

Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa

– en kunskapssammanställning



Förord

Denna kunskapssammanställning är en del av det arbete som bedrivs på Sveriges Kommuner och Landsting i fråga om hur tillgängligheten till barnpsykiatri ska kunna förbättras.

Under 2008 pågick ett projekt med olika aktiviteter kring barn och ungas psykiska hälsa, bland annat arbetade fem olika grupper med vilka insatser som kan erbjudas på första linje nivå respektive specialistnivå. Målsättningen var att gruppernas arbete skulle täcka merparten av de psykiska ohälsoproblem som barn och ungdomar söker hjälp för.

De fem grupperna belyste: Barn som är ledsna, Barn som är oroliga och rädda, Barn med koncentrations svårigheter och utagerande beteende, Barn som inte tänker som andra och Barn som far illa.

Inbjudan att delta i arbetet i grupperna hade gått ut brett och deltagarna var professionella från skola, barnhälsovård, barn och ungdomshabilitering, barnpsykiatri samt företrädare från patient- och brukar organisationer och olika yrkesföreningar. Synpunkter på fakta har inhämtats från ett antal experter och verksamhetschefer. Materialet har funnits ute på hemsidan för diskussion och många reaktioner och synpunkter har mottagits. En lista på personer som deltagit i arbetet finns som bilaga 1.

Detta är alltså en sammanställning av den aktuella kunskap vi gemensamt hittat. Det hänvisar till Nationella riktlinjer, Kunskapsunderlag, regionala vårdprogram av olika slag och baseras i övrigt på praktiska erfarenheter från verksamheter runt om i landet utan anspråk på att vara helt vetenskaplig eller heltäckande. Förhoppningen är att denna kunskapssammanställning ska inspirera till fortsatta diskussioner om vilka insatser som kan erbjudas på olika nivåer och vilka insatser som kan anses vara i överensstämmelse med aktuell kunskap.

Christina Kadesjö, socionom och medicine doktor i barn och ungdomspsykiatri, Staffan Lundqvist, utvecklingschef inom BUP i Uppsala och Carina Abrahamsson, administratör, var alla anställda i projektet och har på olika sätt gjort ett stort arbete med denna sammanställning.

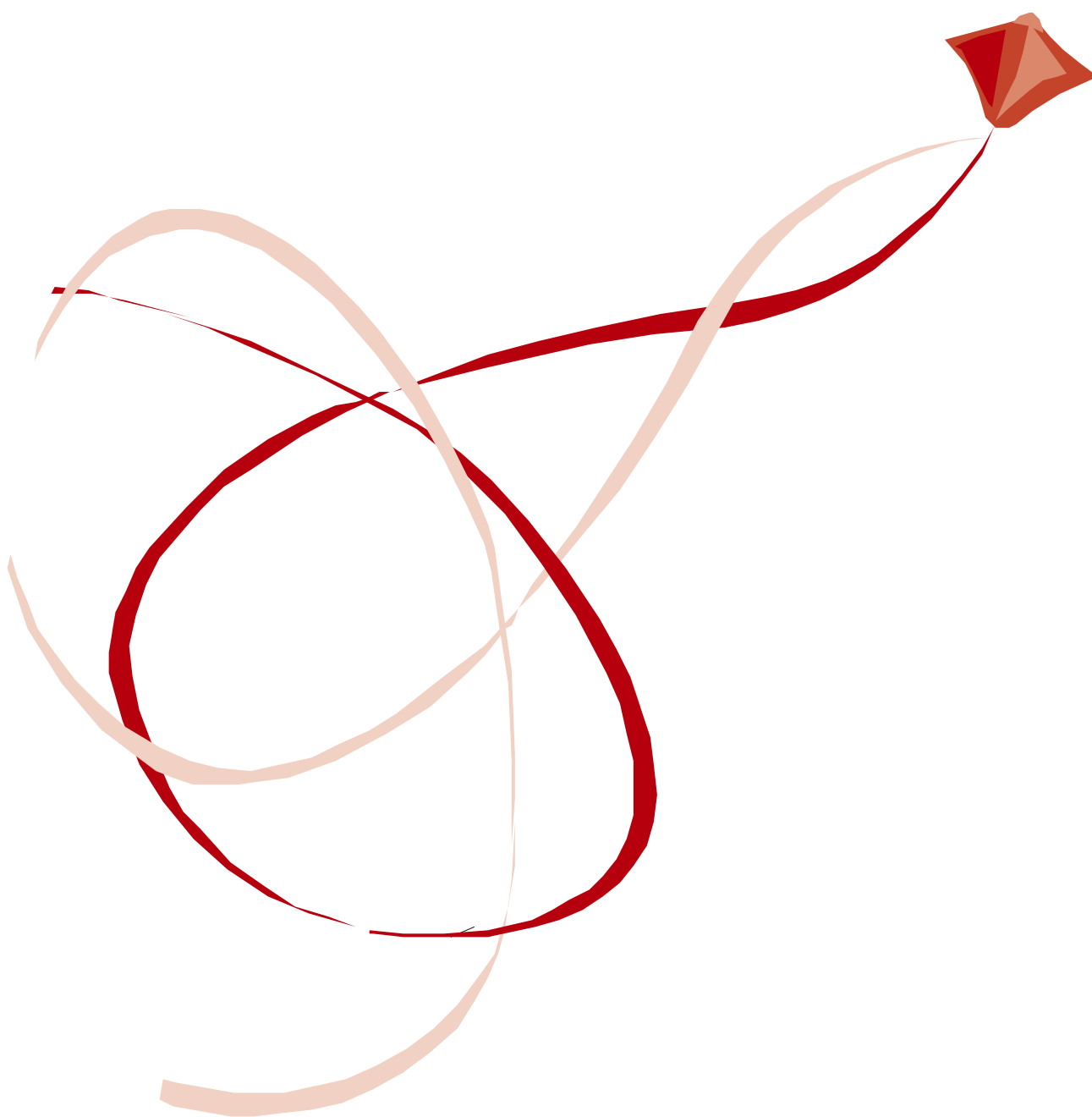
Den slutgiltiga bearbetningen har gjorts av undertecknad och alla eventuella felaktigheter och brister i materialet är jag ansvarig för.

Ett stort tack till er alla som har bidragit med er stora kunskap och erfarenhet i ett engagerat och omfattande arbete.

