedrande våld såsom tortyr är för många tabubelagt och trigger lätt känslor av skam och skuld. Särskilt barn har svårt att sätta ord på våldsupplevelser, att göra dem talbara.

För att upptäcka våldsutsatthet behöver vuxna ge barn verktyg att prata om våld; sätta ord på det otäcka, det tabubelagda och minska stigmatisering. Det här arbetet görs varje dag av professionella som i möten med barn ställer frågor om våld och illabehandling. Till sin hjälp har de beprövade och användbara rutiner och formulär för att efterfråga våldsutsatthet men inget som tar ett helhetsgrepp om tortyr.

Det här kapitlet behandlar centrala problem och utvecklingsområden i arbetet med att upptäcka barn som är tortyröverlevare. Generella brister och utmaningar med rutiner diskuteras följt av en presentation av en prototyp till ett nytt holistiskt och tortyrkänsligt stödverktyg för samtal med barn om våld.

I det här kapitlet är fokus på att upptäcka tortyr medan frågor om utredning och dokumentation av tortyrskador behandlas i kapitel 4.

## **Varför är det så tyst om barn som är tortyröverlevare?**

Det finns många förklaringar till varför tortyröverlevare går under radarn. Här lyfts en kombination av juridiska, utbildningsmässiga och psykologiska faktorer som antas påverka att tortyr sällan uppmärksammas.

### **Juridisk tystnad**

Grundläggande för att förstå den begränsade uppmärksamheten som ges till frågan om tortyr är att tortyr inte är ett brott i Sverige (se föregående kapitel). Det innebär att myndigheter och institutioner inte har samma möjligheter att agera resolut som om tortyr var kriminaliserat.

Att tortyr inte är reglerat i svensk lagstiftning bidrar till den vaghet och mångtydighet som omger begreppet. En vanlig föreställning är att tortyr är något som sker i krig och konfliktområden vilket är

kontexter som ligger utanför många svenska myndigheters vardag. Många missar att tortyr inte enbart är en angelägenhet i krig och diktaturer.

Utifrån FN:s tortyrkonvention kan tortyr ske på alla platser och av alla personer som representerar det allmänna som till exempel en polis, en vårdare eller övergrepp som sker på ett HVB-hem eller inom Statens institutionsstyrelse, SiS.

Utöver att det finns skillnader mellan hur tortyr används i vardagligt tal och hur den definieras i konventioner finns det även olikheter mellan konventionstexter och juridiska sammanhang. Det innebär att det finns en stor gråzon av händelser som eventuellt är att betrakta som tortyr beroende på vilken diskurs man utgår ifrån. Exempelvis argumenterar vissa forskare för att vissa former av grov, upprepad barnmisshandel kan klassificeras som tortyr (14) och andra hävdar att en del hedersrelaterat våld är tortyr (15).

”

**Att tortyr inte är kriminaliserat, tillsammans med begreppets mångtydighet, antas vara bidragande orsaker till den tystnad som omger tortyr**

---

Att tortyr inte är kriminaliserat, tillsammans med begreppets mångtydighet, antas vara bidragande orsaker till den tystnad som omger tortyr. Ytterst få professionella har kommit i kontakt med ämnet under sin utbildningstid och inte heller i yrkeslivet. Det är ovanligt med utbildningar, kurser eller föreläsningar där tortyr lyfts. Inte heller i myndigheters nationella riktlinjer och styrdokument uppmärksammas tortyr nämnvärt.

Om tortyr var ett brott i svensk lagstiftning med rättsliga påföljder skulle det motivera utbildningssatsningar och behov att tydliggöra myndigheters ansvar. Bara för att ta ett exempel så skulle det

påverka Barnahus uppdrag genom att de skulle behöva beredskap att identifiera och utreda tortyrbrott bland barn.

## Tysta vuxna

Lagstiftning är viktigt men det finns även andra utmaningar när det gäller att upptäcka tortyr. En utmaning som framkommit i forskningsstudier är den emotionella och moraliska stress som professionella upplever i mötet med barn som berättar om våld (16, 17).

Professionella oroar sig för att frågor om svåra upplevelser kan väcka till liv smärtsamma minnen, förvärra lidandet och till och med skada barnet. Stressen handlar också om känslor av otillräcklighet om att inte kunna erbjuda barnet hjälp.

Samuelberg et al. (2018) beskriver hur uttrycket "väck inte den björn som sover" fångar en utbredd rädsla för att frågor om traumatiska händelser ska förvärra barnets tillstånd vilket leder till att svåra ämnen undviks snarare än hanteras (18). Liknande mönster har observerats bland förintelseöverlevare där en *conspiracy of silence* utvecklades som ett sätt att skydda både sig själva och sina barn från påminnelser om lidande och smärta (19).

Tortyr innebär inte bara berättelser om extremt våld utan också komplexa konsekvenser för barnet när utsattheten blir känd exempelvis i form av rättsliga processer, migrationsärenden eller familjeomplacering. Detta skapar moralisk stress hos många professionella när avslöjanden om våld till exempel resulterar i familjekonflikter eller tvångsgruppanden (16).

Professionella uttrycker osäkerhet kring hur de ska agera om barnet berättar om allvarliga händelser särskilt när det gäller tortyr där både det juridiska och behandlingsmässiga stödet kan upplevas som otydligt. Det saknas en tydlig vägledning för hur professionella ska hantera sådana avslöjanden (20).

## Tystade barn

Parallellt med att många vuxna är tysta finns ett starkt undvikande hos barn att prata om svåra upplevelser. Det finns biologiska förklaringar till att barn tystnar.

Rädsla är en evolutionärt grundläggande reaktion som aktiverar kroppens autonoma nervsystem. I en hotfull situation aktiveras amygdala vilket leder till en frisättning av stresshormoner som kortisol och adrenalin. Detta utlöser de klassiska kamp-, flykt- eller frysreaktionerna. Hos barn kan frysreaktionen, som att bli passiv eller stilla, vara särskilt framträdande vilket kan tolkas som undvikande, avstängdhet eller dissociation (21,22).

Psykologiskt innebär stark rädsla ofta upplevelser av maktlöshet och kontrollförlust. Det kan ha långsiktiga effekter på hjärnans utveckling särskilt i områden som reglerar känslor, minne och socialt samspel (23).



Barn som utsätts för våld eller lever i rädsla påverkas inte bara neurobiologiskt utan även känslomässigt och relationellt. Framför allt barn som varit multiutsatta och/eller upplevt återkommande våld riskerar utveckla komplex traumatisering.

Vid komplex traumatisering har traumatiska händelser haft en genomgripande inverkan på barnets utveckling. Dessa barn tenderar att vara särskilt svåra att upptäcka eftersom symtombilden kan vara mycket olika och barnets berättelse om sin upplevda utsatthet kan vara svårare att få grepp om (8,24).

När barn utsätts för våld av en omsorgsperson påverkas barnets anknytningsystem. När förövaren är den person barnet normalt söker trygghet hos uppstår en paradox: barnet är både beroende av och hotat av samma person. Detta kan leda till starka känslor av skam, skuld och få barnet att tystna av rädsla för konsekvenser eller för att skydda relationer inom familjen.



**Dessutom bör frågorna vara återkommande eftersom information om våldsutsatthet är en färskvara som behöver följas upp regelbundet**

---

Oviljan att prata om grovt våld kan också förstås utifrån hur många av oss pratar – och tänker – om människor som blivit utsatta för grovt våld som tortyr. Tortyröverlevare beskrivs ofta som offer, trasiga och maktlösa, vilket är beskrivningar som de flesta människor helst inte vill se sig själva som. För att undvika att ses som ett offer och att prata om sin egen maktlöshet är det många, såväl barn som vuxna, som väljer att inte berätta.

Således går det att hitta många bidragande orsaker till den tystnad som råder om barn som är tortyröverlevare. Vi vet att barn sällan berättar spontant om våld. Vi vet också att våldsutsatta barn ofta saknar förtroende för vuxna eftersom det i de flesta fall är vuxna som har utövat våldet. De kan vara rädda för repressalier eller leva med känslor av skuld och skam. Efter tortyr är det dessutom vanligt med

intensiva upplevelser av maktlöshet, kontrollförlust och kognitiva svårigheter vilket kan förstärka barnets undvikande och göra det ännu svårare att sätta ord på upplevelserna, att göra det talbart. Tystnaden drabbar de våldsutsatta barnen som inte upptäcks och som lider av livslånga konsekvenser av våldet.

De vanligaste metoderna som används för att motverka den "dubbla tystnaden" hos både barn och vuxna handlar om att utveckla riktlinjer, rutiner och screeningar för att stärka arbetet med att upptäcka dessa barn.

## **Kan man upptäcka tortyröverlevare med rutiner och formulär?**

Rutinförfaranden och evidensbaserade strukturerade formulär har många styrkor. Utöver att bidra till upptäckt av barn som far illa kan rutiner förbättra vårdens kvalitet, skapa större förutsägbarhet och bidra till trygghet och effektivitet både för professionella och för barn och unga som söker hjälp (se exempelvis 25,26).

Rutinförfaranden kan också vara ett sätt att signalera till barn och unga att svåra ämnen inte är tabu att prata om. På så sätt kan rutiner ha en pedagogisk funktion genom att ge barnet en förståelseram om vilka händelser som ingen får utsätta dem för, kunskap om deras rättigheter och tillräckligt många ord för att kunna prata om otäcka händelser.

Samtidigt som rutinförfaranden och screening för mycket gott med sig finns det även ett antal fallgropar.

## **Begränsade resurser och prioriteringar**

Socialstyrelsen framhåller att frågor om våld bör ställas av alla professioner som möter barn. Frågorna ska ställas rutinmässigt oavsett vad barnet söker för. Dessutom bör frågorna vara

återkommande eftersom information om våldsutsatthet är en färskvara som behöver följas upp regelbundet (27).

Poängen med rutiner är att det ska ske på rutin. Samtidigt är det en empirisk fråga i vilken utsträckning en rutin efterföljs i det vardagliga arbetet. Bara för att en verksamhet har infört en rutin är det inte alls säkert att professionella har möjlighet eller väljer att genomföra rutiner på det sätt som föreskrivs vilket innebär att rutiner kan ge en falsk känsla av trygghet (28).



**Ambitionen är att frågor om våld ska ställas på alla platser och verksamheter där barn rör sig så att det bildas ett lapptäcke av frågor som fångar upp utsatthet**

---

En anledning att professionella frångår rutiner är att samtal om våld kräver mer tid än vad ett rutinmässigt förfarande tillåter. Barns förståelse av en fråga påverkas till exempel av barnets utbildningsnivå, kulturell bakgrund, mognad och psykisk hälsa. Ett öppet, utforskande samtal kan vara

nödvändigt för att den vuxna ska kunna göra korrekta tolkningar av barnets uttryck och för att säkerställa att barnet förstår vad våld är och hur det kan utövas. Inte sällan krävs utförliga och åldersadekvata beskrivningar och fördjupningar något som kan bli svårt att hantera inom ramen för ett rutinförfarande där enkelhet och effektivitet ofta är prioriterat (29).

Att exempelvis fråga ett barn om hen har utsatts för sexuella handlingar förutsätter att barnet har en begreppslig förståelse för vad sådana handlingar innebär i den kontext där frågan ställs. Utan uppföljande frågor och förtydliganden finns risk för fel- och övertolkningar och missförstånd som kan påverka resultatet.

Samtidigt finns det studier som visar att professionella tenderar att efterfråga rutiner och riktlinjer för att få mer kontroll vilket tolkats som ett sätt att externalisera sin egen osäkerhet och stress inför att ta upp känsliga och obehagliga ämnen med barn (16). Om så är fallet

riskerar rutinen att användas med rigiditet och stelbenthet – i ett försök att kontrollera processen – med risk att man tappar kontakten med barnet.

När ingången är upptäckt av våldsutsatthet är det att betrakta som en begränsande faktor att myndigheter, till exempel socialtjänst, har uppdrag att utreda barns aktuella behov här och nu. De ska inte utreda mer än nödvändigt vilket kan medföra att tidigare våldsupplevelser som vid första anblick inte bedöms relaterade till barnets aktuella problembild inte utforskas. Men traumatisering är ett komplext fenomen särskilt hos barn som kan ta sig många olika uttryck vilket gör det i princip omöjligt att veta hur en händelse påverkat barnet innan en mer omfattande kartläggning gjorts.

## **Specifika rutiner och tysta diskurser**

Den underliggande logiken i de flesta rutiner och formulär är att utgå från den definition av illabehandling och våld som återfinns i barnkonventionen och det forskning visat är potentiellt traumatiserande händelser (till exempel separationer, naturkatastrofer) samt svåra händelser under barndomen så kallade *adverse childhood experiences* (till exempel försummelse, missbruksproblem i familjen).

Verksamheters specifika uppdrag påverkar i hög grad hur rutinerna utformas. Ett barn som söker till en akutmottagning för urinvägsinfektion får kanske en generell fråga om pågående våldsutsatthet medan ett barn som blir remitterat till Svenska Röda Korsets behandlingscenter får frågor om potentiellt traumatiserande händelser. En del verksamheter har en bred screening av olika former av utsatthet medan andras rutiner är specifikt inriktade på en viss form av våld.

Ambitionen är att frågor om våld ska ställas på alla platser och verksamheter där barn rör sig så att det bildas ett lapptäcke av frågor

som fångar upp utsatthet. Samtidigt som det är en styrka med ett lapptäcke av rutiner så finns det också en risk att barn faller mellan stolarna. Till exempel riskerar ett barn som bär på svåra traumatiska upplevelser men som inte kommer i kontakt med verksamheter där man på rutin frågar om traumahändelser att inte uppmärksammas.

Rutinförfaranden där man efterfrågar specifika händelser och våldstyper riskerar att stänga dörrar intill barnets värld om barnet har upplevt våld som **inte** efterfrågas. På det här sättet kan en rutin inge en falsk känsla av trygghet, att man har frågat om ett barns utsatthet, men samtidigt är det många frågor som aldrig blir ställda.

Effekten av uteblivna frågor, vad man kan kalla tysta diskurser, skulle kunna tolkas av barn som att det våld de upplever är antingen acceptabelt eller skamligt och därför inte bör nämnas. Ett exempel



**Svårigheten är att tortyr är en specifik form av våldsutövning som är svår att besvara med en enstaka fråga**

---

skulle kunna vara att ställa rutinfrågor om våld i nära relationer men att inte fråga om våld som utövas av syskon. Särskilt i familjer där våld förekommer från vuxna är det vanligt att barn också utsätts för våld av syskon vilket innebär att barnet kan vara multiutsatt både av vuxna och andra barn i hemmet. Forskning visar att

syskonvåld kan vara traumatiserande och ge långvariga konsekvenser för hälsa och psykisk utveckling (30–32).

Således finns en risk att gå vilse i rutiner och missa att utforska våldshändelser som inte aktivt efterfrågas i rutinen. När det gäller tortyr är tystnaden nästintill total (20). Barnafriids kunskapsportal visar att screeningverktyg som används i svensk praktik fokuserar på generella traumatiska händelser och våldsutsatthet utan att tortyr nämns som egen kategori (25).

Inom barn- och ungdomspsykiatri används ofta screeningformulär såsom CATS (Child and Adolescent Trauma Screen), CTS (Child

Trauma Screen) och LYLES (Linköping Youth Lifetime Event Scale) vilka är utformade för att identifiera potentiellt traumatiserande händelser och traumasymtom. Dessa instrument innehåller frågor om våld, övergrepp och andra svåra livshändelser men saknar explicita frågor som fångar tortyr (33–35).

På regional nivå betonas vikten av att ställa frågor, att utreda och dokumentera tortyr hos barn (36). För att möjliggöra detta hänvisas till Socialstyrelsens nationella metod för kartläggning och utredning av barn inom den sociala barn och ungdomsvården Barns behov i centrum (BBIC). BBIC ska fungera som stöd och vägledning åt professionella men där adresseras inte frågan om tortyr (37).

Avsaknaden av frågor som fångar tortyr i dessa formulär kan leda till att tortyrupplevelser förbises vilket har betydelse både för diagnostik och behandling. Detta innebär att många verksamheters rutiner riskerar att missa barn och unga som utsatts för tortyr särskilt om tortyrupplevelsen inte spontant återberättas eller inte passar in i de givna kategorierna. Det finns därför ett behov av att komplettera befintliga screeningverktyg med frågor som specifikt fångar erfarenheter av tortyr.

## **En enkel fråga om tortyr?**

I teorin skulle man med relativt små medel kunna lägga till en fråga om tortyr i existerande screeningformulär och rutinförfaranden men i praktiken är det mer komplicerat. Svårigheten är att tortyr är en specifik form av våldsutövning som är svår att besvara med en enstaka fråga.

En direkt fråga om upplevelser av tortyr skulle vara mycket problematiskt eftersom tortyr är ett begrepp som används i vardagligt tal men inte alltid på ett sätt som stämmer överens med begreppets juridiska betydelse. Det skulle kräva en detaljerad beskrivning av vad

som menas med tortyr tillsammans med utförliga exempel innan ett barn kan ta ställning till om det blivit utsatt för tortyr eller inte.

Utmaningen är att identifiera lämpliga frågor om tortyr som är adekvata och enkla att ställa till barn. Frågorna behöver vara tillräckligt många och detaljerade för att fånga de barn som bär på tortyrupplevelser men samtidigt inte ta oproportionerligt stort utrymme i en screening eftersom det är en ovanlig – om än mycket allvarlig – form av utsatthet.

En väg framåt skulle kunna vara att utveckla ett specifikt formulär om tortyr att använda i samtal med barn som tillhör en riskgrupp. Problemet är att ett sådant riktat formulär med största sannolikhet bara skulle plockas fram på specialiserade barnpsykiatriska mottagningar och i situationer när den professionella egentligen redan har tillräckligt med information om tortyr. Ett tortyrformulär i den situationen skulle te sig överflödigt och onödigt.

### **Rutinens inverkan på relationsbyggande**

En invändning mot rutiner är att barn sällan berättar om våld och traumatiska händelser i rutinförfaranden. Även när frågorna är tydliga och strukturerade undviker barn att lämna information särskilt om de saknar trygghet i situationen eller inte förstår innebörden av frågorna (38).

I kunskapsstöd från Socialstyrelsen betonas att våldsutsatta barn ofta har svårt att berätta om sina erfarenheter. När frågor ställs mekaniskt eller utan relationsskapande inslag riskerar barnet att inte känna förtroende vilket minskar benägenheten att berätta (39).

På samma sätt visar den nationella kartläggningen från Stiftelsen Allmänna Barnhuset att bemötandet är avgörande; om samtal upplevs som rutinmässiga eller distanserade minskar barnets motivation att engagera sig i den svåra processen att berätta om våld (40).

Införandet av rutiner kan leda till att det mer spontana, flexibla relationsskapande arbetet får mindre utrymme. Om en rutin blir för styrande finns en risk att undergräva det förtroende som är nödvändigt för att barnet ska våga öppna sig. Utan ett stödjande samtal där barnet får hjälp att tolka och sätta ord på sina erfarenheter riskerar viktiga uppgifter att utelämnas.

Inte bara barn påverkas av strikta rutiner utan även professionella. Det finns studier som beskriver hur professionella undviker att använda formaliserade rutiner och formulär just för att det upplevs störa relationsbyggande. Konsekvensen är att många samtal med barn sker utan struktur och systematisk informationsinsamling.

### **Politisk styrning**

Ytterst är det politiska beslut som formar förutsättningarna för arbetet med utsatta barn. Stevens och Hassett (2007) beskriver en utveckling där enskilda tragiska händelser tenderar få stort genomslag i samhällsdebatten. Effekten blir att beslutsfattare känner press att agera resolut med snabba beslut som är enkla att implementera uppifrån. Resultatet är byråkratisering och att hitta



enkla lösningar, till exempel en checklista, vilket riskerar att förenkla en komplex verklighet (41).

Politiska beslut fungerar både som begränsningar och möjliggörare i professionellas arbete. De påverkar juridiska ramar, arbetsmetoder och resursfördelning vilket gör dem till en grundläggande faktor för hur effektivt samhället kan upptäcka och stödja barn som far illa. Politiska krav på att insatser ska vara mätbara och leda till ökad effektivitet påverkar vilka insatser som prioriteras på myndighetsnivå.

När verksamheter måste visa tydliga och kvantifierbara resultat riskerar fokus att flyttas från komplexa och relationella aspekter till regelstyrda processer och standardiserade metoder. Detta innebär att tid för kompetensutveckling som stärker professionellas förmåga till relationsbyggande och flexibilitet ofta nedprioriteras eftersom sådana insatser uppfattas som tidskrävande och svåråtgörbara.

Forskning visar att denna mätlogik riskerar att tränga undan kvalitativa dimensioner av socialt arbete och skapa en kultur där rigiditet i rutiner, dokumentation och statistik får företräde framför klientnära arbete (42).

## **Behovet av en relationell rutin och ett holistiskt våldsperspektiv**

Resterande del av det här kapitlet ägnas åt att beskriva en prototyp till ett tortyrkänsligt stödverktyg för samtal om våld med barn. Verktöget är under utveckling men här ges en bakgrund och motivering till varför verktyget kan vara användbart, följt av en beskrivning av dess uppbyggnad.

### **Relationell rutin**

På samma sätt som professionella som arbetar med traumatiserade barn behöver ge traumamedveten omsorg behöver arbetet med att upptäcka våldsutsatthet präglas av ett våldsmedvetet

förhållningssätt. Det innebär en medvetenhet om barns behov av att känna trygghet och tillit innan de kan svara öppet på frågor om våld. För att möjliggöra det behöver professionella ha rutin att skapa relation till barn – en relationell rutin.

Professionella bygger tillitsfulla relationer genom att ge barnet en känsla av kontroll över situationen, undvika att pressa fram svar och visa att barnets berättelse tas emot med acceptans och engagemang. Tryggheten kan även stärkas om den vuxna sätter frågorna om våld i ett sammanhang som blir begripligt för barnet (25).

Upplevelsen av trygghet i intervjusituationen ökar chansen att barnet väljer att berätta. När barn börjar berätta sker det sällan i ett enda samtal utan snarare som en gradvis process där barnet testat den vuxnes reaktioner innan mer detaljerad information delas (38).

Barn som upplever att vuxna tar sig tid, visar empati och stannat kvar även i svåra känslor vågar i högre utsträckning berätta om svåra erfarenheter. Forskning visar att barn som berättar om våld och övergrepp ofta gör det för vuxna i sin vardag, exempelvis skolpersonal, snarare än i kontakt med myndigheter (32). När förtroende etablerats kan själva relationen ha en terapeutisk effekt genom att minska känslor av skam, ensamhet och isolering (43).

Metaanalyser visar att professionella sällan upplever problem med bristande rutiner utan snarare efterlyser organisatoriskt stöd för att orka initiera samtal om våld. Det största hindret för professionella är den emotionella påfrestning och moraliska stress som samtal om våld med barn kan föra med sig (17).

Om frågor om tortyr skulle adderas till rutinförfaranden är det lätt att föreställa sig att den emotionella påfrestningen intensifieras. En studie av Albaek et al. (2019) föreslår att en lösning är att arbeta med och utveckla professionellas känslereglering, självmedvetenhet

och förmåga till relationsbyggande. Kollegiala stödgrupper har föreslagits som ett sätt att bearbeta känslomässiga reaktioner (16). Genom dessa insatser ges professionella förutsättningar att orka vara känslomässigt närvarande med utsatta barn över längre tid.

Ett våldsmedvetet förhållningssätt handlar dels om att utveckla en relationell rutin men också om en förståelse av våldets komplexitet och dynamik.

### **Holistiskt våldsperspektiv**

Forskning visar att våld mot barn är ett komplext fenomen som inte lämpar sig för förenklingar och enkla antaganden om orsak och verkan. Även om det är önskvärt att förenkla är det inte möjligt att fånga ett mångdimensionellt fenomen genom att förlita sig på standardförfaranden och rutinscreeningar utan det kräver ett flexibelt och problemlösande förhållningssätt. Det ställer höga krav på professionellas förmåga och möjlighet att vara närvarande i mötet och investera i relationen till barnet.

Det här går delvis mot det etablerade positivistiska, linjära antagandet som dominerat inom diskursen våld mot barn. I stället för att söka efter linjära samband behöver våld analyseras och förstås i ett större sammanhang där många olika processer och skeenden samspelar.

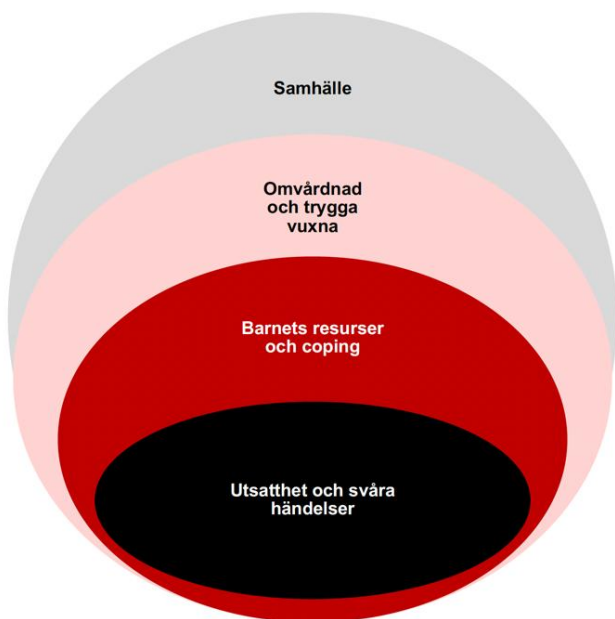
Flertalet formulär och instrument för att utforska barns utsatthet har, som nämnts, en specifik inriktning på en typ av våld eller utsatthet till exempel hedersrelaterat våld eller sexuellt våld. Samtidigt beskriver forskare och kliniker ett behov av instrument som fångar olika former av utsatthet, det vill säga inte är begränsat till enskilda eller specifika våldshändelser, relationstyper eller kontexter.

Ett exempel är instrumentet Child Abuse Screening Tool (ICAST) som utformats av internationella experter och som inkluderar frågor om fysiskt, psykologiskt och sexuellt våld samt kontextuella faktorer

som förövare, tidpunkt och miljö (44). Även om ICAST är holistiskt är det främst tänkt som ett forskningsverktyg och inte lämpligt att använda i vård och omsorg på grund av dess omfattning.

Ett (förenklat!) sätt att illustrera förståelseramen syns i figur 1. I ett samtal om våld och utsatthet behöver alla cirklar utforskas och även hur cirklarna interagerar med varandra, en "lager-på-lager"-analys.

Figur 1.



Vi börjar med att titta närmare på den innersta, svarta, cirkeln. Forskning om svåra händelser under barndomen (de nämnda ACE-studierna) visar våldets inneboende dynamik. Här framkommer en viktig skillnad mellan barn som upplevt enstaka traumatiska händelser och barn som varit med om flera svåra upplevelser. Enstaka händelser, exempelvis en olycka eller naturkatastrof, kan



**Frihetsberövade barn har ökad risk att bli utsatta för våld och psykisk ohälsa**

---

leda till akuta stressreaktioner men spontan återhämtning är oftast möjlig särskilt om barnet har stöd från en trygg vuxen.

Den andra röda cirkeln uppmärksammar betydelsen av ett barns inre resurser och förmågor att hantera svåra upplevelser. Inre resurser kan vara kognitiva och sociala förmågor som påverkar hur barnet förstår och förhåller sig till det inträffade och de känslomässiga reaktionerna som det väcker. Vissa barn är mer motståndskraftiga (resilienta) och utvecklar hjälpsamma strategier för att hantera svåra upplevelser medan mer sårbara barn riskerar att fastna till exempel i självanklagelser vilket ökar risken för psykisk ohälsa (45).

Den rosa cirkeln uppmärksammar barnets relationer och omsorgsmiljö. Barn som växer upp i fattigdom, i familjer med psykisk ohälsa, med missbruk i familjen eller som tillhör grupper som utsätts för diskriminering löper högre risk att både utsättas för våld och drabbas hårdare av dess konsekvenser (46).

Särskilt barn som utsätts för våld i hemmet av närstående löper förhöjd risk till långvarig och djupgående psykisk ohälsa. Våld från en omsorgsperson innebär ett dubbelt svek och en djup kris i anknytningssystemet. Barn som saknar en stabil bas att reglera känslor och söka stöd ifrån löper därför högre risk för långvariga svårigheter (47). Detta kan leda till desorganiserad anknytning där barnets beteende blir svårtolkat och fragmenterat (48).

En longitudinell studie visar att unga vuxna som varit multiutsatta som barn uppvisar betydligt högre grad av psykopatologi. Samtidigt kan en enda stödjande vuxen under uppväxten ha haft en skyddande effekt och därmed påverkat sambandet mellan multiutsatthet och psykopatologi (49).

Trygg anknytning till en vårdnadshavare är en av de mest betydelsefulla skyddsfaktorerna för barn som upplever traumatiska händelser. Närvarande och lyhörda omsorgspersoner kan fungera som buffert, underlätta bearbetning och möjliggöra återhämtning.

Den yttersta gråa cirkeln lyfter in det omgivande samhällets fungerande och samspel med övriga cirklar. Att växa upp under svåra livsomständigheter medför förhöjd risk att utsättas för olika typer av våld och innebär många gånger begränsad tillgång till viktiga skyddsfaktorer i barns liv såsom tillgång till hälso- och sjukvård, utbildning och fritidsaktiviteter (50).

Det har nämnts tidigare att våldsutsatta barn löper större risk att utsättas igen under både barndom och vuxenliv (10). Exempelvis löper frihetsberövade barn ökad risk för multiutsatthet och psykisk ohälsa. Likaså bär barn på flykt eller i krigsmiljöer ofta på flera lager av traumatiska upplevelser, från separationer till diskriminering i mottagarländer.

Detta understryker vikten av att kartlägga alla våldsupplevelser ett barn bär på och förstå dem i ljuset av barnets hela livssituation, även vilka skyddande faktorer som varit närvarande i barnets liv, för att kunna planera rätt insatser.

Sammanfattningsvis kan två barn reagera helt olika på samma händelse beroende på omsorgssystem, livsomständigheter och individuella resurser. Barnets subjektiva upplevelse är resultatet av ett komplext samspel mellan händelsens karaktär, relationen till förövaren, anknytning, livsomständigheter och egna resurser. Screeningverktyg som enbart fokuserar på vissa händelser riskerar att missa och misstolka information eftersom våldets verkningar är komplexa och mångdimensionella.

