



Neuropsykiatriska tillstånd hos traumatiserade barn

Samsjuklighet, differentialdiagnos
och klinisk anpassning i arbetet
med krigs- och tortyrskadade barn

Fanny Laurén



Neuropsykiatriska tillstånd hos traumatiserade barn

ISBN: 978-91-989580-3-4

Illustratör framsida: Klara Nordin Stensö

Illustratörer i rapporten: Klara Nordin Stensö

Tryck: Typografiska 2026

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Neuropsykiatriska tillstånd hos traumatiserade barn

Samsjuklighet, differentialdiagnos och klinisk anpassning
i arbetet med krigs- och tortyrskadade barn



Røde Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Förord

Barn med ADHD eller autism har visat sig ha en högre risk än andra unga att utsättas för våld, uppleva utsatthet och vara med om olyckor. När det sker kan svårigheter kopplade till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som problem med att tolka situationer och förutse konsekvenser, göra att händelserna framstår som än mer skrämmande och svårhanterliga. Det kan öka risken att barnet traumatiseras.

Sådan sårbarhet är särskilt viktig att uppmärksamma hos de unga som den här rapporten handlar om – unga som har tvingats lämna sina hemländer på grund av tortyr, förföljelse och krig. Deras barndom har präglats av överväldigande skräck och maktlöshet. Detta medför också en hög risk för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Traumatisering kan i sin tur förvärra ett barns neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). PTSD kan exempelvis förstärka autismrelaterade svårigheter som problem med relationer, att lugna sig själv eller att kommunicera sina behov. Stress och livsomställningar kan störa tidigare fungerande strategier och ställa krav på anpassning hos barn som har svårt för förändringar. Neuropsykiatriska drag som inte har påverkat barnet tidigare, som koncentrationssvårigheter, kan förvärras. Föräldrar som själva är traumatiserade kan också ha svårare att ge stöd.

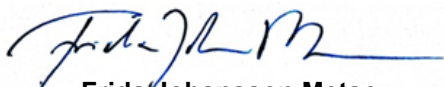
Dessutom kan de neuropsykiatriska tillstånden också förvärra PTSD. Ett traumatiserat barn med NPF kan ha svårare med känsloreglering och därmed att hantera påträngande minnen och andra PTSD-symtom. Svårigheter att tolka och hantera sociala situationer och olika intryck gör att symtom kan bli mer överväldigande. Ökad stresskänslighet kan bidra till starkare och mer långvariga reaktioner.

I mötet med både barn och vuxna ser personalen vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade vikten av att anpassa traumabehandling till neuropsykiatriska tillstånd. Den här

rapporten är också framtagen för att ge stöd till andra yrkesverksamma som hjälper barn som traumatiserats under flykt och som har svårigheter i skolan och hemmet. I texten läggs stor vikt vid att uppmärksamma konsekvenser av både traumatisering och neuropsykiatriska tillstånd – överlappande symtom och vanligt förekommande samsjuklighet.

Fanny Laurén beskriver också hur traumatiska erfarenheter kan skymma neuropsykiatriska svårigheter som funnits redan före flykt. Så sker framför allt om anamnes saknas eftersom föräldrar saknas. Hon uppmärksammar dessutom att utredningar ofta skjuts upp i väntan på att unga som flytt ska få ett mer stabilt liv i Sverige, för att bedömningen ska bli enklare. Eftersom tillvaron ofta förblir osäker under lång tid kan det leda till att insatser som kräver diagnos uteblir. Risken för skolmisslyckande blir då högre, vilket i sin tur ökar sannolikheten för annan psykisk ohälsa, som depression, och i förlängningen ett liv med sämre förutsättningar på arbetsmarknaden och svagare sociala och ekonomiska resurser, vilket bidrar till fortsatt utsatthet.

Textens budskap är tydligt: vad som är förklaringen till ett problem är inte alltid avgörande för vad vi kan göra för att hjälpa. Barn med många komplexa svårigheter behöver fler insatser, inte färre. En bedömning byggd på bristfälligt underlag är mer användbar än ingen alls. Även en ofullständig utredning kan vara avgörande för att ge stöd i tid.



Frida Johansson Metso

Leg. psykolog, samordnare

Röda Korsets kompetenscenter

för tortyr- och krigsskaderehabilitering



Tack till

Patienter, kollegor och arbetsgivare vid Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm (BUP Stockholm) för allt jag lärt mig inom området.

Svenska Röda Korset, för inramning och förarbete.

Sabina Gušić, för inspiration, erfarenhetsutbyte och generöst delande av ovärderliga kunskaper inom området.

Eva Tideman, nestor inom psykologi som präglat generationer av psykologer.

Frida Johansson Metso, för möjligheten att sammanfatta mina erfarenheter och göra dem tillgängliga i skrift – och för tålmodigt, stöttande och välbehövligt redaktörsarbete.

Författare



Fanny Laurén

Leg. psykolog, specialist i klinisk psykologi, inriktning neuropsykologi

Fanny har 20 års erfarenhet av kliniskt arbete med barn och ungdomar med neuropsykiatriska tillstånd, traumatisering och erfarenheter av flykt. Som psykolog har hon arbetat inom barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering och skolans elevhälsa. Förutom utredning och behandling har Fanny också erfarenhet av att ha utbildat, handlett, gett konsultationer och föreläst för professionella inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, HVB-hem samt skolpersonal. På senare år har hon arbetat med att utveckla vårdprocesser, evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning inom Region Stockholms psykiatri.

Innehållsförteckning

Förord	2
Författare	5
Sammanfattning	9
Sammanfattning på lättare svenska	9
Abstract in English	9
Introduktion	11
Målgrupp och upplägg	12
AVSNITT 1 KUNSKAPSÖVERSIKT	14
Kapitel 1: Psykiatrisk diagnostik – en praktik med utmaningar	15
Syfte med psykiatrisk diagnostik	15
Diagnostiska system	16
Utredningsbegreppet och procedur för psykiatrisk diagnostik	17
LEAD – en metod för mer tillförlitlig diagnostik	18
Diagnostiska utmaningar	18
Kultur, språk och migration – perspektiv på psykiatrisk diagnostik	20
Kapitel 2: Neuropsykiatriska tillstånd hos barn	23
Neuropsykiatriska diagnoser och närliggande begrepp	23
Symtombild, adaptiv funktion och kognitivt fungerande	24
Samsjuklighet och differentialdiagnostik	25
Risk för över- och underdiagnostik	26
Kapitel 3: Barn och traumatisering	29
Svåra upplevelser, traumaerfarenheter och traumatisering	29
Effekter av traumatiska händelser hos barn	30
PTSD hos barn	30
Svårigheter i skolan	31
Livslång och ärftlig psykisk och fysisk ohälsa	32
Neurobiologiska effekter, hjärnans plasticitet och epigenetik	32
Riskfaktorer och skyddsfaktorer för traumatisering	34
Kapitel 4: Neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering	38
Neuropsykiatriska tillstånd ökar risken för traumatisering	38
Traumatisering kan likna NPF	40
Förändringar i hjärnans struktur och funktion till följd av traumatisering ger symtom liknande de vid neuropsykiatriska tillstånd	41
Deprivation och kvasiautism	43

Neuropsykiatriska och traumarelaterade tillstånd har överlappande symtom som kan förväxlas	46
Samsjuklighet är vanligt	47
Interaktiva samband där svårigheterna förstärks	48
AVSNITT 2 KLINISK TILLÄMPNING.....	52
Kapitel 5: Vanliga fallgropar i komplex diagnostik	53
Begreppsförvirring.....	53
Kausalitet och samvariation.....	53
"Trauma" och PTSD.....	54
Social utsatthet och försummelse.....	55
Neuropsykiatri och kognitiva svårigheter	57
Migration, flykt och traumatisering	57
Differentialdiagnos och samsjuklighet	58
Att förenkla för mycket	59
Ensidiga perspektiv.....	59
Maskering	60
Att komplicera för mycket.....	61
Passivitet till följd av komplexitet	61
Kulturella och språkliga perspektivs inverkan.....	62
Kapitel 6: Att handskas med utmaningar i komplex diagnostik.....	65
Varför ska man utreda?	65
Vad kan man utreda och uttala sig om?	66
När ska man utreda?	66
Hur ska man utreda?	68
Handskas med bias	69
Preliminär bedömning.....	69
Transparens i kommunikation och dokumentation	70
Varaktighet.....	71
Utvärdering och förnyade bedömningar	71
Anpassningar av metoder.....	72
Ekologisk validitet	73
Över- och underkulturalisering.....	74
Rätt till tolk	75
Delaktighet, respekt och nyfikenhet.....	76
Kapitel 7: Vanliga frågor.....	78
1. Är det möjligt att utreda i alla situationer?.....	78
2. Är det lämpligt att utreda i alla situationer?.....	79

3.	Kan man utreda vid försvårade omständigheter?	80
4.	Kan man utreda vid pågående svår belastning?	80
5.	Kan man utreda vid pågående traumatiska händelser?	81
6.	Kan man utreda även om det finns känd tidigare traumatisering?	82
7.	Om man redan utrett och sedan får veta att det förelagat traumatisering, kan bedömningen fortfarande anses giltig?	83
8.	Om det funnits traumatiska händelser och svår försummelse hela uppväxten, hur ska man tänka då?	83
9.	Hur ska man veta vad som är vad?	85
10.	Ska man utreda eller behandla först?	86
11.	När bör kognitiva svårigheter utredas hos utsatta barn?	86
12.	Kan man utreda NPF hos barn som flytt?	87
13.	Kan man utreda barn som inte har uppehållstillstånd?	88
14.	Hur tidigt kan man utreda nyanlända barn?	89
15.	Vad ska man tänka på kring barnets skolbakgrund?	90
16.	Kan man utreda när det saknas anamnes?	91
17.	Vad ska man tänka på om barnet har ett annat förstaspråk än svenska? Kan man använda tolk?	92
18.	Hur giltiga kan utredningsinstrument anses vara för barn med annan språklig och kulturell bakgrund?	94
AVSNITT 3 BILAGOR FÖR PRAKTISKT STÖD		96
Bilaga 1: Lathund för vad olika verksamheter behöver tänka på....		97
Ansvarsfördelning		97
Hälso- och sjukvården		97
Skolan		97
Socialtjänsten		98
Samverkan		99
Bilaga 2: Checklistor för utredningar		100
Vad behöver man beakta i komplex diagnostik?		100
När ska man tänka utredning?		101
Vad ska ingå i en utredning?		102
Bilaga 3: Intervjuguiden för utredning		104
Intervjustöd för frågor till vårdnadshavare		104
Intervjustöd för frågor i pedagogisk verksamhet		107
Samtalsstöd för att ställa frågor till barn		109
Referenser		113

Sammanfattning

Sammanfattning på lättare svenska

Den här rapporten handlar om barn

som har varit med om svåra saker, som krig och flykt.

De kan må dåligt och ha svårt med skolan.

De kan ha svårt att koncentrera sig och behöva rutiner.

Symtomen kan likna exempelvis ADHD eller autism.

Hur vet föräldrar och skola om barnet har ADHD eller autism, eller mår dåligt efter flykten – eller en kombination?

Det är viktigt att utreda. Då kan barnet få rätt stöd.

Den här rapporten visar hur man kan utreda

även om mycket händer i barnets liv.

Abstract in English

This report examines neurodevelopmental conditions in traumatized children, with particular focus on differential diagnosis, comorbidity, and clinical assessment in children affected by war, torture, and forced migration. Neurodevelopmental disorders and trauma-related conditions such as PTSD often present with overlapping symptoms, making it difficult to distinguish between them in clinical practice. At the same time, comorbidity is common, and the conditions may interact and reinforce each other. The report reviews current research, neurobiological mechanisms, and clinical challenges, and provides practical guidance for assessment and intervention. A central argument is that trauma exposure should not prevent neuropsychiatric assessment, as careful investigation is essential for identifying children's needs and ensuring access to appropriate support and treatment.

En 14-årig flicka som har flytt ensam till Sverige remitteras för misstänkt ADHD. Hon uppvisar tydliga koncentrationssvårigheter, hög aktivitetsnivå, impulsivitet och svårigheter att reglera känslor. Hon har upplevt våld och förlorat sina föräldrar. Hon har även varit utsatt för övergrepp under resan till Sverige och råkat illa ut på flera av de boenden där hon varit placerad med endast pojkar. Hon har mycket svårt att lita på vuxna och hamnar ofta i konflikter med jämnåriga. Hon sover minimalt då hon är rädd för mardrömmar.

Flickans situation väcker stark oro hos personal på boendet och i skolan. Socialsekreterare har tidigare remitterat flickan till barn- och ungdomspsykiatri för en bedömning av misstänkt posttraumatiskt stressyndrom. Kontakten inleddes aldrig eftersom flickan själv inte var motiverad eller samtyckte. Flickan är nu mer hjälpsökande och går med på en utredning med frågeställning ADHD och PTSD.

Under utredningen framkommer att koncentrationsproblemen funnits redan i hemlandet och att hon även där hade svårt att hänga med i undervisningen. Därtill framkommer att ingen av hennes syskon klarat skolan trots att de vuxit upp i ett sammanhang där det funnits tillgång till både skolgång och stöd.

Flickan diagnostiseras med både ADHD och PTSD då hon bedöms uppfylla kriterier för båda tillstånden och vara i behov av omfattande insatser. Hon erbjuds en kombination av insatser från BUP i form av farmakologisk behandling och traumafokuserad kognitiv terapi. Dessa insatser samordnas genom samverkan med socialtjänst och skola som säkerställer att anpassningar görs för att möta hennes behov i hem och skola.

Introduktion

Kan en traumatisk upplevelse orsaka ADHD? Kan man utreda för neuropsykiatriska tillstånd om barnet är traumatiserat? Ska man utreda eller behandla först?

Det här är frågor jag ställt mig i mötet med patienter och som andra ställt till mig i handledning genom åren. Under mitt yrkesliv har jag ägnat mig åt att försöka förstå dessa samband och mekanismerna bakom och i den här rapporten har jag fått möjlighet att dela med mig av mina erfarenheter.

Ett särskilt intresse har varit hur man i praktiken i den kliniska vardagen kan omsätta kunskap från empirisk forskning, vetenskaplig teoribildning och de erfarenheter man får i arbetet så att den samlade kunskapen kommer den enskilde patienten till nytta. Kunskap är grunden för goda bedömningar och effektiva insatser, men ett ensidigt fokus på viss kunskap eller ett visst perspektiv leder till att patienten inte får tillgång till det breda utbudet av insatser som kan vara möjligt att erbjuda. Många gånger har jag erfarit att man fastnar i förklaringsmodeller som är "antingen eller" och att man genom att fokusera på att hitta en tänkt grundorsak till ett visst tillstånd förhindrar att nå fram till att erbjuda verksamma insatser som hade kunnat förbättra patientens förutsättningar att utvecklas.

Ett exempel är diskussionen om det är ADHD eller traumatiska upplevelser som orsakar ett barns svårigheter med uppmärksamhet och rastlöshet. Det händer att patienter diagnostiserats med ADHD och att det i efterhand visat sig att de samtidigt varit utsatta för övergrepp utan att det uppmärksammats när utredningen genomfördes. Det riskerar att ifrågasätta validiteten i den diagnostiska bedömningen trots att både ADHD och traumatisering skulle kunna vara giltiga diagnoser. Även om en kartläggning av barnets psykiska och fysiska hälsa liksom sociala situation och dess eventuella effekter på aktuell symtombild ingår i en väl genomförd

bedömning så uppstår det dock ett problem om vi tänker att bara en förklaring kan vara giltig åt gången. Om vi betonar kunskapen om traumatisering, med dess negativa påverkan på hälsa och utveckling, så starkt att det inte kan anses vara möjligt att samtidigt också ha en underliggande funktionsnedsättning som ADHD, är risken stor att barn inte kan få tillgång till en utredning och medföljande insatser om de är just traumatiserade.

Konsekvensen blir att de barn med störst svårigheter och mest behov av insatser blir utan den vård som hade kunnat vara verksam. Det som syftar till att vara ett försök att ta ett helhetsperspektiv – att beskriva hur olika faktorer kan anses bidra till, vidmakthålla och förstärka varandra – riskerar därmed att bli ett teoretiskt resonemang som inte leder fram till konkret förändring för patienten. I mitt arbete har jag många gånger stött på barn som skulle behövt många olika, var och en för sig verk samma, insatser parallellt men som på grund av stor psykosocial belastning och utsatthet blivit utan och fått kämpa i ännu starkare motvind än vad som hade varit nödvändigt. En stark drivkraft i mitt kliniska arbete liksom i att skriva den här rapporten är att försöka bidra till att vården ska bli mer jämlik för utsatta barn och att fler barn med många samtidiga svårigheter ska få tillgång till mer verk samma insatser utifrån sina behov.

Målgrupp och upplägg

Den här rapporten vänder sig till kliniker som i sin yrkesutövning möter barn och unga med erfarenheter av traumatisering, neuropsykiatriska svårigheter och flyktingbakgrund. Rapporten ger en vägledning i vad som kan vara viktigt att uppmärksamma utifrån den professionellas roll och uppdrag.

Rapporten vänder sig i första hand till kliniker och andra yrkesverk samma som möter barn och unga med neuropsykiatriska svårigheter, traumatiska upplevelser och flyktingbakgrund, och som har en grundläggande kunskap inom området. Texten inleds dock på

en mer basal nivå och blir successivt mer fördjupad. För att underlätta för läsare med olika behov och erfarenhetsnivåer återkommer centrala begrepp och resonemang i flera delar av rapporten. Detta möjliggör att avsnitten kan läsas fristående och användas som stöd i olika delar av det kliniska arbetet.

Rapporten består av tre avsnitt:

- Det första avsnittet ger en kunskapsöversikt och introducerar centrala begrepp som bidrar till en gemensam förståelse av området i resten av texten.
- I det andra avsnittet ligger fokus på det kliniska mötet med patienten, där ytterligare begrepp introduceras samt vanliga fallgropar och frågor beskrivs.
- I det tredje avsnittet konkretiseras rekommendationerna ytterligare i form av lathundar, checklistor och arbetsblad som stöd i det praktiska arbetet med barn som har flera samtidiga svårigheter.

UPPDRAGET

Rapporten skrivs på uppdrag av Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala, och innehållet bygger på en kombination av kliniska erfarenheter och litteraturgenomgång inom området. Förarbetet har också inkluderat en workshop för att fånga upp behov som framkommit hos klinisk personal på behandlingscentret. Jag har också tagit del av underlag från arbetsgruppen i forskningsprojektet "Barn som överlevt tortyr" som drivs inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering med hjälp av medel från Stiftelsen Hildur Nordins Minnesfond.