Ing-Marie Wieselgren

Dokumentet är en del i rapporten från arbetet med ökad tillgänglighet till barnpsykiatri på sektionen för vård och socialtjänst, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting. Läs mer på www.skl.se/psykiskhalsa

Sabina Wikgren Orstam, sektionschef



Sveriges Kommuner och Landsting
118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

Grafisk form och produktion Z:Co samt SKL FS Grafisk Produktion

Foto Matton Images

Illustration Linda Johansson

ISBN: 978-91-7164-458-9

Innehållsförteckning

Diskussionsdel

1. Inledning	
1:1 Bakgrund	7
1:2 Genomförande	8
1:3 Aktuellt läge.....	9
1:4 Utgångsmodell för denna kunskapssammanställning.....	10
1:5 Delar som inte omfattas av arbetet med vårdgarantin	11
1:6 Föräldrars roll för barnets utveckling under barndomen och tonåren	12
1:7 Kunskapsbas och kvalitetssäkring	13
1:8 Närliggande aktiviteter.....	15
1:9 Behov av förändringar	16
2. Övergripande sammanställning	
2:1 Inledning.....	19
2:2 Sammanställning för varje nivå.....	20

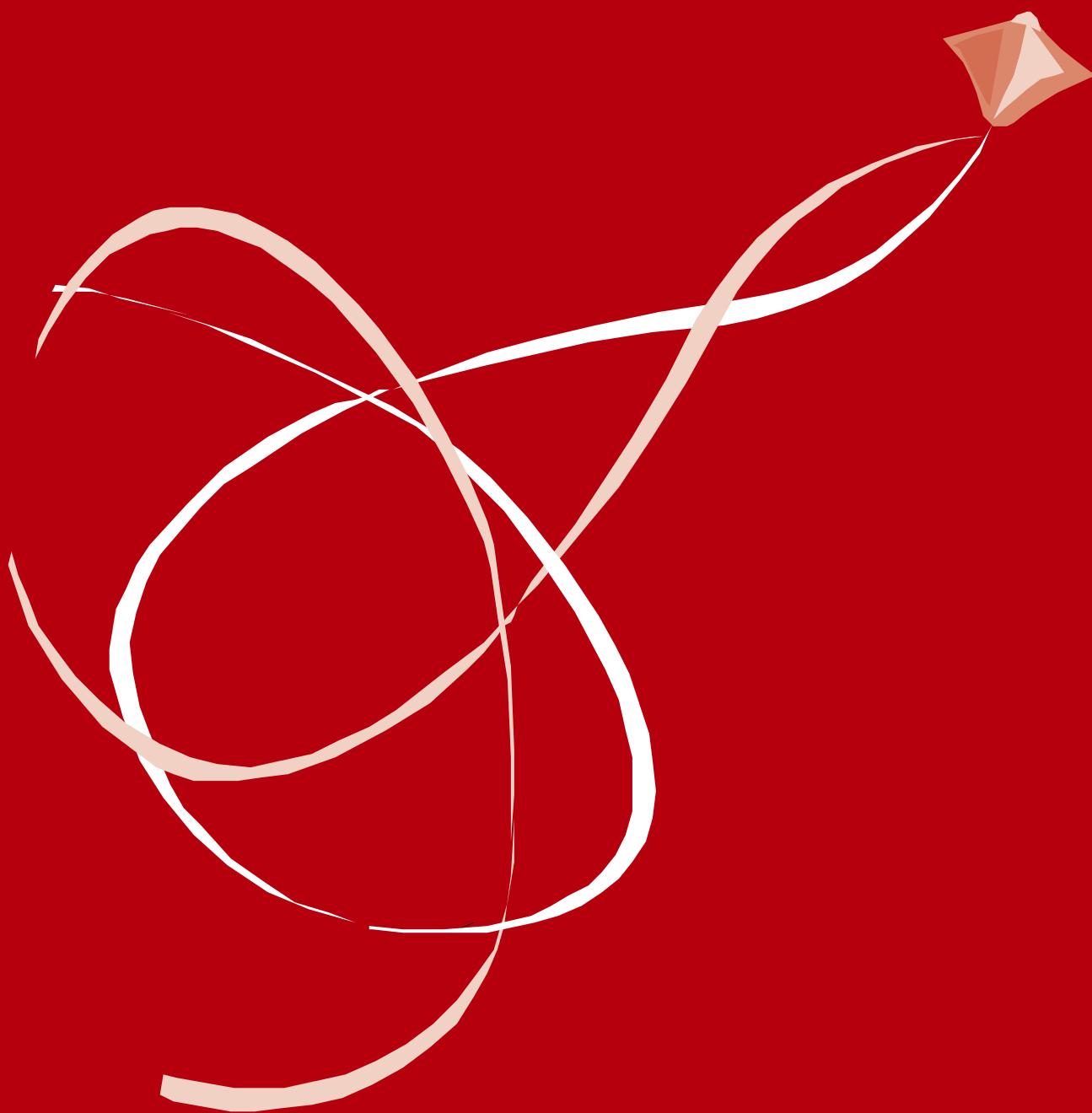
Fördjupning

1. Barn och ungdomar med nedstämdhet och depression.....	25
2. Barn och ungdomar med oro och ångesttillstånd.....	35
3. Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå.....	43
4. Barn och ungdomar med beteendeproblem, och trotsigt eller normbrytande beteende.....	49
5. Barn och ungdomar som tänker och kommunicerar annorlunda	63
6. Barn och ungdomar med ätproblematik	73
7. Barn och ungdomar med självskadande beteende.....	79
8. Barn och ungdomar med riskbruk och missbruk	85
9. Barn som har utsatts för trauma eller lever i en utsatt situation	93
10. Barn och ungdomar med begynnande psykos och bipolär sjukdom	101

Referenser och bilagor

1. Nationellt arbete	111
2. Lokala/regionala vårdprogram	112
3. Vetenskapliga artiklar	113
4. Övrigt	116
Förkortningar	118
Deltagare	119

Referenslista finns i slutet av respektive kapitel.



Diskussionsdel

1. Inledning

Det här dokumentet är en sammanställning av aktuell kunskap och praktisk erfarenhet, och har som syfte att stimulera till fortsatt utvecklingsarbete i kommuner och landsting kring hur psykisk ohälsa hos barn och ungdomar ska motverkas på bästa sätt. Dokumentet handlar mest om insatser vid olika psykiska problem, eftersom det är en del i utvecklingsarbetet kring ökad tillgänglighet till vårdinsatser vid psykisk ohälsa.

Ett övergripande mål i alla verksamheter är att i största möjliga utsträckning förebygga psykisk ohälsa, och därför berörs också en del tidiga och förebyggande insatser. Hälsofrämjande insatser och ett generellt folkhälsoarbete berörs endast kortfattat, men är i praktiken ofta nära förknippat med tidiga insatser. Väl utvecklade hälsofrämjande insatser för psykisk hälsa är ett av de viktigaste utvecklingsområdena för barn och ungdomar, och ett område där hela samhället måste engageras.

1:1 Bakgrund

Överenskommelse om utredning

Barn och ungdomars psykiska hälsa är en viktig samhällsfråga som uppmärksammats både på nationell nivå och i kommuner och landsting. Det finns oroande rapporter om ökande psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och gemensamma och målinriktade insatser krävs för att förbättra möjligheterna att öka tillgängligheten till rätt vård och stödsatser.

I en överenskommelse med regeringen (070620, S2007/5696/HS) åtog sig Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti. I uppdraget ingick att under 2007 göra en kartläggning och beskrivning av nuläget, att se över behovet av gemensamma definitioner och begrepp, och att föreslå hur en förstärkt vårdgaranti kan se ut

(redovisning senast 31 december 2007). Ytterligare en del i uppdraget var att ta fram enhetliga medicinska indikationer för barnpsykiatriområdet, med avrapportering december 2008.

Vårdgarantin

Vårdgarantin är en överenskommelse som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom tre månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården. Vårdgarantin berör således inte vård vid akuta tillstånd. Specialiserade insatser vid psykisk ohälsa till barn och ungdomar omfattas också av vårdgarantin.