Mot denna bakgrund är det viktigt att arbetet med att förbättra upptäckt av barn som är tortyröverlevare inte reduceras till en rutinfråga utan att utveckla en metod som kan hantera våldets komplexa följdverkningar.

## **Utsatthetskartan:**

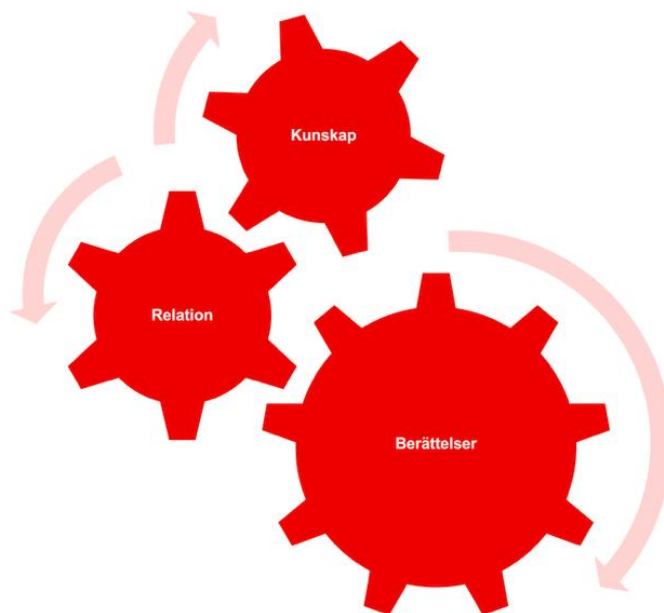
### **En relationell rutin för att upptäcka våld**

Kliniker på Svenska Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala har tillsammans med forskare utvecklat en prototyp till ett stödverktyg med arbetsnamnet Utsatthetskartan. Ett delsyfte har varit att utveckla ett verktyg som möter de utmaningar som lyfts fram i Socialstyrelsens nationella strategi *En uppväxt fri från våld* (5).

Utsatthetskartan är ett förslag till ett tortyrkänsligt stödverktyg för samtal med barn och vårdnadshavare om våld och illabehandling (0–17 år). Vägledande i utformningen av Utsatthetskartan har varit att säkerställa tidig upptäckt av de mest (multi)utsatta barnen genom att ge en struktur och systematik i insamlingen av information om barns pågående och tidigare upplevelser.

Ambitionen har varit att utveckla ett verktyg som kan användas i olika verksamheter och vara heltäckande för alla former av illabehandling, våld och traumasymtom samtidigt som relationsbyggande prioriteras. Arbetet vilar på tidigare forskning och stödmaterial om hur man skapar ett tryggt samtal däribland metodstödet *Frågor om våld* framtaget av Västra Götalandsregionens kunskapscentrum om våld i nära relationer (51). Utsatthetskartan har tre moduler som illustreras i figur 2. Resterande del av kapitlet ägnas åt att utförligare beskriva respektive modul.

Figur 2.



## Modul 1: Relation

Den här komponenten fokuserar på relationsbyggande och att få till ett konstruktivt, tillitsfullt samtal med barnet.

Utifrån tidigare forskning och erfarenheter när det gäller att föra samtal med barn om utsatthet återkommer fyra aspekter som särskilt betydelsefulla för att etablera en tillitsfull relation (52).

**Tydlighet** innebär att förklara för barnet varför man vill prata och hur samtalet kommer gå till. Tydlighet handlar om att informera barnet om sina rättigheter som att hen kan ha rätt till skydd och även vård, behandling och rehabilitering vid behov. Slutligen behöver den vuxna adressera eventuella konsekvenser som samtalet kan leda till. Den stora utmaningen med kriteriet tydlighet är att förmedla informationen på ett sätt som barnet kan ta till sig och förstå.

**Validering** handlar om att den vuxna behöver uttrycka närvaro, engagemang och acceptans i samspelet med barnet. Ett sätt att validera är att uttrycka nyfikenhet inför barnets aktuella psykiska och fysiska mående, lust och intressen.

**Lyhörddhet** handlar om att försöka förstå barnets behov, förmågor och erfarenheter. Det kräver tid och utrymme att lära känna barnet och förstå barnets styrkor och sårbarheter. Det kan handla om att skapa en förståelse för barnets känslspråk till exempel vilka signaler som tyder på oro, koncentrationsproblem, trötthet eller glädje. Lyhörddhet kan även handla om att förstå barnets uttryck och lyssna till det som är viktigt från barnets perspektiv.

**Anpassningar.** Anpassningar innebär att hitta en form och struktur för samtal som utgår från barnets behov och förmågor exempelvis hur länge ett barn kan hålla koncentrationen uppe eller om det är hjälpsamt med bildstöd.

Processen att etablera en trygg relation kan vara tidskrävande men utan den investeringen i tid är risken stor att barnet inte är motiverad att berätta.

Det finns många vägar att gå för att lära känna varandra och etablera en relation. Här föreslås en ingång där fokus är kroppen och kroppsliga upplevelser. Det kan lämpa sig bra i många sammanhang framför allt när barnet har någon form av kroppslig problematik som sömnproblem, huvudvärk, magvärk eller en fysisk skada av något slag.

Att prata om kroppen är mer konkret än att prata om känslor och tankar. Samtidigt kan det vara ett sätt att hjälpa barnet se hur kroppen och det psykiska måendet hänger ihop.

Arbetet med kroppen bör ta tid. Ett samtal med kroppen som utgångspunkt kan ge en god förståelse om barnets fungerande och

mående såsom mognad, språklig utveckling och förhållandet till sig själv och sin kropp.

I samtalet kan man vara nyfiken på olika kroppsliga upplevelser: smärta, obehag eller kanske en skön känsla i kroppen? Hur känns det i den här stunden, hur brukar det kännas i vardagen och vad brukar barnet göra när det gör ont någonstans eller när det är en jobbig känsla i kroppen?

Om man bjuder in barnet att rita på en kroppskarta och samtidigt berätta om olika kroppsdelar kan man komma i kontakt med berättelser om utsatthet, våld och/eller konsekvenserna av det.

### **HUR MAN KAN BESKRIVA MODUL 1 FÖR BARNET**

Alla människor är ibland med om svåra saker. Saker som gör att vi mår dåligt inuti eller som gör att våra kroppar får ont. Kroppen kan göra ont för att något skadat oss men den kan också göra ont om vi är med om något otäckt. Ibland gör det bara ont precis när det otäcka händer, ibland gör det också ont långt efteråt.

Emojis kan vara ett stöd för att hjälpa barnet att uttrycka en känsla som sitter i kroppen exempelvis kan känslan ledsen sitta i magen eller kanske hjärtat. Även vad barnet gör när hen känner olika känslor kan ge värdefull inblick i barnets fungerande.

På nästa sida finns en figur (figur 3) som den vuxna och barnet kan utgå ifrån i modul 1.

Figur 3.

### Frågor om svåra saker



Jag heter \_\_\_\_\_

När jag fyller år är det (årstid/månad):

Då känns det så här:

Rita eller skriv vad du brukar göra när du får känslan/känslorna du ringat in:

## Modul 2: Kunskap

I modul 2 är fokus att utveckla en gemensam kunskapsram, förståelse och ett gemensamt språk om våld och utsatthet. Det täcker hela spektrumet av våldsutsatthet från omsorgsbrist till de mest allvarliga kränkningarna av mänskliga rättigheter såsom tortyr.

### HUR MAN KAN BESKRIVA MODUL 2 FÖR BARNET

Vuxna behöver ibland fråga barn om svåra saker som barnet kanske varit med om. Om man är med om skrämmande saker kan man ibland behöva hjälp. Barn måste veta att det finns saker som är förbjudna att göra mot barn och att de har rätt att få hjälp. Det är aldrig ett barns fel om det är med om otäcka saker. Jag vill gärna prata med dig om saker du varit med om. Du är aldrig tvungen att berätta. Det finns inte heller något som är rätt eller fel saker att berätta om. Vad säger du om att prata lite om dig och vad du har varit med om?

Här ingår både att berätta för barnet vad våld är och hur man kan reagera och känna efteråt (traumasymtom) men samtidigt att lyssna till barnets uttryck och berättelse. Här krävs en lyhörddhet för barnets spontana reaktioner och delande.

Enklast är att börja prata om sådant som anknyter till barnets erfarenheter (givet att det finns information) och sedan invänta barnets egna reaktioner.

Målet är att utforska barnets nuvarande och tidigare våldsutsatthet och att göra en översiktlig sammanställning av barnets livserfarenheter i en korstabell (se figur 4).

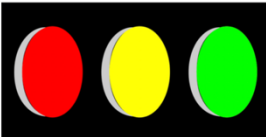
Korstabellen har två variabler: typ av våld och miljö. Korstabellen färgläggs tillsammans med barnet utifrån om det framkommer våldshändelser (röd), indikation om våld (gul) eller ingen indikation om våld (grön).

Figur 4.

**Typ av våld**

	Fysiskt våld	Psykiskt våld	Sexuellt våld	Förlust/ Separation	Omsorgsbrist/ Livsvillkor	Olyckor/ Sjukdom
<b>Krig/Flykt</b>						
<b>Hem/Familj</b>						
<b>Skola/Arbete</b>						
<b>Myndighet</b>						
<b>Offentlig plats</b>						
<b>Internet</b>						
<b>Annan plats</b>						

**Miijö**



**Färgmarkera i rutorna enligt följande:**

**Röd** Indikation om utsatthet

**Gul** Eventuell utsatthet, uppföljning nödvändig

**Grön** Ingen indikation på utsatthet

Varje ruta i tabellen motsvarar en viss typ av våldsutövning i en viss miljö. Exempelfrågor för varje ruta kommer finnas med som stöd men det är viktigt att frågorna anpassas till barnets utveckling och mognadsnivå. Det behöver vara stor variation och anpassningar när det gäller frågeformuleringar.

För att ge utrymme åt barnets motivation, lust och förmåga att berätta är följsamhet till barnets berättelse viktigt. Samtalet kan röra sig fritt mellan rader och kolumner beroende på vad som dyker upp i samtalet. Vid rutinfrågor kan man börja med någon neutral information som man vet om barnet och sedan se vart samtalet rör sig. När samtalet initieras efter indikation om våldsutsatthet kan det vara lämpligt att starta i den ruta som är mest relevant utifrån den kännedom som finns om barnets erfarenheter.

Finns det exempelvis kännedom om att ett barn upplevt krig kan samtalet börja på den raden vilket illustreras i figur 5. Den vuxna presenterar temat och efterfrågar sedan information om huruvida barnet upplevt olika former av våld i krigsmiljö. Ger barnet uttryck för svåra upplevelser görs en röd markering i rutan. Om barnet till exempel svarar att det hört bombningar och gömt sig under bordet görs en röd markering i rutan "krig/psykiskt våld".

Figur 5.

		Typ av våld					
		Fysiskt våld	Psykiskt våld	Sexuellt våld	Förlust/ Separation	Omsorgsbrist/ Livsvillkor	Olyckor/ Sjukdom
Miljö	Krig/Flykt						
	Hem/Familj						
	Skola/Arbete						
	Myndighet						
	Offentlig plats						
	Internet						
	Annan plats						

I en situation när barnet uttrycker eller på annat sätt visar att det inte vill prata mer om ett visst ämne, exempelvis kriget, men den professionella bedömer att det sannolikt finns fler svåra upplevelser än enbart bombningar gulmarkeras de rutorna vilket illustreras i

figur 6. Gul indikerar att det finns potentiellt traumatiserande upplevelser som behöver utredas vidare.

Figur 6.

		Typ av våld					
		Fysiskt våld	Psykiskt våld	Sexuellt våld	Förlust/ Separation	Omsorgsbrist/ Livsvillkor	Olyckor/ Sjukdom
Miljö	Krig/Flykt		1				
	Hem/Familj						
	Skola/Arbete						
	Myndighet						
	Offentlig plats						
	Internet						
	Annan plats						

När samtalet är klart kan korstabellen vara helt eller delvist färglagd i röd-gul-grön vilket ger en överblick av ett barns tidigare och pågående utsatthet och en tydlig vägledning för andra omsorg- och vårdgivare som finns i barnets nätverk om vad som behöver utredas vidare, vilket illustreras i figur 7.

Figur 7.

		Typ av våld					
		Fysiskt våld	Psykiskt våld	Sexuellt våld	Förlust/ Separation	Omsorgsbrist/ Livsvillkor	Olyckor/ Sjukdom
Miljö	Krig/Flykt		1				
	Hem/Familj						2
	Skola/Arbete						
	Myndighet		3		4	5	
	Offentlig plats	6					
	Internet		7				
	Annan plats						

### Modul 3: Berättelse(r) om våld

I de fall då ett barn berättar om våld behövs beredskap att ta emot hela berättelsen. Målet är inte nödvändigtvis en fullständig berättelse men av respekt mot barnet ges utrymme, såväl tidsmässigt som emotionellt, att kunna ta emot all väsentlig information som barnet delar.

Den vuxna och barnet skriver tillsammans ned barnets egna ord om händelsen på ett separat blad, se figur 8. Vad som faktiskt har hänt, alltså en sammanhängande berättelse, kan vara svårt att få fram.

Berättelser kan vara fragmentariska och vissa delar kan barnet redogöra för med tydlighet medan andra delar är svårare att prata om.

**Figur 8.**

**Namnge specifik händelse:**

Berätta!						
<b>Vad?</b> Exponering, typ av våld.	<b>När?</b> Plats, tid, frekvens.	<b>Känsla</b> då/nu?	<b>Smärta</b> då/nu?	<b>Vem/vilka</b> Förövare?	<b>Varför</b> Syfte?	<b>Hjälp, stöd</b> då/sen/nu?

Frågorna i rosamarkerade rutor indikerar särskilt relevant information att uppmärksamma under samtalet (frågorna ska alltså inte ställas explicit till barnet). Dessa faktorer har framkommit i forskningsstudier som särskilt viktiga för att kunna förstå hur en händelse påverkat barnets hälsa. Dessa aspekter kan även vara viktiga för att bedöma vilka vårdinsatser som är lämpliga samt i rättsliga ärenden såsom asylprocesser.

**Vad?** För det första är det viktigt att notera vad barnet varit med; vad för slags våld har hen utsatts för? En berättelse kan även innehålla flera olika typer av våldsutsatthet. Exempelvis kan nya former av våld framkomma när berättelsen utvecklas, såsom om ett barn berättar om bombningar och att hen låg under bordet (psykiskt våld) och sedan fortsätter berätta att hen hittade mormor med splitterskador i benet (fysiskt våld).

En central aspekt är att förstå hur exponeringen för våldet gick till: har barnet bevittnat våld eller själv blivit utsatt? Våld gör olika avtryck

beroende på om man själv utsatts, bevittnat eller hört talas om en våldsamt händelse. Risken för traumatisering ökar om man exponerats för våld som riktats mot en själv till skillnad från om man sett på internet eller hört talas om en skrämmande händelse. När det gäller bevittnat våld är det ofta avgörande vem våldet har riktats mot. Att som barn bevittna våld mot sina omsorgsgivare, till exempel tortyr, innebär ofta allvarliga risker för barn.

**När?** När en händelse har inträffat är viktigt att veta för att få en uppfattning om omfattning och upplevelsens natur vilket ofta påverkar symtombild vid traumatisering. En enskild, avgränsad våldshändelse av allvarlig karaktär ökar risken för att påverka ett barns psykiska och fysiska hälsa negativt. Samtidigt kan mindre allvarliga händelser som är återkommande och frekventa också öka risken för traumatisering. Vid upprepad våldsutsatthet, särskilt när våldet är av allvarlig karaktär, finns en särskild risk att barnet utvecklar mera komplexa och utvecklingsrelaterade former av traumatisering.

**Känsla då/nu?** De känslor barnet beskriver både när händelsen pågick och under återberättandet kan ge en indikation om hur våldet påverkat barnet över tid, barnets inre och yttre resurser som kan ha möjliggjort/förhindrat återhämtning samt aktuell traumatisering. Fysisk smärta, både när våldet skedde och i dagsläget, kan ge mycket information om både fysisk och psykisk hälsa och traumarelaterade fysiska besvär.

**Vem/vilka?** Information om vem som är ansvarig för våldet är av stor betydelse. Barnets relation till förövaren/förövarna och dessa individers maktposition i relation till barnet är avgörande för förståelsen av våldets konsekvenser, symtombildens komplexitet, barnets aktuella skyddsbehov samt bedömningar i rättsliga processer.

**Varför (syfte)?** Barnets egen beskrivning av varför händelsen ägde rum – vad som orsakade händelsen – kan vara hjälpsam för att få inblick i barnets upplevelsevärld. Barnets förståelse kan ge en bild av hens tankevärld, copingstrategier och emotionell mognad.

Om förövarnas motivering till våldet på något sätt framkommer under samtalet kan det ge information som har ett värde i rättsliga processer till exempel för att bedöma om våldet utgör ett hatbrott, tortyr eller är hedersrelaterat.

**Hjälp, stöd då/sen/nu?** Barnets upplevelse av stöd och hjälp under och efter händelsen är en viktig pusselbit för att förstå om det funnits förutsättningar för en spontan läkningsprocess efter trauma. Frånvaro av stöd och omsorg under/efter traumatiska upplevelser är en försvärande faktor som kan inverka på symtombilden.

När man märker att barnet delat så mycket som hen känner sig bekväm med eller förmår, lämnar man händelsen och går tillbaka till korstabellen.

## **Utsatthetskartan:**

### **En röd tråd genom vård- och omsorgssystem**

Utöver att bidra till upptäckt av våld och att ge röst åt barns livsberättelse kan Utsatthetskartan underlätta sammanställning av komplex information och informationsöverföring mellan olika yrkesprofessionella, myndigheter och vårdgivare.

Informationsöverföring är avgörande för att ett barns berättelse inte ska fastna hos en enskild aktör. Informationsöverföring har lyfts som en utmaning särskilt mellan socialtjänstens olika enheter (53).



**Men om vi som samhälle blir bättre på att identifiera barn som är tortyröverlevare behöver vi också ge vägledning till professionella vad man gör vid upptäckt av tortyr**

---

En ny rapport belyser problemet med att barnets berättelse fastnar i systemet samt att berättelsen alltför sällan är vägledande i utformningen av de öppenvårdsinsatser som sätts in. Även i de fall barnet har berättat om sin utsatthet delas inte alltid informationen med relevanta aktörer och i många fall blir inte barnets beskrivning och problembild styrande i den fortsatta

processen. Forskare förespråkar att alla öppenvårdsinsatser bör utgå från "barnets berättelse som en röd tråd" från utredning till avslut (54). Utsatthetskartan skulle kunna vara den sammanhållande röda tråden i det arbetet.

## **Vägen framåt**

För att synliggöra tortyröverlevare, deras rättigheter och behov, är vägen framåt en kombination av både strukturella (kunskapshöjning och forskning) och relationella insatser (trygghet- och tillitsskapande).

I det här kapitlet har ambitionen varit att bidra till det pågående arbetet att förbättra upptäckt av tortyröverlevare genom att ta fram en prototyp för ett stödverktyg att använda i samtal med barn om våld. Stödverktyget Utsatthetskartan är tortyrkänsligt vilket innebär att det kan fånga tortyr som fenomen utan att det ställs direkta frågor om tortyr. Betoningen är på relationsskapande insatser eftersom en trygg relation är en förutsättning för att barn ska berätta om svåra upplevelser.

Utsatthetskartan kan bidra till att ge en heltäckande bild av barnets erfarenhetsvärld. Den kan också bidra till att förenkla informationsöverföring mellan myndigheter och vårdgivare genom att ge en överblick av ett barns pågående och tidigare utsatthet men

även fördjupad förståelse av enskilda händelser och dess påverkan på barnet.

Arbetet med Utsatthetskartan är pågående. Viktiga forskningsfrågor framöver är att utvärdera Utsatthetskartans styrkor och svagheter. För tillfället förs samtal med professionella i syfte att vidareutveckla kartan och att stärka användarvänligheten samt säkerställa att den möter behov och utmaningar som professionella möter i sin vardag. Nästa steg är att undersöka barn och ungas upplevelser av samtal med Utsatthetskartan.

Den långsiktiga planen är att implementera och utvärdera kartan i olika verksamheter. En viktig fråga då är att undersöka vilka organisatoriska förändringar som gör att relationellt arbete prioriteras i praktiken i olika verksamheter (implementeringsforskning).

Men om vi som samhälle blir bättre på att identifiera barn som är tortyröverlevare behöver vi också ge vägledning till professionella vad man gör vid upptäckt av tortyr: hur berättar man för barnet vad som händer efter att man upptäckt tortyr? Vart remitterar man för tortyrrelaterade besvär?

Det behövs en generell kunskapshöjning i samhället om tortyr, dess konsekvenser och hur det skiljer sig från annan våldsutövning. Det finns behov av utbildningsmaterial om barn som tortyröverlevare. Utbildningsinstitutioner skulle behöva erbjuda kurser om tortyr framför allt på vård- och omsorgsutbildningar. Även myndigheter, institutioner och vårdgivare kan bidra genom att erbjuda anställda kompetenshöjande insatser.

En generell höjning av tortyrmedvetenhet kan göra avtryck i professionellas arbetsrutiner. I primärvården kan till exempel extra uppföljningsbesök hos läkare eller sjuksköterska vid indikation om våld vara ett enkelt sätt att arbeta relationsskapande därmed öka chansen att barn berättar om grovt våld. I skolvärlden finns möjlighet

att utveckla trygga relationer över längre tid. Skolsköterskors hälsosamtal med elever är en återkommande, regelbunden möjlighet att öppna upp för samtal om grovt våld. Barnavårdscentraler har också möjlighet att utforska våldsutsatthet över tid (utöver att uppmärksamma psykosociala riskfaktorer som görs på många håll i dagsläget med rutinen Barnsäkert, SEEK-modellen). En ökad tortyrmedvetenhet inom socialtjänsten är särskilt viktig eftersom de i stor utsträckning möter barn i riskzon för multiutsatthet och reviktimisering.

Ur ett globalt perspektiv är systematisk dokumentation och registrering av de tortyrfall som upptäcks av avgörande betydelse för att effektivt kunna arbeta för att motverka och förhindra tortyr (se till exempel *Global Torture Index*, OMCT). Upprättandet av ett nationellt register skulle vara en viktig resurs i det arbetet. För det krävs en nationell plan för kompetenshöjning om barn som är tortyröverlevare.

Slutligen, utöver tortyröverlevare är det många multiutsatta barn som aldrig får tillgång till det stöd och behandling de har rätt till. Dessa barn är särskilt utsatta för rekrytering in i kriminella nätverk. För att få stopp på rekryteringen av unga hörs i dagsläget många röster om hårdare bestraffning i avskräckande syfte. Men för dessa barn innebär bestraffning inte någon ny- eller ominläring utan bara en fortsättning av den utsatthet de genomgående upplevt i livet. Andra åtgärder krävs och framför allt mer resurser för att identifiera dessa barn mycket tidigare i livet. Tidig upptäckt tillsammans med stöd, behandling och vård är preventiva åtgärder för att motverka långvarigt psykiskt lidande och risken att hamna i destruktiva, kriminella miljöer.

Framöver krävs kraftfulla åtgärder för att stärka professionellas möjligheter att identifiera utsatta barn, bryta onda cirklar och ge barnet förutsättningar att skapa trygga relationer och känna tillit till det omgivande samhället.

# Referenser

1. Tamdjidi R, Nahlén Bose C. Barn som överlevt tortyr. En systematisk litteraturoversikt om screening, dokumentation och behandling av tortyrskadade barn. Stockholm: Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, 2023.
2. World Organisation Against Torture (OMCT). Torture of children: Global report 2021 [Internet]. Geneva: OMCT; 2021 [citerad 10 aug 2025]. Hämtad från: <https://www.omct.org/en/resources/reports/torture-of-children-global-report-2021>
3. Quiroga J. Torture in children. *Torture*. 2009;19(2): 66-87.
4. Sigvardsdotter E, Vaez M, Rydholm Hedman A-M, Saboonchi F. Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture Journal*. 2016; 26(2): 41-73.
5. Socialstyrelsen. En uppväxt fri från våld: En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet; 2022 [citerad 23 september 2025]. Artikelnummer: 2022:70. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se>
6. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score*. New York: Viking, 2014.
7. Haahr-Pedersen I, Ershadi A, Hyland P, Hansen M. Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse and Negl*, 2020; 107:
8. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med*. 1998; 14(4): 245-58.
9. Zhang L, Fang J, Wan Y, Gong C. The patterns of adverse childhood experiences among Chinese children: Four-year longitudinal associations with psychopathological symptoms. *J of Psychiat Rese*. 2019; 122(6).
10. Turner HA, Shattuck A, Finkelhor D, Hamby S. Polyvictimization and youth violence exposure across contexts. *J Adolesc Health*. 2017; 60(6): 761-9.
11. Cater Å, Andershed A, Andershed H. Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse and Negl*. 2014; 38(8): 1290-1302.
12. Towers R, Reventlow M, de Rengervé H, de Witte M. Recognising victims of torture in national asylum procedures. A comparative overview of early identification of victims and their access to medico-legal reports in asylum-receiving countries. Köpenhamn: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), 2013.
13. Barnombudsmannen. Det har alltid funnits våld, alltså när det har funnits problem: återrapportering till regeringen [Internet]. Stockholm: Barnombudsmannen; 2025 [citerad 20 sep 2025]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/stallningstaganden/publikationer/det-har-alltid-funnits-vald-alltsa-nar-det-har-funnits-problem/>

14. Lynn J, Shelton B, Knox J, Hardie T, Burd T, Hoffer K, Slater K. Child torture as a form of child abuse: An exploratory study of investigative aspects among 42 offenders. *Child Abuse and Neglect*. 2024; 158.
15. Grans L. The State Obligation to Prevent Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: The Case of Honour-Related Violence. *Hum Rts L Rev*. 2015; 15(4): 695.
16. Albaek AU, Kinn LG, Milde AM. Walking children through a minefield: how professionals experience exploring adverse childhood experiences. *Qual Health Res*. 2018;28(2):231–244.
17. Albaek AU, Binder P-E, Milde AM. Plunging into a dark sea of emotions: professionals' emotional experiences addressing child abuse in interviews with children. *Qual Health Res*. 2020;30(8):1216-1229.
18. Bidö S, Mannheimer M, Samuelberg P. *Traumatisering hos barn – en handbok*. Stockholm: Natur och Kultur, 2018.
19. Danieli Y. Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanal Psychol*. 1984;1(1):23–42.
20. Nahlén Bose C, Tamdjidi R. Children who survive torture: A systematic review of screening, documentation and treatment of torture injuries in children. *Torture Journal*. 2024; 34(3): 15-40.
21. LeDoux J. *The Emotional Brain*. New York: Simon, Schuster, 1996.
22. Choi K, Ford J, Briggs E, Monro-Kramer M. Relationships between maltreatment, posttraumatic symptomatology and the dissociative subtype of PTSD among adolescents. *J Trauma and Diss*. 2019; 20(2): 212-227.
23. Teicher MH, Samson JA J. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Child Psychol Psychiatry*. 2016; 57(3): 241–266.
24. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2(8): e356-366.
25. Barnafrid. *Toolbox för traumascreening inom socialtjänsten*. [internet]. Linköping: Linköping Universitet; 2024 [citerad 10 okt 2025]. Hämtad från: <https://barnafrid.se/kunskapsportal/wp-content/uploads/2024/05/toolbox-for-krisstod.pdf>
26. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer – Våld i nära relationer* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 10 sep 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
27. Socialstyrelsen. *Våld mot barn – Kunskapsstöd och regler* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023 [citerad 7 sep 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/vald-mot-barn/>
28. Konijnendijk AA, Boere-Boonekamp MM, Fleuren MA, Haasnoot ME, Need A. What factors increase Dutch child health care professionals' adherence to a national guideline on preventing child abuse and neglect? *Child Abuse and Neglect*. 2016; 53: 118–127.