AVSNITT 1 KUNSKAPSÖVERSIKT

Traumatisering och neuropsykiatriska besvär hos barn som upplevt flykt är ett komplext område på så sätt att det innehåller många begrepp och kunskapsfält. Därtill är flera olika aktörer inom samhället berörda, exempelvis hälso- och sjukvård, pedagogisk verksamhet och olika myndigheter såsom socialtjänsten och Migrationsverket. Svårigheterna är även komplexa sett till hur de hänger ihop, om de orsakar eller förstärker varandra eller bara finns samtidigt utan kausala samband.

Vi kommer därför gå igenom områdena och några viktiga begrepp var och ett för sig, och sedan hur de förhåller sig till varandra, för att ha en gemensam kunskapsbas att utgå ifrån när det sedan är dags att tillämpa begreppen.

Kapitel 1: Psykiatrisk diagnostik – en praktik med utmaningar

Utredningsbegreppet är väl använt både inom hälso- och sjukvården, skolan och samhället i stort. Samtidigt råder ingen enighet om hur en utredning ska gå till eller vad som ska ingå och det finns många kända utmaningar med psykiatrisk diagnostik. Det här kapitlet ägnas till att gå igenom olika generella aspekter, utmaningar och begränsningar i psykiatrisk diagnostik.

Syfte med psykiatrisk diagnostik

Psykiatrisk diagnostik, i likhet med annan diagnostik inom hälso- och sjukvården, har flera användningsområden och syften. För den enskilda patienten är det centralt att sjukdomstillståndet identifieras och beskrivs på ett korrekt sätt, eftersom det möjliggör en tydlig kommunikation mellan patient och vårdgivare och ger vägledning för beslut gällande tillgång till relevanta och verksamma behandlingsinsatser (American Psychiatric Association (APA), 2022; Socialstyrelsen, 2021a; World Health Organization (WHO), 2024). Nationella riktlinjer och vårdprogram rekommenderar insatser baserat på diagnostiska tillstånd, vilket innebär att diagnosen utgör en grund för både behandling och stöd (Socialstyrelsen, 2021b).

Diagnostiken fungerar också som ett gemensamt språk mellan vårdgivare, vilket underlättar samarbete i vårdkedjor och möjliggör samordning med andra samhällsaktörer, såsom skola eller Försäkringskassan (Socialstyrelsen, u.å.-a). Utöver den kliniska nyttan är diagnostiken en förutsättning för forskning och kunskapsutveckling. Genom standardiserade definitioner ökar möjligheten att jämföra olika populationer och utveckla nya metoder och behandlingar (APA, 2022; Socialstyrelsen, 2025).

På samhälls nivå används diagnostiska system även för att följa folkhälsan genom epidemiologiska data, där statistik över

psykiatriska diagnoser utgör underlag för analys av behov och riskgrupper (Socialstyrelsen, 2024a). Dessa data är också avgörande för styrning och resursfördelning inom hälso- och sjukvården och fungerar därmed som ett underlag för politiska och organisatoriska beslut (Socialstyrelsen, u.å.-b; WHO, 2024).

Diagnostiska system

Det finns två huvudsakliga system för psykiatrisk diagnostik: International Classification of Diseases (ICD) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

WHO står bakom det internationella diagnossystemet ICD, vars senaste version är ICD-11 (WHO, 2024). I Sverige ges den svenska versionen ut av Socialstyrelsen, och i dagsläget är ICD-10 fortfarande det officiella klassificeringssystemet för all hälso- och sjukvård. Detta innebär att alla vårdgivare i Sverige är skyldiga att rapportera diagnoskoder baserade på ICD-10 till Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2021c).

Som komplement till ICD används både i klinisk verksamhet och inom forskning även DSM. Den senaste versionen är DSM-5, som på engelska utges av APA (2022) och på svenska är översatt och publicerad av Pilgrim Press (APA, 2015/2017). Båda systemen bygger på symtomkluster, det vill säga mönster av symtom som har visat sig förekomma tillsammans. De är deskriptiva och uttalar sig inte om bakomliggande orsaker. Även om forskning identifierat biologiska, psykologiska och sociala risk- och skyddsfaktorer, ingår dessa inte i de diagnostiska kriterierna.

Ett undantag är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), där en potentiellt traumatiserande händelse krävs för att diagnosen ska kunna ställas (APA, 2022; WHO, 2024). De etablerade diagnossystemen ICD-10 och DSM-5 har haft stor betydelse för standardisering av diagnostik och forskning, men det finns också

flera begränsningar med båda systemen, bland annat deras deskriptiva karaktär och begränsade förklaringsvärde.

Utredningsbegreppet och procedur för psykiatrisk diagnostik

Inom svensk hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst pratar man ofta om utredning av barn. Man använder begrepp som neuropsykiatrisk utredning, NPF-utredning, NP-utredning, barnpsykiatrisk utredning och psykologutredning. Ibland pratar man också om barnpsykologisk utredning även om det inte är lika vanligt längre. Gemensamt för dessa är att det är begrepp som används av många men som ofta saknar en tydlig definition kring innehåll och tillvägagångssätt.

Ett sätt att ta sig an vad en utredning ska innehålla är att titta på vårdprogram eller yrkesföreningars riktlinjer för olika tillstånd. Ett annat sätt att definiera en utredning är att utgå från vad Socialstyrelsen anger ska finnas i ett intyg utfärdat från hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har också gett ut nationella riktlinjer för ADHD och autism och där beskrivs generella principer för hur en utredning av dessa tillstånd ska gå till (Socialstyrelsen, 2024b). Där beskrivs också att man inte ska utreda mer eller mindre än nödvändigt vilket är i enlighet med effektivitetsprincipen, att man inte ska utreda mer än vad som står i proportion till hur informationen kan användas. Det är inte heller etiskt att samla mer information än vad som har betydelse för vården. Det finns också nationella och internationella riktlinjer som betonar att diagnostik ska vara systematisk, evidensbaserad och utgå från WHO:s ICD-system (WHO, 2019). Vidare ska det finnas med en tydlig funktionsbedömning och patienten ska vara delaktig. För barn och unga ska utvecklingsnivå, familjeförhållanden och skolmiljö ingå i bedömningen (NICE, 2018; WHO, 2019).

LEAD – en metod för mer tillförlitlig diagnostik

LEAD-proceduren (*Longitudinal, Expert, All Data*) utvecklades för att öka tillförlitligheten i psykiatrisk diagnostik och betraktas i dag som gold standard. Grundidén är att diagnoser inte ska baseras på en enskild vårdkontakt eller sjukdomstillfälle utan på en sammanvägd bedömning av den information som finns tillgänglig även bakåt i tiden. Diagnosen ställs efter att kliniker, ofta i team, följt patienten över tid och vägt samman uppgifter från standardiserade intervjuer, observationer, tidigare journaler, neuropsykologiska tester, skattningsskalor samt information från föräldrar, lärare och andra närstående (Kraemer et al., 2003). Fördelarna med LEAD inom barnpsykiatri är tydliga, eftersom barns symtom kan vara föränderliga över tid och det longitudinella perspektivet möjliggör att skilja mellan tillfälliga svårigheter och mer stabila mönster som uppfyller kriterier för en diagnos (Humphreys et al., 2016). Metoden minskar därmed risken för både över- och underdiagnostik, något som är särskilt betydelsefullt i grupper där psykiatrisk samsjuklighet försvårar diagnostiken.

De begränsningar som brukar framföras med LEAD som arbetsätt är att det är en resurskrävande metod som kräver långsiktiga uppföljningar, omfattande informationsinsamling och tillgång till multiprofessionell expertis. Det gör metoden svår att implementera i reguljär vård, där tid och resurser är begränsade. Metoden ger inte heller stöd för hur motstridig information ska vägas samman vilken också leder till variation i bedömning (Kraemer et al., 2003). Då metoden är beroende av kliniskt omdöme hos experter finns en risk för subjektivitet och bedömningar kan skilja sig mellan olika experter, team och sammanhang.

Diagnostiska utmaningar

Eftersom diagnoserna i både ICD-10 och DSM-5 är deskriptiva och ofta beskriver beteenden som är normalfördelade i populationen

uppstår en grundläggande utmaning i att dra gränsen mellan vad som är normalt och vad som är patologiskt (APA, 2022; WHO, 2021).

Båda systemen betonar därför funktionsnedsättning och lidande som avgörande, men även detta innebär en svår gränsdragning. Svårigheten att avgöra var gränsen går mellan det förväntade och det avvikande bidrar till risken för både över- och underdiagnostik. Detta innebär att vissa grupper kan få diagnoser för lätt medan andra, exempelvis personer med migrationsbakgrund, riskerar att inte fångas upp (Socialstyrelsen, 2024b). Diagnostisk inflation kan dessutom leda till att normala variationer patologiseras. Samtidigt finns ingen konsensus om överdiagnostik faktiskt förekommer, då ökningen också kan förklaras av ökad kunskap, utbyggd vård, minskat stigma och diagnosglidning – att kriterierna har breddats till att delvis omfatta en annan fenotyp, det vill säga en förändring i observerbar symtombild än tidigare (Mohr Jensen & Steinhausen, 2015).

En annan utmaning är samsjuklighet och differentialdiagnostik. Samsjuklighet innebär att en individ kan ha flera psykiatriska tillstånd samtidigt, medan differentialdiagnostik syftar till att skilja tillstånden åt för att hitta den mest relevanta diagnosen. Eftersom många psykiatriska tillstånd har överlappande symtom finns risken för felaktiga diagnoser – antingen genom att tillstånd förbises eller att samsjuklighet felaktigt antas föreligga (Angold et al., 1999; APA, 2022).

Ytterligare en felkälla är den mänskliga faktorn. Kliniker riskerar att påverkas av kognitiva bias, det vill säga systematiska fel i beslutsfattande (Croskerry, 2003, 2013). För att motverka det bör strukturerade beslutsstöd och standardiserade metoder som diagnostiska manualer, intervjuguider, observationsstöd och checklistor användas. Även second opinion och sambedömningar

kan vara metoder för att stärka interbedömarreliabiliteten och kvalitetssäkra diagnostiken.

En jämlik vård förutsätter ett systematiskt arbetssätt som tar hänsyn till kulturella, språkliga och psykosociala faktorer (Socialstyrelsen, 2024b).

Kultur, språk och migration – perspektiv på psykiatrisk diagnostik

Vi har redan varit inne på att eftersom ICD-10 och DSM-5 huvudsakligen är deskriptiva system så finns det svårigheter att veta var gränsen går för det förväntade och det avvikande. Dessa gränser påverkas dessutom av tid, kultur och värderingar (APA, 2022). Kulturell bias kan förekomma då diagnostiska kriterier och test ofta utformats i västerländska kontexter (Ardila, 2005; Cole, 1996). Vardagsbeteenden som ögonkontakt, turtagning, lek och självständighet är kulturbundna och kodas olika i olika miljöer vilket innebär att om man inte förstår individens kulturella sammanhang kan man felaktigt uppfatta kulturellt adekvata beteenden som psykiatriska symtom (Cole, 1996). Således kan kulturella uttryck för psykiskt lidande och postmigrationsstress påverka symtombild och risk för felbedömning i båda riktningar. Trauma- och stressreaktioner kan feltolkas som neuropsykiatriska svårigheter och neuropsykiatriska svårigheter kan gömmas bakom traumasymtom. Samtidigt finns det också en risk att överskatta kulturella skillnader där de saknar betydelse för det kliniska tillståndet (Kirmayer, 2006).

Språkbaserade deltest riskerar att underskatta förmågor hos flerspråkiga eller nyanlända barn och resultaten behöver tolkas i utifrån språklig och kulturell bakgrund samt kompletteras med observationer och kvalitativa data (Ardila, 2005; Norbury et al., 2016). Samtidigt kan man inte dra slutsatser om att alla språkliga svårigheter är kopplade till att barnet inte förvärvat det nya språket i tillräckligt hög grad. Här kan man använda sig av flera

tillvägagångssätt såsom att jämföra med hur det brukar se ut för barn som varit i det nya landet ungefär lika länge eller undersöka barnets språkliga förmåga på sitt modersmål. Notera att inte heller icke-språkliga test kan anses vara kulturneutrala, och personer från en annan kultur än majoritetskulturen kan missgynnas av normeringen, som är gjord på majoritetspopulationen.

Migrationens påverkan på psykiatriska tillstånd hos barn har undersökts i flera svenska studier.

Till exempel har man kunnat visa att barn till föräldrar som migrerat har en högre risk att utveckla autism med samtidig intellektuell funktionsnedsättning, särskilt om migrationen

skett i nära anslutning till graviditeten och om föräldrarna kommer från regioner med lägre utvecklingsnivå (enligt Human Development Index) (Magnusson, Rai et al., 2012). Graviditetsrelaterade miljöfaktorer, såsom näringsstatus och D-vitaminbrist har föreslagits som orsaker. Samtidigt finns det indikationer på en underdiagnostik av autism utan intellektuell funktionsnedsättning i migrantgrupper, vilket tyder på att vissa barn riskerar att missa tidig upptäckt och stöd. Detta kan bero på systemfaktorer som ojämlig tillgång till vård och utredning.



Inte heller icke-språkliga test kan anses vara kulturneutrala

I andra svenska studier har man sett att ungdomar som lever i ekonomiskt utsatta familjer eller vars föräldrar har erfarenhet av krig löper en högre risk för dissociativa symtom (Gušić, 2017). Även när barnet själv inte har varit utsatt för samma traumatiska händelser som sina föräldrar kan alltså barnets psykiska hälsa påverkas av föräldrarnas erfarenheter. En hypotes är att föräldrars egna traumatiska upplevelser och konsekvenserna av detta i form av posttraumatiska symtom eller annan psykisk ohälsa kan påverka anknytningsrelationen och på så vis skapa en otryggare uppväxtmiljö. Det i sin tur ökar barnets psykiska sårbarhet. Kombinationen av föräldrarnas traumatiska upplevelser och barnets

egna erfarenheter av emotionella övergrepp, till exempel mobbning, utgör särskilt starka riskfaktorer för dissociativa symtom hos barnet. Således kan intergenerationell traumatisering bidra till förståelsen för förhöjd sårbarhet hos barn till traumatiserade föräldrar.

Samtidigt har senare svensk forskning bidragit med ny kunskap som ytterligare nyanserar bilden av barns psykiska hälsa i samband med flykt. I studier har man undersökt faktorer före, under och efter flykten som påverkar hälsa, välbefinnande och erfarenheter hos barn och vuxna i Sverige (Mattelin, 2024). Resultaten visar att förekomsten av psykisk ohälsa var lägre för barn och unga vuxna med erfarenhet av flykt än vad många tidigare studier har rapporterat, även om nivåerna fortfarande var förhöjda jämfört med svenskfödda.

Vidare pekar resultaten på att de negativa psykologiska effekterna av flykt inte nödvändigtvis är långvariga, vilket pekar på en viss återhämtningsförmåga över tid. Även om barn som flytt ensamma framstår som särskilt sårbara, kan skola, socialt stöd och starka välfärdssystem mildra negativa långtidsutfall och stärka resiliens (Mattelin, 2024). Studierna bidrar alltså till att nyansera förståelsen av samspelet mellan riskfaktorer, skyddsfaktorer och individuell resiliens bland barn och unga på flykt. De visar på nödvändigheten av att se både individuell sårbarhet och motståndskraft samt betonar vikten av hur stödjande samhällsstrukturer har betydelse för att främja psykisk hälsa.

Kapitel 2: Neuropsykiatriska tillstånd hos barn

I det här kapitlet kommer vi att gå igenom neuropsykiatriska tillstånd hos barn och unga.

Neuropsykiatriska diagnoser och närliggande begrepp

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är en samlingsbenämning för tillstånd som kännetecknas av svårigheter med kognition, uppmärksamhet, socialt samspel och impuls kontroll och hör samman med en annorlunda utveckling i hjärnans funktioner (Gillberg, 2010; Lord et al., 2018; Socialstyrelsen, 2024b). I Sverige används olika begrepp för neuropsykiatriska tillstånd, såsom NPF, NP eller ibland bokstavsdiagnoser. På engelska används termen *neurodevelopmental disorders*, vilket tydligare betonar den utvecklingsrelaterade aspekten. Svårigheterna ska ha funnits före en viss ålder, även om de inte alltid blir tydliga förrän kraven i miljön ökar (APA, 2022; WHO, 2024). De är medfödda eller tidigt debuterande och påverkar barnet på ett genomgripande sätt i vardagen hemma, i pedagogisk verksamhet, på fritiden samt socialt och relationellt. Symtomen är livslånga, men uttryck och funktionspåverkan kan variera beroende på ålder, krav och livsomständigheter (APA, 2022). Den kliniska bilden varierar också stort mellan individer.

Vanliga diagnoser som avses är ADHD och autismspektrumtillstånd, men begreppet inkluderar även intellektuell funktionsnedsättning, språkstörningar, specifika inlärningssvårigheter, tics och Tourettes syndrom (APA, 2022; WHO, 2024). Ett kompletterande begrepp är ESSENCE (*Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*) som belyser en samling

symtom som kan visa sig tidigt, förekommer ofta tillsammans och kan förändras över tid (Gillberg, 2010).

Neuropsykiatriska tillstånd har en neurobiologisk grund där både genetiska och miljömässiga faktorer bidrar. Ärftligheten uppskattas till 70–90 procent för ADHD och autism (Thapar & Cooper, 2016). Miljömässiga riskfaktorer inkluderar prematur födsel, prenatal exponering för alkohol eller infektioner samt förlossningskomplikationer (Lord et al., 2018; Socialstyrelsen, 2024b). Psykosocial stress kan påverka symtombilden men orsakar i sig inte dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2024b).

Symtombild, adaptiv funktion och kognitivt fungerande

ADHD kännetecknas av svårigheter att reglera uppmärksamhet, impuls kontroll och aktivitetsnivå. Det kan yttra sig i problem med koncentration, uthållighet och impulsstyrning, vilket kan ge påverkan inom livets alla områden såsom skolprestationer, fritid och sociala relationer. För diagnos krävs att svårigheterna orsakar lidande och funktionsnedsättning i minst två miljöer, ofta hem och skola. Autism präglas av svårigheter i social kommunikation och begränsade eller repetitiva beteenden, exempelvis svårigheter att tolka sociala signaler, förstå ömsesidigheten i relationer eller att hantera förändringar. Även här gäller att en tydlig funktionsnedsättning måste föreligga för att diagnos ska bli aktuell (APA, 2022).