Vårdgarantin beskrivs som "0-7-90-90". Målsättningen är att kontakt med till exempel primärvården ska gå att få samma dag. Om behov av vård anses finnas vid den bedömningen ska patienten sedan få tid hos läkare inom 7 dagar, och om läkaren bedömer att specialist behöver kopplas in ska bedömning hos specialist ske inom 90 dagar. Bedöms patienten då vara i behov av en specialiserad behandling eller fördjupad utredning ska detta ske inom 90 dagar.

Den aktuella vårdgarantin anses inte tillräcklig när det gäller tillgänglighet till Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Den målsättning som gäller nu med en väntetid på högst tre månader till besök och bedömning, och sedan ytterligare tre månader till behandling, kan för ett barn vara en orimligt lång tid. Socialdepartementet har tydligt klargjort att det finns en önskan att skärpa vårdgarantin för barn och unga med psykiatrisk problematik.

SKL och Socialdepartementet har enats om en förstärkt vårdgaranti med en total tidsomfattning på 60 dagar (30 plus 30) som slutmål år 2012.

Målsättningen ska då vara att barn eller unga som mår psykiskt dåligt ska:

- få kontakt med basverksamhet – till exempel barnhälsovård, skolhälsovård eller primärvård – samma dag som de tar kontakt.

- få kontakt, om behov bedöms föreligga, med läkare, eller annan vårdpersonal med adekvat kompetens, som kan göra en kvalificerad bedömning av tillståndet inom sju dagar.
- få besöka specialist inom en månad om det anses finnas behov av specialistbedömning, och när beslut om fördjupad utredning och/eller specialistbehandling fattats ska även denna påbörjas inom en månad.

När akuta insatser behövs ska dessa kunna erbjudas samma dag. Akuta insatser kan krävas vid allvarliga psykiatriska symtom som självmordshandlingar/tankar, psykotiska symtom, depression eller ångesttillstånd med svåra symtom.

Ökad tillgänglighet till rätt insatser

En förutsättning för god tillgänglighet till specialiserade insatser är att det finns vårdnivåer som kan hantera lindrigare psykisk ohälsa. En väl utbyggd första linje för insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa är viktig för att kunna erbjuda insatser i barns och ungdomars närmiljö, och för att komma in i ett tidigt skede och inte i onödan sjukdomsförklara problem. I detta dokument diskuteras vilka insatser som rimligen bör kunna erbjudas på första linje respektive specialistnivå.

1:2 Genomförande

För att få en så god bild som möjligt av aktuellt kunskapsläge och av vad som anses vara god praxis för insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa, har en bred inbjudan till deltagande i detta arbete gjorts.

Arbete som ligger till grund för detta dokument

Arbete i fem grupper kring olika problemområden:

- Ledsna barn
- Oroliga barn
- Barn med koncentrationssvårigheter
- Barn som tänker annorlunda
- Barn som far illa

Inbjudan att delta i arbetet, och information om att arbetet pågår, har gått ut brett. Yrkesföreningar för professionella med anknytning till insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, UPP-centrum vid Socialstyrelsen, samt representanter från Folkhälsoinstitutet och Barnombudsmannen har inbjudits i arbetet med att ta fram enhetliga medicinska indikationer. Representanter från brukarorganisationer och från frivilligorganisationer som Röda Korset och Rädda Barnen har också inbjudits att delta i arbetet.

Verksamhetscheferna inom BUP har blivit särskilt informerade och inbjudna att delta, själva eller genom representanter från BUP-verksamheterna. Möjlighet att delta har kunnat ske dels genom att medverka i att ta fram underlag för enhetliga medicinska indikationer för barnpsykiatriområdet i de fem olika arbetsgrupper som bildats, och dels genom möjlighet att lämna synpunkter på detta material. Sammansättningen av arbetsgrupperna har präglats av en stark övervikt av BUP-representanter från olika delar av landet.

Besök och regionala diskussionsseminarier i länen

19 län och regioner har besökts. I de olika länen har företrädare för skola, skolhälsovård/elevhälsa, socialtjänst, barn- och mödrahälsovård, primärvård, barnpsykiatri, habilitering och barnmedicin samlats. Tillsammans har man gått igenom vad som finns i varje län när det gäller insatser till barn och ungdomar för att främja psykisk hälsa och för att behandla psykiska problem. Vid samlingarna i de olika länen har det också diskuterats vad som behöver göras för att förbättra insatserna till barn och ungdomar.

Övrigt

Information och fakta har inhämtats från olika pågående projekt, utredningar, samarbeten med myndigheter och från utvecklingsarbete på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Utredningar som Barnpsykiatriutredningen (SOU 1998:31) och Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) har tidigare beskrivit området.

1:3 Aktuellt läge

Aktuella väntetider i vården

Inom BUP finns idag endast statistik över tid till bedömning hos specialist. Enligt det senaste årets statistik har antalet barn som väntat mer än 90 dagar varit mellan 500 och 1 000 underlag utifrån en bra svarsfrekvens. Trenden under året är att antalet väntande minskat, och i december 2008 var antalet endast 443, underlag utifrån 76 procent svarsfrekvens.

Under hösten 2009 kommer även väntande till behandling eller fördjupad utredning att mätas.

Första linje respektive specialistnivå

I nuläget fungerar barnpsykiatrin på många platser i landet både som första linjens vård och som specialistvård. Barnpsykiatrins uppdrag ser olika ut över landet och det finns behov av att uppdraget tydliggörs. För att kommuner och landsting ska kunna motsvara barns och ungdomars behov av insatser vid psykisk ohälsa måste det utöver ett tydligt uppdrag för barnpsykiatrin också finnas ett klart uppdrag till övriga aktuella aktörer. Ett ofta återkommande önskemål från alla aktörer är en ökad tydlighet i ansvarsfördelningen.

Ansvar för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa ligger till stor del inom hälso- och sjukvården, det vill säga barnpsykiatrin, barnhabilitering, barnhälsovård och barn-medicin. Vilka av de specialiserade insatserna som ligger inom BUP:s respektive barnmedicinens och barnhabiliteringens ansvar varierar över landet. Olika heter i vad som ses som första linjens vård och vem som ansvarar för detta varierar ännu mer. Den första linjens vård som finns och inte ges av specialistverksamhet utgörs av primärvård, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård/elevhälsa och, i vissa fall, de delar av socialtjänsten som har kompetens och resurser att ta hand om psykosocial problematik. Generellt beskrivs behov av utbyggd första linjens vård i stort sett i hela landet.

Basverksamheter

Förskola och skola är av stor betydelse för tidig upptäckt och anpassat stöd till barn med särskilda behov, men självklart även för förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är i förskolan och skolan som barn vistas utanför familjen från tidig ålder och under hela uppväxttiden. Förskola och skola inklusive elevhälsa, här kallade basverksamheter, är kommunala. Skolans grunduppdrag är självklart tydligt skilt från hälso- och sjukvårdens uppdrag, men i vissa delar ligger uppdragen nära varandra. Förskola och skola är efter föräldrarna den viktigaste samarbetspartnern för hälso- och sjukvården, eftersom alla barn vistas där en stor del av sin dag.