29. Austin AE, Anderson KN, Goodson M, Niolon PH, Swedo EA, Terranella A, Bacon S. Screening for Adverse Childhood Experiences: A Critical Appraisal. *Pediatrics*. 2024; 154(6): e2023063483.
30. Tucker CJ, Finkelhor D, Turner H. Patterns of sibling aggression and mental health in childhood and adolescence. *Journal of Family Trauma, Child Custody and Child Development*. 2024; 21(1): 2-21.
31. Finkelhor D, Turner HA, Ormrod RK. Kid's stuff: The nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children. *Child Abuse and Neglect*. 2006; 30: 1401–1421.
32. Jernbro C, Janson S. Våld mot barn 2016 – en nationell kartläggning [Internet]. Karlstad: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2017 [citerad 10 aug 2025]. Hämtad från: <https://allmannabarnhuset.se/product/vald-mot-barn-2016-en-nationell-kartlaggning/>
33. Lang JM, Connell CM. Development and validation of a brief trauma screening measure for children: The Child Trauma Screen. *Psychol Trauma*. 2017; 9(3): 390-98.
34. Sachser C, Berliner L, Holt T, Jensen TK, Jungbluth N, Risch E, Rosner R, Goldbeck L. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*. 2017; 210: 189-195.
35. Nilsson D, Gustafsson PE, Larsson J, Svedin CG. Evaluation of the Linköping Youth Life Experience Scale (LYLES). *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198(10): 768-774.
36. Transkulturellt Centrum. Tortyrskador [Internet]. [citerad 3 dec 2025]. Hämtad från: <https://www.transkulturelltcentrum.se/vara-kunskapsomraden/tortyrskador/>
37. Socialstyrelsen. BBIC Grundbok – Barns behov i centrum [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023 [citerad 3 dec 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/06b772880f314d5ab08a6a995448b371/2023-9-8734.pdf>
38. Reitsem AM, Grietens H. Is Anybody Listening? The Literature on the Dialogical Process of Child Sexual Abuse Disclosure Reviewed. *Trauma, Violence and Abuse*. 2016; 17(3): 330-340.
39. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023 [citerad 7 sep 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/vald-i-nara-relationer--handbok-for-socialtjansten-halso-och--sjukvarden-och-tandvarden-2023-6-8592/>
40. Jernbro C, Landberg Å, Thulin J. Våld mot barn 2022: En nationell kartläggning [Internet]. Rapport beställd av Stiftelsen Allmänna Barnhuset på uppdrag av Regeringen; 2023 [citerad 10 aug 2025]. Hämtad från: <https://allmannabarnhuset.se>
41. Stevens I, Hassett P. Applying complexity theory to risk in child protection practice. *Childhood*. 2007;14 12:8-144.
42. Hjärpe, T. Mätning och motstånd: Sifferstyrning i socialtjänstens vardag. [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds universitet, 2020.
43. Rädde Barnen. Traumamedveten omsorg. [internet] Stockholm: Rädde Barnen; 2018 [citerad 10 jan 2026]. Hämtad från:

- [https://www.raddabarnen.se/globalassets/dokument/rad--kunskap/arbetar-for-barn/tmo/rb\\_tmo\\_2018\\_a5\\_22nov\\_k1.pdf](https://www.raddabarnen.se/globalassets/dokument/rad--kunskap/arbetar-for-barn/tmo/rb_tmo_2018_a5_22nov_k1.pdf)
44. Dunne MP, Zolotor AJ, Runyan DK, Andrevia-Miller I, Choo WY, Dunne SK, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse and Neglect*. 2009; 33(11): 815–25.
  45. Hermann H, Stewart D, Diaz-Granados N, Berger E, et al. What is resilience? *Canadian J Psychiatry*. 2011; 56(5): 258-265.
  46. Engström M, Randell E, Lucas S. Child Health Nurses' Experiences of Using the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model or Current Standard Practice in the Swedish Child Health Services to Address Psychosocial Risk Factors in Families with Young Children: A Mixed-Method Study. *Child Abuse and Neglect*. 2022; 132: 105820.
  47. Almqvist K, Norlén A, Tingberg B. Barn, unga och trauma. Att uppmärksamma, förstå och hjälpa. Stockholm: Natur och Kultur, 2019.
  48. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. [bokförfattare] Shaver PR, Cassidy J. *Handbook of Attachment*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2016.
  49. Blangis F, Arseneault L, Caspi A, Latham R, Moffitt T, Fischer H. Testing whether multi-level factors protect poly-victimised children against psychopathology in early adulthood: a longitudinal cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2024; 33 (e58): 1-11.
  50. UNICEF. Preventing and Responding to Violence Against Children: Global Status Report 2023 [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 [citerad 12 aug 2025]. Hämtad från: <https://www.unicef.org>.
  51. Björk J, Örmon K. Validering av frågeformuläret FOV – Frågor om våld till vuxna [Internet]. 2021 [citerad 1 sep 2025]. Hämtad från: <https://www.vgregion.se/valdinararelationer>.
  52. Hultmann O, Broberg A, Almqvist K, Appell P, Axberg U, Cater Å, et al. iRiSk – Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn. Göteborg: Göteborgs universitet, 2015.
  53. Forte. Efter våldet – från splittrade insatser till samordnat stöd [Internet]. Stockholm: Forte; 2025 Apr 2 [citerad 1 okt 2025]. Hämtad från: <https://forte.se/upptack-forskning/artiklar-upptack-forskning/efter-valdet--fran-splittrade-insatser-till-samordnat-stod>.
  54. Heimer M, Forsgren N. Barn som rättighetsbärare i öppenvårdsinsatser [Internet]. Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2025 [citerad 21 nov 2025]. Hämtad från: <https://allmannabarnhuset.se>





## HENRY ASCHER

är barn- och ungdomsläkare och professor i folkhälsovetenskap. Han har arbetat, forskat och undervisat om migration, hälsa och mänskliga rättigheter, bland annat vid Flyktingbarnmottagningen i Göteborg, inom Rosengrenska stiftelsens arbete med vård för papperslösa samt vid Angereds Närsjukhus och Sahlgrenska akademien.

## VIKTOR MAURITZ

är leg. psykolog vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala där han arbetar med psykologisk behandling för barn och vuxna samt tortyrskadeutredningar.

# Kapitel 4

## Barnanpassad tortyrskadedokumentation

*Tortyrskadedokumentation är avgörande för barns rätt till rehabilitering och upprättelse efter allvarliga övergrepp. Ändå har unga länge varit osynliga i såväl internationella riktlinjer som praktiskt dokumentationsarbete. Hur kan tortyrskador hos barn utredas och dokumenteras på ett sätt som tar hänsyn till deras särskilda sårbarhet och behov?*

År 1984 antogs Förenta nationernas konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Syftet var att förhindra tortyr och skapa ett system av garantier för att den som utför tortyr ska bestraffas. Sedan dess har kunskapen utvecklats, såväl om hur man dokumenterar misstänkt tortyr som om

metoder för rehabilitering av offer för denna typ av övergrepp. Utredningsprotokoll har skapats, liksom internationella centra och vetenskapliga organisationer för att forska och utvärdera olika behandlingsmetoder.

Allt detta är förstås av stort värde. Men med få undantag har arbetet hittills varit fokuserat på vuxna. Tyvärr utsätts också barn för tortyr och annan grym, omänsklig och förnedrande behandling. Det finns anledning att tro att dessa barn är många. Ändå nämns inte barn i tortyrkonventionen och väldigt lite forskning finns om dem och deras behov. Först 2022 introducerades ett barnperspektiv i Förenta nationernas internationella standard för tortyrskadedokumentation, det så kallade **Istanbulprotokollet**.

Till följd av detta osynliggörande har alltför många barn undanhållits rätten att få de övergrepp de utsatts för dokumenterade. De har inte fått möjligheterna till rehabilitering, behandling och återupprättelse av sin värdighet, trots att det garanteras i artikel 39 i barnkonventionen. Detta är inte acceptabelt. För att förbättra situationen behöver vi dels uppmärksamma att barn också kan vara offer för tortyr och annan grym, omänsklig och förnedrande behandling. Vi behöver också ge verktyg till professionella som arbetar med barn för att kunna identifiera dem, erbjuda dem utredning och dokumentation, behandling och rehabilitering.

Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala har i detta syfte initierat projektet *"Barn som överlevt tortyr"* inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering. Som del av det arbetet genomfördes en intervjustudie med vårdpersonal med erfarenhet av tortyrskadedokumentation med barn i olika delar av världen, som vi redovisar i detta kapitel, liksom resultat från ett arbete med att ta fram barnanpassade rapportmallar och metodstöd för tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet. Vår förhoppning är att detta ska vara ett litet steg på vägen.

## Bakgrund

### Tortyrskadedokumentation

Tortyrskadedokumentation innebär ett systematiskt, medicinskt-juridiskt arbete med att utreda och dokumentera människors utsatthet för tortyr. Detta görs genom att sätta deras beskrivningar av våld de utsatts för i relation till fysiska och psykiska skador som observeras vid undersökningar. Tortyrskadedokumentation kan ha många olika syften, såsom att ge upprättelse åt de som utsätts, utgöra underlag för sanktioner mot länder och förövare, påvisa och motarbeta förekomst av tortyr, eller uppmärksamma skyddsbehov för asylsökande som riskerar att torteras på nytt om de återvänder till flyktlandet. Som nämnts ovan finns sedan 1999 en internationell standard för tortyrskadedokumentation, Istanbulprotokollet, som reviderats år 2004 samt 2022 (1).

#### ISTANBULPROTOKOLLET

Istanbulprotokollet bygger på en kombination av medicinsk och psykologisk undersökning och bedömning, intervju gällande psykosocial livshistoria och livssituation, samt detaljerad beskrivning av det våld personen uppger sig ha utsatts för. Enligt protokollet ska utredarna sedan väga samman dessa delar och ge ett utlåtande om i vilken grad utredningsfynden står i överensstämmelse med det åberopade våldet. En utredning enligt Istanbulprotokollet ska med andra ord leva upp till höga krav både vad gäller utredningens noggrannhet och omfattning samt utredarnas kunskaper om effekter av olika former av fysiskt och psykologiskt våld.

### Barns utsatthet för tortyr – ett eftersatt område

Tortyrskador hos barn borde i teorin dokumenteras av samma skäl som hos vuxna. I praktiken har dock tortyrskadedokumentation för barn varit ett eftersatt område i de flesta avseenden, liksom definitioner, behandling och prevention anpassade till barn (2).

Specifika riktlinjer för tortyrskadedokumentation med barn har också saknats (3). Som vi nämnde i inledningen är det den senaste omarbetningen av Istanbulprotokollet, från år 2022, som introducerar



**Barnen ville inte  
ta av sig  
kläderna och  
visa ärrnen**

---

beskrivningar av utredning och dokumentation anpassat för barn. Även dessa är dock relativt rudimentära tillägg till instruktionerna för tortyrskadedokumentation med vuxna och kan knappast anses heltäckande. Även när det gäller forskning så återstår mycket att göra. En första litteraturstudie inom projektet "*Barn som överlevt tortyr*" hittade enbart 14 systematiska studier gällande tortyrskadedokumentation med barn, varav endast sex innefattade någon form av psykologisk bedömning (4).

Orsakerna till detta kan vara flera. Barn har svårt att göra sina röster hörda och sin livssituation synlig i en vuxen värld. Detta gäller i än högre grad för barn som är offer för våld. Känslor av skam är ofta en kvarstående och långsiktig effekt som drabbar offren och som bidrar till en tystnad kring deras upplevelser. Barns situation har också i ett historiskt perspektiv ofta hamnat i skymundan av annat lidande i samband med väpnade konflikter. Barns utsatthet i dessa konflikter kan dessutom osynliggöras av att det kan vara alltför smärtsamt för vuxenvärlden att ta in.

Frågan om tortyr av barn omgärdas av oklarheter gällande vilka situationer, miljöer och handlingar som kan och bör omfattas av tortyrbegreppet. Det finns också en risk att begreppet "tortyr" väcker associationer till stereotypa idéer om specifika metoder för fysiskt våld, vilket kan leda till att situationer som i praktiken är lika eller mer torterande ur ett barns perspektiv hamnar i skuggan. För en fördjupad diskussion om dessa frågor se kapitel 1 och 2.

## **Svenska erfarenheter**

2017 tog Flyktingbarnmottagningen i Göteborg (Henry Ascher arbetade på Flyktingbarnmottagningen 2008–2021) emot ett antal barn som inte bara var mentalt traumatiserade utan också hade somatiska ärr efter tortyr. När personal ville dokumentera dessa skador för intyg i barnens asylärenden var det inte lätt. Barnen ville inte ta av sig kläderna och visa ärren. Trots intensivt arbete av mottagningens psykologer fick flera barn plågsamma återupplevanden i samband med undersökningen, i något fall så svåra att den måste avbrytas. Ett barn som fått en framtand utslagen under tortyr vägrade gå till skolan innan han hade en stiftand på plats. Frågorna i skolan om varför han saknade en tand fick honom att återuppleva tortyren.

Denna erfarenhet fick personal på Flyktingbarnmottagningen att fundera över om man missade barn som hade utsatts för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Det gjordes därför en genomgång av de 113 barn som gick i behandling på mottagningen. Hela 98 av dem hade utsatts för våld. För 44 av dem handlade det om tortyr eller strukturellt våld, fängslande, dödshot eller kidnappning. Syftet kunde vara att få information, en lösensumma eller tvångsrekrytering till väpnade grupper eller sexhandel. Övriga 54 hade utsatts för annat våld i eller utanför familjen. Ofta var våldsutsattheten svår att identifiera och barnens rätt till skydd förbisågs, inte minst i asylprocessen. I många av fallen hade behandlingen på mottagningen pågått länge innan våldsutsattheten upptäcktes. Många barn hade svårt att berätta om vad de varit med om. Tillit, trygghet och tid var viktiga förutsättningar.

## **Effekter av våld mot barn**

### **Barn är inte små vuxna**

Barn skiljer sig från vuxna på flera sätt. Detta innebär att det som kan utgöra grym och omänsklig behandling av ett yngre barn inte

nödvändigtvis behöver vara lika allvarligt för vuxna eller ett äldre barn. Det betyder att den som ska utreda övergrepp mot barn behöver ha en gedigen allmän kunskap om barns normala utveckling för att kunna bedöma eventuella undersökningsfynd. Samtidigt krävs det också kunskap om det individuella barnets behov och förutsättningar.

Några faktorer som är annorlunda hos barn i relation till vuxna är minnet, tidsuppfattningen, den kognitiva och psykosociala mognaden, samt barnet som en person under biologisk tillväxt och mognad. Barn befinner sig i hög grad i nuet. Barn har också begränsade erfarenheter att relatera sina upplevelser till. Det kan påverka hur minnen lagras, återhämtas och uttrycks. En följd av detta är att barn har en annan tidsuppfattning. Frågor såsom "när hände det?", "hur länge pågick det?" och "vad hände sedan?" är ofta svåra att svara på för personer som utsatts för traumatiskt våld. För barn i alla åldrar är det ännu svårare eller omöjligt att svara på. Här är den som dokumenterar ofta beroende av dokumentation eller uppgifter från andra vuxna personer.

Barn med kognitiva svårigheter, beteendeproblem eller kroniska sjukdomar och funktionshinder kan ha individuella behov att ta hänsyn till, samtidigt som de är särskilt riskutsatta för våld och övergrepp. Detta gör att våld kan leda till delvis andra och svårare effekter på grund av ökade svårigheter att hantera påfrestningarna. De kan också ha särskilda svårigheter att beskriva vad de utsatts för och sina upplevelser av det.

Ju yngre ett barn är, desto mer fysiskt och mentalt beroende är det av trygga vuxna anknytningspersoner. Barn är i behov av skydd för sin överlevnad och de är ofta medvetna om det. Behovet av vuxenskydd kvarstår under större delen av uppväxten. Att berövas denna trygghet, eller hotas med att berövas den, upplevs som ett existentiellt hot mot hela dess tillvaro. Det är inte minst därför som barn som bevittnar hot, våld och övergrepp mot föräldrarna påverkas så kraftigt även om de inte direkt utsätts själva. Barn beskriver ofta att de är mer rädda för att något ska hända deras föräldrar än att de själva ska drabbas. Också att separeras från föräldrar mot deras och barnets vilja, till exempel att kidnappas, är i regel en mycket skrämmande och traumatiserande upplevelse. Likaså om barnet hotas med att hemska saker kommer att hända föräldrarna om barnet inte gör som förövarna vill. Tortyrsituationen, oavsett om den främst riktas mot föräldrarna eller mot barnet självt, blir ett existentiellt sammanbrott som slår sönder barnets upplevelse av att föräldrarna kan skydda dem. Barnet ser hur deras tidigare bild av föräldrarna, kanske som starka och trygga, krossas och att föräldrarna inför deras ögon förvandlas till att bli lika hjälplösa som de själva är.



**Barn har  
en annan  
tidsuppfattning**

---

## **Barns beteenden och behov efter våldsamma erfarenheter**

Barns förmåga att hantera och förstå vad de varit med om påverkas av deras kognitiva förmågor. Dessa varierar mellan olika barn men är också beroende av barnets utveckling mentalt, socialt och kroppsligt. Svåra händelser tolkas och bearbetas av ett litet barn efter de förmågor barnet har. I takt med att barnet växer och utvecklas, utvecklar det nya förmågor. Det är då vanligt att samma händelse bearbetas igen, men med användning av den nya förståelsen. Det betyder att känslor av sorg och ilska relaterade till förlusten kan återkomma efter flera år, med ny kraft och på andra sätt.

Barn som upplevt svåra och plågsamma händelser som går utöver deras tidigare upplevelser kan reagera på olika sätt. De kan försöka stänga av och tränga undan minnet av händelsen om de upplever att det är alltför smärtsamt och att de saknar sätt att hantera och



### **Skador kan läka relativt snabbt**

---

bearbeta det. Men barnet kan också försöka bearbeta upplevelsen utifrån sin förmåga. Hos barn är leken det vanligaste sättet. Vuxna kan ibland reagera starkt på när barn leker krig eller våld, men för ett barn som har egna våldsamma upplevelser kan sådan lek vara en metod för att uttrycka och bearbeta dem. Traumatiserade barn kan emellertid fastna i leken och mekaniskt upprepa våld och övergrepp. De kan då behöva hjälp med att hitta en väg ut ur den traumatiska upprepningen.

Äldre barn har ofta behov av att uttrycka sina upplevelser verbalt. De kan då behöva stöd av en vuxen åhörare. För många barn kan det vara svårt att sätta ord på sina upplevelser, inte minst på ett språk som inte är ens modersmål. Därför är det bra att erbjuda barn olika alternativ. Att rita, skriva dagbok, poesi, raptexter, att fotografera eller filma är exempel på uttryckssätt som kan kännas bekväma för olika barn beroende på personlighet och ålder.

Barnet som berättar om en traumatisk händelse är ofta uppmärksam på lyssnaren och anpassar sin berättelse till hur det uppfattar att lyssnaren orkar ta emot. Barnet kan begränsa och förminska sin historia om det uppfattar att den som lyssnar blir överväldigad eller ledsen av den. Barnets berättande är ofta ett sätt att försöka ringa in vad det varit med om. Inte sällan finns det luckor, motsägelser och saker som inte hänger ihop. Det kan vara lätt att som vuxen vilja korrigera, men risken är då stor att barnet blir mer fokuserat på att tillfredsställa åhöraren.

## Somatiska effekter av våld

De somatiska följderna för barn som utsätts för fysiskt våld både liknar och skiljer sig från vuxna. Effekterna kan vara omedelbara, till exempel sårskador och frakturer, eller visa sig senare, till exempel som följd av våld som drabbar hjärna och nervsystem. Hud, slemhinnor, mjukdelar och skelett läker normalt både bättre och snabbare än hos vuxna, än mer ju yngre barnet är. Det betyder att skador kan läka relativt snabbt och inte behöver lämna synliga ärr. Vissa har dock en medfödd benägenhet att läka med stora och vulstiga ärr som både kan vara smärtsamma, inskränka rörlighet och vara problematiska ur utseendesynpunkt. Detta är vanligare bland vissa grupper med pigmentrik hud.

Behandlade eller felbehandlade skador, till exempel frakturer och mjukdelsinfektioner, kan leda till bestående problem såsom felställningar, mjukdelsskador eller -defekter, nedsatt rörlighet, funktion och smärta. Hos ett växande barn kan sådana skador ibland kompenseras av att nya funktioner och förmågor kan minska effekterna av bortfallet. Ofta består dock följderna, eller kan framträda och bli mer tydliga.

När det gäller följder av neurologiska skador, skador som drabbar hjärna och nervsystem, så är det vanligt att vuxna får fokala skador. Det innebär att vissa specifika funktioner skadas, till exempel att ena kroppshalvan blir förlamad eller att talförmågan skadas. Hos barn befinner sig hjärnan och nervsystemet under utveckling och det får till följd att skador ofta får en mer generell effekt. Den fortsatta utvecklingen av hjärnan kan påverkas på olika sätt men många gånger inte lika påtagligt som hos vuxna. Nervreflexer kan vara normala men när barnet springer fort kan skador visa sig som patologiska medrörelser, till exempel att en arm blir spastisk eller att barnet springer på ett onormalt sätt. Andra effekter kan vara beteendeförändringar som kan utgöra en psykisk reaktion. Kognitiva problem, inlärningssvårigheter och mer subtila och diffusa

svårigheter är vanliga effekter av hjärnskador och kan visa sig i högre ålder när kraven ökar. Även epilepsi kan uppträda som en sen följd av våld mot huvudet.

## **Svenska Röda Korsets arbete med tortyrskadedokumentation och barn**

Svenska Röda Korset driver i skrivande stund (våren 2026) fem behandlingscenter för krigsskadade och torterade runtom i Sverige. Utöver bedömningar och behandlingar erbjuder dessa mottagningar också tortyrskadedokumentation. Detta sker genom utredningar av behandlingscentrens personal, med stöd av ett nätverk av volontärläkare som bistår utredningarna. Samtliga utredare utbildas i Istanbulprotokollet och arbetar med stöd från erfarna kollegor och asylrättsjurister, med utgångspunkt i skriftliga rutiner samt en enhetlig mall för rapporter angående tortyrskadedokumentationen.

Under de år som organisationen utfört tortyrskadeutredningar har emellertid ytterst få förfrågningar angående barn inkommit och i stort saknas erfarenhet av att utreda dem. Det finns dock ett pågående arbete med psykologisk bedömning och behandling för barn som traumatiserats av krig eller tortyr vid behandlingscentret i Uppsala, som är det behandlingscenter som tar emot barn som patienter. Övriga behandlingscenter bedriver psykosocial verksamhet för barn som är anhöriga till vuxna patienter.

### **Delprojektets delar**

Delprojektet om tortyrskadedokumentation bestod av två delar. Den första delen var en mindre intervjustudie, vars syfte var en förbättrad förståelse av komplexitet i psykologiska bedömningar av barn inom dokumentation av tortyr och illabehandling. Den utfördes genom att samla in och sammanställa uppfattningar från kliniska experter med relevant erfarenhet. Delprojektets andra komponent bestod av att ta fram ett skriftligt metodstöd för tortyrskadeutredningar med barn, samt en ny rapportmall för barn.

Nedan beskrivs först intervjustudiens metod, resultat och slutsatser. Därefter följer en redogörelse för arbetet med metodstöd och rapportmall samt författarnas sammanfattande slutsatser och rekommendationer.

## Intervjustudien

### Metod

#### Deltagare

Deltagare till intervjuerna eftersöktes initialt via det professionella nätverk för tortyrskadedokumentation och -rehabilitering som finns inom International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), där samtliga Svenska Röda Korsets behandlingscenter är medlemmar. Därefter fortsatte deltagarrekruteringen genom ett snöbollsurval från de nätverk och organisationer som det etablerades kontakt med under processen. Potentiella deltagare informerades muntligt och skriftligt om projektets syfte och innehåll samt om deltagandets frivillighet och anonymitet. Ingen ersättning erbjöds. Samtliga deltagare gav utifrån detta samtycke till sin medverkan.

Värt att notera gällande rekryteringsprocessen var svårigheten i att hitta psykologer, socialarbetare eller barnpsykiatriker med relevant erfarenhet av tortyrskadedokumentation med barn och unga, även vid kontakt med organisationer vars huvudsakliga arbete rör just tortyrskadedokumentation och -rehabilitering.

Under projektet intervjuades sju personer. I detta urval ingick fyra personer verksamma i Nordeuropa, en i Västasien, en i Östafrika och en i Centralamerika. Två av deltagarna var läkare specialiserade inom barnpsykiatri och barnpsykoterapi, tre var psykologer, en var psykoterapeut och en var socionom. Samtliga deltagare hade flera års erfarenhet av arbete med dokumentation av tortyr och andra former av våld som barn utsatts för.

## Intervjuer

Intervjuerna genomfördes halvstrukturerat, utifrån sex områden som identifierats i förväg. Följdfrågor ställdes under intervjuerna med utgångspunkt i deltagarnas svar, utifrån en målsättning om att låta deltagarnas expertis vägleda samtalet bortom intervjuarens befintliga föreställningar. Intervjuerna genomfördes och spelades in via digitala videosamtalsplattformar och inspelningarnas längd varierade mellan 52 och 75 minuter. Under en av intervjuerna användes tolk, övriga genomfördes på svenska, engelska eller spanska.

De sex områden som täcktes i varje intervju valdes ut med utgångspunkt i tidigare forskning och befintliga guider och riktlinjer, i synnerhet Istanbulprotokollet. De utvalda områdena var följande:

- **Intervjupersonen** inklusive frågor om utbildning, arbetsgivare och övriga professionella erfarenheter såväl som specifika erfarenheter av tortyrskadedokumentation med barn.
- **Kontexten** inklusive frågor om i vilka syften, på vilka platser och i vilka verksamheter som tortyrskadedokumentation med barn genomförts, vem som beställt utredningarna, vilka åldrar, språk och annan relevant information som karakteriserar barnen som intervjupersonen träffat, den lokala juridiska kontexten samt vilka former av tortyr som påträffats.
- **Bedömning** i olika åldrar inklusive frågor om behov hos barn i skilda åldrar och hur dessa kan mötas, såväl som specifika utmaningar kopplat till ålder eller utveckling när det gäller att bedöma samstämmigheten mellan utredningsfynd och åberopad tortyr.
- **Familj** inklusive frågor om att genomföra tortyrskadeutredningar med barn som lever med sina ursprungsfamiljer såväl som barn som är separerade från sina ursprungsfamiljer, vad gäller att exempelvis inhämta samtycke till utredningen, omsorgsgivares roll i att bidra med information till utredningen och att stötta

barnet under den, samt utmaningar gällande exempelvis skuld känslor eller hotbilder inom familjer.

- **Barnets bästa och rättigheter** inklusive frågor om situationer då det bedömts lämpligt eller olämpligt att genomföra utredningar, särskilda hänsyn med tanke på omsorg om barnets bästa, eller undantag och justeringar i utredningsförfaranden av sådana hänsyn.
- **Kultur och etnicitet** inklusive frågor om ifall dessa faktorer kan underlätta eller försvåra utredningar och dokumentation samt om huruvida de är relevanta aspekter i de kontexter som intervju personerna var verksamma i.

## Analys

Inspelningarna transkriberades via en professionell transkriptionstjänst och analyserades tematiskt (5).

## Resultat

### Kontexter

Deltagarna berättade om arbete med tortyrskadedokumentation i en mångskiftande uppsättning av geografiska kontexter. I den **västasiatiska kontext** som beskrevs i en intervju gjordes tortyrskadeutredningar främst i syfte att synliggöra tortyr samt motverka den på politisk nivå. I denna kontext beskrevs att barn gjordes till måltavlor för tortyr främst i syfte att attackera den etniska grupp de tillhörde. Organisationen arbetade både med mottagningar och uppsökande verksamhet där familjer i behov av deras tjänster identifierades under fältarbete.

I den **östafrikanska kontext** som beskrevs i en annan intervju användes tortyrskadedokumentation också i syfte att motverka tortyr, främst gällande politiska fångar, men där kunde dokumentationen också användas som bevisning i juridiska upprättelseprocesser för torterade. I denna kontext beskrevs att barn ofta utsattes för tortyr



som ett sätt att ge sig på politiskt aktiva föräldrar. Organisationen arbetade i stor utsträckning med uppsökande verksamhet men fick också ärenden refererade till sig via muntliga rekommendationer.

I den **centralamerikanska kontext** som beskrevs i en tredje intervju arbetade intervjupersonen på en organisation som drev psykosociala projekt inne på ungdomsanstalter, där de också utförde tortyrskadedokumentation. Barn i denna kontext utsattes för tortyr framför allt inom rättsväsendet.

Fyra av intervjuerna gjordes med personer verksamma i tre olika länder i en **nordeuropeisk kontext**, där tortyrskadedokumentation i princip undantagslöst utfördes inom ramen för asylprocesser, antingen för att kunna åberopa risk för upprepade tortyr vid återkomst till ursprungslandet eller för att åberopa hälsokonsekvenser efter tortyr som skäl för uppehållstillstånd. Organisationerna som intervjupersonerna arbetade för bedrev mottagningsverksamhet inom sjukvård eller andra former av stöd för personer på flykt.

## Utmaningar och strategier

I intervjuerna beskrevs utmaningar inom psykologiska tortyrskadeutredningar med barn som i vissa fall kunde skilja sig mellan olika kontexter, men som i många fall också påminde om varandra.

En utmaning som identifierades av samtliga deltagare var behovet av att etablera god kontakt med barnet och vinna dess tillit. Enligt deltagarna kunde traumatiserade barn ofta behöva mer tid på sig än vuxna för att känna sig trygga, och behovet av tillräckligt med tid för detta var också något som påtalades i samtliga intervjuer. En deltagare beskrev:

*Jag måste anstränga mig mycket för att skapa en god stämning som ett [yngre] barn kan uppleva som tryggt. Jag tänker att det är så med tonåringar också, men det är mycket... Ja, jag behöver göra en mycket större ansträngning med ett [yngre] barn för att skapa det.*

Flera deltagare nämnde också vuxna omsorgspersoners medverkan under utredningen som en strategi för att öka barnens tillit och trygghet. Några deltagare nämnde hembesök hos barnen och deras familjer som en strategi för att öka tilliten i relationen med såväl barn som omsorgspersoner. Flera deltagare tog upp barns behov av stöd, uppmuntran och beröm under utredningar.

En annan utmaning som lyftes av flera deltagare var barns – i synnerhet yngre barns – varierande förmågor att uttrycka sina upplevelser verbalt, när det gäller vad de varit med om såväl som när det gäller deras rådande psykologiska tillstånd. Några deltagare angav att en huvudsaklig strategi för att hantera detta var att erbjuda barn åldersadekvata sätt att uttrycka sig på, exempelvis lek eller konst. En deltagare beskrev:

*Det är mer ospecifikt, och jag tror att i bedömningen så behöver jag...Jag måste vara väldigt flexibel. Jag kan använda skattningsformulär, men jag kan också försöka få information genom att leka med barnet, genom att titta i en bok [tillsammans].*

En annan strategi som nämndes var att använda information från föräldrar eller andra omsorgspersoner som komplement för att bättre förstå barnets kommunikation. En deltagare nämnde ett behov av tillräckligt med tid för att kunna bedöma det enskilda barnets kommunikation. Flera deltagare uppgav även att de lutade sig mot tidigare erfarenheter och utbildning när det gällde att etablera och tolka kommunikation med barn de utredde. En deltagare beskrev att:

*Vi försöker att ha tillräckligt med tid för att kunna göra olika saker med barnen. Och vi börjar med en sorts procedur där vi kan lära känna varandra och där vi också... Där föräldrarna också kan lära känna utredaren. Barnen kan se att, ok, de verkar vänligt inställda till varandra och det är en avslappnad stämning. Som ett första steg. Och sen försöker vi interagera med barnen utifrån deras ålder. Så att ju yngre de är, desto mer kanske vi leker med figurer, små figurer, små dockor, som playmobil till exempel, sådana saker. Bara för att få till några olika situationer och sen kunna observera.*

En annan deltagare uttryckte:

*Jag, för min del, har professionell utbildning i att hantera barnfrågor och frågor om våld. Redan innan jag arbetade hos [tidigare arbetsgivare] så utbildades jag av [annan tidigare arbetsgivare] för att arbeta med barn. Jag har lärt mig färdigheter för att hantera barn och för att kunna få information från dem.*

En närliggande utmaning som identifierades i förväg i intervjuunderlaget var att bedöma synbara motsägelser i barns beskrivningar av sina upplevelser. Vid samtal om detta så tog flera

intervjupersoner upp behovet av tillräckligt med tid för att lära känna barnet och genom interaktion och observation över tid bättre kunna förstå vad det kommunicerar. Detta sades särskilt gälla vid utredningar av yngre barn. En annan strategi som nämndes av deltagare var att låta vuxna omsorgspersoner hjälpa barn att strukturera sin kommunikation under utredningen.