När man utreder ADHD och autism är det viktigt att komma ihåg att diagnoskriterier inte är kopplade till några särskilda kognitiva profiler. Man har inte kunnat se att neuropsykiatriska svårigheter uttrycker sig på ett så pass homogent sätt att det skulle kunna upptäckas i gemensamma mönster i testresultat. Dock kan barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ofta uppvisa avvikelser inom flera kognitiva områden, även om variationen mellan individer är stor. Vanliga svårigheter gäller exekutiva funktioner, det vill säga

förmågan att planera, organisera, reglera känslor och beteende samt att anpassa sig till förändringar (Barkley, 2013). Exekutiva svårigheter är särskilt framträdande vid ADHD, men kan också förekomma vid autism och andra neuropsykiatriska tillstånd (Thapar & Cooper, 2016). Ett annat centralt område är arbetsminne och uppmärksamhet, där många barn med neuropsykiatriska tillstånd har svårt att hålla information i minnet samtidigt som de bearbetar ny information vilket påverkar inläring och skolprestationer (Gillberg, 2010). Språk och kommunikation kan också vara påverkade, inte bara vid språkstörning utan även vid autism och intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan leda till svårigheter med socialt samspel och att förstå instruktioner (Leonard, 2014; Lord et al., 2018). Många barn med neuropsykiatriska tillstånd har även ojämna kognitiva profiler, vilket innebär att de kan ha styrkor inom vissa områden samtidigt som andra funktioner är mycket nedsatta. Det är inte ovanligt att det finns stora skillnader mellan kognitiva funktioner och adaptiva funktioner, liksom betydande skillnader mellan olika funktionsområden. Denna diskrepans kan i sig skapa svårigheter både för personen själv och omgivningen då det kan bidra till bristande förståelse. Exempelvis kan ett barn med autism ha avancerade kunskaper inom ett snävt intresseområde men samtidigt ha stora svårigheter med flexibilitet och social kognition (Lord et al., 2018).

Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Samsjuklighet, det vill säga att flera diagnoser förekommer samtidigt hos samma individ, är mycket vanligt vid både psykiatriska och neuropsykiatriska tillstånd. Studier visar exempelvis att mer än hälften av alla barn med ADHD också uppfyller kriterier för ytterligare en psykiatrisk diagnos, ofta autism, inlärningssvårigheter eller ångestsyndrom (Barkley, 2013; Thapar & Cooper, 2016). Hos barn med autism är samsjuklighet med ADHD, intellektuell funktionsnedsättning och ångest- eller tvångssyndrom särskilt vanligt

(Lord et al., 2018). Dyslexi och språkstörning är också starkt förknippade med både ADHD och autism (Leonard, 2014). Samsjukligheten antas till viss del kunna bero på delvis överlappande neurobiologiska mekanismer då genetiska studier har visat att ADHD och autism har betydande gemensam ärftlighet (Thapar & Cooper, 2016). Detta bidrar till att symtom ofta förstärker varandra och skapar komplexa funktionsnedsättningar som kräver omfattande stödinsatser.

Differentialdiagnostiskt kan det ibland vara svårt att skilja mellan symtom som orsakas av neuropsykiatriska tillstånd och symtom som kan bero på andra faktorer, såsom till exempel PTSD, depression eller ångest. Ett barn med långvarig stress eller PTSD kan exempelvis uppvisa koncentrationssvårigheter, undvikande beteende och social tillbakadragenhet, vilket riskerar att misstolkas som ADHD eller autism. Därför krävs alltid en noggrann utredning som består av både medicinska, psykologiska och psykosociala aspekter (APA, 2022; Socialstyrelsen, 2024b; Ford et al., 2013). Det är också viktigt att beakta att vissa tillstånd kan fungera både som samsjuklighet och som differentialdiagnos. Exempelvis kan ångestsyndrom förekomma som en samtidig diagnos hos barn med autism, men ångest kan också felaktigt tolkas som ett uttryck för autismspektrumtillstånd.

Risk för över- och underdiagnostik

Det finns en samtidig problematik med både över- och underdiagnostik av neuropsykiatriska tillstånd. Vissa rapporter pekar på kraftigt ökade prevalenssiffror av exempelvis ADHD och autism under de senaste åren, vilket har väckt frågor om diagnostisk inflation med risk för överbehandling och undanträngningseffekter. Samtidigt finns tydliga tecken på att vissa grupper av barn fortfarande är underdiagnostiserade och därmed inte får tillgång till nödvändigt stöd. Det innebär att vissa grupper riskerar felaktiga diagnoser, medan andra inte upptäcks i tid eller inte alls (Socialstyrelsen, 2024c). Socialstyrelsens nationella riktlinjer för

ADHD och autism betonar särskilt att personer med samsjukliga tillstånd som ångest, depression och PTSD, liksom de med annat förstaspråk eller annan kulturell bakgrund, löper ökad risk att inte identifieras i tid. Riktlinjerna framhåller att dessa grupper därför måste uppmärksammas särskilt i utredning och diagnostik (Socialstyrelsen, 2024n, 2024c).



En 10-årig pojke kommer till BUP efter att ha haft en kortare kontakt med skolsköterskan. Pojken har levt som papperslös i Sverige i många år. Modern är deprimerad och det är anhöriga som hjälper till att ta hand om pojken och hans yngre bror. De saknar fast adress och flyttar runt mycket. För att kunna gå i samma skola när de flyttar reser de långt och måste gå upp klockan fem och kommer hem vid sextiden varje kväll. Pojken har inte velat gå till skolan den senaste terminen, men har följt med ändå då han inte vågar vara hemma själv när modern följer lillebror till skolan.

I hemlandet har pojken bevittnat en misshandel där fadern dödades av en grupp män. I samband med det gick han emellan och fick ett så kraftigt slag mot huvudet att han svimmade. Sedan dess har han mardrömmar, kissar på sig och har slutat prata utanför hemmet. Hemma pratar han begränsat med modern och brodern och då viskar han enbart.

Socialtjänsten har vid samverkansmöte frågat om skolan kan göra en utredning eftersom pojken har slutat komma dit. Skolpsykologen har däremot sagt att det är svårt att utreda när han är så traumatiserad.

När han senare kommer till BUP framkommer så pass många markörer för autism att man föreslår en neuropsykiatrisk utredning.

Pojken deltar även om han inte pratar. Utredningen består av intervjuer med modern och klassläraren från lågstadiet samt observation och försök till samtal. Pojken genomför icke-språkliga tester. När man gör en mer strukturerad anamnes framkommer att pojken uppvisade en avvikande utveckling redan i åldern 1–2 år då han hade en sen språkutveckling, många egna ritualer och undvek andra barn. Bedömningen blir att han har autism. Hans intellektuella nivå är svår att fastställa då han medverkar begränsat, men han klarar ändå några uppgifter på en nivå som utesluter intellektuell funktionsnedsättning. Därtill bedöms han vara deprimerad samt uppvisa symtom på PTSD.

Genom att anpassa skolgång och besök inom vården till hans autistiska svårigheter blir det lättare att nå fram till honom. Han får behandling för depression med anpassade psykopedagogiska insatser samt läkemedel och börjar gå i skolan igen. En remiss skickas till barnneurolog för att omhänderta eventuellt förvärvat hjärnskada efter slagen mot huvudet.

Kapitel 3: Barn och traumatisering

I det här kapitlet går vi igenom traumatisering hos barn och unga, vad det kan vara och hur det kan påverka barnet. Vi går också igenom diagnosen PTSD samt risk- och skyddsfaktorer för traumatisering.

Svåra upplevelser, traumaerfarenheter och traumatisering

Det är viktigt att komma ihåg att alla svåra upplevelser inte är potentiellt traumatiserande händelser och inte heller alla potentiellt traumatiserande händelser leder till traumatisering. Vi inleder med att reda ut och skilja på begreppen.

Det finns olika former av utsatthet hos barn och unga. Potentiellt traumatiserande händelser kan förstås som erfarenheter som hotar barnets känsla av trygghet, säkerhet eller överlevnad och som upplevs överväldigande att hantera (Herman, 1992; van der Kolk, 2014). För barn kan detta omfatta psykisk, fysisk eller sexuell utsatthet, bevittnande av våld mot en närstående eller annan extrem stress. För små barn kan även situationer där en person som barnet är beroende av blir utsatt upplevas som ett direkt hot mot den egna överlevnaden. En annan form av potentiellt traumatiserande händelse är neglekt, det vill säga svår försummelse, där barnets grundläggande behov inte tillgodoses, eller tillsynsbrist när barn lämnas ensamma eller i farliga eller hotfulla situationer (Glaser, 2002; Cicchetti & Toth, 2005).

Traumatisering kan påverka barns utveckling inom flera områden: biologiska, psykologiska, relationella, sociala, kognitiva och inlärningsmässiga. Försummelse kan resultera i både fysiska tecken, såsom undervikt och dålig hygien, och psykologiska uttryck som anknytningsproblem, depression eller svårigheter med impuls kontroll (Nilsson & Tingberg, 2020). Bristande stimulans innebär en särskild

risk, eftersom hjärnans utveckling är beroende av språkliga, sociala och kognitiva intryck. Avsaknad av detta under kritiska perioder kan leda till långvariga svårigheter med språk, uppmärksamhet och inläring (Bidö, Mannheimer, & Samuelberg, 2018). Barn som växer upp i miljöer präglade av omsorgssvikt utvecklar ofta svårigheter med affektreglering, beteende, anknytning och självuppfattning (Broberg, Almqvist, Risholm Mothander, & Tjus, 2015). Dessa effekter kan bli långvariga och påverka barnets känsloliv, relationer och kognitiva förmågor. Många upplever koncentrationssvårigheter, minnesproblem, nedstämdhet, irritabilitet och affektlabilitet, liksom somatiska symtom i form av sömnstörningar eller smärtor utan medicinsk förklaring. Relationellt kan misstro, konflikter och svårigheter att skapa trygghet prägla vardagen (Beers & De Bellis, 2002; Cook et al., 2005).

Effekter av traumatiska händelser hos barn

PTSD hos barn

Hos barn visar sig traumatisering ofta genom beteendeförändringar, regressiva drag, sömnproblem, somatiska besvär samt lek- och relationsmönster som speglar händelsen. Posttraumatiskt stressyndrom är den vanligaste diagnosen och definieras i både ICD-10 och DSM-5 genom symtom om återupplevande, undvikande, negativa förändringar i kognition och emotioner samt förhöjd reaktivitet. För barn under sex år finns särskilda kriterier som betonar uppvisade snarare än beskrivna beteenden samt lägre krav på antal symtom inom undvikande och negativa symtom. Detta beror på att små barns utvecklingsnivå begränsar dem att uttrycka vissa symtom. ICD-11 introducerar diagnosen komplex PTSD (CPTSD) som kombinerar kärnsymtomen med ihållande störningar i självorganisering, affektreglering, negativ självbild, skam och relationsproblem. Andra traumarelaterade diagnoser är akut stressyndrom, anpassningsstörning, reaktiv kontaktstörning, förlängd sorgestörning och ospecificerade traumarelaterade tillstånd.

Svårigheter i skolan

Barn som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser presterar ofta sämre än jämnåriga inom generell intelligens, visuospatial förmåga och exekutiva funktioner, medan barn med PTSD uppvisar mer omfattande svårigheter som även inkluderar minne, informationsbearbetning och affektreglering. I inlärningsituationer kan symtomen komma till uttryck som koncentrationssvårigheter, bristande motivation, språkproblem eller utagerande beteenden. Risken är alltså stor att barnen feltolkas som trotsiga eller omotiverade snarare än traumatiserade (Beers & De Bellis, 2002). När arbetsminne och exekutiva funktioner påverkas blir det svårt att planera, organisera och anpassa sig till förändringar (Malarbi, Abu-Rayya, Muscara, & Stargatt, 2017). Språkutvecklingen kan också bli försenad, vilket ökar risken för missförstånd i relation till både lärare och jämnåriga (Perry, 1999; Beauchamp & Anderson, 2010). Dissociation kan ytterligare komplicera förståelsen och diagnostiken, eftersom symtomen ibland påminner om ADHD. Barn som verkar försvinna bort i tankar kan exempelvis misstolkas som ouppmärksamhet snarare än dissociation (Becker-Blease & Freyd, 2007; DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009). Vid utsatthet inom familjen blir konsekvenserna för barnet särskilt allvarliga (Malarbi et al. 2017).



Livslång och ärftlig psykisk och fysisk ohälsa

Traumatisering i barndomen är en stark riskfaktor för psykisk och fysisk ohälsa ända in i vuxenlivet. Den numera klassiska och omfattande *adverse childhood experience*-studien (ACE-studien, Felitti et al., 1998) visade en tydlig dos-responseffekt: ju fler negativa barndomsupplevelser desto högre risk för fler negativa effekter såsom depression, missbruk, hjärt-kärlsjukdomar och förkortad livslängd. Nyare forskning har bekräftat samband mellan tidiga traumatiska upplevelser och suicid, ångestsyndrom och stressrelaterade sjukdomar (Hughes et al., 2017). Bristande reglering i stresssystemet, särskilt i HPA-axeln (hypotalamus-hypofys-binjure), är väl belagd hos vuxna med traumatiska barndomsupplevelser (Kumsta et al., 2017). Biologiska system för stress- och affektreglering utgör en central länk i förståelsen mellan tidiga traumatiska erfarenheter och senare psykisk ohälsa (Teicher & Samson, 2016; Lupien, McEwen, Gunnar & Heim, 2009).

Kombinationen av biologiska förändringar och psykosociala konsekvenser såsom relationsproblem, svårigheter i arbetslivet och påverkan på föräldraförmåga, gör att effekterna sträcker sig över hela livet och även kan föras vidare till nästa generation. Föräldrar som själva varit traumatiserade riskerar att föra vidare både biologiska och psykologiska sårbarheter, exempelvis genom svårigheter att skapa trygg anknytning. Epigenetiska studier har visat att traumatisering kan förändra genuttrycken och att dessa förändringar i viss mån kan ärvas (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019; Yehuda & Lehrner, 2018).

Neurobiologiska effekter, hjärnans plasticitet och epigenetik

Traumatiska upplevelser under tidiga levnadsår anses särskilt ogynnsamt eftersom små barns hjärnor är extra känsliga. Plasticiteten hos det lilla barnets hjärna gör den benägen att

anpassa sig och är därmed mycket påverkbar. Neurobiologiska studier har visat att överaktivering av stresssystemet, särskilt i hjärnstrukturen amygdala, kan hålla barnet i ständig beredskap och påverka utvecklingen av neuronala nätverk för kognition och känsloreglering (McCrary et al., 2017; McEwen & Morrison, 2013).

Det har visat sig finnas särskilda känsliga utvecklingsfönster då traumatisering har särskild påverkan på vissa områden. Spädbarnstiden (0–6 månader) har visat sig vara kritisk för anknytning och grundläggande social perception, småbarnsåren (6–24 månader) för stressreglering och språklig utveckling, förskoleåren (2–5 år) för utvecklingen av exekutiva funktioner och affektreglering och skolåldern (5–10 år) innebär en konsolidering av kognitiva och sociala färdigheter. Tonåren är en annan känslighetsperiod med omstrukturering i socioemotionella nätverk och belöningssystem (Rutter et al., 2007; Nelson, Fox & Zeanah, 2014; Sonuga-Barke et al., 2017).



**Traumatiska
upplevelser under
tidiga levnadsår
anses särskilt
ogynnsamt**

Epigenetisk forskning har ytterligare fördjupat förståelsen av traumatisering och dess konsekvenser på barns utveckling och man har kunnat påvisa att miljöfaktorer kan påverka genuttryck utan att förändra DNA-sekvensen. Barn som upplevt försummelse har exempelvis visat ökad metylering av gener som reglerar stressrespons, vilket bidrar till svårigheter med känsloreglering (McGowan et al., 2009). Sådana epigenetiska förändringar kan vara långvariga och i vissa fall överföras till nästa generation, vilket skapar en biologisk bärare av intergenerationell traumatisering (Yehuda & Lehrner, 2018).

Samtidigt har forskning visat att vissa epigenetiska mönster är reversibla, särskilt när barnet får tillgång till stabila relationer och terapeutiska insatser (Turecki & Meaney, 2016).

Hjärnans plasticitet innebär även att det finns potential till återhämtning även efter svåra erfarenheter. Genom nya reparerande erfarenheter, särskilt om insatser sätts in tidigt, kan hjärnan omorganisera sig, stärka neuronala nätverk, stimulera ny synapsbildning och förbättra kognitiva funktioner (Kolb & Gibb, 2011).

Risikfaktorer och skyddsfaktorer för traumatisering

Risken att utveckla PTSD påverkas både av traumaexponeringens karaktär, individuella biologiska och psykologiska faktorer samt sociala faktorer respektive familjefaktorer. Interpersonell traumatisering, särskilt sexuella övergrepp eller våld i nära relationer, innebär högre risk än exempelvis olyckor (Alisic et al., 2014; De Bellis & Zisk, 2014; Pynoos et al., 2009; Trickey et al., 2012).

Ju tidigare i utvecklingen traumatiseringen inträffar, desto större är risken för långvariga symtom, särskilt vid anknytningstrauma. Traumatisering i relation till den omsorgsgivare som barnet är anknutet till kan leda till desorganiserad anknytning, där barnet både söker och undviker närhet och ofta reagerar med rädsla inför omsorgspersonen. Barn som söker trygghet hos en förövare som samtidigt utgör själva hotet drabbas av en slags dubbel utsatthet i ett olösligt dilemma som får allvarliga konsekvenser för känsloreglering och fortsatt utveckling (Trickey et al., 2012). Detta ökar risken för långvariga svårigheter i att etablera trygga relationer (Main & Solomon, 1990; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

Upprepade traumatiska händelser, familjevåld, upprepad mobbning eller sexuella övergrepp, ökar risken för CPTSD och påverkar anknytningsmönster vilket kan leda till livslånga relationsproblem (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

Även individuella faktorer har betydelse för effekterna efter utsatthet. Flickor löper högre risk än pojkar (Alisic et al., 2014). Tidigare

psykisk ohälsa och temperament, särskilt hög känslighet eller svårigheter med emotionell reglering, ökar också sårbarheten för effekterna av trauma (Meiser-Stedman, 2002).

Biologiska faktorer som förändringar i HPA-axeln, amygdala och hippocampus är starkt förknippade med ökad sårbarhet (Heim & Binder, 2012; Merikangas et al., 2010).

Tvillingstudier visar att genetiska komponenter har stor betydelse, uppåt 30 procent, för konsekvenserna efter utsatthet för traumatiska händelser, och specifika genvarianter i kombination med utsatthet under barndomen påverkar stressresponsen (Heim & Binder, 2012). Även epigenetiska förändringar som påverkar stressreglering via HPA-axeln har kopplats till ökad risk för PTSD och intergenerationella effekter har observerats (Yehuda & Lehrner, 2018).