Skolhälsovården/elevhälsan, är en nyckelaktör i det förebyggande arbetet eftersom alla barn har kontakt med den. Hälsosamtal görs regelbundet och det fokuseras allt mer psykisk hälsa. Här finns en klar utvecklingspotential. Även Mödrahälsovården (MHV) och Barnhälsovården (BHV) möter i stort sett alla barn. Det ägnas idag mer uppmärksamhet åt hälsofrämjande åtgärder även när det gäller psykisk hälsa, och det finns tillgängliga metoder för att upptäcka och identifiera risksituationer.

Oklarheter i uppdrag

I vissa delar är det oundvikligt att det blir oklarheter i uppdrag. Allmänna svårigheter, som alla har, när det gäller att hantera livet och anpassa sig till nya situationer i olika utvecklingsfaser är också något som drabbar barn med psykisk ohälsa. Gränsen mellan allmänna livsproblem och psykisk ohälsa är glidande, och en ogynnsam utveckling kan förebyggas av goda levnadsomständigheter och bra stöd. Negativa livshändelser och en miljö som inte är anpassad utifrån det enskilda barnets behov kan orsaka eller förvärra psykisk ohälsa.

Den kartläggning och utredning som förskolan/skolan behöver göra för att ge elever ett anpassat stöd som hjälper dem att uppnå kunskapsmålen är också användbar som del i den utredning som behövs för psykiatriska insatser. Hälso- och

sjukvårdande utrednings- och behandlingsinsatser kan vara absolut nödvändiga för att skolan ska kunna utföra sitt pedagogiska uppdrag. Av ren nödvändighet blir därför de olika verksamheternas uppdrag delvis överlappande.

Olika utgångspunkter

De olika verksamheterna har olika perspektiv utifrån sina uppdrag. Inom hälso- och sjukvårdens verksamheter har man ofta psykisk ohälsa hos individen som utgångspunkt för identifiering och erbjudande om insatser. Här är identifiering av avvikelser viktig och uppdraget utgörs av behandlande insatser.

Inom socialtjänstens verksamheter är det i första hand den psykosociala problematiken, med omsorgsförmågan hos föräldrarna i fokus, som är utgångspunkten för insatser gentemot yngre barn. När det gäller ungdomar är deras eget normbrytande beteende utgångspunkt. Inom socialtjänstens verksamhet har man fokus på att motverka riskfaktorer i barns och ungdomars uppväxtmiljö. Det kan ske genom råd och stöd, eller genom beviljande insatser som man ansöker om. Det kan även ske utifrån en lagstiftning som har ett myndighetsutövande ansvar att ingripa till skydd för barn och ungdomar.

Inom elevhälsan har man individens fungerande i skolmiljön som utgångspunkt vid identifiering av psykisk ohälsa. Genom anpassning och stöd i skolmiljön hjälper man barnet ifråga. När ett barn eller en ungdom inte fungerar i skolsituationen trots stöd och anpassning aktualiseras behovet av bedömning av eventuell psykisk ohälsa. I stor utsträckning handlar skolans insatser om generella hälsofrämjande insatser till alla barn.

Kommunernas och landstingens verksamheter har dessutom olika ingångsdörrar både utifrån historisk tradition och utifrån barnets ålder. Familjecentraler och ungdomsmottagningar är exempel på integrerade verksamheter där flera aktörer finns tillsammans. Ansvaret för det förebyggande hälsoarbetet finns hos MHV, BHV, skolhälsovården/elevhälsan eller ungdomshälsan, beroende på barnets ålder.

Utrednings- och behandlingsgången kan vara krånglig och ibland beröra många verksamheter

med flera olika punkter där väntan kan uppstå. Ansvaret för lindrigare psykisk ohälsa är ofta oklart. Det finns behov av att utveckla en kompetent första bedömning som kan avgöra vilken typ av problem det handlar om. Det är lika viktigt att kunna bedöma när ett problem inte är psykiatriskt som att kunna hitta barn med risk för att utveckla allvarlig psykisk problematik. Det finns alltid en risk för att normala livsproblem eller sociala problem sjukdomsförklaras.

Svårigheter att finna rätt hjälp

Föräldrar eller, högre upp i åldrarna, barnet själv önskar att det ska finnas tillgång till en tydlig aktör dit man kan vända sig för att få hjälp i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. Förskola/skola har också behov av tydliga och enkla vägar för information, konsultationer och aktörer att hänvisa till vid behov av bedömning.

Tidig identifiering av problem förutsätter att det finns trovärdiga insatser att tillgå för att förhindra fortsatt problemutveckling. En otillräckligt utvecklad första linjens vård och specialistvård, liksom oklarheter i ansvarsfördelning, medför stor risk för att insatser fördröjs. Många pekar också på vikten av samordning mellan olika aktörer, så att inte föräldrarna eller ungdomen ska behöva ägna mycket tid åt att hitta rätt eller samordna sin egen vård. Gemensam planering och individuell plan behöver finnas när någon är föremål för insatser från flera aktörer.

1:4 Utgångsmodell för denna kunskapssammanställning

I det arbete som presenteras här har vi utgått från att det behövs verksamheter med olika inriktning och kompetens. Det pågår en kraftig kunskapstillväxt inom hälso- och sjukvård, och möjligheterna att erbjuda effektivt stöd och framgångsrika behandlingar ökar. Men utvecklingen innebär också ökande krav på kunskap och färdigheter i basverksamheterna och i första linjens verksamheter.

Generalistkunskap, helhetssyn och möjlighet att erbjuda adekvat hjälp i barns och ungdomars närmiljö och vardag är grundförutsättningar

i de stora volymerna vård och stöd som efterfrågas. Vid tillstånd som är svårare på grund av sjukdomens allvarlighetsgrad, komplicerande omständigheter eller samsjuklighet, eller vid mycket ovanliga tillstånd, behövs mer specialiserade utredningar och behandling. Det kan behövas samarbete mellan landsting och överkommungränser för att få tillgång till tillräcklig specialkunskap, eller för att kunna erbjuda individuellt anpassade stöd och behandlingsupplägg vid vissa ovanliga tillstånd. Följande modell har använts i diskussionerna.



Sjukvård, socialtjänst och skola har alla liknande nivåer, med allt från generella insatser till insatser som kräver specialistkompetens. För att få en effektiv samverkan totalt behövs samarbete mellan aktörerna på varje nivå.

1:5 Delar som inte omfattas av arbetet med vårdgarantin

Förebyggande och hälsöfrämjande arbete

I ett övergripande samhällsperspektiv måste folkhälsoperspektivet med förebyggande insatser lyftas fram. Att främja hälsa och att förebygga ohälsa är lönsamt både ur ett mänskligt och ekonomiskt perspektiv.¹

Samhällets insatser för att motverka allvarlig psykisk ohälsa hos barn och unga kan aldrig förväntas ske endast genom specialiserade kliniska insatser. Det behövs en optimal mix av generella, selekterade och specialiserade insatser. Vilken kombination av insatser som ska utvecklas bör styras av det aktuella kunskapsläget. Det är till exempel välkänt att möjligheterna att bryta en negativ utvecklingsbana med beteendeproblem hos barn är större när insatserna erbjuds tidigt än om de kommer senare under uppväxten. Därför behöver primärpreventiva eller generella insatser med syfte att främja psykisk hälsa utvecklas. Exempel på sådana är föräldrautbildning, livskunskap i skolan, information och rådgivning om droger, stresshantering, kost, motion och sömn.