Föräldrar och andra omsorgspersoner var emellertid inte bara något som togs upp som ett stöd för utredningarna, utan sågs också som en potentiell utmaning. Flera deltagare tog upp att föräldrar såväl som barn kan tendera att försöka skydda varandras känslor genom att undvika vissa samtalsämnen i den andres närvaro, och ibland därför också kan vara omedvetna om vad den andre upplever. En deltagare beskrev:

*Jag träffade ett barn här som berättade för mig att han vaknar varje natt och gråter, och jag frågade honom, varför väcker du inte din mamma? Nej, jag vill inte väcka henne. Och hon sover väldigt djupt...Hon tar antidepressiva, mamman, hon sover utan att vakna. Hon sa till mig, nej mitt barn sover hela natten, men hon visste inte eftersom hon tog sin medicin. Och barnet sa, jag vaknar varje natt klockan ett. Och alltså, de bor väldigt tätt ihop, men ibland har jag fått känslan att de inte vet mycket om de andra, om familjen. De döljer sina problem och måste vara starka, och de kanske inte accepterar eller vill kännas vid sina egna problem. Det kanske är överlevnadsinstinkt egentligen.*

Deltagare påpekade också att det i traumatiserade familjer är vanligt att relationer ansträngs av skam eller skuld som hänger ihop med gemensamma erfarenheter av våld, vilket kan bidra till kommunikationssvårigheter inom familjer i samband med utredning. En deltagare beskrev att:

*...ibland är det ju så mycket skam och skuld inblandat. Man gav sig i väg på en flykt för att skydda sin familj och så händer det*

*värre saker på flykten, till exempel...Eller så har barnet skuld mot föräldrarna för att den har försatt dem i någon situation. Det är så mycket man kan ha att balansera.*

I den centralamerikanska kontexten beskrevs arbete med ett nätverk för föräldrar till torterade barn, som organiserats i syfte att minska stigmat som familjer upplever och stärka föräldrar i att stötta sina barn. I den västasiatiska kontexten beskrevs uppsökande arbete gentemot utsatta familjer i form av hembesök såväl som onlinekontakter som en nyckelstrategi för att komma runt svårigheter med skam och stigma. En deltagare beskrev:

*Vi har byggt ett team, ett mobilt team. De går hem till familjer, och det här har att göra med kulturen. Att [familjer] inte vågar skicka sitt barn för de vill inte att det ska bli stämplat som en galning som inte mår bra i huvudet, på grund av de här sakerna. Så vi har tänkt att vi går dit i stället, vi försöker söka upp dem.*

En utmaning som identifierades av ett par deltagare var att bedöma barns bästa vad gäller att genomföra tortyrskadeutredningar eller ej. Ett exempel gällde asylsökande tonåringar som separerats från sina ursprungsfamiljer och risker ifall information i utredningen offentliggörs genom exempelvis juridiska processer. Sådana risker kunde enligt en intervjuperson vara svåra för tonåringar att bedöma i förväg, vilket väckte frågor om hur informerat samtycke kan inhämtas på sätt som samtidigt skyddar ungdomens intressen. Ett annat exempel gällde barn som fortfarande lever med sina familjer och delar information med utredare som riskerar att stigmatisera familjen om den offentliggörs, eller som kan innebära att barnet riskerar att utsättas för hedersbaserat våld från familjemedlemmar eller andra släktingar. Deltagare reflekterade över behovet av att se till barns säkerhet och navigera olika risker och behov som

kan stå i konflikt med varandra, samtidigt som utrymme ges åt barnets egen agens och informerat samtycke. Ett par deltagare nämnde erfarenhet av arbete med liknande fall som avgörande för att kunna göra svåra avvägningar. En deltagare beskrev:

*Det är inte enkelt svart och vitt, utan man får ibland göra jättedåliga avvägningar; vad är minst dåligt? Och när man är i det ganska mycket så tror jag att man har lite koll på att det kan vara så, men om man inte så ofta jobbar med barn, kanske som är i asylprocess och så, så tror jag inte att man fullt ut förstår hur sjukt svårt det är att få asyl och att det är... ja, en del av dom här frågorna.*

En annan aspekt av barns bästa som togs upp av en deltagare var potentiella intressekonflikter i möten med traumatiserade barn mellan tortyrskadeutredningens mer avgränsade syften å ena sidan och terapeutisk omsorgsplikt å andra sidan. Till exempel utredarens behov av att få specifik information om åberopad tortyr gentemot barns behov av att bearbeta upplevelser som ur barnets synvinkel kan te sig lika viktiga eller rentav viktigare. Här ansåg deltagaren att etiska förpliktelser att se till barnets bästa innebär att man behöver försöka tillgodose barnets behov av att få sina upplevelser att hänga ihop. Detta var samtidigt något som sågs som en svår och komplex uppgift, i synnerhet med barn som separerats från sina föräldrar och som kanske inte fått någon vuxen hjälp att bearbeta sina upplevelser över huvud taget. En deltagare beskrev:

*Barnen ber ju sällan om hjälp, för man kan ju inte be om hjälp om något som man inte kan formulera sig kring...Men när det inte finns föräldrar så får man ju...man är ju lite förälder också hela tiden i mötet med dem här, för att de måste ha en förälder, då får man liksom vara det litegrann också.*

Vid frågor om hur kultur och etnicitet påverkar utredningar varierade deltagarnas svar från att se dessa aspekter som mycket viktiga till inte särskilt viktiga. En deltagare tog upp erfarenheter av att vanligtvis inte ha några svårigheter att möta barn och föräldrar med olika kulturer och etniciteter, med undantag för en specifik grupp i deltagarens kontext, där kulturella och religiösa skillnader innebar ett stort hinder för att etablera tillit. En annan deltagare berättade att deras verksamhet försökt skapa uppsökande verksamhet anpassad för specifika behov hos en viss etnisk minoritet i deras kontext. En tredje deltagare ansåg att risken att fokusera alltför mycket på kulturella eller etniska skillnader var större än risken att vara omedveten om dem, och betonade vikten av att undvika förutfattade meningar utifrån antaganden om patientens identitet, med deltagarens ord:

*...så att man tänker på att det är en människa man har framför sig, inte ett ursprung eller vad man ska säga.*

## **Tematisk analys och implikationer**

### Terapeutiskt förhållningssätt och tillräckligt med tid

Ett tema som framträdde i analysen var behovet av ett terapeutiskt förhållningssätt gentemot barn och föräldrar för att möjliggöra adekvata bedömningar. Ett "terapeutiskt förhållningssätt" kan betyda många saker, men syftar i detta sammanhang på intervjupersonernas beskrivningar av sådant som aktivt arbete med utredningens ramar, samarbete, gemensamma mål, barns och föräldrars upplevelse av agens, känslomässig trygghet samt en arbetsallians gällande det utredda barnets psykologiska behov. Dessa aspekter lyftes fram i intervjuerna och har tydliga likheter med metodfrågor som är vanligt förekommande i psykologisk behandling för barn och familjer. Dessutom är flera av de interventioner som

nämnts i avsnittet ovan vanligt förekommande i  
behandlingskontexter.

Ett särskilt tydligt sätt som detta tema framträdde på var i de upprepade kommentarerna om behovet av tillräckligt med tid för att fördjupa och stärka relationen till barnet som utreds. Enligt deltagarna var ett syfte med detta att göra det möjligt för barnet att känna sig tryggt och bekvämt nog för att klara av att kommunicera kring känslomässigt utmanande innehåll. Ett annat syfte som nämndes var emellertid den professionelles behov av att kunna tolka barnets kommunikation och övriga beteenden inom ramen för en framväxande relation, i en kollaborativ process över tid. När vi sätter dessa bägge syften bredvid varandra belyser de relationens avgörande betydelse för att möjliggöra psykologiska bedömningar av effekter av åberopad tortyr av barn.

Ett annat sätt som detta tema framträdde på var i kommentarer som handlade om att hjälpa barn och föräldrar att övervinna rädslor, skam eller skuld orsakat av våld som de utsatts för. I detta fall blir känslomässiga reaktioner under utredningen å ena sidan symtom på psykologisk skada orsakad av de åberopade upplevelser som utreds, å andra sidan psykologiska hinder för att inhämta information under utredningen som behöver övervinnas. De professionella interventioner som syftar till att motverka dessa reaktioner tjänar på så sätt två samtidiga och sammanflätade syften: de underlättar utredningen av barnet samtidigt som de bidrar till att det lättare kan återhämta sig.

Temat om terapeutiskt förhållningssätt som framträder i intervjuerna är knappast något nytt, och inte heller unikt för tortyrskadeutredningar med barn. Exempelvis rekommenderar Istanbulprotokollet för alla åldrar att utredare undviker "klinisk neutralitet", och föreslår i stället att vara "stöttande", "transparent" och "icke-dömande" (§ 525) såväl som att använda "aktivt lyssnande", "noggrann kommunikation" och "äkta empati" (§ 272).

Samtliga rekommendationer hade lika väl kunnat hittas i utbildningsmaterial eller manualer för många psykologiska behandlingar eller psykoterapier. Vid arbete med barn verkar det emellertid som om dessa behov hamnar i ett skarpare fokus. Många av utmaningarna som identifierats i detta projekt verkar höra samman med barns större svårigheter att förstå varför tortyrskadedokumentation görs, vem som intervjuar dem, varför de ska beskriva sina erfarenheter, men också vad de faktiskt upplevt eller upplever och att sätta ord på detta. Ett terapeutiskt förhållningssätt kan vara avgörande för att göra det möjligt att beskriva traumatiska upplevelser även för många vuxna, men de utmaningar som är specifika för barn gör att ett sådant förhållningssätt ter sig oundgängligt under dessa utredningar.

I Istanbulprotokollet definieras omsorgsplikt mer tydligt för barn än för vuxna, men även för barn begränsas omsorgsplikten för utredare enligt protokollet till att "skydda barnet" samt att "undvika och rapportera risker" (§ 164). Intervjuerna i projektet indikerar att bortom denna mer begränsade uppgift så uppstår också en annan etisk fråga för kliniker som arbetar med barn som kan vara påverkade av tortyr, i form av ett behov av att bistå barnet psykologiskt, exempelvis med att reda ut och ge mening åt dess upplevelser. På så sätt väcker barns särskilda sårbarhet och utvecklingsmässiga behov frågor om utredningsetik när terapeutiska behov observeras under utredningen. Samtidigt talar intervjupersonernas redogörelser som vi sett ovan för att psykologiska utredningsförfaranden vid tortyrskadedokumentation med barn och unga överlappar med terapeutiska interventioner.

För traumatiserade barn är det därför svårt att göra en tydlig uppdelning mellan utredning och behandling. Detta skapar särskilda utmaningar för den som hamnar i en sådan dubbel roll, vilket återspeglas i intervjupersonernas återkommande hänvisningar till behov av tid, utbildning och erfarenhet för att kunna bedöma barns

ofta svårtolkade kommunikation och beteende under utredningen på ett etiskt acceptabelt sätt.

## Utbildning och erfarenhet

Det andra huvudsakliga tema som framträdde i analysen var hur kliniker lutade sig mot utbildning och erfarenhet när de hanterade utmaningar som upplevdes specifika för att utreda barn. Detta tema framträdde både vid samtal om hur insamlad information skulle bedömas och tolkas och vid samtal om praktiska aspekter av att genomföra utredningsprocedurer. Att luta sig mot erfarenhet nämndes av flera deltagare vid samtal om att etablera kontakt och tillit, att förstå barns kommunikation och bedöma deras symtom, att arbeta med familjemedlemmar samt att navigera risker vid utredningar och kunna se till barnets bästa. Detta kom fram vid upprepade tillfällen då intervjuerna närmade sig detaljnivå gällande tolkningar, beslutsfattande och alternativa lösningar på vanliga utmaningar och svårigheter. Det kom också upprepat på tal angående utmaningar som är specifika för yngre barn.



**Många av utmaningarna verkar höra samman med barns större svårigheter att förstå varför tortyrskadedokumentation görs**

---

En deltagare belyste samma tema ur en annan vinkel då den trots psykoterapeutisk utbildning och erfarenhet av denna typ av utredningar återkommande uppgav att brist på barnspecifik utbildning var något som upplevdes försvåra och begränsa denna deltagares arbete med att utreda barn.

Å ena sidan kan det tyckas som om det är en självklarhet att en komplex och känslig uppgift, som psykologisk bedömning av hur ett barn påverkats av åberopad tortyr, kräver relevant utbildning och erfarenhet. Å andra sidan fördes detta tema på tal om och om igen i intervjuerna om uppgiftens utmaningar. Det blev också tydligt hur

bedömning och inhämtande av information hängde ihop, samt hur bägge delarna ägde rum inom ramen för en framväxande relation med barnet som utreds. Att etablera, fördjupa och dra slutsatser utifrån en sådan relation kan ses som en form av hantverk som inte är enkelt att sammanfatta i manualer eller riktlinjer.

Det är värt att notera att temat om utbildning och erfarenhet framträdde särskilt ofta vid samtal om utmaningar som är specifika för yngre barn. Detta faktum är kanske talande för vilken typ av utbildning och erfarenhet det är som åsyftas. Barns behov, beteenden och upplevelser av sin omvärld skiljer sig mycket beroende på ålder; ju yngre barn, desto större skillnader mot vuxna. Äldre barn uppfattar vi ofta som nästan vuxna och vi riskerar då att bortse från att de också har särskilda barnbehov, om än anpassat till deras ålder och mognad. När vi möter yngre barn blir deras specifika behov mer påtagliga. På så sätt kan yngre barns behov sägas visa på alla barns behov.

I Istanbulprotokollet beskrivs den utbildning som behövs för att utreda barn som "specifika intervjutekniker och procedurer som säkerställer barns välmående och skyddar dem från att retraumatiseras, samt ger vägledning om hur information kan inhämtas från barn på ett tillförlitligt sätt beroende på deras utvecklingsnivå", med hänvisning till andra riktlinjer för att förhöra eller intervjua barn (Annex II, kapitel II. A). Dessa aspekter framstår som väsentliga, men inskränker sig samtidigt till att handla om att samla information om barns upplevelser. De förbiser därmed såväl frågor rörande behovet av att bygga en trygg relation med barnet för att möjliggöra inhämtande av information, som den psykologiska bedömning som i tortyrskadeutredningar också utgör en central del av underlaget för att bedöma överensstämmelse med det åberopade våldet. Utifrån intervjuerna som genomförts inom detta projekt verkar det vara av väl så stor betydelse med relevant utbildning och

erfarenhet av psykologisk bedömning och behandling av traumatiserade barn.

Sammanfattningsvis erbjuder intervjupersonernas erfarenheter inte några snabba och enkla genvägar förbi utmaningarna det innebär att genomföra psykologiska bedömningar av barn som kan ha påverkats av tortyr. De pekar snarare på behovet av tillräckligt med utbildning, erfarenhet och tid för att kunna möta utsatta barn och familjer på ett sätt som gör sådana bedömningar möjliga, samtidigt som utredda barns behov tillgodoses på ett etiskt fullgott sätt. De indikerar också ett behov av fortsatt utveckling av befintliga internationella riktlinjer.



**Äldre barn uppfattar vi ofta som nästan vuxna och vi riskerar då att bortse från att de också har särskilda barnbehov**

---

## **Underlag för anpassningar av tortyrskadeutredningar**

Inom ramen för projektet har ett arbete också gjorts med att ta fram underlag för att anpassa de tortyrskadeutredningar som utförs inom Svenska Röda Korset, så att verksamheterna står bättre rustad att ta emot barn för detta syfte. Svenska Röda Korsets fem behandlingscenter i Skellefteå, Uppsala, Skövde, Göteborg och Malmö är alla medlemmar i organisationen International Rehabilitation Council for Torture Victims och tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet har gjorts inom organisationen sedan 2008. Svenska Röda Korset har även varit representerad i arbete med revision av protokollet.

Utredningar inom avdelningen görs på uppdrag av de utredda patienterna, vanligtvis på förfrågan från migrationsdomstol eller juridiskt ombud, i syfte att ingå i bevisning gällande ansökningar om uppehållstillstånd. Utredningarna utförs och undertecknas av team om två personer, varav en psykolog anställd inom Svenska Röda Korset och en läkare, antingen en anställd eller en frivillig läkare (Svenska Röda Korset har en grupp volontärläkare). Avdelningen

har genom åren genomfört interna utbildningar i tortyrskadeutredningar och utredare erbjuds dessutom kollegial handledning av andra erfarna utredare. Inom Svenska Röda Korset arbetar även migrationsrättsjurister som bistår vårdverksamheterna med juridiska bedömningar gällande förfrågningar om tortyrskadeutredningar samt konsultationer gällande utredningarnas juridiska aspekter. Det finns en särskild arbetsgrupp som fattar beslut som rör arbetet med tortyrskadeutredning och det eftersträvas en enhetlighet i utredningsförfaranden såväl som i rapporter. Avdelningen har bland annat tagit fram mallar som används för att skriva utredningsrapporter.

Samtidigt saknar Svenska Röda Korsets behandlingscenter i princip erfarenhet av tortyrskadeutredningar med barn, i synnerhet vad gäller yngre barn, men även erfarenhet av tortyrskadeutredningar med tonåringar är mycket begränsad. Inom ramen för projektet "*Barn som överlevt tortyr*" valde därför behandlingscentret i Uppsala att ta fram förslag på barnanpassat material för tortyrskadeutredningar. Detta gjordes dels i form av en ny rapportmall specifik för barn, dels i form av ett metodstöd med rekommendationer gällande olika aspekter av tortyrskadeutredningar. Underlaget för dessa dokument utgjordes av befintliga riktlinjer och vetenskaplig litteratur, författarnas kliniska kunskap och erfarenhet, insamlad information i intervjustudien som redogjorts för ovan, samt konsultationer med psykologer, läkare och jurister med relevant erfarenhet och kunskap.

Rapportmallen och metodstödet är kliniska arbetsdokument som är tänkta att kunna revideras internt, de finns därför inte närmare beskrivna eller bifogade i denna antologi. Några centrala punkter som framkom i arbetet med dem sammanfattas emellertid nedan.

## Slutsatser och rekommendationer

### Anpassningar av tortyrskadeutredningar för barn

En tortyrskadeutredning är en omfattande process som kräver noggrannhet och tid. Den berör upplevelser som för barnet varit skrämmande och livsomvälvande. Det är oundvikligt att utredningen väcker smärtsamma minnen. Samtidigt innebär den etiska grund som sjukvården vilar på att vården och dess personal aldrig får skada eller göra illa, utan ska lindra och om möjligt bota.

Olika behov och intressen kan stå i konflikt med varandra i övervägandet om en tortyrutredning ska göras med ett barn, och det är viktigt att noga överväga dessa inför ett beslut om utredningen ska genomföras. Centralt är att identifiera barnets intresse och behov på kort och lite längre sikt, det enskilda barnets bästa.

Om beslutet blir att en utredning ska göras är det av stor betydelse att åtgärder vidtas för att minska utredningens negativa biverkningar för barnet. Viktigt är att så långt som möjligt skapa en situation som är trygg, säker och stabil för barnet. Situationer där barnet upplever sig maktlös och hjälplös riskerar att påminna om traumatiska situationer och måste undvikas. Att lära känna barnet och skapa en tillitsfull relation är därför av stor vikt och är direkt avgörande för möjligheten att kunna genomföra en tillförlitlig utredning.

Tydliggör för barnet att det inte måste svara på frågor det känner sig obekvämt med utan att det är barnet som bestämmer vad det vill dela med undersökaren. Motivera varför undersökningen görs, uppmuntra och återkoppla tätt till barnet under samtal och undersökning. Utredningen bör göras i den takt barnet klarar av och får ta den tid barnet behöver, ofta krävs mer än ett tillfälle. Det är viktigt att vara uppmärksam på när barnet behöver pauser.

En viktig del i att etablera trygghet samt få tillgång till bästa möjliga information är samarbete med föräldrar eller andra vuxna som barnet

kan känna sig trygg med och som känner barnet. Sådant samarbete kommer samtidigt ofta med utmaningar, inte minst om relationen mellan barn och föräldrar är ansträngd till följd av gemensamma traumatiska upplevelser. Samtidigt är det som regel bra att ge såväl barn som vuxna möjlighet att prata enskilt eftersom det annars finns en risk för att både barn och föräldrar undanhåller information för att skydda varandra. Det är följaktligen viktigt att göra en sammanvägd bedömning av hur utredningen kan genomföras på ett så tryggt och bekvämt sätt som möjligt för det utredda barnet.

Ibland blir det tydligt under utredningen att situationen blir alltför påfrestande för barnet trots de trygghetsskapande åtgärder man kan erbjuda. I sådana situationer bör utredningen avbrytas. Kanske kan den återupptas inom en kortare eller längre framtid då förutsättningarna är bättre. Behovet av att avbryta utredningen är också i sig en viktig information om barnets tillstånd.

En väsentlig del i arbetet att skapa en trygg och säker miljö runt barnet inför en utredning är att lokaler behöver anpassas för barn. Kåla sjukhus- och institutionsmiljöer upplevs av de flesta barn som skrämmande. Det är här viktigt att vara medveten om barns olika upplevelser av trygghet i olika miljöer utifrån ålder, olika funktionsvariationer eller kognitiva förmågor. Rum för tonåringar behöver göras annorlunda än rum för förskolebarn.

En annan viktig faktor för att säkerställa barns trygghet i utredningar om misstänkt tortyr är en hög kompetens hos utredarna. En stor erfarenhet av att samtala med och undersöka barn i olika åldrar liksom en gedigen erfarenhet av barns utveckling, både normal och avvikande, är av stor vikt. Likaså är erfarenhet av att möta och samtala med barn som utsatts för våld, traumatiska upplevelser och tortyr samt erfarenhet av att göra tortyrskadeutredningar väsentligt.

En övergripande slutsats är att tortyrskadeutredningar av barn inte kan göras som enbart en formell utredning, som ett förhör och en traditionell kroppsundersökning av en vuxen. Om man ska få fram viktig information som är så fullödig som möjligt behöver man skapa en trygghet runt barnet som möjliggör att det vågar närma sig smärtsamma och plågsamma minnen. Det är också nödvändigt med tanke på barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen (6) och den medicinska och psykologiska yrkesetiken (7,8). Detta innebär att en traditionell separation mellan utredning och behandling inte är möjlig fullt ut. Barnet behöver under själva utredningen fortlöpande information, positiv återkoppling och uppmuntran. Ett av syftena med utredningen är att utgöra ett led i barnets läkande och rehabilitering med målet att återskapa hopp.



**Behovet av att avbryta utredningen är också i sig en viktig information om barnets tillstånd**

---

## **Barnspecifika aspekter vid fysiskt våld**

När det kommer till den somatiska utredningen är det som beskrivits tidigare i kapitlet några viktiga faktorer som skiljer sig mellan barn och vuxna. Viktigast är kanske att skador mot huvud, hjärna och nervsystem ofta leder till mer generella och ibland ganska diffusa skador hos barn, medan de hos vuxna ofta leder till fokala neurologiska skador såsom halvsidiga förlamningar eller specifika funktionsbortfall såsom dysfasi. Motoriska skador hos barn visar sig oftast tydligast i samband med att barn springer, hoppar på ett ben eller rör sig. Patologiska medrörelser, svårigheter eller spasticitet framträder ofta då. Detta innebär att undersökningslokalerna behöver anpassas för barn, exempelvis genom att säkerställa utrymme för barn att springa och röra sig.

Mer diffusa skador kan framträda senare under barnets utveckling då barnet kanske inte klarar nya och större krav på neurologisk eller kognitiv förmåga (se exempelvis kapitel 6). Diffusa

inlärningssvårigheter är vanligt, ofta med en ojämn utvecklingsprofil så att vissa funktioner fungerar bättre och andra sämre. Även sociala svårigheter, svårigheter i samspelet med andra, kan visa sig i högre ålder då kraven ökar. I en tortyrskadetredning behöver man kunna kartlägga om besvär av denna typ kan vara orsakade av det våld barnet utsatts för. Här är anamnesen, den tidiga historien, viktig. Om barnet varit välfungerande före våldshändelserna, kanske till och med haft lätt att lära sig i skolan, talar det för att våldet barnet utsatts för haft betydelse för de aktuella svårigheterna. Om graviditet och förlossning varit komplicerade, om barnet haft allvarliga sjukdomar, om barnet varit sent i sin tidiga utveckling eller om det finns en släkthistoria av neurobiologiska svårigheter, talar det i riktning mot att de svårigheter man ser helt eller delvis har andra förklaringar än det angivna våldet, vilket samtidigt inte talar emot att barnet också kan ha utsatts för våld.

Vid **kroppsundersökning** är det viktigt att förbereda barnet inför varje moment, förklara vad man ska göra och varför. Det är bra att undersöka en kroppsdel i taget och ta av eller lyfta på kläderna över den kroppsdel som utsatts för eller bär spår av våld kan trigga plågsamma återupplevelsanden. Man kan behöva påminna barnet om var det befinner sig och varför. Det är bra om personer som barnet uppfattar som trygga finns närvarande.



## Rapporten

Skriftliga rapporter från tortyrskadeutredningar fyller flera syften som måste balanseras mot varandra. De ska i de flesta fall användas i juridiska kontexter och de som läser dem kommer vanligtvis sakna professionell kunskap om barns utveckling eller om effekter av utsatthet för våld. Det är av stor vikt att vara pedagogisk och tydlig i beskrivningar av dessa aspekter och hur de påverkar bedömningen. Samtidigt är utredningsrapporten i slutändan barnets dokument. Det är därför av särskild betydelse att den är skriven på ett sätt som skyddar barnets integritet och värdighet samt i möjligaste mån på så sätt att barnet självt kan förstå så mycket av rapportens innehåll som möjligt. Det är också av stort värde om utredningens fynd, slutsatser och eventuella vidare åtgärder såsom remisser kan återges till barnet av utredare, med anpassningar utifrån ålder och mognadsnivå.

## Slutord

Barn som utsatts för tortyr måste ha samma rätt som vuxna till utredning, dokumentation, behandling och rehabilitering. Möjligheterna till tortyrskadeutredningar behöver därför förtydligas och underlättas. Det innebär i sin tur att tortyrskadeutredningar anpassade för barns särskilda behov behöver göras tillgängliga för barn som kan misstänkas ha utsatts för tortyr, exempelvis i samband med asylprocesser. Som visats ovan ställer detta också krav på resurser i form av utredare med tillräcklig utbildning och erfarenhet, som får tillräcklig tid och övriga förutsättningar för att kunna genomföra utredningar på ett fullgott sätt.

Ett grundläggande problem inom området är bristen på internationella riktlinjer. Revisionen av Istanbulprotokollet 2022 var ett stort steg i riktning mot att uppmärksamma barns särskilda behov i samband med tortyrskadedokumentation, men de delar av protokollet som berör barn är i dagsläget alltför rudimentära för att fungera vägledande i alla relevanta avseenden.

Samtidigt försvåras arbete med riktlinjer av bristen på forskning, i synnerhet vad gäller psykologiska delar av tortyrskadedokumentation men även när det kommer till medicinsk kunskap. Vår slutsats är att sådan forskning framöver bland annat bör fokusera på frågor om förhållningssätt under undersökningar av barn när uppgift om tortyr föreligger, arbete med föräldrar och andra omsorgspersoner, nödvändig kompetens för att kunna genomföra robusta utredningar, relationerna mellan utredare och barn, samt de olika kontexter i vilka barn utsätts för tortyr respektive får tortyrskador dokumenterade. (Läs mer om olika kontexter i kapitel 2.)

Sammanfattningsvis finns starka indikationer på att barn som utsatts för våld och tortyr, såväl i Sverige som runtom i världen, har svårt att få sina behov av insatser och stöd tillgodosedda. Ett ökat arbete för att identifiera barn som utsatts för tortyr, som det som beskrivs i

kapitel 3, är viktigt. Ett grundläggande problem är också att barn inte får sina berättelser och skador utredda och dokumenterade på ett systematiskt och kompetent sätt. Detta kan bidra till ett osynliggörande som begränsar möjligheterna att tillgodose barnets rättigheter, såsom rätten till rehabilitering för barn som utsatts för våld, krig eller annan förnedrande behandling enligt barnkonventionens artikel 39 (6). Det återstår betydande utmaningar för att synliggöra barn som är offer för våld och tortyr, i Sverige såväl som internationellt, både bland professionella som kommer i kontakt med barn och allmänheten. Såväl stater som humanitära aktörer behöver i ta ett större ansvar för att torterade barns behov och rättigheter tillgodoses.

# Referenser

1. UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 8th rev ed. Geneva: United Nations; 2022.
2. Pérez-Sales P. Documentation of torture in children and young adults: time to reflect. *Torture*. 2019;29(1):1–14.
3. den Otter JJ, Smit Y, dela Cruz LB, Özkalıpci Ö, Oral R. Documentation of torture and cruel, inhuman or degrading treatment of children: a review of existing guidelines and tools. *Forensic Sci Int*. 2013;224(1–3):27–32.
4. Nahlén Bose C, Tamdjidi R. Children who survive torture: a systematic review of screening, documentation and treatment of torture injuries in children. *Torture*. 2024;34(3):15–40.
5. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
6. United Nations. Convention on the Rights of the Child. United Nations Treaty Series. Vol 1577. New York: United Nations; 1989.
7. Sveriges Läkarförbund. Läkarförbundets etiska regler [Internet]. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2017 [citerad 6 feb 2025]. Hämtad från: <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/>
8. Sveriges Psykologförbund. Yrkesetiska principer för psykologer i Norden [Internet]. Stockholm: Sveriges Psykologförbund; 2023 [citerad 6 feb 2025]. Hämtad från: <https://www.psykologforbundet.se/rad-och-stod/din-yrkesutovning/stod-i-din-yrkesvardag/yrkesetiska-principer-for-psykologer-i-norden/>

# DEL 3

# BEHANDLING



## CATARINA NAHLÉN BOSE

är forskare vid Röda Korsets Högskola och medförfattare till litteraturstudien "Trauma treatment outcomes for PTSD in refugee and asylum-seeking minors with uncertain residence status: A Systematic Review" (2026).