Hjärnans plasticitet innebär även att det finns potential till återhämtning

Sociala faktorer är också avgörande. Avsaknad av trygghet och stöd efter traumatiska upplevelser är en av de starkaste riskfaktorerna (Pynoos et al., 2009). Familjedysfunktion, psykisk ohälsa, missbruk, våld och låg socioekonomisk status förstärker risken ytterligare (Trickey et al., 2012; Alisic et al., 2014). Stödet inom familjen har visat sig centralt för hur barn återhämtar sig. Undvikande av samtal om svåra händelser eller överbeskyddande föräldraskap kan bidra till högre grad av symtom (Ye et al., 2023). Migration, diskriminering och stigma kring psykisk ohälsa kan dessutom ytterligare försvåra tillgången till stöd.

Trots allvarliga risker varierar alltså effekterna av traumatiska händelser mellan individer. Många barn uppvisar anmärkningsvärd återhämtningsförmåga även i svåra situationer. Resiliensforskningen betonar särskilt vikten av minst en trygg vuxen, en stabil och förutsägbar livsmiljö samt tidiga insatser (Werner & Smith, 1992).

De omfattande och longitudinella studierna *English and Romanian Adoptees* (ERA-studierna) av rumänska barnhemsbarn visar att många utvecklades utan bestående svårigheter om de fick tidigt stöd, vilket tydligt påvisar återhämtningspotentialen även efter extrem utsatthet (Rutter et al., 1999; Sonuga-Barke et al., 2017). De barn som efter institutionsdeprivering tidigt placerats i trygga miljöer uppvisade bättre prognos. Det har ansetts belysa hur avgörande tidpunkten för stöd är och att hjärnans plasticitet kan vara beroende av känsliga utvecklingsfönster (Beckett et al., 2006; Nelson, Fox, & Zeanah, 2014; Sonuga-Barke et al., 2017).

Behandlingsstudier bekräftar också denna potential.

Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi har visat god effekt vid PTSD, både vad gäller symtomlindring och förbättring av kognitiva funktioner (Malarbi et al., 2017). Resiliens bör därför inte förstås som en statisk egenskap, utan som en process som formas i samspelet mellan individuella, relationella och samhällsliga faktorer (Masten, 2014b). Det innebär att prognosen för effekterna av traumatisering också är påverkbar.

En 12-årig pojke aktualiseras för en bred barnpsykiatrisk utredning efter att ha haft kontakt med BUP en period. Initialt kom pojken till BUP på grund av kända omfattande traumatiska händelser under uppväxten och mycket utagerande beteenden i skolan och i familjehemmet.

Pojken kom med sin familj till Sverige när han var fem år. Efter att ha blivit slagen av fadern i en butik, där andra personer slog larm, placerades han akut av socialtjänsten. Det uppdagades i efterföljande polisutredning att han varit utsatt för omfattande våld från båda sina föräldrar under hela uppväxten. Han har sedan dess bott i olika familjehem, som längst i ett år. Inledningsvis var det korta jourhemsplaceringar, men med tiden har även de planerat längre placeringar avslutats i förtid då han har hamnat i allvarliga slagsmål med andra placerade barn eller för att familjehemsföräldrarna har blivit rädda för honom på grund av hans våldsamhet.

I dagsläget är han helt skild från sin klass i skolan och får sitta med en resursperson i ett eget rum, detta för att skydda de andra eleverna på grund av att han tidigare har varit våldsam mot elever och personal. Man har provat olika insatser genom socialtjänsten, skolan och BUP för att hjälpa honom med hans förmodade traumatisering, men det har varit svårt att få kontakt med honom och insatserna har avbrutits. Hans senaste familjehem har själv barn med diagnoser och tycker sig känna igen en del av svårigheterna hos pojken. Socialsekreteraren som har känt pojken under flera år har tidigt haft sådana misstankar men fått höra från BUP att det inte går att utreda eftersom man inte vet om svårigheterna beror på hans otrygga uppväxt.

Vid det senaste samverkansmöte mellan socialtjänst, skola och BUP föreslås en bred barnpsykiatrisk utredning som inkluderar en neuropsykiatrisk frågeställning. Föräldrarna som fortfarande har vårdnaden om pojken samtycker till utredningen och deltar i en anamnestisk intervju. Utredningen visar att pojken har ADHD, autism och en begåvningsnivå som ligger på gränsen mot intellektuell funktionsnedsättning. Han uppfyller inte kriterierna för PTSD. Insatserna blir att prova läkemedelsbehandling för ADHD och genomföra anpassningar i hem och skola utifrån både ADHD, autism och svag begåvning.

Kapitel 4: Neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering

Det här kapitlet är rapportens kärna där vi försöker se hur neuropsykiatri och traumatisering kan förstås tillsammans. Efter att ha gått igenom de olika områdena var och ett för sig så kommer vi nu belysa hur de kan sättas i relation till varandra. 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 risken för 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 – och därmed har en högre risk att traumatiseras. Den försämrade motståndskraften är både neurobiologisk, kognitiv och relationell.

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 (APA, 2022). Barn med dessa tillstånd har också mellan två och tre gånger högre risk för så kallad *poly-victimization*, det vill säga att utsättas för flera typer av traumatiska händelser under uppväxten (Hellström, Beckman & Dahlberg, 2019; Spencer et al., 2005). 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 (Hellström, Beckman & Dahlberg, 2019; Biederman et al., 2006). 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 (Kerns et al., 2015). Bristande impuls kontroll och svårigheter med reglering av affekter kan leda till negativa interaktioner både med jämnåriga och vuxna (Bunford, Evans & Wymbs, 2015). 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 (Beers & De Bellis, 2002; Bussing et al., 2012). 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 (Krause, Drescher & Lieberman, 2018; Briggs-Gowan et al., 2010). 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 (Masten, 2014a). 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, vilket gör dem känsligare för stress och mindre effektiva i regleringen av fysiologisk arousal (Carrion & Wong, 2012; Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016).

Barn med autism kan också ofta ha en annorlunda bearbetning av sensoriska stimuli, vilket kan förstärka upplevelsen av hot och stress



Långvarig stress, omsorgssvikt och övergrepp kan lämna spår i hjärnans struktur

vid traumatiska situationer (Green et al., 2013; Mazefsky & White, 2013). 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 kan likna NPF

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 vara konsekvenser av traumatisering hos barn som ger eller sänker trösklar för att utveckla symtom som de vid neuropsykiatriska tillstånd. Vi kommer att titta på

hur traumatisering kan påverka genuttryck, kroppens stresssystem, och hjärnans utveckling, samt gå igenom de förvärvade skador man undersökt hos barn placerade på institution. Vi går också igenom vilka konsekvenser detta får för barnets utveckling, beteende, symtom och behov.

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

Traumatisering påverkar alltså 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 (Teicher & Samson, 2016; McCrory, De Brito & Viding, 2010; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson & Navalta, 2002). Vilken påverkan som uppstår beror på flera faktorer såsom kön, typ av traumatisk upplevelse, tidpunkt i utvecklingen samt individuella sårbarhetsfaktorer samt hur de interagerar med varandra, vilket gör det komplext att förutspå reaktionen i det enskilda fallet.

Hjärnabbildningsstudier har visat att barn som utsatts för traumatiska händelser ofta uppvisar minskad volym i hippocampus och prefrontala cortex, områden som är avgörande för minne, impuls kontroll och känsloreglering (De Bellis et al., 1999; Hanson et al., 2010). Samtidigt noteras hyperaktivitet i amygdala, vilket bidrar till ökad hotkänslighet, emotionell labilitet och svårigheter med affektreglering (Tottenham et al., 2010). Även hjärnans förbindelser, det vill säga samspelet mellan olika nätverk, påverkas vilket försvårar integreringen av kognitiva och emotionella processer (Teicher & Samson, 2016; Philip et al., 2013).

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 (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Vid långvarig stress blir HPA-axeln ofta hyperaktiv, med förhöjda kortisolnivåer som kan skada hjärnvävnad, hämma neuronernas tillväxt, påverka synapsbildning och försämra myelinisering (McEwen & Morrison, 2013). Detta kan resultera i svårigheter inom uppmärksamhet, arbetsminne, impuls kontroll 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 (Gunnar & Quevedo, 2007). 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 (Carrion & Wong, 2012; Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016).

Även det autonoma nervsystemet påverkas vid utsatthet och traumatisering. Polyvagalteorin 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 (Porges, 2011; Beauchaine, Gatzke-Kopp & Mead, 2007). 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 kopplats till störningar i sensomotoriska system, 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 (McLaughlin et al., 2014; Teicher et al., 2004).



Dysfunktion i HPA-axeln är belagd vid både PTSD och ADHD, och har även observerats vid autismspektrumtillstånd

Studier har även belyst könsskillnader i hur traumatisering påverkar hjärnan. Flickor tenderar att uppvisa förminskad hippocampus, vilket är kopplat till högre risk för depression och ångest, medan pojkar uppvisade större påverkan prefrontalt, något som kan kopplas till impulsivitet och beteendeproblem (Whittle et al., 2013).

Deprivation och kvasiautism

De nämnda engelska och rumänska ERA-studierna 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 (Rutter et al., 1999). 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 deprivation 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 (Rutter et al., 2007).

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 (Kreppner et al., 2007). 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 dem 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 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 (Ford, Racusin, Ellis, Daviss, & Reiser, 2000; Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006).

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 (DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009; Spencer et al., 2007; APA, 2022). Impulsivitet och känslomässig labilitet kan vara kopplat till ADHD, men också uppstå som en konsekvens av stressorsakade förändringar i amygdala och prefrontala cortex (Arnsten, 2009; Teicher & Samson, 2016). 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 (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; Kerns et al., 2015). Barn som har varit utsatta för traumatiska händelser kan därför uppvisa ADHD-liknande symtom, såsom rastlöshet, ouppmärksamhet eller motorisk oro, även utan att uppfylla kriterierna för en neuropsykiatrisk diagnos (Glaser, 2002). Barn med PTSD har i flera studier uppvisat nedsatt exekutiv funktion, arbetsminne och språkutveckling (Malarbi et al. 2017; Samuelson et al., 2010). Dessa områden är också centrala vid både ADHD och autism, vilket gör det särskilt svårt att skilja tillstånden åt i klinisk praktik (Gillberg, 2010; Thapar & Cooper, 2016).

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 (Arnsten, Mazure, & Sinha, 2012; McCrory, De Brito, & Viding, 2010).

Samsjuklighet är vanligt

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 (Thapar & Cooper, 2016; Biederman et al., 2006). Barn med autism uppvisar i flera studier högre nivåer av traumareaktioner och har dubbelt så hög risk för PTSD jämfört med barn utan autism (Kerns et al., 2015; Hoover & Kaufman, 2018). Samtidigt är barn som upplevt omfattande traumatiska upplevelser, exempelvis upprepade former av våld eller försummelse, överrepresenterade bland dem som diagnostiseras med neuropsykiatriska tillstånd (Cicchetti & Toth, 2005; Teicher & Samson, 2016). Detta talar för att samsjuklighet snarare är regel än undantag.

Flera mekanismer kan förklara varför neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering så ofta uppträder tillsammans. Dels vet vi att personer med neuropsykiatriska tillstånd har en ökad sårbarhet för att bli utsatta. Därtill känner vi till att när de väl blir utsatta löper de större risk att utveckla svårigheter till följd av traumatiska händelser. Utöver det känner vi till att traumatisering kan leda till neurobiologiska förändringar som påminner om eller förstärker symtomen vid neuropsykiatriska svårigheter. HPA-axelns dysreglering och förändringar i amygdala och prefrontala nätverk är också exempel på gemensamma mekanismer som kan bidra till samsjuklighet (Gunnar

& Quevedo, 2007; Arnsten, 2009; Teicher & Samson, 2016; McCrory, De Brito, & Viding, 2010).

Det finns också studier som visar på att barn som har varit utsatta för traumatiska händelser ofta får diagnoser som ADHD eller autism, antingen som följd av feldiagnostik, där traumarelaterade symtom misstolkas som neuropsykiatriska, eller på grund av en faktisk samsjuklighet, där traumatiska händelser trigger eller förstärker svårigheter inom neuropsykiatriska tillstånd (Spencer et al., 2007; Scheeringa et al., 2006; APA, 2022). 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 svårigheterna förstärks

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 (Krause, Drescher & Lieberman, 2018). 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.

Hyperaktivitet i amygdala, som återfinns både vid autism och PTSD, leder till ökad känslighet för sociala signaler och svårigheter att reglera känslor (Tottenham et al., 2010; Herringa, 2017).

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 (Kerns et al., 2015).

Ett annat sätt som svårigheterna kan interagera är att traumatisering kan fungera medierande som en slags brytpunkt där tidigare subkliniska neuropsykiatriska drag, svårigheter som inte nådde diagnosnivå, tippas över tröskeln och blir kliniskt tydliga (Spencer et al., 2007; Humphreys & Zeanah, 2015). Ett barn med koncentrationssvårigheter på en nivå som tidigare inte var funktionsnedsättande kan, efter traumatisering, utveckla en ADHD-diagnos där kriterierna är uppfyllda (Teicher & Samson, 2016).

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 (Carrion & Wong, 2012; Lackschewitz, Huther, & Kroner-Herwig, 2008). Hos barn med autism finns en annorlunda bearbetning av sociala och sensoriska stimuli, som kan göra traumatiska upplevelser särskilt svårhanterliga och förstärka affektregleringsproblem (Kerns et al., 2015). När dessa biologiska predispositioner möter en ogynnsam miljö, exempelvis mobbning, försummelse eller våld i hemmet, blir effekten ofta additiv, och både



Forskningen beskriver detta som additiva effekter: när neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering uppträder tillsammans ökar belastningen exponentiellt, snarare än linjärt

neuropsykiatriska och traumarelaterade symtom förvärras (McCrorry, De Brito, & Viding, 2010).

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. Som tidigare nämnts har studier visat att tidig traumatisering kan förändra metyleringsmönster i gener kopplade till stressreglering, vilket leder till långvariga svårigheter med känsloreglering och impuls kontroll (McGowan et al., 2009; Turecki & Meaney, 2016). Dessa epigenetiska förändringar kan dessutom överföras mellan generationer, vilket innebär, förutom risken för en psykologisk och miljömässig ärftlig sårbarhet, även en biologisk sådan (Yehuda & Lehrner, 2018). Samtidigt finns det alltså tecken på att vissa epigenetiska förändringar är reversibla i närvaro av stabila, trygga relationer och riktade insatser (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019).

Interaktionen mellan neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering är inte statisk utan förändras i takt med barnets utveckling. Under förskoleåldern kan symtomen yttra sig som motorisk oro, emotionella utbrott eller språkliga svårigheter (Cicchetti & Toth, 2005). När barnet når skolåldern ökar kraven på koncentration, arbetsminne och social kognition, vilket gör att kombinationen av neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering kan leda till tydligare funktionsnedsättningar. I tonåren blir identitetsskapande, impuls kontroll och komplexa relationer centrala utvecklingsuppgifter. Här kan samspelet mellan neuropsykiatriska tillstånd och traumatisering resultera i riskbeteenden, depression eller ångestproblematik som ytterligare försvårar skolgång och social funktion (Sonuga-Barke et al., 2017; McLaughlin et al., 2014).

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. Mamma 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 mamma, 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.

AVSNITT 2 KLINISK TILLÄMPNING

Nu när vi har gått igenom sambanden mellan neuropsykiatri och traumatisering och mekanismerna bakom dem, följer ett avsnitt där vi kommer att undersöka hur de kunskaperna kan tillämpas i mötet med patienten.

Det här avsnittet bygger på klinisk erfarenhet på området och ett försök att på ett resonerande sätt förklara hur man kan tillämpa den teoretiska bakgrunden i klinisk praktik. Hur kan vi förstå och lägga ihop kunskapen så att den blir användbar för de personer vi möter?

Först går vi igenom vanliga fallgropar och sedan hur man kan hantera dem. Därpå går vi igenom vanliga frågor.

Kapitel 5: Vanliga fallgropar i komplex diagnostik

Det här kapitlet tar upp vanliga fallgropar som är uppdelade under tre rubriker: begreppsförvirring, att förenkla för mycket samt att komplicera för mycket. Fallgroparna under varje rubrik kan gå in i varandra men beskrivs med nedan rubriker för att vara ett stöd i hur man kan se upp för dem.

Begreppsförvirring

Det finns flera fallgropar som har med begreppsförvirring att göra. Det handlar både om vad orden betyder och hur de används och hur sådana missuppfattningar får konsekvenser i klinisk praktik.

Kausalitet och samvariation

Ett vanligt tankefel inom forskning, klinik och vardagligt tänkande är att blanda ihop samvariation med kausalitet. Bara för att två fenomen uppträder samtidigt, eller varierar i samma riktning, innebär det inte att det ena orsakar det andra. Om ett samband misstolkas som kausalt kan det leda till felprioriteringar, icke verksamma insatser eller att viktiga bakomliggande faktorer förbises. Ett vanligt kliniskt exempel på felaktiga kausala samband kan vara att man uppfattar att en traumatisk händelse utlöste barnets svårigheter och bedömer att svårigheterna således började efter händelsen och beror på den. Det kan dock ha funnits svårigheter innan men som inte var tydliga för att kraven var lågt ställda på grund av barnets låga ålder. Den traumatiska händelsen kan också ha inträffat i en ålder då jämnåriga började dra ifrån i utvecklingen så att barnets svårigheter blev tydligare i relation till andra barn i samma ålder. När symtom eller svårigheter sammanfaller i tid med traumatiska upplevelser finns en risk att man bedömer att händelsen orsakade någonting som hade uppstått oavsett traumatiska upplevelser eller inte.

”Trauma” och PTSD

En annan vanlig sammanblandning av begrepp är att blanda ihop trauma, potentiellt traumatiserande händelser, traumatisering och PTSD.

När vi pratar om trauma hos barn rör det sig om ett brett spektrum av erfarenheter och tillstånd. Utsattheten kan vara tillfällig eller långvarig, ibland genom hela barndomen. Det kan handla om psykosocial belastning, avsaknad av grundläggande trygghet såsom vid försummelse, neglekt och bristande stimulans. Det kan vara svåra upplevelser eller direkta psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp. Det kan även handla om tortyr där syftet är att skada.

Det är dock viktigt att skilja mellan exponering för traumatiska händelser, traumatisering och PTSD. Att ett barn har varit utsatt för en potentiellt traumatiserande händelse innebär inte automatiskt att barnet traumatiseras eller utvecklar PTSD. Barn som varit utsatta för potentiellt traumatiserande händelser kan utveckla olika former av psykisk ohälsa eller svårigheter, inte enbart PTSD. Många barn uppvisar symptom som liknar PTSD under de första veckorna efter en händelse, men återhämtar sig spontant inom några månader. Endast en del utvecklar långvariga besvär.