De grupper av barn och ungdomar som trots de förebyggande insatserna visar ett riskbeteende, eller vars familjer visar ett sätt att fungera som med hög sannolikhet kan leda till psykisk ohälsa hos barnet, bör nås av eller erbjudas insatser. Insatser som riktas till olika riskgrupper eller individer med riskbeteende kallas "insatser på selektiv nivå". De kan till exempel innebära föräldrastöd till föräldrar vars barn tidigt visar ihållande beteendeproblem, föräldrastöd till föräldrar som har riskbruk av alkohol och socialproblematik, stöd till barn med föräldrar som har missbruksproblem eller allvarliga sjukdomar, samt stöd till barn som har svårt att hantera sociala situationer.

I planeringen av och utformningen av kommunernas och landstingens verksamheter är det av största vikt att även de förebyggande insatserna finns med, och att de samordnas för att uppnå goda resultat och effektivt resursutnyttjande.

Rådgivning, handledning, konsultationer och deltagande i utformningen av samhället

Specialistpsykiatrin har liksom barnmedicin och habiliteringen en viktig roll som kunskapsförmedlare till andra delar av samhället. Med sin kunskap om barns och ungdomars normala utveckling, och om olika former av avvikelser i utveckling eller sjukdomstillstånd, har specialistvården ett uppdrag både när det gäller

konsultationer kring enskilda ärenden och när det gäller att delta i samhällsplanering, värdera risk och friskfaktorer i miljö, samt att slå larm om strukturförändringar som har negativ inverkan på barn och ungdomar. Även detta lämnas i stort utanför detta dokument.

Akuta insatser

Vårdgarantin rör vård som kan vänta, men självklart är det av största vikt att det finns tillgång till adekvata akuta insatser när så behövs. För att förhindra negativa händelser och att personer kommer till skada är det viktigt att akuta insatser finns lättillgängliga inom både kommun och landsting. Ett formaliserat samarbete för insatser till barn och ungdomar med kombinerad problematik, som till exempel psykisk sjukdom/funktionshinder och missbruk, ligger i linje med aktuell kunskap. I vissa fall är det av största vikt att det finns en välfungerande uppsökande verksamhet.

Tydliga handlingsplaner bör finnas för hur akuta bedömningar kan göras av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Tillgänglighet till rätt insatser betyder att behoven ska mötas på den lämpligaste nivån (lägsta effektiva). Det som kan behandlas i första linjen ska med andra ord behandlas där, och specialistinsatser ska användas när det behövs utifrån tillståndets art och grad samt övriga behov.

1:6 Föräldrars roll för barnets utveckling under barndomen och tonåren²

Föräldrarna och eller viktiga närstående spelar stor roll i allt från det förebyggande arbetet till intensiva vårdinsatser. Föräldrar spelar stor roll för hur deras barn ska klara de utvecklingsuppgifter de står inför under sin uppväxt. Barn och ungdomars behov av sina föräldrar och av deras stöd ser olika ut i olika utvecklingsskedan. Misslyckande med att uppnå utvecklingsuppgifterna på en åldersnivå medför att det kan vara svårare för barnet att framgångsrikt klara kommande utvecklingsuppgifter.

Späd- och småbarnstid

Under de första uppväxtåren, framför allt under det första levnadsåret, består barnets utvecklingsuppgift av att knyta an till sina omsorgspersoner. Samtidigt utvecklas deras motoriska och språkliga förmåga. Det lilla barnet behöver föräldrar som orkar, kan och har tid att vara tillgängliga och som kan tolka barnets signaler. Belastningar som hindrar föräldrar att uppfylla sina föräldruppgifter bör därför vara i fokus för att förhindra att onda cirklar uppstår i samspelet mellan barn och deras föräldrar.

Förskoleåldern

Här sker en snabb kognitiv och känslomässig utveckling. Genom föräldrarnas positiva uppmärksamhet på barnets vilja och dess initiativ till aktiviteter stöttas barnets till att bli allt mer självständigt och till att tro på sin egen förmåga.

Tidig skolålder

Skolstarten innebär anpassning till skolans miljö (till exempel att behöva samspela med många andra barn och vuxna) för både barn och föräldrar. Förutom familjen blir lärare och jämnåriga viktiga för barnets socialisering. Barnet ska nu möta en växande mängd krav på prestationer. Under förpuberteten möter barnet nya utmaningar till följd av både kroppsliga förändringar och krav på att förhålla sig till olika hierarkier bland jämnåriga. För barn med bristande sociala färdigheter eller bristande förmåga till självreglering är föräldrarna extra viktiga.

Tonårstid

En del av de huvudsakliga utvecklingsuppgifterna i de tidiga tonåren är tillägnandet av mer mogna sociala färdigheter. Tonårstiden karaktäriseras mer av konflikter mellan föräldrar och tonåringar, samt ökad orientering mot och identifiering med jämnåriga. Tonåringar påverkas mer av jämnåriga och andra vuxna (till exempel lärare), vilket gör föräldrarnas uppgifter mer komplexa.

Medan familjen är den primära påverkansfaktorn för barnet under tidig barndom får förskolan och skolan allt större betydelse under senare barndom, och kamrater blir speciellt viktiga under tonåren.

Men forskningen visar att föräldraskapet kvarstår som viktig risk- och skyddsfaktor under hela uppväxten, och därmed som viktig för intervention också under tonåren.

Föräldrastöd

Generellt föräldrastöd bör ges genom kvalitets-säkrade program som är utvecklade för att ge stöd till alla föräldrar. Det är betydelsefullt att programmen präglas av ett arbetssätt som lyfter fram det positiva i föräldraskapet och betydelsen av att stödja barns och ungdomars positiva initiativ.

Selekterat föräldrastöd bör ges genom kvalitetssäkrade program som är utvecklade just för att möta behov hos olika riskgrupper. De flesta föräldrastödsprogram som finns i Sverige idag är utvecklade just för att ge stöd på denna nivå. Programmen utgår med andra ord från en problemsituation hos barnet och/eller i barnets familj. Det är viktigt att även dessa program bejakar det positiva i föräldraskapet och stöder barns och ungdomars positiva initiativ. Selekterade insatser ska ge föräldrar redskap för att lösa svåra situationer ihop med sitt barn, och ge stöd för att stärka skyddsfaktorer i familjen för att främja barnets positiva utveckling.

Det kan handla om insatser som utgår från:

- en riskfylld problemutveckling när det gäller barnets eller den unges beteende (till exempel ihållande utagerande beteende, skolk eller droganvändning);
- att barnet lever i en riskfylld familjesituation (till exempel en eller båda föräldrarna har missbruksproblem som påverkar barnets förhållanden, betydande psykisk ohälsa hos en eller båda föräldrarna, barnet lever i en familjesituation med hög konfliktnivå, eller att barnet bevittnar våld och hot mellan vuxna i hemmet).

”Indikerat föräldrastöd” är behandlingsinsatser som ges individuellt till barn och föräldrar. Det finns mer om detta under respektive område. Dessa insatser kan ges både inom första linjen (till exempel av barnhälsovårdpsykolog eller av skolkurator) och inom specialiserade verksamheter

(till exempel behandlingsinsatser inom BUP eller institutionsplacering av socialtjänsten).