### Kapitel 5

## Behandlingsresultat trots svår livssituation

*Dagens migrationspolitik, med tillfälliga uppehållstillstånd som norm, innebär att unga som kommit till Sverige på flykt lever i osäkerhet under allt längre tid. Eftersom traumabehandling ofta anses kräva en stabil livssituation riskerar denna osäkerhet att begränsa deras tillgång till vård. En ny litteraturoversikt utmanar föreställningen att stabilitet måste föregå behandling.*

Barn som är asylsökande eller har beviljats uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddssökande har en tydligt förhöjd risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), med en förekomst som är upp till dubbelt så hög jämfört med andra barn (1,2). De flesta barn på flykt får enbart tillfälliga uppehållstillstånd. De lever sitt liv i rädsla för utvisning och oro för framtiden (3). I studier har osäkra uppehållstillstånd visat sig bidra till att unga asylsökande och personer med uppehållstillstånd som skyddssökande eller flyktingar utvecklar PTSD (4, 5). En tidigare studie visade att unga med

osäkert uppehållstillstånd hade 76 procents högre risk att få en PTSD-diagnos, jämfört med den allmänna befolkningen (5). Som en del i forskningsprojektet "*Barn som överlevt tortyr*" initierades en litteraturoversikt för att undersöka om det finns anledning att avvakta traumabehandling för barn som lever med instabila livsvillkor. Forskarna Catarina Nahlén Bose och Miguel Diaz genomförde litteraturstudien under 2025.

## FORSKARNA BAKOM STUDIEN

**Catarina Nahlén Bose** är legitimerad sjuksköterska med en specialistexamen inom hjärtsjukvård. Hon är medicine doktor och disputerade 2015 på Karolinska Institutet. Catarina har sedan disputationen arbetat som lektor på Röda Korsets Högskola med undervisning och forskning. Catarina deltog som forskare i fas 1 i "*Barn som överlevt tortyr*"-projektet och genomförde tillsammans med Ronak Tamdjidi en systematisk översikt om screening, dokumentation och behandling för patientgruppen. Projektet resulterade i en rapport och en vetenskaplig artikel.

I studien har Catarina samarbetat med **Miguel Diaz**, PhD och lektor vid Röda Korsets Högskola. Miguel har också deltagit som forskare i ett tidigare forskningsprojekt inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, om tortyrens påverkan på exekutiva funktioner, som publicerats i en rapport och en vetenskaplig artikel.

### **Visar er studie att det finns anledning för vårdpersonal att avvakta traumabehandling för barn som befinner sig i asylprocessen eller har tillfälliga uppehållstillstånd?**

Nej. Vi hittade ingen evidens i vår studie som stödjer att vårdpersonal ska avvakta traumabehandling för barn som befinner sig i den typen av instabil livssituation som asylprocess innebär, eller har tillfälliga uppehållstillstånd. Faktum är att vårt resultat utmanar föreställningen om att stabilitet krävs innan traumabehandling kan påbörjas.

Dessutom visar forskning tydligt hur viktig traumabehandling är för barn. Studier har visat att PTSD hos barn kan påverka hjärnans utveckling. När barnet blir äldre kan det exempelvis visa sig som försämrad känsloreglering och ökad reaktivitet i hjärnans hotsystem (6). En tidigare metaanalys har visat att även utan PTSD-diagnos uppvisar barn som utsatts för traumatiska händelser förändrad hjärnaktivitet gällande både kognitiv och emotionell bearbetning, jämfört med kontrollgrupper (7). De långsiktiga konsekvenserna av PTSD är allvarliga, och kan vara livshotande. En stor kohortstudie visade att PTSD fördubblar risken för självmord från 14 års ålder (8). De skadliga effekterna av PTSD hos barn är starka skäl för screening och behandling.



**Vi hittade ingen evidens i vår studie som stödjer att vårdpersonal ska avvakta traumabehandling**

---

Det är ett betydelsefullt resultat, det vår översikt visar, att det finns evidens för att traumabehandling kan ge effekt trots instabil livssituation just för att dessa barn riskerar att bli utan traumabehandling med förevändningen att en stabil situation krävs. Det här är barn som befinner sig i en instabil situation samtidigt som de upplevt traumatiska händelser och lider av PTSD, de har alltså en dubbel utsatthet och är i ett stort behov av traumabehandling. Så man skulle också kunna vända på det, att instabilitet skulle vara ett ännu större skäl till att erbjuda traumabehandling och inte tvärt om.

### **Ni valde att undersöka ”instabil livssituation” utifrån barn och ungas juridiska status. Kan du berätta om det valet?**

Vi diskuterade vad en instabil livssituation kan innebära – precis som vi tror att vårdpersonal gör, när man funderar över vilka typer av livssituationer som kan påverka, eller påverkas av, traumabehandling. Vi behövde också göra en operationalisering, och avgränsning, för att kunna genomföra en litteratursökning. Olika former av instabilitet hade kunnat vara aktuellt, exempelvis barn som

flyttar ofta mellan olika skyddade boenden eller jour- och familjehem, men avgränsningen vi valde var alltså barn som befinner sig i asylprocess eller har ett tillfälligt uppehållstillstånd. Vi fattade det beslutet eftersom studien genomförs inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, och för att det finns många barn som befinner sig i sådana situationer inte bara i Sverige utan i hela världen.



## Fanns det mycket kunskap?

Vi genomförde en systematisk översikt där syftet var att syntetisera publicerad forskning om effekten av traumabehandling hos barn som befinner sig i asylprocess eller har tillfälliga uppehållstillstånd. Vidare undersökte vi även om instabil situation, i form av att befinna sig i asylprocess eller inneha ett tillfälligt uppehållstillstånd, är en faktor som predicerar effekten av behandlingen eller följsamheten till behandlingen.

Vi sökte efter studier i fyra databaser och granskade totalt 741 vetenskapliga artiklar. Av dem undersökte 23 studier vilken effekt traumabehandling har på symtom av PTSD hos barn, där barnen befann sig i asylprocess eller hade tillfälliga uppehållstillstånd. Det ska nämnas att de flesta studierna inte hade ett uttryckligt syfte att undersöka den instabila situationen, men eftersom de inkluderade barn som inte hade permanent uppehållstillstånd så gav de kunskap om detta ändå.

Studierna genomfördes huvudsakligen i Europa, framför allt i Tyskland (n=10), Sverige (n=3), Storbritannien (n=2) och Nederländerna (n=2), med enstaka studier från Finland, Norge och Bulgarien (i samarbete med Tyskland). Tre studier genomfördes i USA och en i Uganda. Deltagarna kom från olika regioner, främst Afghanistan, Syrien, Irak samt afrikanska länder som Eritrea och Somalia. Studier som genomfördes i USA inkluderade främst barn från Central- och Latinamerika.

De flesta studierna omfattade ungdomar, vanligtvis i åldern 12 till 18 år, även om det totala åldersspannet var 4 till 21 år. Få studier inkluderade barn under 7 år. Det var både ensamkommande barn och barn som anlänt tillsammans med vårdnadshavare. Pojkar utgjorde en tydlig majoritet i de flesta av studierna. Vissa studier rapporterade dock en mer balanserad könsfördelning eller övervägande flickor.

Det förekom en variation av traumabehandlingstyper i studierna. Vi grupperade behandlingarna utifrån kategorierna:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) (n=10)
- Narrativ exponeringsterapi (NET), KIDNET (n=3)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) eller EMDR-kombinerade metoder (n=4)
- Interventioner med olika former av traumabehandlingselement inklusive psykoedukation, uttryckande konst och multifamiljeterapi (n=5)

### **Vad visade översikten?**

I 17 av de 23 inkluderade studierna minskade symtom på PTSD signifikant. Sex studier rapporterade bibehållna effekter vid uppföljningar från 3 till 25 månader, medan en studie som visade signifikanta kortsiktiga förbättringar inte bibehöll effekten vid uppföljningen. Elva studier rapporterade effektstorlekar, alltså inte enbart statistisk signifikans utan även hur stor förändring behandlingen medförde, där medianvärdet för effektstorleken var hög, Cohen's  $d$  0,97 (IQR 0,44–1,23). Det totala spannet för effektstorlekarna var från måttlig till hög (0,33 till 1,9) vilket kan tyda på en kliniskt betydelsefull förändring.

De typer av behandling som framgångsrikt minskade PTSD-symtom var huvudsakligen konventionella traumabehandlingar som KBT, NET eller KIDNET samt EMDR eller EMDR i kombination med traumafokuserad KBT, KIDNET, samtalsterapi eller lekterapi. Vidare visar våra resultat att andra former av traumabehandlingar, som multifamiljegruppsterapi och interventioner med uttryckande konst, också är effektiva. Det finns alltså en variation av behandlingar som ger effekt.

Vår översikt kunde inte visa att ett icke-permanent uppehållstillstånd är en faktor som förutsäger behandlingsutfall. Det fanns studier som

förde en diskussion om osäkerhet i samband med väntan på asylbeslut och rädslan för avslag som viktiga kontextuella stressfaktorer, men de hade inte undersökt huruvida detta kunde påverka behandlingsutfall. Några få studier kopplade ett uppehållstillstånd som inte var permanent med följsamhet till behandlingen, där exempelvis omflyttning kunde vara en orsak till att behandlingen avbröts. Följsamheten till behandlingssessionerna var dock i medeltal 76 procent (med ett spann på 43,5–100 procent) bland studierna.



**Vår översikt kunde inte visa att ett icke-permanent uppehållstillstånd är en faktor som förutsäger behandlingsutfall**

---

### **Vad är dina rekommendationer till vårdpersonal som möter traumatiserade unga i asylprocessen eller med tillfälliga uppehållstillstånd?**

Vårdpersonal behöver screena för symtom på PTSD och vid behov erbjuda traumabehandling. Traumabehandling kan lindra symtom av PTSD för en grupp barn och unga som har råkat illa ut av krig, förföljelse och flykt. Vården bör även göra detta eftersom barnkonventionen slår fast att barn, oavsett migrationsstatus, har rätt till hälso- och sjukvård samt rehabilitering (artikel 24) och att konventionsstaterna ska vidta åtgärder för att främja fysisk och psykisk återhämtning för barn som har utsatts för någon form av våld eller väpnade konflikter (artikel 39) (9).

Det är viktigt att ta med att barn som varit med om traumatiska händelser och lever med tillfälliga uppehållstillstånd eller befinner sig i en asylprocess kan få hjälp av traumabehandling.

## Vilka studier skulle du vilja se nu?

Även om resultatet visade att traumabehandling är effektiv skulle det vara intressant med studier som har ett uttalat syfte att undersöka huruvida den juridiska statusen påverkar behandlingsutfall (gärna inom ramen för större randomiserade kontrollerade studier) för att stärka evidensen ytterligare. Framtida forskning skulle också kunna inkludera yngre barn, fler flickor och stratifiera resultaten baserat på utvecklingsålder, samt att ha längre uppföljningstider.

Kvalitativa studier om barns och familjers upplevelser av nyttan av behandling och faktorer som främjar och hindrar deltagande i traumabehandling skulle också vara värdefullt.

### LÄS ARTIKELN

Nahlén Bose, C. Diaz, M. (2026.) *Trauma treatment outcomes for PTSD in refugee and asylum-seeking minors with uncertain residence status: A systematic review*. *Frontiers in Psychiatry*, vol 16 - 2025. <https://doi.10.3389/fpsy.2025.1715650>

### RELATERAD LÄSNING FRÅN MIGUEL DIAZ

Diaz M, Wallin Lundell I. *The effect of torture on executive functions: consequences of PTSD and traumatic brain injury on the asylum process, treatment, and integration of torture survivors*. Swedish Red Cross Competence Center for the Rehabilitation of Torture and War Trauma; 2025. Report No. 2025:1.

# Referenser

1. Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, et al. Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59:705–714. doi:10.1016/j.jaac.2019.11.011.
2. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28:1295–1310. doi:10.1007/s00787-018-1215-z.
3. Lelliott J. Unaccompanied children in limbo: the causes and consequences of uncertain legal status. *Int J Refug Law.* 2022;34:1–30. doi:10.1093/ijrl/eeac024.
4. Hornfeck F, Eglinsky J, Garbade M, Rosner R, Kindler H, Pfeiffer E, et al. Mental health problems in unaccompanied young refugees and the impact of post-flight factors on PTSS, depression and anxiety: a secondary analysis of the Better Care study. *Front Psychol.* 2023;14:1149634. doi:10.3389/fpsyg.2023.1149634.
5. Veeseer J, Barkmann C, Schumacher L, Zindler A, Schön G, Barthel D. Posttraumatic stress disorder in refugee minors in an outpatient care center: prevalence and associated factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023;32:419–426. doi:10.1007/s00787-021-01866-8.
6. Herringa RJ. Trauma, PTSD, and the developing brain. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(10):69. doi:10.1007/s11920-017-0825-3.
7. Ireton R, Hughes A, Klabunde M. A functional magnetic resonance imaging meta-analysis of childhood trauma. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2024;9(6):561–570. doi:10.1016/j.bpsc.2024.01.009.
8. Fox V, Dalman C, Dal H, Hollander A-C, Kirkbride JB, Pitman A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: a cohort study of 3.1 million people in Sweden. *J Affect Disord.* 2021;279:609–616. doi:10.1016/j.jad.2020.10.009.
9. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. United Nations Treaty Series. Vol 1577. 20 November 1989.



## FANNY LAURÉN

är leg. psykolog och specialist i klinisk psykologi med inriktning neuropsykologi. Hon har 20 års erfarenhet av arbete med barn och unga med neuropsykiatriska tillstånd, traumatisering och erfarenheter av flykt.

### Kapitel 6

## Neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering

*Det har visat sig att barn med neuropsykiatriska tillstånd både löper högre risk att utsättas för potentiellt traumatiserande händelser och att de, om de råkar ut för sådana händelser, har sämre resurser och förmåga till spontan återhämtning. Därmed har de en högre risk att traumatiseras. Den försämrade motståndskraften är neurobiologisk, kognitiv och relationell.*

### LÄS RAPPORTEN

Kapitlet bygger på Fanny Lauréns rapport *Neuropsykiatriska tillstånd hos traumatiserade barn: samsjuklighet, differentialdiagnos och klinisk anpassning i arbetet med krigs- och tortyrskadade barn*. Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, 2026:3.

Det här kapitlet beskriver hur neuropsykiatri och traumatisering kan förstås tillsammans. För att förstå komplexiteten kommer vi utgå från fem övergripande perspektiv. Rubrikerna är förenklingar men i varje del kommer vi fördjupa och nyansera utifrån:

- Neuropsykiatriska tillstånd ökar risken för utsatthet och traumatisering
- Traumatisering ger påverkan som är förknippad med neuropsykiatriska tillstånd
- Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd har överlappande symtom som kan förväxlas med varandra
- Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd förekommer ofta samtidigt
- Interaktiva samband där svårigheterna förstärker varandra

## **Neuropsykiatriska tillstånd ökar risk för utsatthet och traumatisering**

Barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar löper högre risk att utsättas för olika former av traumatiserande erfarenheter såsom social exkludering, fysisk misshandel, försummelse och sexuella övergrepp (1). Barn med dessa tillstånd har också mellan två till tre gånger högre risk för så kallad *poly-victimization*, det vill säga att utsättas för flera typer av traumatiska händelser under uppväxten (2,3).

Den ökade risken anses ha flera orsaker: bristande impuls kontroll, hyperaktivitet och sociala missförstånd kan öka risken för olyckor, mobbning och negativa interaktioner med vuxna (2,4). Den förhöjda sårbarheten kring sociala svårigheter och begränsningar i social kognition kan försvåra barnets förmåga att tolka sociala signaler och

navigera i komplexa sociala situationer, vilket ökar risken för konflikter och mobbning (5). Bristande impuls kontroll och svårigheter med reglering av affekter kan leda till negativa interaktioner både med jämnåriga och vuxna (6).



**Barnets svårigheter leder både till ökad risk att bli utsatt för traumatiska händelser och till att bemötas med bristande förståelse**

---

Dessa beteenden kan i sin tur feltolkas av vuxna som avsiktligt provocerande eller trotsiga, vilket kan leda till hårdare krav, strängare regler, emotionell försummelse eller fysiska bestraffningar (7,8). På så sätt skapas en dubbel utsatthet: barnets svårigheter leder både till ökad risk att bli utsatt för traumatiska händelser och till att bemötas med bristande förståelse eller negativa reaktioner från omgivningen.

Barn med neuropsykiatriska tillstånd kan dessutom vara mer sårbara för effekterna av traumatisering, vilket antas bero på flera faktorer. En aspekt av detta är att barn med neuropsykiatriska tillstånd ofta har svårare att spontant återhämta sig från traumatiska upplevelser. Medan många barn som utsätts för enstaka traumatiska upplevelser kan uppvisa en naturlig läkningsprocess, tenderar barn med ADHD eller autism att i högre utsträckning fastna i symtom och utveckla långvariga svårigheter såsom PTSD eller komplexa traumareaktioner (9,10).

Detta beror delvis på att de kognitiva och emotionella resurser som krävs för återhämtning, såsom flexibel problemlösning, förmågan till självreglering och etablerade trygga relationer, ofta är mer begränsade i denna grupp (11). Dessutom har det visat sig att många barn med neuropsykiatriska tillstånd har en förhöjd neurobiologisk känslighet. Man har sett variationer i stresssystemet, särskilt HPA-axeln (hypotalamus-hypofys-binjure), vilket gör dem känsligare för stress och mindre effektiva i regleringen av fysiologisk stressaktivering (*arousal*) (12,13).

Barn med autism kan också ofta ha en annorlunda bearbetning av sensoriska stimuli, vilket kan förstärka upplevelsen av hot och stress vid traumatiska situationer (14,15). De kan även ha svårt med flexibilitet, vilket kan leda till att de fastnar i upptagenhet av den traumatiska händelsen, vilket förstärker de posttraumatiska symtomen av återupplevande. Därmed kan samma typ av svår händelse leda till mer omfattande symtom hos barn med neuropsykiatriska tillstånd jämfört med barn utan sådan sårbarhet.

## **Traumatisering ger påverkan som är förknippad med neuropsykiatriska tillstånd**

Traumatisering hos barn kan få effekter som har koppling till eller liknar den kliniska bilden som vid neuropsykiatriska tillstånd. Det handlar sammanfattningsvis om hur tidiga, svåra och upprepade potentiellt traumatiserande händelser under barndomen riskerar att påverka barnets fortsatta utveckling på ett genomgripande sätt som kan likna neuropsykiatriska svårigheter.

Varaktiga förändringar i hjärnans struktur, funktion och biokemi med tillhörande kognitiva förändringar och beteendepåverkan, liksom de så kallade kvasiautistiska svårigheterna, ingår i det området. Det kan ha betydelse för eller sammanblandas med liknande svårigheter som vid neuropsykiatriska tillstånd. Det kan också vara konsekvenser av traumatisering hos barn som ger, eller sänker trösklar för att utveckla, symtom som de vid neuropsykiatriska tillstånd.

## **Förändringar i hjärnans struktur och funktion till följd av traumatisering som ger symtom liknande de vid neuropsykiatriska tillstånd**

Traumatisering påverkar inte enbart psykologiska och sociala funktioner, utan leder även till påvisbara neurobiologiska förändringar. Forskning från de senaste decennierna har visat att långvarig stress, omsorgssvikt och övergrepp kan lämna spår i

hjärnans struktur, funktion och biokemi, och ge upphov till symtom som överlappar med neuropsykiatriska tillstånd (13,16,17).

Hjärnabildningsstudier har visat att barn som utsatts för traumatiska händelser ofta uppvisar minskad volym i hippocampus och prefrontala cortex, områden som är avgörande för minne, impulskontroll och känsloreglering (18,19). Samtidigt noteras hyperaktivitet i amygdala, vilket bidrar till ökad hotkänslighet, emotionell labilitet och svårigheter med affektreglering (20). Även hjärnans förbindelser, det vill säga samspelet mellan olika nätverk, påverkas vilket försvårar integreringen av kognitiva och emotionella processer (13,21).

En central mekanism för att förstå hur traumatisering påverkar hjärnan är kroppens stresssystem, särskilt HPA-axeln. Enstaka akuta traumatiska upplevelser, som en olycka, kan leda till starka men oftast övergående reaktioner. Kronisk eller komplex traumatisering däremot, såsom långvarig försummelse eller upprepade övergrepp, riskerar att ge en mer genomgripande påverkan (22). Vid långvarig stress blir HPA-axeln ofta hyperaktiv, med förhöjda kortisolnivåer som kan skada hjärnvävnad, hämma neuronernas tillväxt, påverka synapsbildning och försämra myelinisering (bildning av myelin runt nervtrådar, en mognadsprocess som gör hjärnans signalöverföring snabbare och mer stabil) (23). Detta kan resultera i svårigheter inom uppmärksamhet, arbetsminne, impulskontroll och social förståelse, funktioner som också är centrala vid neuropsykiatriska tillstånd.

I andra fall blir stresssystemet i stället nedreglerat, vilket ger låga kortisolnivåer, energibrist och ökad risk för dissociativa symtom (24). Dysregleringen kan alltså ta sig uttryck både som hyperaktivitet, med förhöjt kortisol och svårigheter att återgå till normalnivå, och som hypoaktivitet, med låg kortisolproduktion. Båda mönstren är kopplade till ökad sårbarhet för psykisk ohälsa och problem med reglering av känslor och uppmärksamhet. Långvarig dysfunktion kan också påverka hur hippocampus, amygdala och prefrontala cortex

utvecklas, vilket stärker kopplingen mellan biologisk stressreglering och kognitiva respektive emotionella svårigheter.

Dysfunktion i HPA-axeln är belagd vid både PTSD och ADHD, och har även observerats vid autismspektrumtillstånd. Detta pekar på en möjlig biologisk förklaringsmodell till varför traumatisering och neuropsykiatriska svårigheter ibland överlappar i symtombilden (12,13).

Även det autonoma nervsystemet påverkas vid utsatthet och traumatisering. Polyvagal teori beskriver hur vagusnerven kan bli dysreglerad så att barnet fastnar i hyperarousal – *fight/ flight* – eller hypoarousal – *freeze* – i stället för det ventrala vagusläge som möjliggör trygghet, socialt engagemang och återhämtning. Traumatiserade barn har ofta lägre vagal tonus, vilket kopplats till impulsivitet, emotionell instabilitet och svårigheter att reglera kroppsliga och känslomässiga reaktioner (25,26). Denna autonoma dysreglering kan bidra till symtom som liknar dem vid neuropsykiatriska tillstånd, exempelvis uppmärksamhetsproblem, överreaktivitet på stress och relationssvårigheter.

Studier visar också att olika typer av traumatiserande händelser tenderar att ge olika mönster av påverkan. Fysisk misshandel har



**Dysfunktion i HPA-axeln är belagd vid både PTSD och ADHD**

kopplats till störningar i sensomotoriska system och försummelse till påverkan på prefrontala nätverk medan sexuella övergrepp i högre grad förknippas med förändringar i amygdala och det limbiska systemet, med konsekvenser för affektreglering och social perception (27,28).

Studier har även belyst könsskillnader: flickor tenderar att uppvisa förminskad hippocampus, vilket är kopplat till högre risk för depression och ångest, medan pojkar uppvisar större påverkan prefrontalt, något som kan kopplas till impulsivitet och beteendeproblem (29).

## Deprivation och kvasiautism

De kända engelska och rumänska studierna *English and Romanian Adoptees* (ERA-studierna) av rumänska barnhemsbarn har haft avgörande betydelse för förståelsen och kunskapsutvecklingen av barns utveckling efter tidig extrem deprivation. Barn som tillbringat sina första levnadsår på rumänska institutioner under 1980- och 1990-talen växte ofta upp i extremt försummande miljöer med brist på stimulans, basal omsorg eller trygg anknytning. När dessa barn adopterades till familjer i Storbritannien fick forskningen en unik möjlighet att följa deras utveckling på kort och lång sikt. Redan de tidiga resultaten visade på dramatiska skillnader mellan de som adopterats före sex månaders ålder och de som tillbringat längre tid på institution. Lång tid av svår försummelse konstaterades vara tydligt förknippad med allvarliga utvecklingsavvikelser.

Varaktigheten av institutionsvistelsen var också en avgörande riskfaktor för graden av kognitiva, emotionella och sociala svårigheter (30). Ett av de mest uppmärksammade fynden var framväxten av det som kom att kallas kvasiautism. Detta begrepp användes för att beskriva en grupp barn som uppvisade autismliknande svårigheter såsom bristande ögonkontakt, begränsade intressen och problem i socialt samspel, men med viktiga skillnader. Symtomen var ofta mindre stabila över tid och flera barn visade förbättring när de placerades i en trygg och stödjande miljö. Många uppvisade också ett socialt ohämmat beteende som kom att kategoriseras som reaktiv kontaktstörning av ohämmad typ, vilket inte är typiskt vid klassisk autism. I en uppföljning noterades att det autismliknande mönstret hos de barn som utsatts för tidig deprivering skilde sig tydligt gentemot klassisk autism både i uttryck och i utvecklingsförlopp, vilket underströk att kvasiautism inte är identiskt med autism, utan snarare en autismliknande presentationsform utlöst av extrem tidig vanvård (31).

Långtidsuppföljningarna in i tonåren visade att en betydande andel av de barn som upplevt långvarig deprivation hade kvarstående svårigheter. De mest framträdande problemområdena var kognitiva förseningar, uppmärksamhetsproblem, sociala svårigheter och svårigheter med emotionell reglering. Symtomen tenderade dessutom att uppträda i kombination, snarare än isolerat, vilket ledde till en komplex klinisk bild och en hög grad av funktionsnedsättning (32). Detta visade att effekterna av tidig vanvård ofta blir både genomgripande och långvariga, särskilt för dem som tillbringat mer än sex månader på institution.

I uppföljningarna in i ung vuxen ålder (20–25 år) framkom en liknande men ännu tydligare bild. Många av de som utsatts för långvarig deprivation hade fortsatt stora svårigheter, bland annat i form av autismliknande drag, uppmärksamhets- och impuls kontrollproblem samt svårigheter med social anpassning. Samtidigt noterades att vissa symtom förändrades över tid. Kvasiautismen tenderade att minska i uttryck, men många av individerna hade fortfarande betydande sociala svårigheter och



problem med nära relationer. Även uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet var vanligt, och man noterade att dessa mönster inte enbart kunde förklaras av klassiska neuropsykiatriska diagnoser, utan hade en särskild koppling till den tidiga institutionsdepriveringen.

Tillsammans visar dessa longitudinella uppföljningar att effekterna av tidig och extrem försummelse är komplexa och ofta långvariga, men inte deterministiska. De belyste att vissa symtom, såsom kvasiautism, har en unik karaktär och delvis annorlunda förlopp än klassisk autism, och att tidiga insatser är avgörande för att minska riskerna för bestående svårigheter.

## **Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd har överlappande symtom som kan förväxlas**

Ett annat område där neuropsykiatriska svårigheter och traumarelaterade tillstånd hos barn och unga behöver förstås är att de kan ha överlappande symtom som kan göra att de förväxlas med varandra. Detta skapar både diagnostiska utmaningar och risk för att barn antingen feldiagnostiseras eller underdiagnostiseras och därmed inte får tillgång till rätt behandling (33,34).

En central utmaning är att många symtom vid traumatisering och neuropsykiatriska tillstånd yttrar sig på liknande sätt. Koncentrationssvårigheter kan exempelvis vara ett uttryck för ADHD, men de kan också uppkomma till följd av hyperarousal, dissociation eller sömnstörningar efter traumatisering (1,35,36). Impulsivitet och känslomässig labilitet kan vara kopplat till ADHD, men också uppstå som en konsekvens av stressorsakade förändringar i prefrontala cortex och amygdala (13,37). Social tillbakadragenhet kan tolkas som autismspektrumtillstånd, men kan också bero på undvikande beteende vid PTSD, reaktiv kontaktstörning, desorganiserad anknytning eller känsloregleringssvårigheter efter upprepade traumatiska händelser (5,38).

Barn som har varit utsatta för traumatiska händelser kan därför uppvisa ADHD-liknande symtom, såsom rastlöshet, uppmärksamhet eller motorisk oro, även utan att uppfylla kriterierna för en neuropsykiatrisk diagnos (39). Barn med PTSD har i flera studier uppvisat nedsatt exekutiv funktion, arbetsminne och språkutveckling (40,41). Dessa områden är också centrala vid både ADHD och autism, vilket gör det särskilt svårt att skilja tillstånden åt i klinisk praktik (42,43).

Det finns även en betydande överlappning mellan neurobiologiska förändringar vid traumatisering och de svårigheter som kännetecknar neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism. Man har till exempel sett dysfunktion HPA-axeln, i prefrontala cortex samt störningar i dopamin- och noradrenalinsystemen (16,44).

## **Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd förekommer ofta samtidigt**

För att komplicera sambanden ytterligare så är samsjuklighet mellan neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering vanligt förekommande och bidrar ofta till en mer komplex klinisk bild än när tillstånden uppträder var för sig. Omkring 30–50 procent av barn med ADHD har någon form av ångestsyndrom, och upp till en fjärdedel utvecklar PTSD om de utsätts för traumatiska händelser (43,45). Barn med autism uppvisar i flera studier högre nivåer av traumareaktioner och har dubbelt så hög risk för PTSD jämfört med barn utan autism (5,46). Samtidigt är barn som upplevt omfattande traumatiska upplevelser, exempelvis upprepade former av våld eller försummelse, överrepresenterade bland dem som diagnostiseras med neuropsykiatriska tillstånd (13,47). Detta talar för att samsjuklighet snarare är regel än undantag.

Det finns också studier som visar att barn som har varit utsatta för traumatiska händelser ofta får diagnoser som ADHD eller autism. Detta kan bero på feldiagnostik, där traumarelaterade symtom

misstolkas som neuropsykiatriska, eller på faktisk samsjuklighet, där traumatiska händelser triggar eller förstärker svårigheter kopplade till neuropsykiatriska tillstånd (1,34,36). Neuropsykiatriska tillstånd kan också upptäckas som en följd av mötet med vården på grund av att vårdbehovet för PTSD gör att man kommer i kontakt med vården, vilket man kanske inte annars gjort.

## **Interaktiva samband där barnets svårigheter förstärker varandra**

Slutligen ska vi gå igenom området som beskriver hur neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering inte bara förekommer tillsammans utan dessutom kan förstärka effekterna av varandra.

De interaktiva sambanden mellan neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering innebär att svårigheterna inte enbart samexisterar utan interagerar med varandra på sätt som leder till en mer komplex, långvarig och svårbehandlad symtombild. Forskningen beskriver detta som additiva effekter: när

neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering uppträder tillsammans ökar belastningen exponentiellt, snarare än linjärt (9). Barn som redan har en neuropsykiatrisk diagnos, såsom ADHD eller autism, kan efter traumatisering uppleva en försämring av sina ursprungliga svårigheter. Ett barn med

ADHD kan få kraftigt ökade problem med impuls kontroll, minskad stresstolerans och svårigheter att reglera känslor. Autism kännetecknas av svårigheter i socialt samspel, kommunikation och flexibilitet och flera studier har visat att traumatisering kan förstärka dessa svårigheter.