Traumatisering kan förstås som ett övergripande begrepp som omfattar olika psykologiska reaktioner och anpassningssvårigheter som kan uppstå efter potentiellt traumatiserande händelser. PTSD utgör däremot en specifik psykiatrisk diagnos med definierade kriterier, som endast utvecklas hos vissa. Riskfaktorer för att utveckla PTSD kan delas in i traumarelaterade, individuella och sociala faktorer, och hur ett barn reagerar påverkas av händelsens karaktär, barnets reaktioner under händelsen samt faktorer hos barnet självt och i dess omgivning. Det innebär att beroende på individens egna förutsättningar och stöd i omgivningen kan barn reagera olika på liknande erfarenheter. Mellanmänskliga övergrepp

med uppsåt att skada är mer potentiellt traumatiserande än olyckor eller naturkatastrofer där mänsklig avsikt saknas.

Att hålla isär de här begreppen är viktigt att komma ihåg när vi undersöker och planerar insatser för barn som varit utsatta.

Social utsatthet och försummelse

En annan sammanblandning är att tänka att psykosocial belastning är samma sak som extrem försummelse. Mycket av kunskaperna kring hur psykologiska miljöfaktorer kan inverka på barns utveckling kommer från de tidigare nämnda longitudinella ERA-studierna som under flera decennier har följt barn som levt under extrem försummelse och vanvård på rumänska institutioner. När man följde dessa barn såg man att de uppvisade långvariga svårigheter inom anknytning, kognitiv utveckling och psykisk hälsa. Det är dock viktigt att skilja mellan denna typ av grav och långvarig försummelse och andra former av psykosocial belastning eller stress.

Barn som växer upp i miljöer med ekonomiska svårigheter, konflikter eller tillfälliga påfrestningar kan visserligen påverkas negativt, men de grundläggande förutsättningarna för fysisk och känslomässig omsorg kan finnas kvar, i alla fall periodvis. Forskning visar att det är graden och varaktigheten i försummelsen samt kvaliteten på omsorgen som blir avgörande för konsekvenserna. Medan de rumänska barnhemsbarnen utsattes för total avsaknad av stabil och känslomässig omvårdnad, innebär psykosocial belastning ofta en kombination av stressfaktorer där det fortfarande finns vissa skyddande relationer som kan mildra effekterna. Därför kan resultaten från studier av barn som levt under extrem institutionell försummelse inte utan vidare generaliseras till barn som upplever mildare eller kortvarigare belastningar. Konsekvenserna och stödbehov skiljer sig åt beroende på om det handlar om barn som saknar grundläggande omsorg under lång tid eller barn som lever under mer hanterbara men ändå påfrestande psykosociala villkor.

En 4-årig flicka aktualiseras på BUP via ett samverkansmöte med socialtjänsten och BVC. Hon har bott i Sverige i två år men har inte gått i förskola vare sig här eller i sitt hemland. Det är en anhörig som har hjälpt modern att ta kontakt med socialtjänsten då hon är orolig för att flickan utvecklas långsamt. Hon har inget språk och kommunicerar sparsamt, kan till exempel hämta mamman till kylskåpet när hon vill ha juice. Hon visar inget tydligt intresse för andra, varken vuxna eller barn. Hon har blöja dag och natt. Umgänget med andra är sparsamt då familjen lever tämligen isolerat och flyttar runt som inneboende.

Modern har visst umgänge med landsmän men tar inga initiativ till att gå ut med flickan – hon är traumatiserad och deprimerad. Anhöriga har försökt uppmuntra henne att låta flickan gå i förskolan, någonting som inte har blivit av. Modern har levt som asylsökande men fick avslag förra året och vet nu inte hur hon ska klara sin försörjning. Hon saknar sysselsättning och familjen har inga vardagliga rutiner. Flickan äter bara några få saker som nuggets, pommes frites och kex och det äter hon med händerna, annars dricker hon mest välling och juice. Hon är nöjd så länge hon får titta på film på mobilen, men får starka utbrott om modern behöver ta den eller om batteriet laddar ur. I övrigt orkar modern inte göra några försök att styra hennes beteende eftersom hon har börjat slå modern som är för utmattad för att orka hantera det.

Efter några inledande bedömningsamtal på BUP föreslår man en neuropsykiatrisk utredning samt förskolestart för att kunna bedöma flickans utveckling. Utredningen baseras på beskrivningar från modern och hennes anhöriga samt observationer av flickan. Försök till kognitiv testning görs, men flickan har svårt att medverka och stoppar testmaterialet i munnen. Standardiserade instrument används för bedömning och visar att flickan har svårt att klara social kommunikation och fastnar i att antingen repetitivt undersöka materialet genom att stoppa det i munnen eller kasta det mot fönstret.

Baserat på all inhämtad information landar utredningen i bedömningen att flickan har autism då hon uppfyller kriterierna. Hypotesen är att hon även har intellektuell funktionsnedsättning, men BUP vill följa upp hennes begåvning längre fram då det i dagsläget är svårt att veta vad som beror på autism och vad som beror på bristande stimulans och svårigheter att medverka i testning. En remiss skrivs till habiliteringen för att flickan ska få stöd av logoped för att stödja språkutveckling och stärka alternativ kommunikation.

Neuropsykiatri och kognitiva svårigheter

Att blanda ihop begreppen neuropsykiatri med kognitiva svårigheter är en annan vanlig begreppsförvirring. Kognitiva svårigheter, såsom bristande arbetsminne, nedsatta exekutiva funktioner eller begränsad kognitiv flexibilitet, kan ofta vara framträdande hos personer med neuropsykiatriska tillstånd. Det är dock viktigt att skilja mellan kognitiva svårigheter i sig och neuropsykiatriska diagnoser. Alla som uppvisar kognitiva begränsningar har inte ett neuropsykiatriskt tillstånd, och alla med neuropsykiatriska diagnoser har inte diagnosspecifika kognitiva nedsättningar. Diagnoser som ADHD eller autism fastställs inte heller utifrån resultat på kognitiva tester. Kognitiva testresultat kan bidra till en nyanserad beskrivning och fördjupad förståelse, men de är inte nödvändiga för själva diagnostiken. Ett undantag är autismdiagnosen, där det i specifikationen ska framgå om en samtidig intellektuell funktionsnedsättning föreligger vilket gör att en bedömning av begåvning behöver ingå.

Det finns alltså inga entydiga eller unika kognitiva profiler som säkert skiljer neuropsykiatriska grupper från varandra och när det gäller insatser är kopplingen till specifika kognitiva profiler svag. Barn med neuropsykiatriska tillstånd kan få stöd i form av pedagogiska anpassningar, kognitiva hjälpmedel, psykologiska insatser och läkemedelsbehandling, men dessa är inte utformade för en viss kognitiv profil utan riktar sig mot funktionsnedsättningens konsekvenser i vardagen. Att ägna sig åt omfattande kognitiv testning väcker således etiska frågeställningar eftersom man bör vara återhållsam med att genomföra undersökningar som inte kan kopplas till insatser som faktiskt förbättrar individens situation.

Migration, flykt och traumatisering

En annan fallgröp är att blanda ihop migration, flyktingskap, traumatiska händelser och traumatisering. Ett tankefel är

föreställning om att migration alltid innebär traumatisering. För det första är inte alla migranter flyktingar eftersom migration kan ske av många skäl. För det andra är inte heller alla med erfarenhet av flykt traumaexponerade eller traumatiserade, även om gruppen som helhet har en förhöjd risk för psykisk ohälsa jämfört med majoritetsbefolkningen. Det finns en stor variation i hur barn och unga som tvingats på flykt reagerar på sina erfarenheter. Många utvecklar psykiska svårigheter, men långt ifrån alla. Trots svåra erfarenheter utvecklar en del barn varken posttraumatisk stress eller andra psykiatriska tillstånd, utan uppvisar snarare resiliens och förmåga till återhämtning. Det är också viktigt att uppmärksamma att alla svårigheter som personer som flytt söker hjälp för inte nödvändigtvis är relaterade till traumaexponering. Psykisk ohälsa kan exempelvis hänga samman med faktorer i mottagarlandet, som osäker asylstatus, diskriminering, socioekonomisk utsatthet eller brist på socialt stöd. Därtill kan personens psykiska ohälsa vara oberoende av både erfarenheter innan, under och efter flykten. Risken med att svårigheter hos ett barn som upplevt flykt automatiskt tillskrivs traumatisering är att det kan leda till att neuropsykiatriska tillstånd aldrig ens utreds, trots att det statistiskt sett är mer sannolikt att flera svårigheter samexisterar, snarare än att den ena utesluter den andra.

Differentialdiagnos och samsjuklighet

Inom kliniskt arbete är det inte helt ovanligt att begreppen differentialdiagnostik och samsjuklighet blandas ihop. Differentialdiagnostik handlar om att avgöra vilken diagnos som bäst förklarar patientens symtom genom att utesluta andra möjliga orsaker. Samsjuklighet innebär däremot att flera tillstånd kan förekomma samtidigt, och att de tillsammans bidrar till den kliniska bilden. Det kompliceras ytterligare av att samma tillstånd ibland kan vara differentialdiagnostiska som samsjukliga, det vill säga samma diagnos som ibland måste skiljas från en annan i en

differentialdiagnostisk procedur kan i andra fall förekomma samtidigt som samsjukligt tillstånd.

Att förenkla för mycket

Att förenkla, ta ensidiga perspektiv eller inte förmå att se svårigheter som maskeras av andra är ytterligare områden där det finns flera fallgropar och kan förstås som ett uttryck för allmänmänsklig bias. När problem är komplexa finns en tendens att fastna i ett perspektiv i taget eller att man över- eller underskattar betydelsen av en viss förklaringsfaktor. Det kan leda till både över- och underdiagnostik.

Ensidiga perspektiv

En konsekvens av ensidiga perspektiv är att barn med många samtidiga svårigheter ofta får mindre hjälp än de behöver. I stället för att se hur komplex den kliniska bilden är i termer av samsjuklighet, väljer man att förenkla genom att utesluta eller avstå från att ställa diagnoser. Konsekvensen blir att barnet riskerar att stå utan behandling för delar av sina svårigheter, trots att flera insatser parallellt hade kunnat minska lidandet och förbättra funktionsnivån.

Inom barnpsykiatri finns en stor risk för samsjuklighet varför det är en bra utgångspunkt att tänka att barnets problembild kan rymmas inom flera diagnoser. Det avgörande är att barnet får tillgång till verksam behandling och då behöver samtliga svårigheter omhändertas. Vi har redan belyst perspektiven traumatisering och neuropsykiatri med att man behöver ta hänsyn till båda perspektiven samtidigt, eftersom neuropsykiatriska svårigheter och traumatisering kan samverka och förstärka varandra. Det finns till exempel en risk att ett barn som utsatts för våld i hemmet får alla sina svårigheter förklarade med traumatisering. Det man riskerar att förbise är att barnet också kan ha en underliggande neuropsykiatrisk

”

Alla svårigheter som personer som flytt söker hjälp för är inte nödvändigtvis relaterade till traumaexponering

problematik, inklusive ärftlighet och försvårande livsomständigheter, och att dessa svårigheter kan ha funnits redan innan våldet. Våldsutsattheten kan dessutom förvärra redan existerande svårigheter eller orsaka hjärnskador som ytterligare komplicerar bilden.

Svårigheter hos barn som upplevt flykt kan också förklaras ensidigt med hänvisning till erfarenheter av krig och konflikter, eller genom nuvarande livsvillkor såsom ovisshet kring uppehållstillstånd, bostadsbrist eller ekonomisk utsatthet, när det i själva verket är kombinationen av faktorer i barnets livssituation och egna sårbarhet som har betydelse för aktuell symptombild. Det riskerar att leda till underdiagnostik och otillräckliga insatser.

Maskering

Nästa fallgröp är i sin tur en variant på att bara ta ett perspektiv i taget varpå andra svårigheter riskerar att maskeras av komplicerande faktorer. När det föreligger samsjuklighet, social utsatthet samt annan språklig och kulturell bakgrund kan svårigheter



Även aktuell psykosocial belastning eller pågående direkt utsatthet kan skymmas när man fokuserar för mycket på vad ett barn som har flytt har varit med om tidigare

maskeras av andra vilket kan leda till att barn inte får tillgång till relevanta utredningar och insatser. Även neuropsykiatriska svårigheter kan maskera varandra på flera sätt. Exempelvis kan ett uttalat repetitivt beteende vara så påtagligt att det maskerar impulsiviteten som också finns i det. Omvänt kan också ett

impulsivt beteende maskera ett repetitivt beteende. Det här är ett exempel på där samsjuklighet med ADHD och autism kan förstärka vissa svårigheter samtidigt som det maskerar andra. Andra exempel på maskering kan vara att barn som har bristande skolgång får intellektuella svårigheter förklarade av bristen på stimulans och utbildning vilket leder till att en underliggande intellektuell

funktionsnedsättning aldrig ens utreds. Personer med hjärnskador och bristande skolgång kan riskera att missas, eftersom testresultaten tolkas som en följd av att personen aldrig fått lära sig läsa eller skriva. Barn med förvärvade hjärnskador riskerar att inte utredas för ADHD, eftersom svårigheterna tolkas enbart som en konsekvens av den kända skadan. Vi har också nämnt att barn med andra modersmål än svenska riskerar att få språkliga svårigheter tillskrivna problem med andraspråksinlärning eller flerspråkighet, vilket gör att en samtidig språkstörning förbises. Även aktuell psykosocial belastning eller pågående direkt utsatthet kan skymmas när man fokuserar för mycket på vad ett barn som har flytt har varit med om tidigare. I alla dessa exempel kan det givetvis vara det andra som maskeras men fallgruppen handlar om att belysa just risken med det ensidiga perspektivet.

Att komplicera för mycket

I motsats till tendensen att förenkla problem kan man hamna i det motsatta, att komplicera så mycket att det inte leder framåt.

Passivitet till följd av komplexitet

När det finns flera olika försvårande omständigheter kring ett barn finns det en risk att kliniker blir så angelägna att inte missa ett perspektiv och att göra fel bedömning att man avstår helt både från att genomföra utredning och behandling. Osäkerheten inför vad som är primärt respektive sekundärt riskerar att leda till att man helt avstår från diagnostiska ställningstaganden. I stället för att metodiskt ta sig an diagnostik och vårdplanering finns en risk att man kapitulerar inför komplexiteten och osäkerheten med resultaten att man inte gör någonting alls.

Rädslan för att ställa fel diagnos kan alltså leda till att utredning och behandling uteblir helt, med konsekvensen att just de barn som har störst behov får minst hjälp. Ju fler riskfaktorer som samverkar, desto större är risken för genomgripande och långvariga svårigheter och

kombinationen av belastningar minskar sammantaget barnets motståndskraft. Detta gör det mer kliniskt motiverat att erbjuda verksamma insatser för de svårigheter som uppvisas hellre än att invänta säkerhet i diagnostik. I dessa fall är det särskilt viktigt att inte fastna i frågan om exakt vilken faktor som orsakar barnets svårigheter.

Kulturella och språkliga perspektivs inverkan

En annan fallgröp där man komplicerar för mycket kan vara när man möter barn från andra länder och kulturer. Samtidigt som man behöver förhålla sig ödmjukt inför det man inte vet så är det viktigt att inte överskatta betydelsen av kulturella skillnader. Att förklara en symtombild med kulturella skillnader eller uttryck kan innebära att kulturens betydelse övervärderas. Skillnader inom en kultur eller subkultur kan som bekant vara större än skillnader mellan olika kulturer. Det finns också en risk att utrikesfödda personer med liknande bakgrund kategoriseras som en homogen grupp och därmed antas skilja sig åt på samma sätt i relation till majoritetskulturen, vilket leder till en förenklad och stereotyp bild av olikheterna.

I vårdsammanhang är det en pedagogisk utmaning att lyfta fram att kulturella skillnader kan spela roll, utan att det leder till ett fördömsfullt bemötande. Försök som görs för att anpassa insatser kan till exempel riskera att individer får representera sin kulturella tillhörighet på ett sätt som individer från majoritetskulturen slipper. Särskilt riskfyllt blir det när man utgår från ofullständig kunskap eftersom det kan leda till att redan utsatta grupper får sämre vård.

Ett annat område där man riskerar att komplicera så mycket att man avstår från sedvanligt förfarande handlar om kognitiv testning av barn med annan språklig och kulturell bakgrund. Här kan flera missförstånd leda till att testning ifrågasätts och avstås ifrån på felaktiga grunder. Ett problem är en generell övertro på testens

reliabilitet och validitet. Även hos barn som är uppvuxna i Sverige ska inte testresultat ses som fullt sanna eller exakta. Resultat bör snarare ses som ett stickprov på barnets fungerande i testsituationen och behöver alltid tolkas i ljuset av barnets aktuella kontext. Testning som del i en utredning ska alltid bedömas tillsammans med andra kompletterande uppgifter om barnet. Testning är dessutom sällan så central i en utredning att det är motiverat att avstå helt från att göra en bedömning på grund av att man inte anser sig kunna testa barnet.

En invändning mot testning av barn med migrationserfarenhet brukar vara att normeringen bygger på resultat från barn från majoritetskulturen. Men många barn som utreds har levt i Sverige under flera år och jämförs redan i skola och vardag med jämnåriga. Testningen kan därför ge ett systematiserat sätt att undersöka deras aktuella utvecklingsnivå i den miljö de faktiskt lever i.

Ett annat argument som brukar framföras är att även icke-verbala test är kulturkänsliga, exempelvis pusseluppgifter som påstås premiera barn från kulturer där dessa färdigheter tränas tidigt. Men liknande variationer finns också inom Sverige och i västerländska subkulturer, vilket gör det missvisande att hänvisa till kultur som den avgörande faktorn. Dessutom är det inte ovanligt att barn med flyktbakgrund redan ha gått i svensk förskola eller skola och därmed tillägnat sig samma kulturella erfarenheter under en stor del av uppväxten.



En 11-årig flicka kommer på remiss för önskad behandling av PTSD.

Flickan har varit utsatt för svår psykosocial belastning i form av långvariga konflikter mellan föräldrarna – därtill har flickan blivit mobbad sedan förskoleklass. Under den inledande bedömningen framkommer dock att barnet vid flera tillfällen har provat behandling för PTSD som avbrutits i förtid. Anledningen har varit att familjen inte har kommit på besöken tillräckligt regelbundet och att behandlingen inte tycktes ge några resultat.