1:7 Kunskapsbas och kvalitetssäkring

Kunskapsbaserade metoder

Med metod menas ett planerat, förutsägbart och systematiskt utformat arbetssätt i olika delar av insatsprocessen.

Det kan exempelvis gälla följande:

- Screening för att identifiera barn med riskbeteende.
- Utformning av rutiner och förhållningssätt vid första telefonkontakten.
- Kartläggning av såväl psykisk ohälsa hos barnet/den unge som av risk- och skyddsfaktorer i barnets omgivning (familj, skola, kamrater och närmiljö).
- Utredning av misstänkt psykiatriskt tillstånd eller utvecklingsavvikelse.
- Behandlingsinsatser till en specifik målgrupp.
- Individualiserade insatser vid till exempel samsjuklighet eller komplicerade tillstånd.
- Utvärdering av en insats.

Med ”kunskapsbaserade metoder” menas metoder som har kunskapsstöd i aktuell forskning. Vetenskapligt utformade undersökningar har med andra ord visat att metoden är effektiv för att uppnå det den syftar till. Det kan gälla utvärdering av en behandlingsmetod där olika metoder jämförs med varandra under experimentella förhållanden, och där metodens effekt sedan utvärderas när den används i klinisk praxis. Andra exempel kan vara studier om huruvida en speciell undersöknings- eller screeningmetod med god precision identifierar just det som är avsikten.

Det kliniska arbetet bör vara kunskapsbaserat, det vill säga professionella bör använda metoder som har kunskapsstöd. I vissa fall är det relevant att erbjuda en insats med en specifik metod (det går att identifiera en målgrupp), medan man i fall där det inte finns någon tillgänglig kunskapsbaserad metod att tillgå istället måste utforma mer individualiserade insatser utifrån kunskap om relevanta arbetssätt för problemområdet.

En avgörande utgångspunkt för att kunna använda insatser som har kunskapsstöd är att kunskapsbaserade arbetssätt för kartläggning och utredning av problemtillstånd också används. Detta innebär att de som är yrkesverkssamma förväntas ha kunskap om vad det finns för metoder, och ansvariga förväntas se till att utbildning ges.

Den professionelles förmåga att skapa en fungerande samarbetsallians i mötet med patienten är en faktor som har betydelse för insatsens resultat. När det gäller föräldrastöd har det till exempel visat sig vara negativt om den professionelle blir alltför undervisande eller mästrande istället för att utforska och medverka till att skapa en problemlösande dialog med föräldrarna. Detta har visat sig ske i situationer då föräldrarna visar tecken på motstånd och/eller uppgivenhet i arbetet med att förändra sitt förhållningssätt till barnet. Förmåga till att skapa en samarbetsallians är förmodligen en kombination av personliga egenskaper och träning i att utveckla terapeutiska färdigheter.

I ett samhällsperspektiv är målet självklart att de insatser som erbjuds i olika skeden av en insatsprocess ska vara de som är effektivast till rimligast kostnader. Patient eller brukare önskar sig bästa möjliga stöd och behandling vid psykisk ohälsa. De förväntar sig att möta professionella som har relevant kunskap, och som behärskar metoder för att kunna identifiera vad problemen bottnar i och vad insatserna ska syfta till. Det är också rimligt att verksamheten kan presentera vilka metoder man använder.

Det moderna samhället ställer barnverksamheter inför utmaningar. Många föräldrar till barn och unga med psykisk ohälsa är välinformerade om effektiva behandlingsinsatser. De kan ha stor kunskap om diagnoser och tillstånd, och bära med sig oro över att tycka sig se tecken hos sina barn som förebådar framtida problem. Det ställer krav på att de professionella har uppdaterad kunskap för att värdera krav och förväntningar från föräldrar. Andra föräldrar har liten eller ingen egen kunskap, och kan vara osäkra och helt

utlämnade till de professionellas bedömningar, information och förslag till insatser.

För att ett kunskapsbaserat arbetssätt ska kunna genomsyra verksamheter måste all personal uppmuntras till att kontinuerligt hämta in kunskap inom relevanta områden. Det kräver i sin tur att både huvudmännen och verksamhetens ledning har medvetenhet och kunskap om betydelsen av att utveckla sådana arbetssätt, och av att erbjuda utbildning och följa upp sina målsättningar (samt att se till att personalen faktiskt gör som man tänkt och följer verksamhetens målsättningar).

För att tillgodose barns behov av insatser på effektivt sätt i närhet till familjens miljö, och med rimlig omfattning i relation till problemens art, är det betydelsefullt att det finns en organisation som tydliggör vem som gör vad för vem.

Inom verksamheter på första linjenivå är det betydelsefullt att:

- personal har relevant kunskap och tillgång till metoder för att identifiera typ och allvarlighetsgrad av psykisk ohälsa hos barnet samt risk- och skyddsfaktorer i barnets omgivning för att kunna ta ställning till insatsnivå.
- ha rutiner för att remittera till specialistverksamheter när det är relevant.
- ha tillgång till relevanta kunskapsbaserade metoder för att ge stöd och behandlingsinsatser inom sin verksamhet när det är relevant.
- ha metoder och rutiner för att utvärdera effekten av sin insats för att kunna ta ställning till om det finns behov av specialistinsatser.
- ha metoder och rutiner för långsiktigt stöd.

Inom specialistverksamheter är det betydelsefullt att:

- personal har relevant kunskap för att utreda och bedöma psykisk ohälsa, kunna göra kvalificerad differentialdiagnostik vid psykiatriska tillstånd samt bedöma risk- och skyddsfaktorer i barnets omgivning.
- ha personal som har tillgång till kunskapsbaserade metoder för att ge behandlingsinsatser på specialistnivå.

- ha rutiner för att återremittera till första-linjenivå för stöd när det är relevant.
- ha metoder och rutiner för att utvärdera insatser för att kunna ta ställning till behov av ytterligare insatser.
- ha metoder och rutiner för långsiktigt stöd.

Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring syftar till att följa upp om verksamhetens medarbetare utför sitt arbete efter de målsättningar som verksamhetens huvudmän och ledning utformat. Man följer upp om de metoder, som är verktygen man använder för att målen ska uppnås, verkligen används, och om utförandet har det innehåll och den kvalitet som förväntas.

Kvalitetssäkring kan utföras:

- för att följa upp om till exempel planerade rutiner/insatser genomförs och om omfattningen av arbetsinsatser är de förväntade.
- för att följa upp om insatser har det innehåll och den kvalitet som verksamheten bestämt att ha som mål.

För att kunna genomföra kvalitetssäkring på båda dessa nivåer måste:

- förväntningar på arbetsinsatser, både när det gäller typ av insats och innehållet och kvaliteten i insatsen, vara dokumenterade och förmedlade till medarbetare.
- det finnas verktyg för att genomföra kvalitetssäkringen.
- det finnas en plan för att följa upp de resultat man får.

1:8 Närliggande aktiviteter

Socialstyrelsen

Inom Socialstyrelsen pågår olika arbeten som har betydelse för barn och ungdomars psykiska hälsa. Här beskriv kort några exempel:

Nationella riktlinjer

Arbete med Nationella riktlinjer för ångest och depression pågår och dessa kommer att presenteras under det kommande året. Dessa berör även barn och unga.

<http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/riktlinjer-080911-depression.htm>

Missbruk och beroende finns. Till viss del tillämpligt för ungdomar.