**Barn med autism uppvisar i flera studier högre nivåer av traumareaktioner och har dubbelt så hög risk för PTSD jämfört med barn utan autism**

---

Hyperaktivitet i amygdala, som återfinns både vid autism och PTSD, leder till ökad känslighet för sociala signaler och svårigheter att

reglera känslor (20,48). Traumatiska erfarenheter kan dessutom orsaka tillbakagång i redan etablerade färdigheter, såsom språk eller sociala strategier, ökad ångest eller förstärka sensorisk känslighet, vilka riskerar att förvärra autismrelaterade svårigheter (5).

Ett annat sätt som svårigheterna kan samspela på är att traumatisering kan fungera som en utlösande faktor. Tidigare neuropsykiatriska drag som inte varit tillräckligt uttalade för att uppfylla en diagnos kan då bli tydligare och nå klinisk nivå (36,49). Ett barn med koncentrationssvårigheter på en nivå som tidigare inte var funktionsnedsättande kan, efter traumatisering, utveckla en ADHD-diagnos där kriterierna är uppfyllda (13).

En viktig aspekt i de interaktiva sambanden är att många barn med neuropsykiatriska tillstånd redan från början har biologiska variationer som gör dem mer sårbara för traumatisering. Barn med ADHD uppvisar ofta en atypisk reglering av HPA-axeln, vilket innebär en avvikande kortisolprofil och ökad stresskänslighet (12,50). Hos barn med autism finns en annorlunda bearbetning av sociala och sensoriska stimuli som kan göra traumatiska upplevelser särskilt svårhanterliga och förstärka affektregleringsproblem (5). När dessa biologiska predispositioner möter en ogynnsam miljö, exempelvis mobbning, försummelse eller våld i hemmet, blir effekten ofta additiv, och både neuropsykiatriska och traumarelaterade symtom förvärras (16).

Interaktionen mellan neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering kan också förstärkas genom epigenetiska förändringar. Barn till föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter kan ärva en biologisk sårbarhet och samtidigt växa upp i miljöer präglade av stress eller bristande omsorg. Studier har visat att tidig traumatisering kan påverka geners reglering (så kallad metylering), särskilt i system som styr stressreaktioner, vilket kan leda till långvariga svårigheter med känslö- och impuls kontroll (51,52). Dessa epigenetiska förändringar kan dessutom överföras mellan generationer och

innebär därmed, förutom risken för en psykologisk och miljömässig ärftlig sårbarhet, även en biologisk sådan (53). Då är det viktigt att minnas att det samtidigt finns tecken på att vissa epigenetiska förändringar är reversibla i närvaro av stabila, trygga relationer och riktade insatser (54).

**En 8-årig pojke** kommer med sin mamma till BUP. Skolan har uppmuntrat henne att söka hjälp på grund av sonens omfattande sociala och beteendemässiga svårigheter. Även modern är orolig men känner sig handfallen. Hon kom ensam med pojken till Sverige för ett år sedan efter att barnets pappa dog i kriget i hemlandet. Både hon och barnet mår dåligt, väntar på uppehållstillstånd och flyttar runt som inneboende. Mamman är så pass rädd att de ska bli vräkta om pojken skriker så hon låter honom bestämma. Om han inte får som han vill så kastar han hennes telefon, biter henne och skriker.

Den första bedömningen på BUP är att pojken är traumatiserad och man försöker på olika sätt få till ett behandlingsupplägg för PTSD. Det är dock svårt att få kontakt med pojken då han far runt på mottagningen och är aggressiv. Man försöker på olika sätt öka tryggheten för pojken genom att arbeta med modern, men det är svårt att nå fram även till henne på grund av extrem stress, utmattning och oro. Efter ett samverkansmöte med mamman, socialtjänsten, skolan och BUP enas man kring att ge pojken en resursperson i skolan som kan vara med honom hela tiden så att modern kan lämna honom där.

Socialtjänsten kommer också att undersöka hur de kan stödja familjen. I skolan finns en specialpedagog som har suttit enskilt med pojken och hon beskriver att hon tror att hans begåvning är god men att han har extremt svårt att fokusera.

Modern beskriver att han har uppvisat extrem hyperaktivitet sedan småbarnsåren. Vidare beskriver hon att hon misstänker ärftlighet för ADHD då både hon och fadern hade stora svårigheter under de första skolåren trots att de senare läste på universitetet. Således beslutas att BUP kommer att genomföra en bred barnpsykiatrisk bedömning för att ta ställning till behandlingsbehov. Med stora anpassningar till pojken går det att genomföra icke-språkliga deltest och viss annan bedömning. Pojken behöver täta pauser och delar av utredningen görs under bordet där han sitter och äter chips som han får av modern. Pojken bedöms som normalbegåvad men med ojämn prestation. Man beskriver att han med omfattande stöd klarar flera deltest i nivå med sin ålder. Baserat på testning, observation och intervju med modern och skolpersonal bedöms han uppfylla diagnoskriterier för ADHD.

Man ser också flera drag av autism, men avvaktar med den diagnosen i dagsläget, men rekommenderar insatser liknande dem som för autism för att se om det stödjer hans utveckling. Man ser också några PTSD-symtom, men inte i en tillräcklig omfattning för diagnos. Man rekommenderar att påbörja anpassningar för ADHD i hem och skola och prova läkemedelsbehandling.

## Frågor och svar

I det här avsnittet har jag samlat vanliga frågor. De övergripande temana handlar om att utreda när det finns försvårande omständigheter inklusive traumatisering och vad som gäller för barn med erfarenhet av migration och flykt. Jag kommer att försöka ge vägledning om hur dessa frågor kan hanteras och hur man kan tänka i olika situationer på ett sätt som stärker både diagnostisk kvalitet och barnets tillgång till hjälp. Nedan beskrivs situationer och förutsättningar som kan göra utredning mer komplex, och råd till dig som kliniker.

### 1. Är det möjligt att utreda i alla situationer?

En återkommande fråga i klinisk praktik är om det verkligen är möjligt att genomföra en utredning i alla situationer. Det enkla svaret är att det i princip alltid är möjligt att genomföra en utredning men att syftet, omfattningen och graden av säkerhet i slutsatserna kan variera.

Att utreda innebär i grunden att på ett strukturerat sätt samla in, analysera och sammanväga information för att kunna göra en bedömning. Detta kan alltid göras, även i komplexa situationer med begränsat underlag. Det viktiga blir då att vara tydlig med vilka frågor man söker svar på, vilken information som finns tillgänglig, och vilka osäkerheter som kvarstår. Medvetenhet och transparens är avgörande.

En utredning kan aldrig ge absoluta svar, men den kan alltid bidra till att förtydliga barnets aktuella svårigheter, funktioner och behov av stöd. Även en preliminär eller ofullständig utredning kan därför vara värdefull, eftersom den skapar underlag för insatser som annars riskerar att utebli.

### 2. Är det lämpligt att utreda i alla situationer?

Frågan om det är lämpligt att genomföra en utredning handlar i grunden om syftet med utredningen och vilket kliniskt behov som är mest prioriterat i den aktuella situationen. En utredning ska

alltid vägledas av frågan: Vilken nytta har barnet av den här bedömningen just nu? Vad skulle det innebära för barnet om utredningen inte genomförs?

Det finns situationer där en utredning kan bedömas som direkt olämplig. Detta gäller framför allt när det föreligger akuta eller livshotande tillstånd som måste prioriteras för att skydda barnet. Det kan röra sig om akuta risker för våld eller pågående omsorgssvikt där skyddsåtgärder först måste säkerställas, somatiska tillstånd som kräver omedelbar vård såsom livshotande svält vid ätstörning eller akut suicidrisk eller allvarlig psykiatrisk kris där stabilisering av livshotande risker måste ske före en fördjupad utredning. I dessa situationer riskerar en utredning inte bara att vara verkningslös, utan även att fördröja de insatser som är mest akuta och livräddande.

Däremot bör en instabil livssituation i sig inte betraktas som ett skäl att avstå från utredning, om situationen är långvarig och inte förväntas förändras inom överskådlig tid. Exempelvis kan ett barn i en familj som flytt och nu lever med osäkerhet kring uppehållstillstånd ändå ha behov av en utredning för koncentrationssvårigheter eller traumarelaterade symtom. Att skjuta upp bedömningen tills förhållandena är mer stabila riskerar att barnet inte får det stöd som krävs under en kritisk period i utvecklingen.

Sammanfattningsvis är det alltså sällan lämpligt att helt avstå från utredning. I de fall det finns akuta tillstånd måste dessa alltid tas om hand om först, men i övriga situationer bör frågan snarare vara hur en utredning kan genomföras på ett meningsfullt sätt utifrån barnets aktuella behov.

### **3. Kan man utreda vid försvårande omständigheter?**

Frågan om en utredning är möjlig eller lämplig att genomföra bör alltid relateras till barnets behov. Det viktiga är inte huruvida alla förutsättningar för en optimal utredning är uppfyllda, utan om en utredning kan öka förståelsen för barnets svårigheter och behov. Syftet med en psykiatrisk eller neuropsykiatrisk utredning är i grunden att skapa en förståelse som leder till adekvata och verksamma åtgärder. En utredning behöver därför inte betraktas

som ett allt eller inget-projekt. Även i situationer där underlaget är begränsat, exempelvis på grund av språkliga hinder, bristande skolgång eller pågående psykosocial stress, kan en utredning ge värdefull information om barnets aktuella fungerande och behov.

I praktiken blir det ofta en fråga om att tydligt formulera syftet: ska utredningen ge underlag för en diagnos, för att förstå barnets styrkor och svagheter, eller för att planera konkreta stödsatser? Att reflektera över dessa frågor kan vara särskilt viktigt när osäkerhet råder kring huruvida en utredning kan genomföras på ett tillförlitligt sätt. Det är då avgörande att tydliggöra vilka frågor man vill besvara, vilka metoder som kan användas och hur eventuella osäkerhetsmoment hanteras. På så sätt kan även en till synes ofullständig utredning bidra till bättre underlag för att fatta beslut om insatser.

#### **4. Kan man utreda vid pågående svår belastning?**

Det viktigaste här är att den akuta situationen först hanteras så att barnet har grundläggande skydd och omsorg – men många barn lever under långvarig belastning, som fattigdom, instabilt boende, migrationsstress eller återkommande konflikter i hemmet, som inte förväntas lösas inom överskådlig tid. Om man väntar på en stabilitet som aldrig infinner sig riskerar dessa barn att aldrig få tillgång till utredning eller de insatser som skulle kunna vara avgörande för deras utveckling.

Ur ett jämlikhetsperspektiv är det särskilt viktigt att betona att barn med många riskfaktorer inte ska nekas utredning. Att vänta på bättre omständigheter riskerar därför att bidra till ojämlik vård, där redan utsatta barn hamnar ännu längre ifrån stöd och behandling. En utredning i sådana fall behöver inte alltid syfta till att fastställa en exakt diagnos, utan kan ha som främsta mål att beskriva barnets aktuella funktionsnivå och behov av stöd.

#### **5. Kan man utreda vid pågående traumatiska händelser?**

På samma sätt som vid pågående belastning så går det att utreda men man måste alltid först säkerställa att barnet är skyddat. När barnets akuta säkerhet är garanterad behöver man därefter

bedöma vilket omhändertagande som är mest akut. I situationer där svårigheterna tydligt sammanfaller i tid med en specifik traumatiserande händelse kan det vara mer prioriterat att inleda traumafokuserade insatser före en fullständig utredning.

Samtidigt är det viktigt att inte förväxla akuta traumareaktioner med varaktiga funktionsnedsättningar. Barn som haft långvariga koncentrationssvårigheter, svårigheter med social ömsesidighet eller språkliga svårigheter redan före traumatiseringen bör inte nekas en neuropsykiatrisk utredning enbart på grund av att de också upplevt traumatiska händelser. Att få tillgång till det stöd som följer av en korrekt diagnos kan i själva verket underlätta återhämtningen från traumatiska erfarenheter. Det handlar alltså om en balans mellan att först möta barnets akuta behov, men samtidigt se till att långvariga svårigheter inte förbises eller att man avvaktar för länge med att adressera dem.

## **6. Kan man utreda även om det finns känd tidigare traumatisering?**

Förekomst av traumahändelser i anamnesen är i sig inte ett hinder för att utreda neuropsykiatriska svårigheter. Många kliniker uttrycker oro för att missta traumarelaterade symtom för neuropsykiatriska tillstånd och är därför extra försiktiga, vilket är förståeligt men riskerar att leda till en alltför stor återhållsamhet i diagnostiken.

Tidpunkten för symtomdebut kan ge viss vägledning i differentialdiagnostiken: ibland är det tydligt att svårigheter funnits redan innan utsatthet för traumatiska händelser, ibland har traumatisering präglat hela uppväxten och i andra fall blir neuropsykiatriska svårigheter tydliga först senare i takt med ökade krav på kognitiv och social förmåga eller när motståndskraft sjunker till följd av andra påfrestningar. Eftersom vissa neuropsykiatriska symtom är åldersadekvata beteenden i tidiga år, kan symtomen ha funnits länge men först framträda som avvikande när barnet blir äldre. Detta understryker vikten av individuella och nyanserade bedömningar och att vara försiktig med att dra kausala slutsatser.

För att ställa en neuropsykiatrisk diagnos krävs att svårigheterna är varaktiga, debuterat tidigt och förekommer i flera sammanhang.

Det handlar inte om enstaka symtom som överlappar med PTSD, som svårigheter med koncentration eller emotionsreglering, utan om att diagnoskriterierna som helhet är uppfyllda och att det finns tydlig funktionsnedsättning över tid.

När både traumatisering och neuropsykiatriska svårigheter föreligger bör de betraktas som samsjukliga tillstånd, snarare än att det ena utesluter det andra. Barn med neuropsykiatriska svårigheter har en ökad risk att utsättas för traumatiska händelser, och traumatiseringen kan i sin tur förvärra redan existerande neuropsykiatriska svårigheter. Om man undviker att diagnostisera neuropsykiatriska tillstånd i dessa situationer riskerar barnen att missa viktiga insatser. Det är därför särskilt viktigt att påminna sig om att barn med svår belastning och traumatisering som uppvisar neuropsykiatriska svårigheter ofta behöver mer omsorgsfull utredning och fler insatser, inte färre.

### **7. Om man redan utrett och sedan får veta att det förelegat traumatisering, kan bedömningen fortfarande anses giltig?**

Ja, om svårigheterna fortfarande finns kvar. Diagnoser är inte statiska etiketter utan ska spegla ett barns aktuella funktionsnivå och vårdbehov. Om barnet, efter att traumatisering uppdragas, återhämtar sig och inte längre uppvisar symtom eller funktionsnedsättning, är det naturligtvis inte längre motiverat att behålla diagnosen.

Diagnosen ska dock inte ifrågasättas enbart på grund av ny information om traumatiska händelser, utan bedömningen måste alltid utgå från barnets aktuella funktionsnivå och vårdbehov. Under förutsättning att svårigheterna fortfarande kvarstår i den omfattning att insatser krävs är diagnosen fortfarande aktuell och relevant.

### **8. Om det funnits traumatiska händelser och svår försummelse hela uppväxten, hur ska man tänka då?**

Det kan vara svårt att veta vad som kom först men genom att fokusera på barnets behov av insatser bör man tänka att alla

belastningar spelar roll och att ett barn med omfattande utsatthet behöver mer insatser, och inte mindre. En bra tumregel kan vara att utgå från behov och inte orsak.

Det finns barn som växer upp i miljöer där det inte går att urskilja ett tydlig före och efter när det gäller utsatthet för potentiellt traumatiserande händelser. Det kan handla om en konstant psykosocial belastning, upprepade traumatiska erfarenheter under hela livet, svår försummelse redan från spädbarnsåldern och utsatthet redan under graviditeten, exempelvis genom våld mot modern eller exponering för alkohol och droger under fosterlivet.

Det kan också saknas information om barnets tidiga utveckling. Detta gör det särskilt utmanande att skilja mellan primära neuropsykiatriska svårigheter och konsekvenser av traumatiska händelser, försummelse eller annan miljöpåverkan.

Hos spädbarn och små barn är uttrycksrepertoaren begränsad till basala funktioner som kontakt, matintag, sömn och reglering vilka är svårigheter som kan förekomma både vid relationsproblem och vid neuropsykiatriska avvikelser.

En annan risk är att man övertolkar samband mellan traumatiska händelser och symtom. Ett barn kan till exempel upplevas ha fått sina svårigheter efter en specifik händelse, men i själva verket har problemen funnits tidigare och blivit mer synliga först när kraven på förmågor ökar med åldern, eller när jämnåriga drar ifrån utvecklingsmässigt. Detta fenomen kan skapa falska kausala samband.

Därutöver kan intergenerationell traumatisering påverka barnet. Föräldrars egen traumatisering kan föras vidare både via begränsningar i omsorgsförmåga, exempelvis bristande regleringsstöd vid hotfulla situationer, och via biologiska mekanismer, bland annat genom epigenetiska förändringar som påverkar stresssystemet.

I dessa komplexa fall blir det centralt att beakta barnets kumulativa riskexponering. Multipla riskfaktorer, oavsett om de är genetiska, psykosociala eller biologiska, ökar sannolikheten för svår och långvarig problematik. Därför är det viktigt att barn som uppfyller kriterier för ett neuropsykiatriskt tillstånd också får den diagnosen och tillhörande insatser, även om man inte kan avgöra den exakta orsaken till svårigheterna. Att undanhålla stöd på

grund av osäkerhet kring vad som kom först riskerar annars att försvåra barnets utveckling ytterligare.

## 9. Hur kan man veta vad som är vad?

Det är inte alltid möjligt att veta det men genom att gå igenom diagnoskriterier noggrant får man ett så bra underlag som möjligt för att ringa in barnets samtliga svårigheter och behov av insatser. Även om effekterna av traumatisering hos barn kan ha överlappande symtom med neuropsykiatriska svårigheter, så är det inte samma sak. Det centrala är att hålla sig till diagnoskriterier. För en diagnos krävs förutom symtomkriterier att det finns en bedömd funktionsnedsättning och varaktighet över tid.

Om kriterierna är uppfyllda behöver man inte fastna i hypotetiska frågor om hur barnet skulle ha fungerat under mer optimala omständigheter. Vissa symtom kan vara svåra att särskilja, såsom att både ADHD och PTSD har koncentrationssvårigheter som möjliga symtom. Dessa kan finnas separat oberoende av varandra, men de kan också förstärka varandra när tillstånden förekommer samtidigt.

Sömnsvårigheter är ytterligare en faktor som kan vara samsjukligt med både ADHD och PTSD och som i sig försämrar funktionsnivån, genom att förvärra exekutiva svårigheter vid ADHD och hämma återhämtningsförmåga från PTSD. Autism och PTSD kan också påverka varandra då PTSD innebär återupplevande som en del av diagnosklustret, medan autism kännetecknas av begränsad flexibilitet och repetitiva beteenden. En person med båda tillstånden kan därför ha ännu svårare att återhämta sig från återupplevanden, samtidigt som PTSD i sig kan försämra motståndskraften och leda till en genomgripande försämring i det autistiska fungerandet.

Det är viktigt att inte tro att man alltid måste särskilja orsaker eller fastställa vad som kom först. Det avgörande är att förstå vilka insatser som kan vara verksamma. Oavsett om svårigheter är medfödda, förvärvade eller inlärda är det behandlingsbehoven som ska styra. Om det föreligger osäkerhet får man prova de insatser som verkar mest angelägna och vara beredd att ompröva om de inte fungerar. Sammantaget gäller att ju fler svårigheter, desto större kumulativ risk, och desto större behov av utredning

och pragmatisk behandling. Bara för att man inte vet hur man ska behandla hela symtombilden vore det oetiskt att avstå från att behandla det man kan.

## 10. Ska man utreda eller behandla först?

En vanlig fråga är om man bör inleda med att utreda neuropsykiatriska tillstånd eller behandla PTSD och andra traumarelaterade svårigheter först. Det finns inget generellt svar, utan prioriteringen måste alltid göras utifrån vad som är mest akut och mest hjälpsamt för den enskilda patienten. Det viktigaste är dock att man inte avvaktar både utredning och behandling samtidigt för att svårigheterna upplevs som för komplexa då det riskerar att barnet lämnas utan insatser i väntan på en stabilitet som aldrig infinner sig.

Det är inte heller alltid en fråga om antingen eller. Ofta kan både utredning och behandling pågå parallellt, särskilt om barnet har omfattande svårigheter som riskerar att förvärras utan insatser. Tidigare har man ofta betonat behovet av lång stabilisering innan traumabehandling, men nyare forskning visar att traumafokuserad KBT kan vara effektiv även under pågående psykosocial stress.

Det kan också handla om vad som finns tillgängligt, det vill säga om det är kö till någon insats bör inte den ena insatsen villkoras den andra. Om man har en behandlingsinsats att erbjuda bör man göra det. Man bör dock inte ställa barnet i en kö för behandling för att prova det först och om det inte ger effekt så får barnet ställas i kö för utredning. Om man har en insats som har förväntad effekt, finns tillgänglig och barnet och familjen har förutsättningar att ta emot den så bör man inte avvakta och det gäller både utredning och behandling.

## 11. När bör kognitiva svårigheter utredas hos utsatta barn?

En viktig utgångspunkt är att utredningar bör göras när resultaten kan kopplas till verksamma insatser som barnet är i behov av. I psykiatrisk behandling saknas riktade interventioner för enskilda kognitiva profiler, men anpassningar kan göras utifrån en övergripande förståelse för barnets styrkor och svårigheter.

Anpassningarna kan vara i hem, skola och inom vården för att tillgodogöra sig insatser. Det är dock inte alltid säkert att det behövs en kognitiv testning för att utforma den typen av stöd.

I skolan blir kognitiva utredningar särskilt viktiga när det gäller frågan om skolform eftersom barn med intellektuell funktionsnedsättning har rätt till anpassad grundskola. För att ställa den diagnosen krävs bland annat en bedömning med standardiserat begåvningsstest.

Generella specialpedagogiska insatser kan däremot erbjudas utan omfattande testning, och det finns inte stöd för att specifika kognitiva profiler i sig leder till särskilda pedagogiska interventioner. Om inga insatser kopplade till testningen är aktuella och utredningen inte förväntas bidra till en förändring i barnets behandling eller skolgång, finns sällan anledning att genomföra kognitiv testning. Testning utan tydligt syfte kan riskera att skapa frustration, etikettering eller stigmatisering som inte leder till nytta för barnet. Att inhämta information som inte planeras att använda väcker etiska frågor både för den enskilda individen och samhällets fördelning av begränsade resurser.

## **12. Kan man utreda NPF hos barn som flytt?**

Barn som upplevt flykt utgör en särskilt utsatt grupp där komplexa psykosociala faktorer med risk för utsatthet för traumatiska händelser och migrationsstress ofta sammanfaller. Dessa barn kan ha en förhöjd risk för både psykisk ohälsa och utvecklingsrelaterade svårigheter, samtidigt som deras livsvillkor ofta försvårar tillgång till adekvat vård. Att genomföra neuropsykiatriska utredningar i den gruppen kan därför vara utmanande, men det är också av vikt för att säkerställa tillgång till relevanta insatser och motverka ojämlig vård.

Ett återkommande kliniskt dilemma är rädslan för att felaktigt diagnostisera neuropsykiatriska tillstånd när traumatisering eller pågående belastning också finns i barnets anamnes. Detta kan leda till att barn inte får någon diagnos alls, och därmed går miste om stöd och behandling som annars hade kunnat förbättra deras funktionsnivå och förutsättningar att lyckas i olika situationer.

Diagnostik handlar dock inte om att fastställa exakta orsaker till symtom, utan om att beskriva barnets aktuella svårigheter, bedöma deras varaktighet och funktionspåverkan, samt pröva om kriterier för diagnos är uppfyllda.

Det är därför viktigt att kliniker inte abdikerar från uppgiften på grund av komplexiteten, utan närmar sig situationen på ett strukturerat sätt. Fokus bör ligga på att beskriva barnets funktion här och nu, kartlägga behov, överväga möjliga diagnoser, erbjuda insatser även vid diagnostisk osäkerhet samt att följa upp och omvärdera vid behov.

Som tidigare belyst är det sällan ett alternativ att invänta mer stabila förhållanden för en utredning. För många barn riskerar en sådan väntan snarare att leda till att stöd aldrig erbjuds, eftersom deras livssituation kan förbli instabil under lång tid. En pragmatisk hållning, med insatser kopplade till observerade behov, är därför att föredra.

### **13. Kan man utreda barn som inte har uppehållstillstånd?**

Att befinna sig i en asylprocess innebär ofta en situation präglad av ovisshet, begränsad handlingsfrihet och omfattande psykosocial stress samt att flera familjemedlemmar samtidigt kan må dåligt. Denna osäkerhet kan förstärkas av praktiska omständigheter såsom avsaknad av fast bostad, ekonomiska svårigheter och begränsad tillgång till samhällsresurser. Därtill kan själva asylförfarandet upplevas som påfrestande och ifrågasättande, då familjen kan behöva redogöra för traumatiska händelser för att styrka sina skäl till skydd.

Barn som lever utan uppehållstillstånd kan vistas i denna osäkra situation under mycket lång tid, ibland under hela sin uppväxt. Att i dessa fall avvakta med utredning tills situationen blir mer stabil innebär ofta att barnet aldrig får tillgång till varken utredning eller de insatser som kan följa på en sådan. Detta riskerar att fördröja stöd, cementera svårigheter och bidra till ojämlik vård.

#### **14. Hur tidigt kan man utreda nyanlända barn?**

Det finns ingen fast tidsgräns för när en utredning kan eller bör genomföras hos barn som nyligen kommit till Sverige. Avgörande är barnets aktuella behov och vilken information som krävs för att planera adekvata insatser. I vissa fall handlar det om att tidigt kartlägga utveckling och funktionsnivå för att säkerställa rätt skolplacering, exempelvis anpassad grundskola för barn med intellektuell funktionsnedsättning.

I andra fall rör det sig om barn som uppvisar tydliga tecken på neuropsykiatriska svårigheter men som aldrig tidigare varit föremål för utredning eller fått stöd i hemlandet, kanske på grund av bristande tillgång till insatser såsom anpassad pedagogik eller vård.

Tidiga insatser är särskilt viktiga eftersom neuropsykiatriska svårigheter som inte uppmärksammas riskerar att leda till sekundära problem såsom psykisk ohälsa, skolmisslyckanden och social exkludering. Forskning har också visat att asyl- och migrationsprocessen i sig kan innebära fördröjd eller utebliven diagnostik, vilket ökar risken för ojämlig vård.

Därför är det viktigt att utredning inte skjuts upp enbart på grund av kort tid i Sverige. Det är dock viktigt att alltid väga in kontextuella faktorer som kan påverka utredningsresultatet, såsom språkliga svårigheter, bristande skolgång, annan psykisk ohälsa eller pågående migrationsstress. Detta innebär att resultaten ibland måste tolkas med försiktighet, kompletteras med information från flera källor eller följas upp längre fram om svårigheter och behov av insatser kvarstår.

#### **15. Vad ska man tänka på kring barnets skolbakgrund?**

Börja med att undersöka erfarenheter av inläring från eventuell tidigare skolgång om sådan finns. Om barnet inte gått i svensk skola blir det viktigt att undersöka vilket typ av skola barnet gått i, hur förutsättningarna såg ut, hur barnet klarade sig i jämförelse med jämnåriga och vilka kunskaper barnet har fått med sig.

När ett barn inte har någon eller mycket begränsad erfarenhet av skolgång blir det särskilt viktigt att skilja på förmågor och färdigheter. Bedömningen kan då inte baseras i lika stor

utsträckning på tidigare skolrelaterade förvärvade kunskaper utan vila mer på vilken förmåga barnet har till nyinläring och kunskaper som barnet förvärvat inom andra områden. Färdigheter, såsom läsning och skrivning, är beroende av undervisning och kan därför inte användas som underlag för att bedöma barnets underliggande kognitiva förmågor. Avsaknad av skolgång kan leda till att barnets faktiska potential underskattas om man enbart fokuserar på inlärd kunskaper.

Ett användbart tillvägagångssätt är så kallad dynamisk testning där man frångår standardiserat förfarande i syfte att bedöma barnets förmåga att lära sig nytt snarare än att utgå från normerade testresultat. Det innebär att man först kartlägger barnets spontana prestationer och därefter undersöker i vilken utsträckning barnet kan förbättra sitt utförande efter instruktion, modellering eller andra former av stöd. Detta ger en mer nyanserad bild av barnets kognitiva resurser och potential och kan också användas när det saknas tillförlitliga jämförelsenormer. Man behöver då presentera resultaten på ett kvalitativt och beskrivande sätt snarare än genom normbaserade tolkningar. Exempelvis kan man beskriva att barnet initialt löser uppgifter på en nivå motsvarande betydligt yngre barn, men efter stöd och vägledning snabbt når en prestation inom normalspannet för sin ålder. På så sätt undviks felaktiga slutsatser om låg kognitiv begåvning när det i själva verket handlar om brist på erfarenhet av skolrelaterade uppgifter.

## **16. Kan man utreda när det saknas anamnes?**

Avsaknad av anamnestiska uppgifter är en vanlig utmaning i kliniskt arbete, inte bara för barn som flytt ensamma utan även för barn födda i Sverige där det av olika skäl kan saknas information om barnets första tid i livet. En sådan situation blev särskilt tydlig i mitten av 2010-talet, då många barn flydde ensamma till Sverige.

Det är viktigt att understryka att även när det saknas uppgifter om tidig utveckling innebär inte det att en utredning inte kan genomföras. Kliniker kan i stället söka kompletterande information från andra källor, exempelvis socialtjänsten, förskola eller skola, gode män eller anhöriga. Ibland finns även dokumentation från

hemlandet, exempelvis om barnet genomgått hälsokontroller eller om familjen tidigare sökt hjälp för barnets svårigheter.

När bakgrundsinformation är begränsad eller saknas helt blir det särskilt viktigt att fokusera på här-och-nu-beskrivningar av barnets fungerande. Bedömningen bör då utgå från varaktigheten i observerade svårigheter. Om det kan konstateras att svårigheterna är ihållande över tid och påverkar barnets fungerande, är det ofta tillräckligt för att motivera insatser, även om den tidigaste utvecklingen inte kan kartläggas i detalj.