Flickan säger sig nu vara motiverad att "ta tag i sin historia". Den förnyade bedömningen visar på traumasymtom som påträngande minnen, men uppfyller i övrigt inte diagnoskriterierna för PTSD. Däremot framträder en stark misstanke om autismliknande svårigheter givet barnets fungerande i bedömningssamtalen. I tidigare journalanteckningar från när hon var tre år beskrivs svårigheter med ögonkontakt, kommunikation och repetitivt beteende. Den gången sökte man på grund av svåra utbrott och att flickan bet andra barn på förskolan. Vårdkontakten då var dock mycket kort. Man bedömde beteendet som åldersadekvat och familjen hänvisades till socialtjänsten på grund av föräldrarnas uppslitande skilsmässa som man bedömde stressade flickan.

BUP initierar nu en utredning för autism och landar i den diagnosen, vilket leder till rekommendationer om anpassningar hemma och i skolan. Det blir lättare att bemöta flickans upptagenhet av vissa minnen från mobbing samtidigt som man behöver förklara för henne och föräldrarna att alla hennes svårigheter inte skulle försvinna efter en traumabehandling.

Kapitel 6: Att handskas med utmaningar i komplex diagnostik

I det här kapitlet går vi igenom hur man kan hantera osäkerheten i diagnostisk procedur när det finns flera samtidigt komplicerande faktorer.

Ett sätt att göra det är att hela tiden gå tillbaka till syftet. Det kan göras genom grundläggande frågor som varför man utreder, vad man kan uttala sig om i en utredning och när man kan genomföra en utredning. Vi avslutar med en del som handlar om hur man kan utreda när det är mycket som försvårar.

Varför ska man utreda?

Anledningen till att man gör utredningar är att bättre förstå ett barns svårigheter och vad det behöver för hjälp. Att utredning behöver ske även när, eller just för att, det finns komplicerande faktorer har vi redovisat för på många sätt. Om diagnostiken i praktiken blir ett hinder för åtgärder har den förlorat sitt syfte. Diagnostik bör därför förstås som ett verktyg för att erbjuda rätt stöd och behandling, inte som ett mål i sig. När det inte går att fastställa en tydlig diagnos bör man i stället utgå från barnets aktuella fungerande, svårigheter och behov, och sätta in insatser utifrån dessa snarare än att låta diagnostiken bli ett villkor för detta.

En utmaning som är vanlig att fastna i är frågan om ett barns svårigheter främst beror arv eller miljö. Ur behandlingssynpunkt är denna distinktion ofta mindre central än man kan tro, eftersom insatserna i praktiken ofta blir desamma. Genom att fokusera på de svårigheter barnet uppvisar och de insatser som kan vara hjälpsamma undviker man att fastna i oklara etiologiska diskussioner, och kan i stället säkerställa att barnet får tillgång till stöd.

Vad kan man utreda och uttala sig om?

En central uppgift i utredningsarbetet är att fokusera på vad man faktiskt kan uttala sig om.

När det finns belägg för att funktionsnedsättande svårigheter är varaktiga och diagnostiska kriterier är uppfyllda bör en diagnos ställas för att barnet ska få tillgång till rätt insatser och stöd i skola och vardag. Om det inte går att utesluta differentialdiagnostiska alternativ bör man snarare tänka i termer av samsjuklighet än att avstå från diagnostik.

Även om en utredning inte leder fram till en tydlig diagnos, kan den ändå ge värdefull information om barnets aktuella svårigheter, behov och funktionsnivå. Den kan också fungera som ett framtida jämförelsematerial om svårigheterna kvarstår över tid. Även en ofullständig eller bristfällig utredning är ofta mer användbar än ingen utredning alls, eftersom den ofta åtminstone ger en strukturerad här-och-nu-beskrivning av barnets fungerande och finns dokumenterad för framtida behov av jämförelser.

När ska man utreda?

När ska man då utreda och diagnostisera barn med många samtidiga svårigheter?

När barn befinner sig i särskilt utsatta situationer, exempelvis efter potentiellt traumatiserande händelser, flykt eller vid samtidig psykosocial belastning, finns en risk att kliniker drar sig för att genomföra neuropsykiatriska utredningar. Det är dock inte alltid möjligt att invänta optimala förutsättningar för en utredning. I många fall kan en utredning behöva genomföras trots pågående försvårande omständigheter eftersom alternativet, att avstå helt, kan leda till ännu större risker för barnet. Även om det finns osäkerhet kan den information som framkommer bidra till att fatta mer välgrundade beslut om insatser och därmed minska risken för

passivitet. Att avstå från utredning i väntan på stabilitet kan i praktiken innebära att stabiliteten aldrig infinner sig, och att barnet därmed blir utan nödvändigt stöd under hela uppväxten.

Som nämnts tidigare kan även en utredning som inte leder fram till ett

tydligt diagnostiskt ställningstagande ändå ge värdefull information om barnets nuvarande funktion och behov. Detta kan ligga till grund för planering av insatser och uppföljning, vilket gör att barnets stöd kan anpassas bättre. Även en preliminär eller osäker bedömning är ofta mer användbar än ingen bedömning alls. Vid många försvårande omständigheter och flera samtidiga behov handlar det alltså snarare om att ha lägre trösklar för utredning än att avstå på grund av svårigheter att tolka resultatet.



Även om en utredning inte leder fram till en tydlig diagnos, kan den ändå ge värdefull information

Hittills i texten har vi gått igenom att traumatiska händelser påverkar barns utveckling på ett genomgripande sätt, inklusive beteenden, kognitiva funktioner, känsloreglering och hjärnans utveckling. Detta samverkar med neuropsykiatriska tillstånd, som i sin tur innebär svårigheter inom de flesta funktionsområden, inklusive förmågan att hantera och återhämta sig från svåra livshändelser. Vi vet vid det här laget också att det finns flera sätt som traumatisering och neuropsykiatriska tillstånd samspelar. Att avstå från utredning i dessa grupper innebär därför en dubbel risk: dels att barnet inte får hjälp för sina neuropsykiatriska svårigheter, dels att traumarelaterade problem förblir obehandlade. I stället bör man utgå från att barn med många samtidiga svårigheter ofta behöver mer utredning och fler insatser, inte färre.

Detta resonemang är också i linje med principen om att hälso- och sjukvården ska prioritera de som behöver vården mest. Ett argument för att genomföra utredningar även vid svåra förutsättningar är principen om jämlik vård och att motverka strukturell diskriminering.



I situationer där orsaken till barnets svårigheter är svår att avgöra får osäkerheten inte bli ett hinder för stöd

Vi har lärt oss att barn med språkliga, kulturella eller psykosociala belastningsfaktorer riskerar att diskrimineras, att utestängas från diagnostik och behandling.

Socialstyrelsen har betonat att barn med migrationserfarenhet, annan

språklig bakgrund eller samsjukliga psykiatriska tillstånd löper större risk att bli underdiagnostiserade för exempelvis ADHD och autism. Att utreda även när det är svårt är därför inte bara en fråga om klinisk pragmatism, utan handlar också om att bidra till en mer likvärdig vård.

Hur ska man utreda?

Hur kan man då genomföra utredningar när det finns många svårigheter och osäkerhetskällor? Vi kommer här att gå igenom ett pragmatiskt förhållningssätt med fokus på behov och insatser, att vara transparent i kommunikation och dokumentationen, hur man kan handskas med både kulturell och mänsklig bias i diagnostik, hur man kan anpassa metoder och hantera metodens osäkerhet samt vad man kan tänka på vad gäller bemötande.

En tumregel när diagnostiken är osäker kan vara att fokusera på funktionsnedsättningen och varaktigheten samt på barnets behov av insatser. Ju allvarigare och mer akuta behov desto större anledning att genomföra strukturerade bedömningar, prova insatser och utvärdera dem. När bedömningar försvåras av flera samtidiga omständigheter kan det alltså vara hjälpsamt att rikta fokus mot graden av funktionsnedsättning och barnets subjektiva lidande snarare än att enbart söka efter en tydlig orsak. Frågan blir då inte i första hand varför barnet har svårigheter, utan hur dessa påverkar barnets fungerande och vilken hjälp som behövs. Det innebär att även i situationer där orsaken är oklar kan behandling och stöd motiveras, eftersom syftet alltid är att minska lidande och förbättra

funktion. Genom att anpassa stödinsatser efter barnets faktiska fungerande snarare än att vänta på en diagnostisk klarhet, som i många fall kan dröja eller aldrig uppnås, kan barnet ändå få hjälp.

Handskas med bias

Vi behöver hantera den allmänmänskliga tendensen att systematiskt feltolka information, så kallade bias. Kliniska beslut fattas ofta utifrån ett visst mått av osäkerhet och psykiatrisk diagnostik är sårbar för bias. Det handlar om risk för systematiska fel i bedömningen, exempelvis genom att klinikern fastnar vid en tidig hypotes (så kallad ankringsbias), aktivt söker bekräftande information (konfirmationsbias), eller överskattar sannolikheten för diagnoser som nyligen uppmärksammats (tillgänglighetsbias). Att vara medveten om att detta är allmänmänskliga mekanismer är ett sätt att motverka dess inverkan i beslutsfattande.

Det finns flera sätt att aktivt motverka bias i diagnostik: att arbeta med standardiserade metoder och checklistor, ta in flera informationskällor och perspektiv, hypotesgenerering för alternativa förklaringar, kontroll av eventuella snedvridningar, ta stöd av kollegor samt dokumentation och utvärdering.

Preliminär bedömning

I situationer där orsaken till barnets svårigheter är svår att avgöra får osäkerheten inte bli ett hinder för stöd. I stället behöver man arbeta hypotestestande. Det innebär att klinikern utgår från den starkaste hypotesen utifrån tillgängligt underlag och prövar de insatser som hade varit aktuella om diagnosen formellt hade fastställts. Detta arbetssätt kräver en tydlig beredskap att kontinuerligt utvärdera behandlingens effekt och en låg tröskel för att ompröva hypotesen. Ju större osäkerhet i den diagnostiska bedömningen, desto tätare bör utvärderingen av insatser ske för att säkerställa deras relevans och effektivitet. Allvarlighetsgraden i barnets problematik styr också hur tätt uppföljningarna behöver ske. Vid mer omfattande symtom

eller vid snabb försämring krävs tätare utvärderingar och större flexibilitet i att ändra insatser. Om en insats inte leder till förväntat resultat behöver den justeras. På så sätt blir diagnostiken en interaktiv process, där beslut inte är statiska utan förändras i takt med barnets utveckling, symtomförlopp och respons på behandling. Ett sådant preliminärt arbetssätt kan också bidra till att minska klinisk passivitet. Snarare än att avvakta tills diagnostisk säkerhet uppnås kan man erbjuda tidiga insatser som sedan utvärderas systematiskt. Detta ligger i linje med rekommendationer om stepped care, där behandling anpassas successivt efter respons.

Transparens i kommunikation och dokumentation

I de fall när det inte går att med säkerhet fastställa vad barnets svårigheter beror på är det ändå viktigt att tydligt redovisa vilket underlag man grundat sina slutsatser på och hur resonemangen förts i bedömningen. Det ger en bättre grund för uppföljning och gör det möjligt att justera bedömningen allteftersom. Det blir också viktigt i kommunikation med patient och familj. Att tydliggöra graden av osäkerhet innebär inte att man avstår från insatser, tvärtom är det då särskilt viktigt att pröva olika interventioner och systematiskt utvärdera deras effekter för att förstå vad som faktiskt hjälper barnet. Dokumentation blir ett verktyg i den diagnostiska processen. En god dokumentation bör därför inte bara redovisa slutdiagnosen, utan också motivera varför andra diagnoser avfärdats, vilket minskar risken för förbisedda differentialdiagnoser och bidrar till en mer nyanserad förståelse av patientens svårigheter.

Även om en diagnos inte ställs vid den första bedömningen kan utredningen ändå fylla en viktig funktion genom att dokumentera svårigheter över tid. Om barnet några år senare fortfarande uppvisar problem, kan tidigare dokumentation användas som underlag för att bedöma varaktigheten i funktionsnedsättningen. På så sätt blir även ofullständiga bedömningar ett viktigt redskap för framtida kliniska beslut.

Dokumentation kan också vara ett viktigt verktyg för att komma vidare med insatser. Till exempel kan man notera att ett barn har saknat regelbunden skolgång trots tillgång till det. I ett sådant fall blir det svårt att avgöra om skolsvårigheterna primärt beror på bristande undervisning eller på underliggande kognitiva begränsningar, men en sådan beskrivning kan ändå utgöra ett underlag för anpassade stödinsatser och ett underlag att jämföra mot längre fram.

Varaktighet

Varaktigheten i svårigheterna kan också ge stöd för om de kan ses som en normal fluktuation i funktion eller som mer varaktiga problem, vilket är viktigt vid bedömning av behov av insatser. Om ett barn under en längre tid uppvisat tydliga svårigheter i exempelvis skolsituation, socialt samspel och emotionell reglering kan detta tala för att svårigheterna är stabila över tid och situation, och kräver insatser även om information om tidig utveckling saknas. Ett exempel är ett barn vars begåvningsstest visar på mycket låga resultat, men där information om tidig utveckling och skolgång saknas. Diagnosen intellektuell funktionsnedsättning kräver både varaktiga kognitiva svårigheter och nedsatt adaptiv funktion. Om dessa kriterier inte kan fastställas fullt ut kan man ändå konstatera att barnet för närvarande uppvisar kognitiva begränsningar på en nivå som motiverar stödinsatser jämförbara med de som ges vid en fastställd diagnos. På så sätt kan barnet få nödvändig hjälp även när diagnoskriterierna ännu inte är möjliga att tillämpa.

Utvärdering och förnyade bedömningar

Vid kvarvarande svårigheter som kräver insatser och där det råder fortsatt osäkerhet i diagnostiken kan förnyade bedömningar behöva göras. Även om diagnostiska svårigheter ska vara stabila över tid och sammanhang kan svårigheterna ändras utifrån yttre krav och inre strategier varför både symtom och funktionsnedsättning kan variera. Man behöver komma ihåg att diagnoser inte är definitiva



Psykologiska test utgör alltid ett stickprov av barnets prestation i en artificiell testsituation

innebär att den ursprungliga bedömningen var felaktig, utan att den gjordes utifrån dåvarande underlag. Förnyade bedömningar kan alltså behöva ske men inte slentrianmässigt, utan när det finns klinisk relevans. Om barnet fortsatt uppvisar svårigheter som påverkar vardagen och kräver insatser kan en ny bedömning vara motiverad för att anpassa insatser till förändrade behov.

sanningar, utan professionella bedömningar som kan komma att behöva revideras. Om ny information framkommer eller barnets situation förändras, kan diagnosen justeras. Det är viktigt att komma ihåg att det inte

Anpassningar av metoder

Att göra anpassningar i metoder och bemötande krävs alltid men blir särskilt viktigt när det saknas information eller det finns andra försvårande metodologiska utmaningar. En viktig utgångspunkt är att alltid låta utredningens syfte styra valet av metoder och omfattning. Ju mer osäker en informationskälla är desto viktigare blir det att komplettera med andra för att minska risken för att en enskild felkälla får för stort genomslag i den sammanvägda bedömningen. Det är inte alltid möjligt att genomföra testning enligt standardiserat sätt och metoder kan då behöva anpassas för att fungera eller bli meningsfulla i mötet med det aktuella barnet. Det kan handla om att förkorta testbatterier, använda alternativa normer eller prioritera kliniska observationer framför standardiserade testresultat när dessa inte bedöms tillförlitliga. Det kan till exempel röra sig om bristande språkförståelse, koncentrationssvårigheter eller låg motivation, där man ändå kan använda testmaterialet som en ram för strukturerade observationer. Då kan man undersöka hur barnet närmar sig olika typer av uppgifter, vilka strategier som används och vilka hinder som uppstår.

Förfarandet kan ge viktig information om funktion och behov, men det kräver att klinikern tydligt dokumenterar avvikelserna och undviker att tolka resultaten som standardiserade testdata. För vissa test finns normer från olika länder eller populationer att tillgå. Vid bedömning av barn med migrationsbakgrund behöver klinikern göra en avvägning: speglas barnets förmågor bäst av normer från ursprungslandet, eller av normer från det land där barnet nu lever och fungerar i vardagen? I alla dessa situationer blir transparens i dokumentationen avgörande där alla avvikelser från standardmetodik beskrivs, motiveras och analyseras så att resultaten kan tolkas i sitt sammanhang. Oavsett metodval måste resultaten alltid sättas i relation till annan information och den diagnostiska slutsatsen bör bygga på en samlad klinisk bedömning som väger samman information från testning, observationer, intervjuer och tidigare information.

Ekologisk validitet

Att hantera metoders osäkerhet är oftast bättre än att avstå helt från att använda dem. När man tolkar testresultat är det avgörande att vara medveten om både styrkorna och begränsningarna i vad resultaten säger. Psykologiska test utgör alltid ett stickprov av barnets prestation i en artificiell testsituation och måste därför tolkas med försiktighet. Den ekologiska validiteten, i vilken utsträckning resultaten speglar barnets faktiska funktionsförmåga i vardagen, är ofta begränsad. Samtidigt kan man tänka sig att ett barn som uppvisar svårigheter i en testsituation antagligen har stora svårigheter även i en klassrumsmiljö. Testsituationen innebär att man sitter i en lugn avskalad miljö med en vuxen som är helt uppmärksam på att stödja barnet. Det innebär oftast bättre förutsättningar än de krav som ställs i mer vardagliga miljöer.

Ett lågt resultat på ett begåvningsstest kan alltså bero på en rad olika faktorer som inte nödvändigtvis speglar en faktisk låg begåvning. Exempel på sådana faktorer är bristande skolgång, otillräcklig

kognitiv stimulans under uppväxten, språkliga svårigheter, problem att förstå testsituationen eller bristande motivation vid själva testtillfället. Samtidigt kan man inte avfärda möjligheten till en verklig kognitiv funktionsnedsättning enbart med hänvisning till dessa försvårande omständigheter. Tvärtom kan testningen bidra med viktig information genom att visa att en del av problematiken sannolikt är relaterad till varaktiga kognitiva begränsningar. Att kombinera en försiktig tolkning med tydlig redovisning av både resultat och osäkerhetsvariabler blir därför ett mer robust underlag än att avstå från testning även när förutsättningar inte är optimala. På så vis får man ändå mer information om barnet även i väntan på en mer säkert underbyggd bedömning.

Över- och underkulturalisering

Vi har tidigare berört att språkliga och kulturella skillnader är ett område som påtagligt kan komplicera utredning och diagnostik. Det finns risk för att både övervärdera och undervärdera kulturella skillnader. Att se alla barn som kommit hit på flykt som fundamentalt annorlunda riskerar att förstärka stereotyper och leda till ojämlig vård. Att helt bortse från kulturella faktorer kan samtidigt innebära att viktiga sammanhang förbises.