<http://socialstyrelsen.se/Amnesord/missbruk/riktlinjer/index.htm>

BBIC

Ett enhetligt system för dokumentation och uppföljning som ger stöd åt socialsekreterarna i deras arbete och som alla kommuner i landet kan få tillgång till.

Nationell strategi för barn som riskerar fara illa

Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen har i samverkan med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen på uppdrag av regering och riksdag tagit fram en nationell strategi för samverkan.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9738/2007-123-31.htm>

IMS

Arbetar med flera frågor som rör barn och familj. Det berör bland annat vårdnadshavares brist på omsorg om barn, ungas antisociala beteenden, våld i nära relationer, och frågor kring vårdnad, boende och umgänge vid tvister.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/socialt_arbete/IMS/specnavigation/Familj/

UPP

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen inrättat ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla psykisk ohälsa: Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum).

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/UPP-centrum/index.htm>

Folkhälsoinstitutet

Har en mängd tidigare och aktuella projekt kring barn och ungdomar och psykisk hälsa, föräldrastöd, missbruk och självmordsprevention med mera.

www.fhi.se

Skolverket

Riksdagen fattade beslut om propositionen Nya skolmyndigheter (prop. 2007/08:50) den 17 april 2008. Tre nya skolmyndigheter har bildats: ett nytt Skolverk, med ett förändrat uppdrag, Statens skolinspektion och Specialpedagogiska myndigheten.

Skolverket (tidigare myndigheten för skol-utveckling (MSU)), har fördelat bidrag till ett 90-tal kommuner som satsar på bättre stöd till barn som far illa genom utökad samverkan mellan skola, polis, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri.

<http://www.skolverket.se>

Barnhusen

Socialtjänst, polis, åklagare, rättsmedicin, barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri samverkar för att anpassa arbetet till barnen och förbättra utredningskvaliteten vid misstanke om brott. Skrift: Barnhus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn – slutrapport.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9956/2008-131-14.htm>

Sverige Kommuner och Landsting

Pinocchio-projektet

Ett nationellt projekt för att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende.

Modellområden

– synkronisering av insatser för psykisk hälsa

Projektet ska ta fram praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder som tillgodoser tillgänglighet till rätt vårdnivå samt modeller som ger exempel på hur insatserna till barn och ungdomar med, eller med risk för, psykisk ohälsa kan samordnas på ett effektivt sätt.

www.skil.se

Regeringen

I mars 2008 presenterade regeringen sina prioriteringar för barnpolitiken för de närmaste åren.

<http://www.regeringen.se/sb/d/1919/a/100759>

Statliga satsningar på psykiska hälsa

I april 2009 presenterade regeringen en skrivelse om sin politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. (2008/09:185)

<http://www.regeringen.se/sb/d/2881/a/125373>

Statlig utredning om föräldrastöd

Under 2009 och 2010 satsar regeringen cirka 70 miljoner kronor om året till kommunerna för att stimulera förslag på hur föräldrastödet ska utvecklas och struktureras. Regeringen har därför beslutat att under 2008 ge en särskild utredare i uppdrag att ta fram förslag på en nationell strategi för föräldrastöd som presenterats i SOU 2008:131.

www.regeringen.se

Statlig utredning om skydd för barn och unga

2007 tillsattes en ny utredning till skydd för barn och unga. I uppdraget ligger bland annat att se över en samlad barnskyddslag och utökade möjligheter för socialtjänsten att ingripa utan föräldrars medgivande. Dir 2007:168.

Hemsida med utredningsdirektiv:

<http://www.regeringen.se/sb//3133/a/18596>

1:9 Behov av förändringar

Tydligare struktur och ansvarsfördelning

Företrädare för verksamheter som arbetar med barns och ungas psykiska hälsa framför behov av tydligare struktur för vård och stöd till dessa barn och ungdomar. Ansvarsfördelningen behöver bli tydligare och det finns behov av att någon har ett övergripande ansvar för samordning. I många kommuner och landsting pågår lokala diskussioner på såväl politiker- som tjänstemannanivå.

Det är svårt att hitta de rätta formerna för en samordnad barn- och ungdomshälsa, men behovet av integrerade verksamheter och av en utbyggnad av en första linje för barn och ungdomars psykiska ohälsa lyfts ofta fram. Fakta om vad som är effektiva vård- och stödinsatser och om vad som krävs för att kunna ge detta efterfrågas. Det handlar alltså både om strukturer för att nå ut med insatser och om insat-

sernas innehåll. Ökad kompetens efterfrågas på alla nivåer och hos alla aktörer.

Resursförstärkningar

I samtliga grupper har det påtalats att det behövs utveckling av resurser, i form av både personal och kompetens, för att kunna ge de insatser som enligt aktuellt kunskapsläge är adekvata. Behov av specialistläkare, specialistsjuksköterskor och psykologer med speciell kompetens liksom en god barnkompetens har lyfts fram.

Basnivå och första linjen

Grupperna betonar att en utbyggnad av första linjen, och förstärkning med både kompetens och resurser, är nödvändig för att det som beskrivs i gruppernas sammanställningar ska kunna uppfyllas. Det behövs en resursförstärkning av skolhälsovården/elevhälsan, ungdomsmottagningar och allmänmedicin med både personal och metoder.

Specialistnivå

Även specialistverksamheterna behöver ökad kompetens för att kunna möta dagens krav på kunskapsbaserade insatser. Det är även nödvändigt med kompetensutveckling i kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT), dialektisk beteendeterapi (DBT) och Föräldrautbildning.

Det behövs resursförstärkning med bland annat medicinsk kompetens i öppenvården i form av psykiatrisjuksköterskor och barnpsykiatriker.

Förstärkt vårdgaranti

SKL och regeringen har kommit överens om en förändrad vårdgaranti för barns och ungdomars psykiska hälsa. Den har kortade tidsgränser för att förbättra tillgängligheten. Med hänsyn till svårigheter att rekrytera personal och till behov av omstruktureringar måste förbättringsarbetet ske med delmål. En fullt genomförd förändrad vårdgaranti till 0-7-30-30 dagar från nuvarande 0-7-90-90 kan vara möjlig att uppnå tidigast under 2011. Ett delmål med 07-30-90 kan successivt uppnås under 2009 för att gälla fullt ut från 2010.

Stimulansmedel knyts till ökad tillgänglighet. I Väntetidsdatabasen kommer man att kunna avläsas hur många som inte fått ett första besök inom 30 dagar, och mätpunkterna tid till fördjupad utredning och behandling kommer att finnas i slutet av 2009.

Referenser

¹ Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog, *Bättre att stämma i bäcken än i ån*, www.skandia.se/idéer.

² Kadesjö C., *Föräldrars betydelse för bruk och riskbruk av narkotika*.

Andréasson S. (2008), *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt*.
Folkhälsoinstitutet.

2. Övergripande sammanställning

2:1 Inledning

I kapitel 3 finns material från de fem arbetsgrupperna som innehåller en beskrivning av problematiken samt tabeller. Tabellerna är ett försök att formalisera informationen, göra den överskådlig och möjliggöra jämförelser grupperna sinsemellan, men har nackdelen att informationen ibland inte riktigt passar in i formen. Gruppernas arbete har delats upp i flera kapitel.