En funktionsbedömning och varaktigheten i den kan alltså delvis kompensera för bristande anamnestic information. Det är också värdefullt att i dokumentationen tydligt redogöra för vilket underlag som har använts, vilka uppgifter som saknas, och hur detta påverkar bedömningen. Genom att vara transparent kring osäkerheter kan man samtidigt tydliggöra på vilka grunder diagnos och beslut om insatser har fattats.

## **17. Vad ska man tänka på om barnet har ett annat förstaspråk än svenska? Kan man använda tolk?**

Språkliga hinder får aldrig bli ett skäl att avstå utredning och insatser. I arbetet med barn som inte har svenska som sitt förstaspråk kan utredningen dock behöva anpassas. Man kan behöva anpassa metodiken, använda flera informationskällor och vara tydlig med vilka begränsningar som finns i tolkningen av resultaten.

För barn med andra förstaspråk än svenska finns en risk att språkliga svårigheter normaliseras och ses som en konsekvens av att de har ett annat modersmål, trots att det kan handla om underliggande språkstörning eller andra utvecklingsrelaterade svårigheter. Barn som varit i Sverige i flera år och deltagit i pedagogisk verksamhet men fortfarande har stora svårigheter att tillägna sig svenska bör utredas med avseende på språkliga och kognitiva förmågor.

Hos vissa barn kan man se halvspråkighet, det vill säga att inget av språken utvecklats fullt ut på en nivå som motsvarar skolans krav. Barnet kan använda hemspråket i vardagen men ha slutat utveckla det efter avbruten skolgång i hemlandet. Svenska kan

samtidigt fungera i sociala sammanhang men vara otillräcklig förskolarbete, särskilt när kraven på abstraktion ökar i mellan- och högstadiet. Det innebär att barnet i praktiken står utan ett språk på den nivå som krävs för kognitiv och akademisk utveckling.

Om barnet inte alls pratar svenska bör tolk alltid användas. Tolken kan medverka vid både anamnestiska intervjuer och vid testning, men det är då viktigt att dokumentera avsteg från standardiserad administrering och att tolka resultaten med försiktighet. Tolken kan ge en värdefull bild av barnets språkbruk, men det är viktigt att komma ihåg att tolken inte ska förväntas kunna göra språkliga bedömningar. Kliniker kan dock ställa riktade frågor, exempelvis om barnets ordförråd, grammatiska färdigheter och språkliga abstraktionsnivå, och relatera detta till ålder för att få ett mer underbyggt underlag.

En annan viktig resurs är modersmåls lärare, som ibland kan bidra med en bättre underbyggd beskrivning av barnets språkutveckling i relation till jämnåriga och i förhållande till erbjuden undervisning. Det är inte ovanligt att föräldrar överskattar, eller underskattar, barnets språkliga nivå i hemspråket medan en modersmåls lärare kan ge en mer nyanserad bild baserad på erfarenheten av ett större antal barn med samma hemspråk i en svensk kontext. Ett mellanstadiebarn kan exempelvis tala flytande på hemspråket i vardagliga situationer men ändå ha ett ordförråd och en abstraktionsnivå som motsvarar ett betydligt yngre barn. Likaså kan föräldrar som inte pratar svenska uppfatta att barnet är bra på svenska men inte sitt modersmål och samtidigt kan skolpersonal uppfatta att barnet har svårigheter på svenska i tron att barnet är stark på sitt modersmål.

## **18. Hur giltiga kan utredningsinstrument anses vara för barn med annan språklig och kulturell bakgrund?**

En återkommande fråga i klinisk verksamhet är i vilken grad standardiserade psykologiska test är giltiga för barn med annan språklig eller kulturell bakgrund än den som testet normerats i. Svaret är att testerna kan vara användbara, men de måste tolkas med medvetenhet om felkällor och begränsningar. Ju fler potentiella felkällor som finns, desto mer marginell betydelse bör testningen få i en utredning.

Språkliga hinder utgör en av de mest uppenbara felkällorna vid testning. Vid misstanke om språkrelaterad påverkan kan icke-verbala begåvnings-test fungera som alternativ för att fånga generell kognitiv förmåga. Även dessa test kan dock påverkas av tidigare skolgång, kulturell erfarenhet av problemlösning och grad av bekantskap med liknande uppgifter. Testresultaten behöver därför alltid kompletteras med kvalitativa observationer, intervjuer med vårdnadshavare, pedagoger och barnet själv samt observationer från flera miljöer.

Men att hävda att alla test är kulturellt känsliga bygger ofta på en förenklad syn på kultur som en enhetlig faktor. Många av de test som används i Sverige har utvecklats i USA och därefter normerats i Skandinavien. Normeringsgrupperna inkluderar barn från olika bakgrunder och erfarenheter vilket gör att de inte kan ses som representanter för en "homogen svensk kultur" vilket i sig är ett omdiskuterat begrepp. Det är också viktigt att reflektera över vilken typ av kultur man talar om när man diskuterar kulturell påverkan. Hänvisningar till exempelvis naturfolk eller samhällen utan skolgång saknar ofta helt relevans i den kliniska vardagen i Sverige, där de flesta barn med migrantbakgrund som kommer för utredning inom vården har erfarenheter av både skolgång och västerländsk kultur.

Ett barns prestation på ett test behöver alltid tolkas i relation till dess nuvarande kontext. Om ett barn presterar lågt på ett icke-verbalt test är sannolikheten hög att samma barn också kommer att ha svårigheter i pedagogiska sammanhang som kräver liknande färdigheter. Med andra ord: även om testet inte fullt ut speglar barnets potential i en annan kontext har resultatet relevans för hur barnet fungerar i sin aktuella miljö och testningen kan få en slags pragmatisk validitet eller praktisk giltighet.

Sammanfattningsvis så är testen normerade i olika populationer och med normering kommer också statistiska beräkningar på förväntade avvikelser och testning på individnivå ska alltid ses som just ett stickprov med en viss felmarginal. Även om barn med annan språklig och kulturell bakgrund kan ha sämre förutsättningar i form av mindre förförståelse och förkunskaper så kan testresultat ändå spegla barnets prestation på testet jämfört med andra barn i samma ålder i aktuellt sammanhang. Testet kan

anses ha en viss ekologisk validitet kring att de svårigheter som syns i testsituationen antagligen visar sig i skolsammanhang för barnet oavsett om det är språklig och kulturell bakgrund eller någonting helt annat som påverkar funktionen.

# Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
2. Hellström L, Beckman L, Dahlberg M. Polyvictimization among children with neurodevelopmental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2280.
3. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. 2005;116(3):609-13.
4. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):78-87.
5. Kerns CM, Newschaffer CJ, Berkowitz SJ. Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(11):3475-86.
6. Bunford N, Evans SW, Wymbs F. ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015;18(3):185-217.
7. Beers SR, De Bellis MD. Neuropsychological function in children with maltreatment-related PTSD. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):483-6.
8. Bussing R, Zima BT, Gary FA, Garvan CW. Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *J Behav Health Serv Res*. 2003;30(2):176-89.
9. Krause ED, Drescher KD, Lieberman AF. Addressing complex trauma in children with neurodevelopmental disorders. In: Ford JD, Courtois CA, editors. *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2018. p. 250-73.
10. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, Augustyn M, McCarthy KJ, Ford JD. Exposure to potentially traumatic events in early childhood. *J Trauma Stress*. 2010;23(6):725-33.
11. Masten AS. *Ordinary magic: Resilience in development*. New York: Guilford Press; 2014.
12. Carrion VG, Wong SS. Can traumatic stress alter the brain? *J Adolesc Health*. 2012;51(Suppl 2):S23-8.
13. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(10):652-66.
14. Green SA, Ben-Sasson A, Soto TW, Carter AS. Anxiety and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(11):1158-72.
15. Mazefsky CA, White SW. Emotion regulation in autism spectrum disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013;23(1):15-24.

16. McCrory EJ, De Brito SA, Viding E. Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(10):1079-95.
17. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25(2):397-426.
18. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, et al. Developmental traumatology part II: brain development. *Biol Psychiatry*. 1999;45(10):1271-84.
19. Hanson JL, Chung MK, Avants BB, Shirtcliff EA, Gee JC, Davidson RJ, et al. Early stress is associated with alterations in hippocampal connectivity. *J Neurosci*. 2010;30(22):7466-72.
20. Tottenham N, Hare TA, Quinn BT, McCarry TW, Nurse M, Gilhooly T, et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(21):909-13.
21. Philip NS, Sweet LH, Tyrka AR, Carpenter SL, Albright SE, Price LH. Decreased default network connectivity in trauma-related psychopathology. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(1):24-32.
22. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress. *Biol Psychiatry*. 1999;46(11):1542-54.
23. McEwen BS, Morrison JH. The brain on stress. *Neuron*. 2013;79(1):16-28.
24. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:145-73.
25. Porges SW. *The polyvagal theory*. New York: Norton; 2011.
26. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal theory and developmental psychopathology. *Biol Psychol*. 2007;74(2):174-84.
27. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;47:578-91.
28. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced cortical thickness. *Biol Psychiatry*. 2004;56(2):80-5.
29. Whittle S, Dennison M, Vijayakumar N, Simmons JG, Yücel M, Lubman DI, et al. Childhood maltreatment and brain development. *Am J Psychiatry*. 2014;171(5):564-74.
30. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, et al. Quasi-autistic patterns following severe early deprivation. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(4):537-49.
31. Rutter M, Kreppner J, O'Connor TG; ERA Study Team. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1200-7.
32. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M; ERA Study Team. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Dev Psychol*. 2007;43(4):931-45.
33. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J. Child maltreatment, PTSD, and ADHD symptoms. *Child Maltreat*. 2000;5(3):205-17.

34. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors affecting the diagnosis of PTSD in children. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):644-51.
35. DePrince AP, Weinzierl KM, Combs MD. Executive function performance and trauma exposure. *Child Abuse Negl*. 2009;33(6):353-61.
36. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(6):631-42.
37. Arnsten AFT. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(6):410-22.
38. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2016. p. 667-95.
39. Glaser D. Emotional abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):697-714.
40. Malarbi S, Abu-Rayya HM, Muscara F, Stargatt R. Neuropsychological functioning of childhood trauma survivors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;72:68-86.
41. Samuelson KW, Krueger CE, Burnett C, Wilson CK. Neuropsychological functioning in PTSD. *Child Neuropsychol*. 2010;16(2):119-33.
42. Gillberg C. The ESSENCE concept. *Res Dev Disabil*. 2010;31(6):1543-51.
43. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387:1240-50.
44. Arnsten AFT, Mazure CM, Sinha R. This is your brain in meltdown. *Sci Am*. 2012;306(4):48-53.
45. Biederman J, Petty CR, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, et al. Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):78-87.
46. Hoover DW, Kaufman J. Adverse childhood experiences and autism spectrum disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(2):128-32.
47. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:409-38.
48. Herringa RJ. Trauma, PTSD and amygdala development. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(10):69.
49. Humphreys KL, Zeanah CH. Deviations from expectable caregiving environments. *Neuropsychopharmacology*. 2015;40(1):154-70.
50. Lackschewitz H, Huther G, Kroner-Herwig B. Cortisol dysregulation in ADHD. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(5):612-24.
51. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor. *Nat Neurosci*. 2009;12(3):342-8.
52. Turecki G, Meaney MJ. Effects of social environment and stress on epigenetics. *Biol Psychiatry*. 2016;79(2):87-96.
53. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma. *World Psychiatry*. 2018;17(3):243-57.
54. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Epigenetic reversibility. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:31-6.



## FERDINAND GAROFF

är doktor i psykologi och psykoterapeut. Han har arbetat med kris- och traumapsykologi i Finland och internationellt. Han har varit utlandsstationerad i länder som Tjetjenien, Uganda, Nepal, Sierra Leone och Jordanien. Han forskar kring kris- och traumapsykologi.

## RONAK TAMDJIDI

är leg. psykolog vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala där hon arbetar med psykologisk behandling för barn och vuxna samt tortyrskadeutredningar. Ronak har varit projektledare för *Barn som överlevt tortyr*.

### Kapitel 7

## Intensiv traumabehandling för barn

*Intensiv traumabehandling, med så kort behandlingstid som fem dagar, har i studier med vuxna visat lika god effekt som årslånga behandlingar. Är det ansträngande upplägget lämpligt för barn som överlevt tortyr?*

Trots rapporter om att tortyr mot barn ökar (1) samt att barn som utsätts för tortyr riskerar särskilt allvarliga skadeverkningar (2,3) är tortyru utsatta barn – och barn som tillhör grupper som oftare utsätts för tortyr – starkt underrepresenterade inom forskningen, inklusive den om psykologisk behandling (4–9). Behovet av forskning som utvecklar och utvärderar behandling för tortyrskador hos barn är således stort, exempelvis behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som är en vanligt förekommande psykiatrisk

diagnos bland tortyrutsatta individer (10). Det finns ett växande stöd för att intensiva och korta behandlingar för PTSD har effekt för vuxna individer (11), däribland tortyröverlevare (12), och för äldre barn (13,14). Däremot är forskningen om yngre barn enligt författarnas kännedom fortfarande mycket begränsad. Mot denna bakgrund har ett intensivt behandlingsprogram, med komponenter från traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) (15), utvecklats och prövats på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala.

## **Bakgrund och teoretiska grunder för intensiv traumabehandling**

### **Vad är intensiv traumabehandling?**

Intensivbehandling innebär att en evidensbaserad psykoterapi erbjuds med minst tre sessioner i veckan, vilket möjliggör genomförande av evidensbaserade protokoll på en månad eller mindre (16). Ett intensivt traumafokuserat behandlingsprogram slutförs ofta på 5–8 dagar och består typiskt av två traumafokuserade behandlingssessioner dagligen. Dessutom erbjuds ofta fysisk aktivitet och psykoedukation, där kunskap om traumatisering ges och information om traumabehandling ges. Det hela sker i en traumasensitiv miljö, där man medvetet försöker skapa en trygg, tillitsfull och stärkande omgivning för människor som upplevt traumatiska händelser (17,18). Det finns också forskning kring att komprimera behandlingen ytterligare (18,19).

### **Forskning och evidensstöd**

Intensiva och korta traumabehandlingar har visat sig vara effektiva för att minska symtom på PTSD och depression, både hos vuxna och äldre barn (13,14,20,21). Till skillnad från sedvanlig behandling tycks det intensiva formatet bidra till en snabbare symtomminskning (16) och lägre avhoppsfrekvens (13,14,22). Behandlingarna har även visat sig bidra till ökad tillgång på specialiserad behandling, minskad

tids- och kostnadsbörda samt större flexibilitet och valfrihet för kliniker och familjer (23).

Vidare visar forskning att intensiva och korta behandlingar har effekt även när symtombilden, hos både vuxna och äldre barn med PTSD, är mer komplex och därmed ofta mer svårbehandlad (18,24). En komplex symtombild kan hänföras till diagnosen komplex PTSD (CPTSD), som betonar särskilt omfattande svårigheter med affektreglering, negativ självbild och relationssvårigheter. Andra faktorer som kan bidra till en mer komplex symtombild av PTSD är samsjuklighet med annan psykisk ohälsa samt multiutsatthet, det vill säga en historia av att ha varit utsatt för upprepade händelser som är potentiellt traumatiserande.

Intensiva och korta behandlingar verkar också vara effektiva och säkra för barn med lindrig intellektuell funktionsnedsättning (17). Det har även visat sig att mycket kortvarig intensiv behandling (mindre än fyra timmar totalt) kan vara effektiv för barn med PTSD-symptom till följd av en enstaka traumatisk händelse (25).

Det finns ännu inga publicerade studier om intensiva och korta traumabehandlingar för yngre barn. Ett genomförande av en sådan behandling skulle kräva att existerande behandlingsmetoder för barn med PTSD anpassades till det intensiva behandlingsformatet (17).

## **Problemformulering och frågeställningar**

### **Problemformulering**

Intensiv och kort traumabehandling har visat sig vara effektiv för vuxna och äldre barn med PTSD. Under 2021–2023 genomfördes en pilotstudie vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala som visade att en intensiv traumabehandling var acceptabel och preliminärt effektivt för vuxna som traumatiserats till följd av tortyr, krig och/eller flykt (12).

Behandlingscentret erbjuder även vård till barn med dessa erfarenheter. Då inga forskningsstudier ännu har utvärderat effekten av intensiva och korta traumabehandlingar för yngre barn, finns det ett värde i att även utveckla och utvärdera ett sådant behandlingsprogram på centret. Utöver värdefulla bidrag till kunskapsområdet kan en eventuell framgångsrik pilotstudie möjliggöra att behandlingsprogrammet sprids till andra behandlingscenter inom Svenska Röda Korset samt till andra relevanta behandlingsaktörer både nationellt och internationellt. Förhoppningen är att detta arbete i slutändan bidrar till att förkorta lidandet hos fler barn.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med pilotstudien var att utveckla ett intensivt behandlingsprogram för barn som lider av PTSD till följd av tortyr, krig och/eller flykt. Målsättningar för studien var att:

- Utvärdera barnens psykiska hälsa före, under och efter genomgången intensivbehandling.
- Utvärdera behandlingsprogrammet utifrån barnens och familjemedlemmarnas upplevelser.
- Utvärdera programmet utifrån behandlingsmottagningens förutsättningar att organisera vården.

## Utveckling och anpassning av behandlingsprogrammet

### Målgrupp och inklusionskriterier

Studiens målgrupp är barn i åldern sju till tolv år som traumatiserats till följd av tortyr, krig och/eller flykt och uppfyller diagnoskriterierna för PTSD enligt definitionen i Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, ICD-11 (26). Samtycke behöver finnas från barnets vårdnadshavare och en omsorgsperson till barnet som bedöms vara lämplig (gärna vårdnadshavare om

möjligt) behöver delta i behandlingen. Bedömning av omsorgspersonens lämplighet görs av ansvarig behandlare i samråd med behandlingsteamet och handlar om den vuxnas förutsättningar att kunna delta och vara ett stöd för barnet under behandlingen. Det är inte ovanligt att omsorgspersoner för denna målgrupp själva är traumatiserade, och trots att det i sig inte exkluderar deltagande bedöms lämpligheten att delta i relation till de eventuella egna psykiska besvären.

Studiens kriterier för exklusion är hög suicidrisk eller aktiv missbruksproblematik hos barnet eller omsorgspersoner som deltar i studien. Ytterligare exklusionskriterier är om den deltagande omsorgspersonen medvetet har orsakat de händelser som traumatiserat barnet, eller uppvisar allvarligt negativa beteenden mot barnet som inte bedöms kunna minska/upphöra innan eller under behandlingen.

## **Behandlingskomponenter från TF-KBT**

Det intensiva behandlingsprogrammet bygger på komponenter från TF-KBT som är en psykologisk behandlingsmetod för barn (3–17 år) med PTSD och andra traumarelaterade besvär. Metoden involverar barnets omsorgspersoner och inkluderar komponenter som ökar deras förmåga att vara ett stöd för barnet (15).

TF-KBT har starkt forskningsstöd (27) och rekommenderas som förstahandsval för behandling av PTSD hos barn i nationella (28) såväl som internationella (29) riktlinjer. Metoden baseras främst på beteendeterapeutiska och kognitiva behandlingsmetoder och delas ofta upp i tre faser: stabilisering, bearbetning och integrering, som tillsammans omfattar nio komponenter (se tabell 1).

Syftet med behandlingen är att hjälpa barnet (och omsorgspersonen) att närma sig barnets traumatiska minnen på nya sätt som ger ny erfarenhet och kunskap. Detta förväntas i sin tur leda till att minska

barnets PTSD-symtom, öka dess fungerande i vardagen samt stärka barnets relationer, främst till sina omsorgspersoner (15).

**Tabell 1:** Faser och tillhörande moduler i TF-KBT-behandling

FAS	MODULER I TF-KBT	BESKRIVNING
Stabilisering	<b>Psykoedukation</b>	Utbildning om PTSD/traumatisering för barn och omsorgsperson.
	<b>Föräldrafärdigheter</b>	Stöd till omsorgsperson som främjar samspelet med barnet och hanterandet av barnets traumarelaterade svårigheter. Valet av färdigheter anpassas efter omsorgspersonens behov.
	<b>Avslappning</b>	Träning i avslappning och känsloreglering.
	<b>Känslor</b>	Stöd i att identifiera, uttrycka och reglera känslor.
	<b>Tankar</b>	Stöd i att identifiera och utmana traumarelaterade tankar som har en negativ inverkan på barnets känslor och beteenden.
Bearbetning	<b>Traumainarrativ och kognitiv bearbetning</b>	Barnet skapar och delar sin berättelse om den eller de traumatiska händelserna samt får stöd att hantera och bearbeta de traumarelaterade reaktionerna som väcks.
Integrering	<b>In-vivo-exponering</b>	Barnet får stöd att under trygga former närma sig situationer som påminner om den eller de traumatiska händelserna som har undvikits.
	<b>Gemensamma sessioner med barn och omsorgsperson</b>	Syftar till att stärka relationen och kommunikationen mellan barnet och omsorgspersonen. Bland annat genom att stärka omsorgspersonens förmåga att ta emot barnets traumarelaterade minnen och svara på barnets känslor och behov.
	<b>Framtid och säkerhet</b>	Fokus på att identifiera kvarstående behov och arbeta med förebyggande stöd som främjar barnets fortsatta utveckling och välmående.

## Omsorgspersoners betydande roll i behandlingen

I dag finns det omfattande kunskap och erfarenhet av omsorgsmiljöns omedelbara och avgörande betydelse för ett barns chanser att återhämta sig efter svåra och skrämmande erfarenheter (30). Omsorgspersoners stöd eller bristen därpå kan antingen underlätta eller förhindra barnets tillfrisknande efter traumatisering.

Vidare visar forskning att omsorgspersoners involvering och förmåga att stötta sina barn under behandling med TF-KBT kan påverka behandlingens effekt, hur snabbt den uppnås, hur den håller över tid

samt om behandlingen avslutas i förtid (15). Allvarlig psykisk ohälsa hos omsorgspersoner är en faktor som kan leda till sämre behandlingsresultat för barnet (25). Vetskapen om omsorgspersonens betydelse för hur barnet svarar på traumabehandling har varit vägledande för hur intensivbehandlingen för barn på behandlingsmottagningen i Uppsala har utformats. Ett exempel är studiens kriterier för exklusion som underlättar valet av lämpliga deltagare. Ett annat är intensivbehandlingsinnehåll som inkluderar mycket stöd till omsorgspersonen, i linje med andra studier om intensivbehandling till äldre barn (13,20).

## **Behandlingsupplägget: Process och struktur**

Behandlingsprogrammet genomförs på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala, och nedan följer en beskrivning av behandlingens process och struktur.

### **Bedömning och förberedelser**

Den intensiva behandlingen föregås av en process där barnets och omsorgspersonens lämplighet att delta i behandlingen bedöms. Därefter följer ett antal förberedande besök vars frekvens och längd anpassas efter barnets och omsorgspersonens behov. Fokus för samtalen är att ta anamnes, bedöma barnets psykiska besvär, inhämta informerat samtycke från barnets vårdnadshavare samt att bedöma barnet och förälders deltagande utifrån studiens inklusions- och exklusionskriterier.

När ett gemensamt beslut om deltagande tagits, påbörjas förberedelserna. Där besvaras studiens skattningsformulär av barnet och omsorgspersonen. Vidare identifieras barnets traumatiska minnen och graden av obehag som minnena väcker uppskattas av barnet på en skala (Subjective Units of Distress) från noll (inget obehag) till tio (maximalt obehag). Slutligen får barnet och omsorgspersonen kortfattad information om traumatisering och

PTSD (psykoedukation) och får stöd med att hitta och träna på en teknik för känsloreglering.

### **Behandlingen struktur**

Behandlingen pågår under fem sammanhängande arbetsdagar, måndag till torsdag (kl: 10.00–14.45) och fredag (kl: 10.00–14.00). Därutöver tillkommer förberedande och uppföljande sessioner innan och efter behandlingsveckan. Behandlingen består av sammanlagt sju sessioner dagligen (med undantag för fredagen), varav tre är gemensamma och fyra enskilda för barnet och omsorgspersonen. De deltar sammanlagt i fem sessioner var per dag. Fredagens sessioner är alla gemensamma. Under veckan sker fortlöpande överlämningar av kliniskt relevant information mellan de behandlare som är involverade i behandlingen. Behandlingen har så kallad terapeutrotation, vilket innebär att det är flera behandlare som genomför behandlingen med barnet och omsorgspersonen under veckan.

### **Behandlingssessionerna**

Här följer en beskrivning av behandlingssessionerna som framgår i schemat figur 1.

Figur 1: Behandlingsupplägget

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
10.00–10.20	Gemensam uppstart	Gemensam uppstart	Gemensam uppstart	Gemensam uppstart	Gemensam uppstart och enskild avstämning
	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>
10.30–11.15	Barn: Skapa ett traumanarrativ	Barn: Skapa ett traumanarrativ	Barn: Skapa ett traumanarrativ	Barn: Skapa ett traumanarrativ	
	Vuxen: Färdigheter för omsorgspersoner	Vuxen: Färdigheter för omsorgspersoner	Vuxen: Färdigheter för omsorgspersoner	Vuxen: Färdigheter för omsorgspersoner	Dela traumanarrativ
	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>
11.30–12.15	Gemensamt: Psykoedukation	Gemensamt: Avslappning	Gemensamt: Känslor	Gemensamt: In-vivo	Dela traumanarrativ
	<i>Lunch</i>	<i>Lunch</i>	<i>Lunch</i>	<i>Lunch</i>	<i>Lunch</i>
13.15–14.00	Barn: Traumanarrativet bearbetas	Barn: Traumanarrativet bearbetas	Barn: Traumanarrativet bearbetas	Barn: Traumanarrativet bearbetas	
	Vuxen: Traumanarrativet behandlas	Vuxen: Traumanarrativet behandlas	Vuxen: Traumanarrativet behandlas	Vuxen: Traumanarrativet behandlas	Avslutning
	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	<i>Paus</i>	
14.15–14.45	Gemensam stund och avslut	Gemensam stund och avslut	Gemensam stund och avslut	Gemensam stund och avslut	

Torterad som barn

- Samtliga dagar börjar med en **gemensam uppstart** som är ett tillfälle där barnets och omsorgspersonens mående stäms av och anpassningar och stöd erbjuds efter behov. Under sessionen fyller även behandlare i en kort checklista för att upptäcka eventuella negativa följder av behandlingen (*adverse events*).
- Efter en paus följer enskilda sessioner för barnet (**traumanarrativet skapas**) och omsorgspersonen (**färdigheter för omsorgspersoner**).
- De enskilda sessionerna följs av en paus och sedan en gemensam session med stabiliseringskomponenterna **psykoedukation, avslappning, känslor och in-vivo-exponering**.
- Efter en lunchpaus hålls återigen enskilda sessioner. I barnets session, då **traumanarrativet bearbetas**, fortsätter barnet att arbeta med traumanarrativet som skapats på förmiddagen. Under passet introduceras komponenten **tankar**, som vanligtvis ingår i standardbehandlingens stabiliseringsfas och kan användas som ett stöd för barnets bearbetning under veckans samtliga sessioner där **traumanarrativet bearbetas**.
- Parallellt med barnets enskilda session får omsorgspersonen, i sin enskilda session där traumanarrativet behandlas, ta del av barnets **traumanarrativ** och stöd i förberedelserna inför sista dagen då barnet delar sin berättelse med omsorgspersonen.
- Efter en paus avslutas dagen med en **gemensam stund**, där barn och omsorgsperson med stöd från behandlare, ägnar sig åt en aktivitet som syftar till att stärka relationen och vara lustfylld. Aktiviteten anpassas efter barnets och omsorgspersonens intressen och behov och kan handla om att måla, sjunga eller ägna sig åt fysiska kroppsövningar och/eller trygg kroppsberöring.
- Den sista behandlingsdagen inleds med en gemensam stund och enskilda avstämningar vid behov, och ägnas sedan åt att barnet delar sitt traumanarrativ med omsorgspersonen.

Behandlingen avslutas med en ceremoni för att fira barnets arbete, med fika och diplom som barnet får med sig.

## Uppföljningar

Veckan efter den avslutade behandlingen kallas barnet och omsorgspersonen till en första uppföljning vars syfte är stämna av barnet och omsorgspersonens mående och behov av stöd fram till nästa uppföljning två veckor senare. Studiens eftermätningar görs två respektive sex veckor efter avslutad behandling. Inom uppföljningsfasen genomförs också en intervju om deltagarnas upplevelser av behandlingen.

## Anpassningar av TF-KBT till formatet

Trots ambitionen att utveckla intensivbehandlingen så metodnära TF-KBT som möjligt har vissa justeringar av metoden varit nödvändiga för att behandlingen ska kunna förkortas och intensifieras. Samtidigt framförs flexibilitet och anpassningsbarhet som kärnvärden i TF-KBT, vilket kan motivera vissa justeringar som görs för att anpassa metoden efter målgruppens förutsättningar och behov.

De justeringar som har gjorts gäller dels behandlingskomponenternas ordningsföljd där fasuppdelningen (stabilisering följt av bearbetning och integrering) har behövt frångås och löper i stället parallellt under behandlingsveckan. Vissa komponenter (till exempel i stabiliseringsfasen) som vanligtvis erbjuds enskilt genomförs i stället gemensamt med barnet och omsorgspersonen. Vidare har komponenterna tankar slagits samman med eftermiddagssessionen när narrativet bearbetas. Beslutet motiverades av att innehållet i komponenterna är relaterade till varandra, samt att sammanslagningen gav utrymme till att inkludera komponenten *in vivo* i behandlingsveckan.



Slutligen ingår inte komponenten **framtid** och **säkerhet** i schemat utan kan antingen genomföras efter behandlingsveckans avslut eller i vissa fall under sista dagen om tiden tillåter.

En stor skillnad mellan intensivbehandlingen och traditionell TF-KBT är behandlarrotationen. Den innebär att barnet och omsorgspersonen, utöver sin ansvariga behandlare, träffar flera olika behandlare under de fem behandlingsdagarna. Syftet med behandlarrotationen är att i första hand avlasta de två behandlarna som annars skulle ha genomfört samtliga sessioner med barnet och omsorgspersonen själva. Genom att fler behandlare deltar ökar även sannolikheten för att behandlingen genomförs trots sjukdom eller annan frånvaro hos behandlarna. Ytterligare fördelar med behandlarrotation har framförts av vuxna patienter med den behandlingserfarenheten – de som nämnts har varit vikten av flera tillitsfulla relationer, ett ökat behandlarstöd, tillgång till fler perspektiv, minskat beroende av en viss behandlare samt minskade skamkänslor (12,31).