En individanpassad bedömning, där kultur ses som en av flera kontextuella faktorer, kan vara ett sätt att främja en jämlik och verksam vård. En bra utgångspunkt för detta är att oavsett vem du möter, fråga hur dessa svårigheter blir för just den personen. När barns utveckling och förmågor bedöms sker detta alltid i relation till vad som förväntas av jämnåriga i det sociala och kulturella sammanhang barnet befinner sig i. För att jämförelsen ska bli rättvis krävs att man väger in barnets individuella förutsättningar. Ett barn med migrationsbakgrund bör inte enbart jämföras med barn födda och uppvuxna i Sverige, utan också med jämnåriga med liknande erfarenheter. En sådan jämförelse visar att alla barn med migrationsbakgrund inte nödvändigtvis har språkliga svårigheter eller

skolproblem, och att inte alla barn som flytt utvecklar PTSD. Varje barn måste därför förstås utifrån sina unika erfarenheter och behov, snarare än som en representant för en särskild kategori. Det innebär att inte tillskriva barnet erfarenheter som det inte känner igen sig i, utan att aktivt undersöka vad som är relevant för just det här barnet. Kulturella uttryck för psykisk ohälsa kan variera, liksom förväntningar på barns beteenden och utveckling i olika åldrar.

Ett sätt att minska risken för över- respektive underkulturalisering är att använda sig av Kulturformuleringsintervjun som syftar till att medvetandegöra patientens perspektiv och eventuella kulturella uttryck, förväntningar och förståelse. Intervjun innehåller föreslagna formuleringar som kan användas för att ställa frågor på ett kulturneutralt sätt och belysa hur familjen själv förstår och tolkar barnets svårigheter. Föräldrar, oavsett kulturell bakgrund, kan ha svårt att avgöra vad som är typiskt eller avvikande beteende för barn i olika åldrar, eftersom utvecklingsnormer varierar inom och mellan familjer och samhällen. Ett praktiskt tillvägagångssätt är därför att fråga föräldern om barnet avviker från deras egna förväntningar, snarare än att generalisera utifrån hur det är i hemlandet. Kulturformuleringsintervjun kan även användas med barnet själv som stöd i att undersöka barnets egen syn på sig själv och sina svårigheter.

Rätt till tolk

Tolk ska alltid erbjudas när sådana behov finns, men det är viktigt att respektera om familjen föredrar att inte använda det. I vissa situationer fungerar kommunikationen bättre utan tolk. Även telefontolk är ibland ett bättre alternativ. Ta också hänsyn till behov av särskilda dialekter.

Arbetet med tolk kan underlättas genom att förbereda samtal med tolk genom att gå igenom hur psykiatriska termer kan översättas. Diagnoser kan uppfattas som starkt stigmatiserande i olika kulturer,

och ordval kan få allvarliga konsekvenser för barnets och familjens upplevelse. Kliniker behöver därför vara vaksamma på språkbruket, följa upp hur begrepp tas emot, och korrigera missförstånd om de uppstår. Att använda tolk vid testning kräver också att tolken förbereds på sin roll i själva testsituationen. Var inte rädd för att avbryta ett samtal med tolk om du får indikationer på att kommunikationen inte fungerar. Utgå från barnets och familjens önskan om det är oklart.

Delaktighet, respekt och nyfikenhet

Slutligen är ett respektfullt bemötande och att göra barnet delaktigt en förutsättning i alla professionella kontakter med barn. Barn och ungdomar behöver göras delaktiga i frågor som rör dem på ett sätt som är anpassat till deras mognadsnivå. En viktig del i bemötandet är att förklara för barnet vad en utredning innebär, varför den genomförs och vad den kan leda till. Det kan minska oro och osäkerhet, samt bidra till att barnet upplever utredningen som mer meningsfull. Barnet kan också bidra med viktiga perspektiv under hela utredningens gång.

Utredningen kan även fungera som ett sätt att skapa kontakt och bygga en relation med barnet. Genom att visa nyfikenhet och intresse för barnet, uppmärksamma dess styrkor och intressen – inte enbart dess svårigheter – kan man bidra till en mer balanserad självbild. Detta blir särskilt viktigt för barn som tidigare haft negativa erfarenheter av vuxna eller av kontakter med vården. Begreppet *therapeutic assessment* betonar just detta: att utredning inte bara ska ses som ett diagnostiskt verktyg utan också som en möjlighet att stärka barnets förståelse för sig själv och förutsättningar att delta i insatser som kan vara till hjälp.

Delåtergivning, det vill säga att successivt återkoppla preliminära observationer och resultat till barnet och dess föräldrar, kan öka förståelsen för utredningsprocessen och stärka delaktigheten. Det

kan bidra till motivation och känslan av att insatserna från vården är ett samarbete mellan barnet, föräldrarna och klinikern.

Det kanske viktigaste i mötet med barn och familj är att ge dem en erfarenhet av vårdkontakten som sänker trösklarna för att de ska kunna söka hjälp igen i framtiden.



Kapitel 7: Vanliga frågor

I det här kapitlet 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 försvårade 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 stödinsatser? 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 ojämlig 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 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 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 uppdagas, 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 ska 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 inlärning 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 nyinlärning 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 anamnestisk 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 halvspråklighet, 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 för skolarbete, 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 modersmållärare 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.

AVSNITT 3 BILAGOR FÖR PRAKTISKT STÖD

Det här avsnittet innehåller bilagor med lathund, checklistor och intervjuguider som ger ett stöd i praktiskt arbete när man möter barn med neuropsykiatriska tillstånd, traumatisering eller erfarenheter av flykt.

Materialet innehåller kliniska rekommendationer och vänder sig först och främst till personal som möter dessa barn i utredning och behandling inom hälso- och sjukvårdens specialiserade barn- och ungdomspsykiatri eller verksamheter med liknande uppdrag. Även personal inom andra delar av hälso- och sjukvården, omsorgen, socialtjänsten eller skolan kan ha användning av delar av materialet.

Bilaga 1: Lathund för vad olika verksamheter behöver tänka på

Ansvarsfördelning

Här följer en övergripande beskrivning av olika huvudmäns ansvar. Den bör kompletteras med lokala uppdragsbeskrivningar och samverkansavtal.

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är uppdelad i olika specialiteter och vårdnivåer och har ett gemensamt ansvar att hänvisa patienter till rätt vårdnivå. Hälso- och sjukvården ansvarar för utredning, diagnostik samt behandling, och där ingår både neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och traumarelaterade tillstånd hos barn liksom omhändertagande av samsjuklighet.

Om hälso- och sjukvården upptäcker att barnet har behov av pedagogiska anpassningar eller anpassad skolform behöver man med samtycke initiera kontakt med skolan.

All personal i alla verksamheter som arbetar med barn har skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten om man är orolig för ett barns situation eller utveckling.

Skolan

Skolans huvudsakliga uppdrag är att sörja för barnets omsorgsbehov dagtid och rätt till utbildning. Eftersom det är skolplikt kommer det med ett särskilt ansvar att sörja för barnets trygghet i skolan. Barnet har rätt att utvecklas på sin nivå. Skolan har ett ansvar att identifiera svårigheter och anpassa undervisning så att barnet kan tillgodogöra sig det.

Om skolan har misstankar om att barnet har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller andra psykiatriska svårigheter som kräver insatser bör de hjälpa barnet och vårdnadshavare att komma i kontakt med elevhälsa eller hälso- och sjukvård.

Både vid traumasymtom och neuropsykiatriska svårigheter är det viktigt att skolan skapar förutsättningar för en trygg och förutsägbar miljö. Ett sätt att göra det är att hjälpa barnet att bygga stödjande relationer med vuxna på skolan. Skolan ska också sörja för att ge barnet de anpassningar som behövs för att barnet ska kunna tillgodogöra sig av undervisningen och få optimala förutsättningar att utvecklas.

All personal i alla verksamheter som arbetar med barn har skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten om man är orolig för ett barns situation eller utveckling.

Socialtjänsten

Socialtjänstens huvudsakliga uppdrag är att sörja för barnets rätt till grundläggande trygghet, hälsa och utveckling. Socialtjänsten ansvarar för att stödja och stärka barnets familj och nätverk, ge skydd vid behov och samordna sociala insatser för att säkerställa trygghet och främja barnets sociala utveckling. För att säkerställa sitt myndighetsuppdrag att se till barnets bästa är det viktigt att möjliggöra för att barnet har så goda förutsättningar som möjligt att komma till tals och bli lyssnad på. Om socialtjänsten upptäcker att barnet har behov av pedagogiska anpassningar eller anpassad skolform behöver man med samtycke initiera kontakt med skolan.

Om misstankar uppstår om att barnet har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller andra psykiatriska svårigheter som barnet behöver hjälp för, bör socialtjänsten hjälpa barnet och vårdnadshavare att komma i kontakt med elevhälsa och hälso- och sjukvård.

Vad gäller neuropsykiatriska svårigheter och traumatisering hos barn är det socialtjänstens roll att ge grundläggande skydd. För att barnet ska kunna komma till tals på egna villkor är det viktigt att göra individuella anpassningar för att optimera barnets förutsättningar att kommunicera.

Det som rör socialtjänsten kan delvis också gälla andra myndigheter, exempelvis Migrationsverket.

Samverkan

Myndigheter såsom vård, skola och socialtjänst har skyldighet att samverka med andra huvudmän när så krävs för barnets behov. Följande punkter är ett stöd för vad man behöver tänka på i sådan samverkan:

1. All samverkan kräver samtycke från vårdnadshavare och barn utifrån mognad.
2. Om samtycke saknas för samverkan och det finns en oro för att barnet far illa åligger det all personal i alla verksamheter att göra en orosanmälan till socialtjänsten.
3. Utgå alltid från barnets behov av koordinerade insatser.
4. För alla verksamheter gäller att samverka med andra sker utifrån barnets behov. Det betyder att den verksamheten som ser behov av samverkan ska ta initiativ till det.
5. För en framgångsrik samverkan krävs tydliga roller och ansvarsfördelning mellan huvudmän, uppföljning av gemensamma planeringar och att det säkerställs att det inte uppstår glapp i ansvar mellan verksamheter.
6. Kunskap och bedömningar som har betydelse för planering av insatser bör delas gemensamt och gemensamma planeringar upprättas, genom så kallad Samordnad individuell plan, SIP.

Bilaga 2: Checklistor för utredningar

Vad behöver man beakta i komplex diagnostik?

Nedan är ett stöd för vad man behöver tänka på när man gör utredningar där det finns många försvårande omständigheter.

1. Akuta behov måste alltid hanteras först.
2. Kartlägg skyddsfaktorer som trygga vuxna, skolmiljö, fritidsaktiviteter och andra resurser i nätverket.
3. Flera parallella insatser är att föredra när behoven är komplexa: akuta symtom behandlas samtidigt som långvariga svårigheter utreds.
4. Vid behov av prioritering mellan insatser ska barnets största lidande styra.
5. Var pragmatisk och erbjud den insats som finns tillgänglig om förstahandsval inte finns.
6. Samsjuklighet är vanligt, uppmärksamma både traumatisering och neuropsykiatriska svårigheter i kombination, inte som uteslutande alternativ.
7. Identifiera miljöfaktorer som traumatiska händelser, migration, socioekonomisk belastning och familjefunktion samt uppmärksamma kumulativa risker där flera belastningar förekommer samtidigt.
8. Minska om möjligt identifierade risker.
9. Undersök samspelet mellan genetisk sårbarhet och miljöpåverkan. En utsatt miljö kan förstärka svårigheter, en stödjande miljö kan mildra dem.
10. Var metodisk, gå igenom diagnoskriterier, funktionsnedsättning och varaktighet. Uppfylls kriterier så ställ diagnos och erbjud insatser.
11. Vid osäkert underlag eller på annat sätt ofullständig diagnos, var transparent med det diagnostiska resonemanget i din dokumentation.

12. Fokus på behov. Låt aldrig en osäker diagnostik stå i vägen för att erbjuda insatser.
13. Tidiga insatser, även på osäkert underlag, kan ha stor betydelse för barnet och dess omgivning.
14. Utvärdera insatsernas effekt, ompröva diagnostik vid behov.

När ska man tänka utredning?

Nedan är ett stöd för när man bör genomföra en utredning.

1. För barn med tydlig funktionsnedsättning eller lidande som är ihållande. Det vill säga svårigheter som påverkar barnets vardag avseende relationer, aktiviteter, skolgång, mående, självbild eller som hämmar utveckling, riskerar skador eller faror för själv eller andra, och inte går över.
2. Även akuta svårigheter kan utredas men då krävs att det föreligger en stark oro för barnets hälsa eller säkerhet som kräver omedelbara insatser.
3. Vid oklara utvecklingsavvikelse eller tydlig utvecklingsförsening.
4. Vid svårtolkade symtom. Ju mer komplext, svårförståeligt eller atypiskt beteende desto större skäl att undersöka mer.
5. När svårigheterna är så omfattande att det inte går att avgöra lämplig insats utan fördjupad kartläggning.
6. När sedvanliga åtgärder inte har gett resultat, eller diagnos behöver omvärderas av andra orsaker.
7. Vid osäkerhet: initiera hellre utredning än riskera fördröjning. Försvårande omständigheter kan komplicera diagnostik men är inte skäl att avstå från att göra utredning. Att avstå från utredning innebär risk för underdiagnostik, felbehandling eller försenade insatser.
8. Exempel på försvårande omständighet som inte utgör skäl för att avvakta utredning är:
 - Traumatisering
 - Annat modersmål, halvspråkighet

- Bristande anamnes, avsaknad av information om tidig utveckling
- Bristande skolgång
- Migrationsstress
- Osäker asylstatus
- Psykisk ohälsa hos föräldrar
- Egna traumaerfarenheter
- Intergenerationell traumatisering
- Förekomst av neuropsykiatriska tillstånd i familjen

Vad ska ingå i en utredning?

För att säkerställa kvalitet i en utredning bör följande ingå:

1. Diagnossystem

Dokumentera alltid diagnos enligt ICD-10. DSM-5 är ett kompletterande kliniskt stöd.

2. Diagnos kopplad till insatser

Diagnosen ska ligga till grund för behandlings- och stödinsatser. Saknas behov av insatser finns inte skäl att diagnostisera. Insatser ska följas upp och diagnostiken kan behöva omprövas om effekten uteblir.

3. Bedömningsmetod

Utgå från internationella och nationella riktlinjer samt regionala vårdprogram. Bedömningen ska genomföras systematiskt och med beprövade metoder. Standardiserade metoder är grund, men avvikelser kan göras och ska då beskrivas och motiveras.

4. Utredningens innehåll avgörs utifrån individuella behov

Samla information genom anamnes och utvecklingshistorik, psykiatriska intervjuer, somatisk undersökning, strukturerade observationer, ibland i flera miljöer. Använd skattningsformulär,

genomför psykologisk, neuropsykologisk och kognitiv testning utifrån frågeställning (exempelvis begåvning, minne, språk, uppmärksamhet och exekutiva funktioner). Relatera alltid resultaten till ålder och utvecklingsnivå för att skilja normalvariation från faktiska svårigheter. Kombinera standardiserade tester med kliniska observationer.

5. Funktionsbedömning

Bedöm funktionsnivå och lidande i hem, pedagogisk verksamhet, fritid och sociala sammanhang. Ta hänsyn till varaktigheten i svårigheterna.

6. Hypotesprövning

Hypotesprövning och omprövning vid utebliven effekt ska vara vägledande. Om insatser inte fungerar behöver de diagnostiska hypoteserna prövas på nytt.

7. Dokumentera diagnostiska resonemang tydligt

Det gäller både avsteg från standardförfarande samt hypoteser som ännu inte säkra. De kan ha betydelse för insatser och förnyade bedömningar längre fram om svårigheter kvarstår.

8. Delaktighet

Informera alltid barn och vårdnadshavare om syftet med utredningen och inhämta samtycke. Barnet ska involveras och ges möjlighet att uttrycka sig och bli lyssnad på utifrån sin utvecklingsnivå. Vårdnadshavares perspektiv är en central utgångspunkt.

9. Språk och kultur

Vid misstänkta språkliga eller kulturella hinder kan man jämföra barnets utveckling med jämnåriga i samma kontext.

Bilaga 3: Intervjuguiden för utredning

Följande intervjuguiden är ett kompletterande stöd i att ställa frågor som kan vara till hjälp i arbetet med barn med misstänkta neuropsykiatriska svårigheter, traumatisering eller flyktbakgrund. De ska ses som komplement till respektive huvudmans riktlinjer och ersätter exempelvis inte diagnostiska intervjuer. Intervjuguiderna ska ses som stöd men användning och språkbruk bör anpassas till situation.

Intervjustöd för frågor till vårdnadshavare

1. Anledning till kontakt

- Vad är störst problem eller vad oroar er mest just nu?
- Undersök särskilt svårigheter inom uppmärksamhet, aktivitetsnivå, impulsivitet, exekutiva funktioner, sociala färdigheter, kommunikation, specialintressen, repetitiva beteenden och sensorik. Traumatiska upplevelser eller stresserfarenheter? Undvikande, återupplevande, förhöjd reaktivitet?
- Hur länge har svårigheterna funnits? Debuterade svårigheterna i samband med någon känd påfrestning eller förändring? Finns det en fluktuation i svårigheterna?
- Hur märks svårigheterna i olika situationer och miljöer? Hemma, i skolan, på fritiden, med vänner? Hur påverkar svårigheterna ert barn?
- Er tolkning av barnets svårigheter: Hur förstår ni svårigheterna? Har ni sett svårigheterna förut? Finns det någon nära släkting med liknande svårigheter?
- Vad har ni provat för att hantera svårigheterna? Vad har fungerat? Vad har inte fungerat?
- Vad behöver ni för stöd just nu kring barnet?
- Är barnet själv hjälpsökande? Kring vad?

2. Tidigare utveckling

För att förstå vad som är vanligt i olika åldrar kan det vara till hjälp att jämföra barnet med andra barn i samma ålder. Man kan också jämföra med vad som förväntas av barnet i sitt sammanhang såsom familj och samhälle. Kom ihåg att alla barn utvecklas olika.

- Har ni noterat någonting avvikande?
- Hur var graviditet, förlossning, den första tiden?
- Hur har det fungerat med rutiner, tröst och reglering?
- Hur har det gått med olika utvecklingssteg; motoriskt, socialt, relationellt, språkligt, sluta med blöja/ potta/ toa? Lek och intressen? Inomhus, utomhus?
- Hur har barnet klarat övergångar och förändringar: inskolning, byta avdelning, börja skola, byta stadium, få syskon, flytta?
- Har det förekommit avvikande BVC-kontroller, extra besök inom vården, allvarliga olyckor eller sjukdomstillstånd, hjärnskakning, sjukhusinläggning? Utredningar, diagnoser, insatser? Effekter av tidigare insatser?
- Hur uppfattar andra barnets utveckling? Har någon uttryckt oro?