# Genomförande och utvärdering av programmet

## Datainsamling och mätinstrument

Behandlingsuppläggets effektivitet utvärderas med skattningsskalor som mäter barnens symptom på posttraumatisk stress och andra symptom på psykisk ohälsa före, under och efter genomgången intensivbehandling. Semistrukturerade intervjuer genomförs efter behandlingen med mindre omfattande avstämningar dagligen. Alla självskattningsmått finns tillgängliga på svenska, men vid behov fylls de i med stöd av tolk. Deltagarnas ansvariga behandlare är närvarande när de självrapporterade skalorna fylls i för att hjälpa till vid behov.

## Bakgrundsinformation

Behandlare samlar in bakgrundsinformation om barn och omsorgspersoner utifrån de bedömningssamtal som gjordes när patienten först kom till behandlingscentret i Uppsala.

Bakgrundsinformation inhämtas från deltagarnas journaler och kompletteras vid behov under de förberedande besöken. Barnens traumarelaterade erfarenheter och besvär utvärderas i början av processen för att bedöma om barnet uppfyller diagnosen PTSD och är i behov av behandling.

## Skattningsskalor för barn

Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) (32) är en kort mätare på DSM-5 PTSD, ICD-11 PTSD och CPTSD-symtom hos traumatiserade barn och ungdomar i åldern 7–17 år. CATS-2 innehåller också frågor kring potentiellt traumatiska händelser som följer definitionerna av traumatiska händelser i Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5) och Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11).

Dessutom använde behandlarna en checklista för att varje morgon dokumentera potentiella negativa effekter under behandlingen,

såsom ökat självskadebeteende, suicidalitet eller behov av akut psykiatrisk vård.

Subjective Units of Distress (SUD) (33), där barnet skattar sitt upplevda obehag före, under och efter arbetet med sitt traumanarrativ. I studien används skalan 0 (inget obehag) till 10 (maximalt obehag) (34). Upprepade skattningar av SUD kan användas som en indikation på intensiteten i barnets traumarelaterade upplevelser och förändringar i den under behandlingens gång. Detta kan i sin tur användas som ett av flera utvärderingsmått på traumaexponeringens effekt (35).

### **Skattningsskalor för omsorgspersoner**

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (36) är en kort skattningsskala om barns beteende som mäter olika aspekter av deras välbefinnande samt hur eventuella symtom eller svårigheter påverkar barnets liv. Skattningsskalan har översatts till svenska.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (37) mäter emotionellt undvikande och psykologisk flexibilitet hos individer. Instrumentet har översatts till svenska och förkortats till sex frågor.

### **Skattningsskalor för behandlare**

Behandlare fyller också i ett formulär med bakgrundsdata gällande kön, yrke, utbildning (särskilt tidigare utbildning i TF-KBT) och tidigare erfarenhet av att ha arbetat med TF-KBT-behandling.

Acceptability of Intervention Measure (AIM), Intervention Appropriateness Measure (IAM) och Feasibility of Intervention Measure (FIM) är tre skattningsskalor som utvecklats för att utvärdera implementeringen av interventioner (38).

Skattningsskalorna har integrerats i ett instrument som omfattar tolv frågor. Efter att intensivbehandlingen utförts ombeds den ansvariga

behandlaren skatta hur acceptabel, lämplig och genomförbar behandlingsinterventionen upplevdes via skattningsformulären.

## **Kvalitativa intervjuer**

Kvalitativa data om behandlingsprocessen samlas in genom intervjuer med deltagare och behandlare för att utarbeta rekommendationer för implementering av intensivbehandling för målgruppen (39). Semistrukturerade intervjuguider har tagits fram av forskargruppen för att utforska element av behandlingsupplägget som barnen och omsorgspersonerna upplevt som hjälpsamma och ohjälpsamma, samt om livshändelser som kan ha påverkat processen (40). En annan intervjuguide för fokusgruppdiskussion har tagits fram för att utforska element av behandlingsupplägget som behandlarna upplevt som hjälpsamma och ohjälpsamma inslag i behandlingen.

## **Dataanalys**

För att utvärdera symtomförändringar på grupp nivå analyseras inomgruppseffektstorlek (41). Kliniskt signifikanta förändringar på individnivå bedöms med hjälp av Reliable Change Index (RCI) (42,43). Tematisk analys (44) används för att analysera de inspelade intervjuerna.

## **Etiska överväganden**

Det ingår möjliga risker då nya behandlingsupplägg utprovas.

- Programmets intensiva karaktär, med dagliga sessioner under fem dagar i följd, kan potentiellt leda till känslomässig påfrestning och trötthet för både barnen och deras omsorgspersoner.
- Att delta i traumafokuserad terapi, särskilt under en komprimerad tidsram, kan tillfälligt intensifiera PTSD-symtom när deltagarna konfronteras med och bearbetar sina traumatiska upplevelser. Forskning och kliniska erfarenheter visar dock att det inte finns

något samband mellan den temporära symtomökningen och avbruten behandling eller sämre behandlingsutfall.

- Även om behandlingsprotokollet följer etablerade standarder innebär det nya intensiva formatet att det finns en möjlighet till oförutsedda negativa resultat. Men det finns ytterst få fall beskrivna där symtombilden har förvärrats efter traumabehandling.

Deltagande i studien kan också vara till nytta för deltagarna

- Behandlingsprogrammet förväntas resultera i förbättrad psykisk hälsa bland barn traumatiserade av tortyr, krig och/eller flykt.
- Programmets intensiva format kan leda till snabbare symtomreduktion jämfört med standardbehandling, som är utspridd över en mycket längre tidsperiod. Det intensiva formatet kan också främja djupare engagemang i terapin och påskynda den terapeutiska processen.
- Den korta tidsramen för det intensiva programmet kan minska den totala behandlingsbördan för deltagarna, då det innebär en kortare störning i deras dagliga liv jämfört med en mer långvarig behandling.
- Behandlingen engagerar också omsorgspersoner i behandlingsprocessen och ger dem psykoedukation, stöd och färdigheter för att bättre förstå och stödja sina barn. Detta engagemang kan leda till ökad självtillit hos omsorgspersonerna och en förbättrad familjedynamik.
- Genom att delta i forskningen kommer barnen och omsorgspersonerna att bidra till förståelsen av intensivbehandling av PTSD hos barn, vilket potentiellt kan bana väg för mer effektiva behandlingar i framtiden.

## Åtgärder som vidtagits för att minimera risken för deltagarna

- Kompetensen bland behandlarna på mottagningen är mycket god och de uppfyller alla de krav som ställs för att behandla individer som traumatiserats av tortyr, krig och/eller flykt.
- En grundlig screening- och bedömningsprocess bidrar till att säkerställa att endast barn och omsorgspersoner som bedöms kunna tillgodogöra sig och bli hjälpta av behandling inkluderas i programmet.
- Även om det intensiva formatet är nytt, baseras de terapeutiska insatserna på TF-KBT och dess evidensbaserade behandlingsprotokoll.
- Varje deltagare kommer att ha en ansvarig behandlare som fortsätter att stödja dem under hela studien, inklusive under bedömningsfasen, den intensiva behandlingsveckan och uppföljningsperioden.
- Om en deltagares psykiska problem kvarstår efter den intensiva behandlingen kan den ansvariga behandlaren erbjuda ytterligare behandling enligt etablerade protokoll.

Forskningen försöker svara på en betydande kunskapslucka med avseende på effektiviteten av intensiv traumafokuserad behandling för barn med PTSD och erfarenheter av tortyr, krig och flykt. Detta är en grupp vars liv många gånger kan präglas av social utsatthet och instabilitet. De kan leva i fattigdom, papperslöshet och/eller vara utvisningshotade utan vetskap om hur länge de blir kvar i landet. Dessa omständigheter kan försvåra tillgängligheten, framgången och effekten av traditionella behandlingsmetoder. Därför kan resultat från denna pilotstudie få betydande konsekvenser för att förbättra behandlingsalternativen för denna grupp.

## Manuel: En fallbeskrivning

Nu vill vi illustrera behandlingsupplägget med en anonymiserad patient som vi valt att kalla Manuel. Manuel är ett barn i skolåldern med PTSD, som tillsammans med sin förälder var de första som genomgick behandlingen på behandlingscentret. Resultaten visar att behandlingen hade önskad effekt i deras fall.

### Bakgrund och symptom

#### Bedömning och förberedelser

Den ansvariga behandlaren träffar Manuel och hans pappa vid tre tillfällen (sammanlagt 300 minuter) där bedömning och förberedelser genomförs både gemensamt och enskilt (för en beskrivning av processen, se beskrivningen under rubriken "Behandlingsupplägget: Process och struktur"). Manuel ger ett artigt och avvaktande intryck i början av kontakten men upplevs snabbt som mer avslappnad och initiativtagande i samtalen. Han bedöms uppfylla diagnosen PTSD som kan kopplas till fem traumatiska minnen som väljs ut för bearbetning under veckan. Manuel skattar minnenas grad av obehag (SUD) mellan 9–10 på en tiogradig skala. Veckan innan behandling får han och fadern information om traumatisering och PTSD samt hjälp att välja en avslappningsövning som han tidigare har prövat och upplevt som hjälpsam, vilket blir djupandning.

#### Behandling

Manuel och hans pappa får behandling enligt intensivbehandlings standardupplägg. Samtalen med Manuel genomförs på svenska och med fadern används tolk.

**Första dagen** inleds med gemensam uppstart, där den ansvarige behandlaren initialt samtalar med Manuel och fadern. Där framkommer det att Manuel varit mycket orolig kvällen innan och uttryckt att han inte velat börja behandling. Fadern har motiverat honom att testa, vilket han uttrycker att han ska göra. Han påminns om att han när som helst får ändra sig. Efter en stund ansluter tre av fyra behandlare som enligt planering ska träffa Manuel under veckan för att presentera sig och delta i en planerad lära-känna-lek som går ut på att gissa vilka dolda preferenser deltagarna har. Manuel och fadern ser ut att uppskatta aktiviteten.



**Manuel skattar minnenas grad av obehag (SUD) mellan 9–10 på en tiogradig skala**

---

Dagen fortsätter som planerat med att Manuel skapar veckans första traumanarrativ under förmiddagen och sedan arbetar med traumanarrativet under eftermiddagen. Manuel noteras först ha svårt att komma i gång och berätta om dagens minne. När han får frågor om händelsen blir det lättare att berätta. Hans skattningar av SUD är dock lägre än under förberedelsefasen. En bit in i arbetet upplevs han få mer kontakt med minnet och återger fler detaljer. Hans SUD-skattningar ökar under både förmiddagens och eftermiddagens arbete med traumanarrativet. Han uttrycker att det finns mycket han inte förstår kopplat till händelsen och får stöd att formulera frågor om detta som han önskar ställa till fadern. Fadern kommer i sina sessioner bland annat i kontakt med oro för sonen, men även acceptans och självomsorg. I slutet av dagen uttrycker både Manuel och fadern att de vill komma tillbaka dagen därpå.

**Andra dagen** rapporterar fadern att Manuel varit fortsatt stressad kvällen innan men på morgonen hade oron minskat och det hade varit lätt att få med sig honom till mottagningen. Under dagen väcks flera frågor hos Manuel som rör dagens traumaminne. Han får hjälp att formulera dessa för att senare kunna ställa till fadern. Manuel



### **Manuel framför att det som hjälpte mest var att prata om minnen**

---

tränar även på att uttrycka sina behov av exempelvis hur han önskar bli bemött när han ställer frågor och visar känslor. I faderns enskilda samtal sker en parallell process där han tar del av Manuels traumaberättelse och de frågor som Manuel har formulerat under gårdagens session. Fadern får stöd att besvara dessa i linje med sina värderingar, Manuels uttryckta behov och relevanta föräldrafärdigheter inom TF-KBT. Liksom första dagen noteras en ökning i Manuels SUD under arbetet med andra dagens traumanarrativ.

**Tredje dagen** rapporterar både fadern och Manuel bättre sömn under natten. Det framkommer även att Manuel själv har börjat ställa frågor till fadern under lunchen och efter behandlingen. Frågorna har rört familjens historia vilket varit ett tema han tidigare har undvikit att prata om. Enligt fadern har han försökt besvara Manuels frågor. Under dagens arbete med att närma sig och återberätta traumaminnet noteras en sänkning i Manuels SUD-skattningar i slutet jämfört med i början av dagen. Han uttrycker också behovet att förstå händelser som ingen har förklarat för honom och formulerar nya frågor till fadern.

**Den fjärde dagen** framkommer att Manuel varit orolig och sovit dåligt på grund av en konflikt i familjen. Dagen genomförs enligt planering med bearbetning av en ny traumahändelse. En minskning i SUD noteras under arbetet. Manuel beskriver att den ”jobbiga känslan” i magen är mycket mindre än första dagen. Han uttrycker också att han förstår att den inte är farlig utan finns i hans kropp när han är orolig.

**Femte dagen** rapporteras orolig nattsömn hos Manuel på grund av konflikten i familjen som framförts under gårdagen. Efter enskilda förberedelser ägnas resten av dagen åt att Manuel delar sin berättelse med fadern ur sin bok som har skapats under veckan.

Fadern lyssnar och bekräftar Manuels upplevelser samt svarar på önskemål som Manuel har kommunicerat under veckan. Fadern berömmar hans mod att ställa frågor om svåra saker och uttrycker att han känner sig stolt över att Manuel har klarat behandlingen. Veckan avslutas med fika och ceremoni där Manuel får ett diplom för genomförd behandling. Han uppfattas vara nöjd och stolt över att ha genomfört behandlingen.

## Uppföljningar

Första uppföljningen sker fem dagar efter avslutad behandling. Manuel och fadern berättar att helgen varit lugn och att Manuel har sovit och mått bra. Ingen symtomökning rapporteras och inte heller några behov av fler besök innan nästa uppföljning veckan därpå. Studiens eftermätningar görs två respektive sex veckor efter avslutad behandling. Intervjun genomförs fem veckor efter behandling. Resultaten från dessa tre tillfällen redovisas nedan.

## Utfall och erfarenheter

### Upplevelser av behandlingen

Både Manuel och fadern förmedlar en generell positiv upplevelse av behandlingen vid samtliga uppföljningar. Manuel beskriver att "i början kändes det svårt, jag var nervös, men på slutet var det bättre. Jag var mer van". Detta bekräftas av fadern som uttrycker att "första dagen var det svårt att få med honom till mottagningen. Han grät och sa att han inte ville följa med. Andra dagen var det inte alls så. Han vaknade snabbare och var redo att åka".

Manuel framför att "det som hjälpte mest var att prata om minnen, om man pratar om det gör det mindre ont att tänka på". Han beskriver att behandlingen gjorde honom trött och att "det var svårt att prata om mitt minne i fem dagar" men samtidigt att han inte önskade att behandlingen var kortare. Han framför önskemålet att i förväg veta vad samtalen kommer att handla om samt få träffa

samtliga behandlare innan behandlingsstart (en av behandlarna fick förhinder och kunde inte delta vid uppstarten första dagen).

Angående behandlarrotationen uttrycker han att det var "lite pinsamt att möta nya personer, kanske kommer de vara elaka" men framför sedan att han nu tänker att "fler personer vet hur jag känner" och likt sin pappa "förstår mina känslor".

## **Upplevelser av behandlingens effekt**

Vid samtliga uppföljningar rapporterar både Manuel och fadern minskade rädslor hos Manuel efter behandlingen. Detta gäller bland annat att möta situationer som han tidigare undvikit, såsom att bada, ta kontakt med nya människor och att fortsätta prata och ställa frågor om svåra saker som har hänt honom och familjen. Fadern uttrycker att han upplever att Manuel mår bättre och är mindre stressad. Manuel ska ha sagt till fadern att detta beror på att fadern förstår honom bättre.

Manuel framför även att fadern mår bättre efter behandlingen, uppger att "han ser mindre ledsen ut" och beskriver att han fortsatt "ser hur jag känner och det känns skönt". Fadern uppger att "vi har fått bättre kontakt med varandra efter behandlingen". Vid sista uppföljningen bekräftar Manuel och fadern de positiva förändringarna som lyfts i de tidigare uppföljningarna. Samtidigt rapporterar båda att det har hänt nya svåra saker i familjens liv som har påverkat Manuel och faderns mående negativt. Manuel uttrycker en önskan om att träffas några gånger till för att prata om de sakerna.

## **Mätningar**

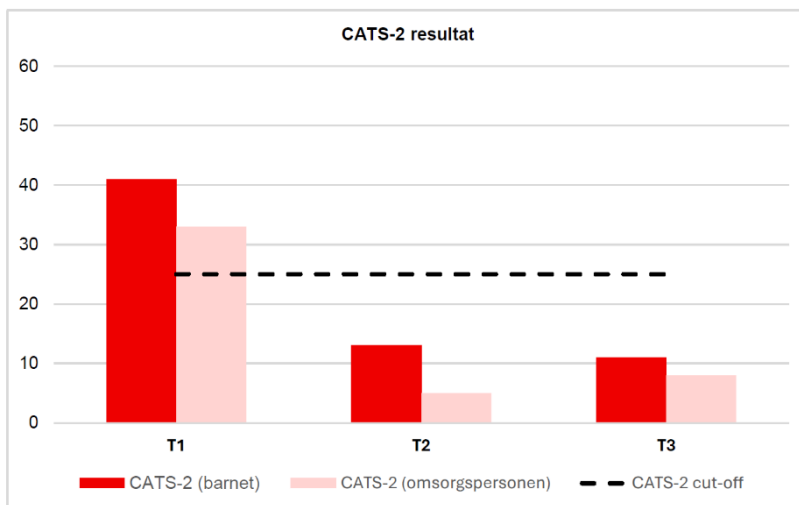
Figurerna på följande sidor (Figur 2–4) visar skattningsresultaten för de formulär som Manuel och fadern fyllde i vid tre tillfällen; fyra veckor till tre dagar innan påbörjad behandling (T1) samt två veckor (T2) och sex veckor (T3) efter avslutad behandling.

Manuel fick 41 poäng på PTSD-skalan CATS vid T1, vilket motsvarar en hög nivå av traumarelaterad stress. Vid T2 fick han 13 poäng och vid T3 fick han 11 poäng vilka båda hamnar under skalans gränsvärde för posttraumatisk stress. Manuels pappa fick 33 poäng på CATS vid T1 (vilket motsvarar en hög nivå av traumarelaterad stress) och sedan fem (T2) respektive åtta (T3) vilka också hamnar under gränsvärdet för posttraumatisk stress.

På SDQ, som enbart fadern fyllde i och som alltså ställer frågor om barns beteende, mående och svårigheter, fick han 24 poäng vid T1, 13 poäng vid T2 och 12 poäng vid T3 där de tydligaste förändringarna gäller minskade problem med hyperaktivitet, koncentration och emotioner.

Slutligen fick fadern vid T1 40 poäng på AAQ, som mäter undvikandebeteende och psykologisk flexibilitet. Han fick 22 respektive 26 poäng vid T2 och T3 vilket indikerar en ökning i acceptans och psykologisk flexibilitet i relation till egna tankar, känslor och kroppsliga reaktioner.

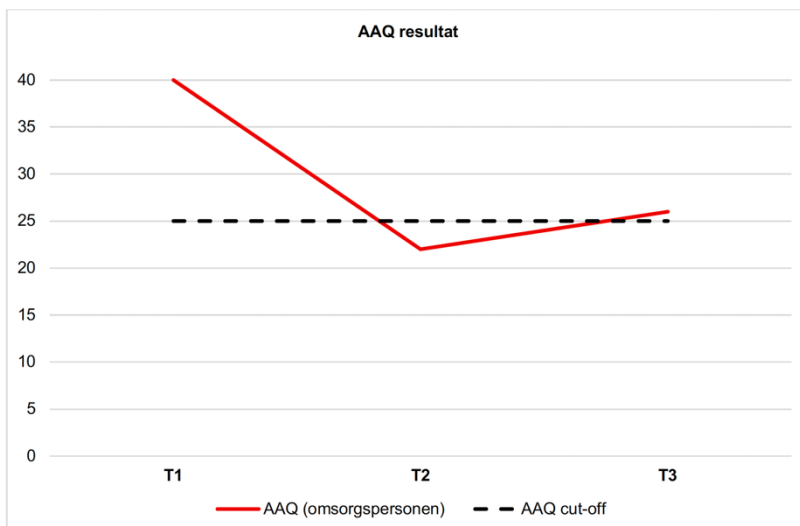
**Figur 2.** CATS-behandlingsresultat



**Figur 3.** Omsorgspersonens SDQ-behandlingsresultat



**Figur 4.** Omsorgspersonens AAQ-behandlingsresultat



## Rekommendationer och framtidsperspektiv

### Lärdomar från pilotstudien

Även om den intensiva och korta behandlingen för barn med PTSD hittills har utvärderats utifrån ett mycket begränsat underlag visar resultaten att behandlingen hade önskad effekt för Manuel.

Efter avslutad behandling uppfyllde han inte längre diagnosen PTSD och både han och fadern rapporterade flera fördelar med behandlingen, inte minst en stärkt relation till varandra.

Behandlingens intensitet har sannolikt bidragit till att påskynda dessa processer. Dels möjliggör formatet mängdträning i viktiga färdigheter hos både barnet och omsorgspersonen. Manuel och fadern fick under en sammanhållen period, tidigt och upprepat, hjälp att bryta sina traumarelaterade undvikanden var för sig. Formatet innehåller även mycket gemensam tid, både under och mellan behandlingssessionerna. I deras fall ägnades mycket av den tiden till samtal om svårare teman som tidigare hade undvikits.

En intensifierad behandling bidrar sannolikt även med att öka behandlarnas tillgänglighet för deltagarna under den aktiva behandlingen. Behandlingsprocessen kan följas på ett närmare sätt och deltagarnas behov av stöd kan därmed tillgodoses mer direkt än vad som är möjligt när behandlingen sker glesare. Ett exempel är stödet som gavs till Manuel för att formulera frågor till fadern som i sin tur fick stöd med hur frågorna kunde bemötas. Detta arbete kunde sedan prövas, utvärderas och omprövas efter behov under behandlingsveckan.

Behandlingen skapade sannolikt en gemensam arena för fortsatta samtal mellan Manuel och hans pappa. Trots att nya påfrestningar tillkom i familjens liv, både under och efter behandlingsveckan, framförde både Manuel och fadern att det hade blivit lättare att dela svårigheterna med varandra.

## Utmaningar

Att pröva och genomföra nya behandlingsupplägg medför nya utmaningar för både behandlare och verksamhet. Ett exempel är att involvera både barn och omsorgsperson i behandlingen, till skillnad från endast en vuxen deltagare som i den tidigare pilotstudien om intensiv traumabehandling som genomfördes på behandlingscentret. Med två deltagare i behandling tillkommer exempelvis behovet av fler överlämningar mellan behandlare vilket ställer högre krav på en fungerande planering, struktur och ett samarbete.

Ytterligare utmaning med att justera vedertagna behandlingsmetoder till nya format är att, trots anpassningarna och deras potentiella fördelar, inte låta dessa göras på bekostnad av behandlingsmetodens beprövade effekt. För att undvika detta behöver en avvägning av dessa aspekter göras och utvärderas i framtida forskning och utveckling av behandlingsprogrammet.



## Framtida forskning och utveckling

Framtida forskning skulle kunna utvärdera om de eventuella fördelarna med ett intensivt behandlingsupplägg är större än de negativa konsekvenserna av att en evidensbaserad metod som TF-KBT behöver justeras. Detta gäller exempelvis den ordinarie behandlingens fasuppdelning som på många sätt frångår i det intensiva formatet. Justeringarna skulle behöva utvärderas i relation till ordinarie behandling samt i relation till olika subgrupper av barn med PTSD.

Syftet med studien har varit att utveckla och utvärdera ett intensivt behandlingsprogram för barn som lider av PTSD till följd av tortyr, krig och/eller flykt. Om behandlingen visar sig ha effekt på målgruppen skulle resultaten potentiellt kunna vara relevanta för barn som traumatiserats till följd av andra händelser än dessa. Denna bredare tillämpbarhet av forskningsresultaten skulle kunna utgöra en betydande indirekt fördel, som utvidgar effekten bortom den omedelbara målgruppen.

Forskningen syftar till framtida samarbete med flera behandlingscenter, vilket eventuellt kan leda till att intensiva behandlingsprogrammet implementeras på bredare front om den visar sig vara effektiv och acceptabel.

# Referenser

1. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. Worrying trend shows increased number of child torture victims. Geneva: OHCHR; 2016.
2. Enlow MB, Egeland B, Blood EA, Wright RO, Wright RJ. Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:1005–1012.
3. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: addendum. Geneva: United Nations; 2015.
4. den Otter JJ, Smit Y, dela Cruz LB, Özkalıpci Ö, Oral R. Documentation of torture and cruel, inhuman or degrading treatment of children: a review of existing guidelines and tools. *Forensic Sci Int*. 2013;224:27–32.
5. Patel N, Kellezi B, Williams AC de C. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD009317.
6. Pérez-Sales P. Documentation of torture in children and young adults: time to reflect. *Torture*. 2019;29:1–15.
7. Tamdjidi R, Bose CN. Barn som överlevt tortyr: en systematisk litteraturoversikt om screening, dokumentation och behandling av tortyrskadade barn. Stockholm: Röda Korsets Högskola; 2023.
8. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón FJ, Purgato M, Churchill R, Barbui C. Mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees and asylum seekers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020:CD013458.
9. Velu ME, Kuiper RM, Schok M, Sleijpen M, de Roos C, Mooren T. Effectiveness of trauma-focused treatments for refugee children: a systematic review and meta-analyses. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16:2494362.
10. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:537–549.
11. Wachen JS, Held P. Special feature: intensive delivery of cognitive behavioral therapies for anxiety, mood, and trauma-related disorders. *Cogn Behav Pract*. 2023;30:311–313.
12. Tinghög P, Vågbratt L, Jennstål J, Bragesjö M, Möller N. Acceptability and preliminary effects of intensive brief trauma-focused PTSD treatment for refugees: a pilot study. *Torture*. 2024;34:54–63.
13. Rentinck EM, van Mourik R, de Jongh A, Matthijssen SJMA. Effectiveness of an intensive outpatient treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents and young adults with PTSD in a naturalistic setting. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16:2451478.
14. van Pelt Y, Fokkema P, de Roos C, de Jongh A. Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12:1917876.
15. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2017.
16. Held P, Wachen JS. Concluding comment: posing key questions to shape future research, enhance patient outcomes, and facilitate the implementation of intensive treatments. *Cogn Behav Pract*. 2023;30:417–420.
17. Ooms-Evers M, van der Graaf-Loman S, van Duijvenbode N, Mevissen L, Didden R. Intensive clinical trauma treatment for children and adolescents with mild intellectual

- disability or borderline intellectual functioning: a pilot study. *Res Dev Disabil.* 2021;117:104030.
18. Woudenberg CV, Voorendonk EM, Bongaerts H, Zoet HA, Verhagen M, Lee CW, van Minnen A, de Jongh AD. Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018;9:1487225.
  19. Fredman SJ, Macdonald A, Monson CM, et al. Intensive, multi-couple group therapy for PTSD: a nonrandomized pilot study with military and veteran dyads. *Behav Ther.* 2020;51:700–714.
  20. Westerveld MM, van der Mheen M, Knipschild R, et al. Short- and long-term effectiveness of brief intensive trauma treatment for adolescents with posttraumatic stress disorder and their caregivers: protocol for a multicenter randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.* 2025;14:e66115.
  21. Tijsseling I, van 't Noordende AT, Zijlstra BJH, Merbis M, van Veen SC. The effectiveness and tolerability of an intensive outpatient trauma treatment program for adolescents with PTSD. *J EMDR Pract Res.* 2024;18:68–81.
  22. Wachen JS, Dondanville KA, Evans WR, Morris K, Cole A. Adjusting the timeframe of evidence-based therapies for PTSD: massed treatments. *Curr Treat Options Psychiatry.* 2019;6:107–118.
  23. Calteaux I, Simcock G, Farrell LJ. Brief CBT and science-based tailoring for children, adolescents, and young adults. *Cogn Behav Pract.* 2024;31:49–72.
  24. Voorendonk EM, de Jongh AD, Rozendaal L, van Minnen A. Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11:1783955.
  25. de Roos C, Zijlstra B, Perrin S, van der Oord S, Lucassen S, Emmelkamp P, de Jongh A. Predictors and moderators of treatment outcome for single-incident paediatric PTSD: a multicentre randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12:1968138.
  26. World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2022.
  27. Thielemann JFB, Kasparik B, König J, Unterhitzberger J, Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse Negl.* 2022;134:105899.
  28. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
  29. National Guideline Alliance. Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children: post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
  30. Brown EJ, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy: the role of caregivers. *J Affect Disord.* 2020;277:39–45.
  31. Anderman M, Ölund H. Patienters upplevelser av terapeutrotation i traumafokuserad intensivbehandling. Umeå: Umeå universitet; 2023.
  32. Sachser C, Berliner L, Risch E, et al. The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2): validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13:2105580.
  33. Yang M, Mady N, Linnaranta O. Utility of psychophysiological metrics in guiding treatment of trauma symptoms: a systematic review. *J Behav Cogn Ther.* 2021;31:249–266.
  34. Wolpe J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press; 1973.
  35. Orr SP, Roth WT. Psychophysiological assessment: clinical applications for PTSD. *J Affect Disord.* 2000;61:225–240.
  36. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581–586.
-

37. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther.* 2011;42:676–688.
38. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci.* 2017;12:108.
39. Thoresen IH, Auren TJB, Langvik EO, et al. Intensive outpatient treatment for post-traumatic stress disorder: a thematic analysis of patient experience. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13:2043639.
40. Elliott R. Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychother Res.* 2008;18:239–242.
41. Morris SB, DeShon RP. Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychol Methods.* 2002;7:105–125.
42. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:12–19.
43. Wolpert M, Görzig A, Deighton J, et al. Comparison of indices of clinically meaningful change in child and adolescent mental health services. *Child Adolesc Ment Health.* 2015;20:94–101.
44. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101.

## **Svenska Röda Korset**

Röda Korset finns i 191 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 18 500 volontärer i 286 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på fem platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade 1985.

## **Röda Korsets Högskola**

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 60 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

## **Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering**

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi klinisk forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



**Röda Korsets Högskola** Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059  
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | [info@rkh.se](mailto:info@rkh.se) | [www.rkh.se](http://www.rkh.se)