3. Livserfarenheter

- Har barnet varit med om övergrepp, olyckor, krig, tortyr, dödsfall i familjen, flykt – andra viktiga händelser som påverkat?

4. Allmänt fungerande

- Hur skulle ni beskriva barnets beteende: inåtvänd, utåtagerande, udda beteenden? Har någon reagerat på barnets beteende?
- Hur har det varit med vänner och fritidsintressen?

- Hur har det fungerat med självständighet, personlig hygien, sysselsätta sig själv?
- Hur gör ni med skärmanvändning? Tid, innehåll, förmåga att avbryta? Ensam eller tillsammans med någon?

5. Social situation

- Hur fungerar det med familj, föräldrar, syskon, samspel, gränssättning?
- Finns det någon belastning i form av konflikter, sjukdom, missbruk, arbetslöshet, kriminalitet?
- Har ni avlastning i nätverket, stödjande relationer?

6. Ärftlighet

Hur ser det ut med ärftlighet hos nära släkting (första- och andrageradssläkting):

- Psykiska eller somatiska tillstånd
- Traumarelaterade tillstånd
- Neuropsykiatriska tillstånd
- Missbruk
- Odiagnostiserade svårigheter inom skola, arbetsliv eller socialt som svårigheter att klara grundskolan, behov av extra anpassningar, utanför arbetsmarknaden, svårt med försörjning, sjukskrivningar?
- Annat av betydelse?

7. Pedagogisk verksamhet

- Vilken typ av skolgång har barnet haft? Antal lärare och elever?
- Något som kommit upp på utvecklingssamtal, särskilda anpassningar?
- Mående, trivsel? Frånvaro?
- Samspel med jämnåriga och vuxna? Anpassa sig? Vänner, mobbing?

- Kunskapsutveckling? Måluppfyllelse? Teoretiska och praktiska ämnen?
- Uppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet, exekutiva funktioner, särskilda rutiner? Fin- och grovmotorik?
- Strukturerade situationer och mer fria aktiviteter? Samling, genomgångar? Raster, övergångar, omklädningsrum? Påklädning, måltider, hygien? Schemabrytande aktiviteter? Inskolning, övergångar?
- Fritids? Inomhus, utomhus?
- Samarbete mellan hem och pedagogisk verksamhet?

8. Särskilda styrkor

- Har barnet några särskilda styrkor? Något som kompenserar för eller kanske maskerar svårigheter?
- Andra skyddsfaktorer?

9. Annat av betydelse

- Finns det något som inte framkommit som kan ha betydelse för de aktuella svårigheterna?

Intervjustöd för frågor i pedagogisk verksamhet

Klargör alltid att det finns samtycke från vårdnadshavare och barnet själv utifrån mognad att inhämta uppgifter från den pedagogiska verksamheten. Som stöd i intervju kan man be personalen att jämföra barnets beteende och prestationer med jämnåriga i liknande situation.

1. Svårigheter i den pedagogiska verksamheten?

- Vilka svårigheter är mest uttalade i förskola/skola?
- Hur länge har svårigheterna funnits? Är svårigheterna stabila över tid?
- I vilka situationer är svårigheterna mest uttalade eller skapar störst problem för barnet eller omgivningen?

- Hur förstår personalen svårigheterna?
- Vad har man provat för att komma till rätta med svårigheterna? Vad har fungerat?
- Vad skulle barnet behöva för ytterligare stöd i pedagogisk verksamhet?

2. Hur klarar sig barnet akademiskt?

- Bedöm akademiska färdigheter: läsa, skriva, räkna, problemlösning?
- Inläring, språkförståelse, minne?
- Praktiska ämnen?
- Måluppfyllelse, nationella prov, kunskapskrav?
- Anpassningar och särskilt stöd?
- Utvecklingssamtal?

3. Mående och trivsel?

- Hur verkar barnet trivas i pedagogisk verksamhet?
- Verkar barnet tryggt eller stressad av någonting i den pedagogiska miljön?
- Är barnet oftast på plats? Om inte, hur stor är frånvaron? Orsaker?
- Särskilda styrkor?

4. Socialt och beteende?

- Hur fungerar barnet med jämnåriga? Samarbete? Grupparbete? Vänner? Bjuds in av andra i aktiviteter? Utanför? Mobbing?
- Hur fungerar barnet med vuxna? Söker stöd eller tröst? Kan anpassa sig till vuxnas krav?
- Socialt samspel, kommunikation, specialintressen, sensoriska reaktioner?
- Inåtvänd, utagerande beteenden?
- Udda beteenden? Reagerar andra barn? Hygien?

- Uppmärksamhet, aktivitetsnivå, impulsivitet och exekutiva funktioner?
- Fin- och grovmotorik?
- Flexibilitet vid förändringar och övergångar, rutinbundenhet?
- Strukturerade och ostrukturerade situationer?
- Schemabrytande aktiviteter?
- Matsal, omklädningsrum, raster, fritids?
- Aktiviteter inom- och utomhus?

Samtalsstöd för att ställa frågor till barn

Dessa förslag på frågor ska ses som ett stöd. Anpassning till aktuellt barn är en förutsättning.

1. Anpassa samtalet till barnet

- När vi träffas är det viktigt att du känner dig trygg, att du blir lyssnad på och att du känner att du får berätta på ett sätt som funkar för dig.
- Det kan vara väldigt olika för olika personer, vet du hur det är lättast för dig att prata med andra?
 - Vill du berätta mer fritt?
 - Ska jag ställa frågor?
 - Ge olika svarsalternativ?
 - Ska vi använda bilder som stöd i samtalet?
 - Är du mest bekväm med att vi tittat på varandra eller ska vi titta på papperet vi har på bordet?
 - Vill du ha din vuxen med under samtalet?

2. Sammanhangsmarkering och information om sekretess

- När vi träffas så har jag någonting som heter tystnadsplikt, vet du vad det är? Det betyder att jag inte får berätta för någon annan om vad vi pratar om. Men det finns alltid ett undantag och det är om du skulle berätta någonting för mig som gör att jag blir orolig att du eller någon annan skulle

råka illa ut, i så fall har jag en skyldighet att berätta det för dina vårdnadshavare för att de ska kunna skydda dig. Låter det ok? Har du några frågor om det?

- Vi träffas i dag för att din förälder/ vårdnadshavare har kontaktat oss för att den är orolig för.....
Vad tänker du om det? Är det någonting du känner igen? Är det någonting du håller med om? Tycker du någonting annat? Är det någonting som du vill ha hjälp med?

3. Allmänt

- Först tänkte jag ställa några allmänna frågor om hur du har det, är det ok?
- Hur skulle du beskriva dig själv? Vem är du? Hur är det för dig att vara du?
- Hur tycker du att du har det hemma? Hur trivs du med din familj? Vad tycker du om att göra med dem? Hur sover du?
- Hur har du det på fritiden? Vad tycker du om att göra när du är ledig? Vilka intressen har du? Har du några organiserade aktiviteter som du gör med andra? Hur fungerar det tycker du? Hur har du det med skärmtid?
- Har du vänner? Har du någon särskilt bra vän? Hur har du det med dina vänner? Vad tycker du om att göra med vänner? Kommer ni överens? Hur är det om ni blir osams? Kan du göra någonting för att bli sams igen?

4. Skolan

- Hur har du det i skolan? Hur trivs du? Har du kompisar? Hur har du det på raster? Vad gör du på raster? Kommer du överens med andra elever? Hur trivs du med personalen?
- Är du i skolan för det mesta eller har du en del frånvaro?
- Hur går det med skolarbetet? Klarar du det du ska för din årskurs? Hur går det med läxor? Har du något favoritämne? Något ämne du inte tycker om? Varför tror du att det är så?

5. Svårigheter

- Vad finns det som du tycker är jobbigt eller svårt för dig?
- Finns det någonting som inte fungerar bra eller som du inte tycker om med ditt liv?
- Finns det någonting som du mår dåligt över?
- Finns det saker som du är ledsen över eller rädd för?
- Har du jobbiga tankar ibland?
- Har du mardrömmar?
- Hur påverkar de svårigheterna dig? Hur får de dig att känna? Vad tänker du om dem?
- Får de här svårigheterna dig att bete dig eller göra på något särskilt sätt? Vad tänker du om det?
- Har du provat något eller gör du på något sätt för att slippa ha det så? Är det någonting som har fungerat eller hjälpt?
- Finns det någon som du kan berätta för hur du har det?

6. Mål

- Hur skulle du vilja att det var?

7. Behov

- Vad skulle du behöva för att det skulle bli så?

8. Hjälp

- Nu när vi pratat en stund om dom här sakerna, tänker du att det finns någonting som du skulle vilja ha hjälp med?

9. Styrkor

- Vad fungerar bra, vad tycker du om med dig själv och ditt liv?
- Finns det saker som du är särskilt bra på, intresserad av eller som du tycker väldigt mycket om att göra?

- Vilka personer finns som du känner att du kan prata med, få stöd och hjälp av eller göra roliga saker med?

10. Avslut

- Är det någonting annat som jag inte har frågat om som du tycker är viktigt att jag vet om dig för att kunna hjälpa dig?
- Hur har det varit för dig att prata med mig i dag? Har vi pratat om rätt saker? Känns det som att vi har pratat om saker som du tycker är viktiga?
- När du har berättat alla de här sakerna för mig så tror jag att du skulle behöva hjälp med det här.....?
Hur tycker du att det låter?
- Skulle du kunna tänka dig att komma hit igen så att vi får se att det går åt rätt håll och annars göra en ny planering?
- Mitt förslag är att vi prata med dina föräldrar om vad vi kommit fram till så att de kan hjälpa till, vad tycker du om det?

Referenser

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association. (2015/2017). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5* (sv. övers. Pilgrim Press). APA Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00424>
- Ardila, A. (2005). Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychology Review*, 15(4), 185–195. <https://doi.org/10.1007/s11065-005-9180-y>
- Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>
- Arnsten, A. F. T., Mazure, C. M., & Sinha, R. (2012). This is your brain in meltdown. *Scientific American*, 306(4), 48–53. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0412-48>
- Barkley, R. A. (2013). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4:e uppl.). Guilford Press.
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal Theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74(2), 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2005.08.008>
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39–64. <https://doi.org/10.1037/a0017768>
- Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2007). Dissociation and memory for perpetration among convicted sex offenders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(2), 69–80. https://doi.org/10.1300/J229v08n02_05
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... & Sonuga-Barke, E. J. S. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian Adoptees study. *Child Development*, 77(3), 696–711. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00898.x>
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483–486. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>

- Bidö, S., Mannheimer, M., & Samuelberg, P. (2018). *Traumatisering hos barn: en handbok*. Natur & Kultur.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 579–590. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00010>
- Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J., & Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 78–87. <https://doi.org/10.1111/acps.12011>
- Bishop, D. V. M., & Snowling, M. J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.858>
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 725–733. <https://doi.org/10.1002/jts.20593>
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P., & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykiologi: Utveckling på avvägar*. Natur & Kultur.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 185–217. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), 176–189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>
- Carrion, V. G., & Wong, S. S. (2012). Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *Journal of Adolescent Health*, 51(2 Suppl), S23–S28. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.010>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Harvard University Press.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78(8), 775–780. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00003>

- Croskerry, P. (2013). From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *New England Journal of Medicine*, 368(26), 2445–2448. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1303712>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology Part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.002>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Greene, C. A., Levine, J., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2013). Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an international survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 841–849. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08030>
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., & Reiser, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205–217. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003001>
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543–1551.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 697–714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Green, S. A., Rudie, J. D., Colich, N. L., Wood, J. J., Shirinyan, D., Hernandez, L., Tottenham, N., Dapretto, M., & Bookheimer, S. Y. (2013). Overreactive brain responses to sensory stimuli in youth with autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(11), 1158–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.08.004>
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Gušić, S. (2017). "I feel like I do not exist": Adolescent dissociative experiences and the importance of trauma type, attachment, and migration background (Doktorsavhandling). Lunds universitet.

- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J., & Pollak, S. D. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: A tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *Journal of Neuroscience*, 30(22), 7466–7472. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010>
- Heim, C., & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.10.032>
- Hellström, L. (2019). A systematic review of polyvictimization among children with attention deficit hyperactivity or autism spectrum disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2280. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132280>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Herringa, R. J. (2017). Trauma, PTSD, and the developing brain. *Current Psychiatry Reports*, 19(10), 69. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0825-3>
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Hoover, D. W., & Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(2), 128–132. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000390>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Humphreys, K. L., Gleason, M. M., Drury, S. S., Miron, D., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2016). Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: Follow-up of an open, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 541–550. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00095-4)
- Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2015). Deviations from the expectable environment in early childhood and emerging psychopathology. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 154–170. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.165>
- Mohr Jensen, C., & Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3475–3486. doi: 10.1007/s10803-015-2392-y.

- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144. <https://doi.org/10.1177/13634615060061761>
- Kolb, B., & Gibb, R. (2011). Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 265–276.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566–1577. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.9.1566>
- Krause, E. D., Drescher, C. F., & Lieberman, A. F. (2018). Child traumatic stress, comorbid disorders, and developmental trauma disorder. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (s. 104–124). Guilford Press.
- Kreppler, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., O'Connor, T. G., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 931–946. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.931>
- Kumsta, R., Schlotz, W., Golm, D., Moser, D., Kennedy, M., Knights, N., Kreppler, J., Maughan, B., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. (2017). HPA axis dysregulation in adult adoptees twenty years after severe institutional deprivation in childhood. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 196–202. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.09.021>
- Lackschewitz, H., Huther, G., & Kroner-Herwig, B. (2008). Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.01.016>
- Leonard, L. B. (2014). *Children with specific language impairment (2:a uppl.)*. MIT Press.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3rd ed., pp. 667–695). Guilford Press.

- Magnusson, C., Rai, D., Goodman, A., Lundberg, M., Idring, S., Svensson, A., Koupil, I., Serlachius, E., Dalman, C., & Carpenter, P. (2012). Migration and autism spectrum disorder: Population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 109–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095125>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.
- Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 68–86. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.11.004>
- Masten, A. S. (2014a). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Masten, A. S. (2014b). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mattelin, E. (2024). *Resilience, mental health, and exposure to violence among individuals with former or current experiences of being a refugee in Sweden: Quantitative and qualitative studies (Doktorsavhandling)*. Linköpings universitet.
- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2013). Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.002>
- McCrorry, E. J., De Brito, S. A., & Viding, E. (2010). Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1079–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x>
- McCrorry, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability, and the shift to preventative psychiatry—the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 338–357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>
- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1), 16–29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., ... & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342–348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>

- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 217–232. <https://doi.org/10.1023/a:1020982122107>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline No. NG87). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). Romania's abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery. Harvard University Press.
- Nilsson, D., & Tingberg, B. (2020). Kunskapsöversikt om försummelse. Barnafriid. <https://barnafriid.se/kunskapsportal/kunskapsbibliotek/kunskapsöversikt-om-försummelse>
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Perry, B. D. (1999). Memories of fear: How the brain stores and retrieves physiologic states, feelings, behaviors, and thoughts from traumatic events. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma*(pp. 9–38). Basic Books.
- Philip, N. S., Sweet, L. H., Tyrka, A. R., Price, L. H., Bloom, R. F., & Carpenter, L. L. (2013). Decreased default network connectivity is associated with early life stress in medication-free healthy adults. *European Neuropsychopharmacology*, 23(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.10.008>
- Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD for children and adolescents: A developmental approach. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 391–398. <https://doi.org/10.1002/jts.20450>
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542–1554. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00262-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00262-0)
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., ... & Sonuga-Barke, E. J. S. (1999). Effects of early institutional deprivation on cognitive

- development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 537–549.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00464>
- Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., Castle, J., & Sonuga-Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1200–1207. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01792.x>
- Samuelson, K. W., Krueger, C. E., Burnett, C., & Wilson, C. K. (2010). Neuropsychological functioning in children with posttraumatic stress disorder. *Child Neuropsychology*, 16(2), 119–133.
<https://doi.org/10.1080/09297040903190782>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11:e uppl.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 644–651.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.644>
- Socialstyrelsen. (2021a). Kodning inom psykiatrin: Användningen av ICD och DSM. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>
- Socialstyrelsen. (2021b). Vem får ställa diagnos? För hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/diagnos/>
- Socialstyrelsen. (2021c). Klassifikationer och koder: ICD-10 för psykiatrin. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>
- Socialstyrelsen. (2024a). Statistik om specialiserad psykiatrisk vård. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatri/>
- Socialstyrelsen. (2024b). Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten (Artikelnummer 2024-3-8958). <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationella-riktlinjer-2024--adhd-och-autism--prioriteringsstod-till-dig-som-beslutar-om-resurser-i-halso--och-sjukvarden-eller-socialtjansten-2024-3-8958/>
- Socialstyrelsen. (2024c). Barn och unga med adhd och autism – Öppna jämförelser 2024. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2024d). Psykisk ohälsa hos barn och unga – Kunskapsstöd för tidig upptäckt. Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2025). Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2023. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-specialiserad-psykiatrisk-var-d-2023-2024-12-9377/>
- Socialstyrelsen. (u.å.-a). Psyisk hälsa och suicidprevention. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psyisk-ohalsa/>
- Socialstyrelsen. (u.å.-b). Vad menas med psyisk hälsa och ohälsa? Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psyisk-ohalsa/vad-menas-med-psyisk-halsa-och-ohalsa/>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., ... & Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, 389(10078), 1539–1548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4)
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631–642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse: A record linkage study. *Pediatrics*, 116(3), 609–613. DOI: 10.1542/peds.2004-1882
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397–426. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00003-X)
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2004). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields and amygdala. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.016>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 387(10024), 1240–1250. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
- Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarry, T., Nurse, M., Gilhooly, T., ... & Casey, B. J. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(21), 909–914. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

- Turecki, G., & Meaney, M. J. (2016). Effects of the social environment and stress on glucocorticoid receptor gene methylation: A systematic review. *Biological Psychiatry*, 79(2), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.022>
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current Opinion in Psychology*, 25, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.014>
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Whittle, S., Lichter, R., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Byrne, M. L., Simmons, J. G., Yücel, M., Pantelis, C., McGorry, P., & Allen, N. B. (2014). Structural brain development and depression onset during adolescence: A prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 564–571. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070920>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2024). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. WHO. <https://icd.who.int>
- Ye, Y., Li, Y., Jin, S., Huang, J., Ma, R., Wang, X., & Zhou, X. (2023). Family function and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3151–3169. <https://doi.org/10.1177/15248380221126182>
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3), 243–257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>

Svenska Röda Korset

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 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 50 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 | www.rkh.se