Gränsdragning mellan specialistnivå och första linjen

I instruktionerna till grupperna har uppdraget varit att beskriva vilka insatser som utifrån dagens kunskap bör erbjudas på specialistnivå kontra icke specialistnivå (det vill säga första linjens vård). I allmänna termer har skillnaden beskrivits som att specialistvård krävs vid tillstånd som på grund av art (till exempel vissa speciella sjukdomar) eller grad (till exempel allvarlighetsgraden av ett sjukdomstillstånd eller tillstånd med samsjuklighet) inte kan behandlas effektivt i första linjen.

Barnets ålder, eller andra faktorer som är komplicerande, kan också göra att ett visst tillstånd bör erbjudas insatser av barnpsykiatri, barnmedicin eller habilitering. Inom den specialiserade vården kan det finnas tillstånd som av olika anledningar bör subspecialiseras eller ses som föremål för högspecialiserad vård som koncentreras till ett mindre antal platser i landet. Grupperna har ombetts beskriva om det finns tillstånd där detta kan behövas. De har också fått instruktioner att undvika att fastna i hänsynstagande till nuvarande organisatoriska strukturer och resursfördelning.

Allmänna principer för insatser

Allmänna principer som framkommit i de gemensamma diskussionerna:

- Att barn och föräldrar ska ha möjlighet att söka både till första linjen och till specialist-

vården. Att så mycket som möjligt av vård och stöd ska ske i barnets närmiljö, i samarbete med föräldrar, skola och socialt nätverk.

- Att problem ska ses i sitt sammanhang.
- Att vård och stödinsatser ska eftersträva ett helhetsperspektiv, så att eventuella insatser sker i ett sammanhang.
- Att barnets funktionsförmåga blir viktig i bedömning av behov av insatser, liksom i utvärdering av resultat. Därför bör bedömning göras av om barnet kan leka, fungera i sociala sammanhang, klara skolan, och känna glädje och tillfredsställelse i livet.
- Att medicinska insatser inte kan lösa alla problem, och att det är viktigt att inte sjukdomsförklara livsproblem, sociala omständigheter eller missförhållanden i miljön.
- Att specialistverksamheterna har fler uppdrag än att enbart ta emot patienter för insatser på specialistnivå. De ska även fungera konsulterande gentemot andra verksamheter och delta i diskussionen om utvecklingen av samhället i stort.
- Evidensbaserade metoder är viktiga, men idag finns inte vetenskapliga rön som täcker hela området. Erfarenhetsbaserade metoder och praxis måste då användas. Systematisk uppföljning av allt som görs är viktig för att få så hög kvalitet som möjligt och för att få en kontinuerlig utveckling.

Hur kan vi hitta de som idag inte nås av insatser?

- Genom informationsbroschyrer om olika problemstillstånd vid psykisk ohälsa med information om vart man kan vända sig för att få hjälp med bedömning och insatser.
- Genom fler förebyggande insatser och insatser till riskgrupper via basverksamheter, förskola och skola. Det kan till exempel gälla sammanhållet föräldrastöd, skolbaserade program kring hälsa och livsproblem, eller

förstärkta ungdomsmottagningar med uppsökande verksamhet i skolor.

- Genom ökad kunskap bland dem som möter barn och ungdomar i vardagen om psykisk ohälsa. Riktad information om olika tillstånd av psykisk ohälsa till personer inom strategiska verksamheter som barnavårdscentral (BVC), Barn- och ungdomsmedicin (BUM), elev- och skolhälsa, primärvård och ungdomsmottagningar. Lättillgängliga, kunskapsbaserade insatser som informeras om och erbjuds via personal på förskola och skola.

2:2 Sammanställning för varje nivå

Här följer en kortfattad sammanställning för varje nivå. Fördjupning finns för olika typer av ohälsa i kapitel 3. Förhoppningen är att detta ska kunna tjäna som ett underlag för fortsatta diskussioner och komma att uppdateras inom en snar framtid.

Basnivån

Förebyggande – Tidiga insatser

Föräldrar, förskole- och skolpersonal har i samspel med mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, ungdomshälsa och primärvård en stor betydelse i det förebyggande arbetet. Tidiga insatser vid problem kan ibland vara svåra att skilja från generella hälsofrämjande insatser eftersom mycket av det som vi kan göra för barn och ungdomar med problem också är bra för alla barn.

Information, enklare rådgivning, självhjälpsmaterial i tryck eller på nätet, och självhjälpsgrupper kan på goda grunder utifrån erfarenhet anses vara viktiga, och bör finnas tillgängliga för alla. Skolpersonal, hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal som kommer i kontakt med barn och ungdomar bör veta var det finns information och rådgivning att tillgå.

Identifiering

Inom förskola, skola, barnhälsovård och skolhälsovård finns möjlighet att tidigt hitta barn som visar tecken på psykisk ohälsa. Det gäller barn som inte klarar de moment ska kunna klara vid

en viss ålder. Barnen uppvisar avvikelser i motorik, kommunikation och social interaktion. De kan inte sitta stilla, betar sig annorlunda, och är allt för utagerande eller allt för tillbakadragna.

I skolan och i mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och ungdomshälsa bör det finnas kompetens att göra en första bedömning av huruvida barnets problem i första hand är en fråga för skola, socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Det ska även finnas kunskap om vem som kan hjälpa till med bedömning, exempelvis specialpedagog eller psykolog med konsultationsansvar inom till exempel förskolan.

Basutredningar/kartläggningar, ofta i samband med elevvårdskonferensen i skolan, är ett exempel där det sker en bred kartläggning ur pedagogiskt, psykologiskt, socialt och medicinskt perspektiv. Det handlar om att känna igen situationer som kan innebär risk för att ett barn ska fara illa, samt identifiera omsorgssvikt hos föräldrar, utsatta miljöer och traumatiserande händelser. Kunskap ska finnas om när en anmälan till sociala myndigheter ska göras.

Övrigt

Personal i förskola och skola kan spela en roll i ett senare behandlingsarbete i form av en part som i samarbete med föräldrarna stöder barnet att genomföra en behandling. Förändringar i miljön eller av bemötande hemma och i skola kan vara delar i behandlingen. Skolpersonal och föräldrar kan behöva information och handledning, ibland tillsammans.

Första linjen

Med detta menas det som inte är specialistverksamhet. Det kan tänkas vara barnhälsovård, skolhälsovård, primärvård, familjecentraler eller ungdomshälsa.

Identifiering

- Barn med utvecklingsavvikelser som inte växer eller uppnår färdigheter som förväntat bör identifieras så tidigt som möjligt eftersom det, vid vissa tillstånd, finns möjlighet att klart förbättra prognosen med tidiga insatser.

- En regelmässig bedömning av om några tecken på psykisk ohälsa föreligger bör ingå i det ordinarie hälsoprogrammet för barn vid kontroller under åldern 1,5 till 6 år när det gäller tecken på utvecklingsstörning, autismspektrumstörning (AST), allvarlig ADHD eller allvarligt normbrytande beteende
- När barn eller ungdomar inte når förväntad måluppfyllelse i förskolan/skolan, skolkar, mobbar eller blir mobbade, använder alkohol eller droger, eller hamnar i kriminalitet bör det finnas rutiner för att komma i kontakt med de som mår psykiskt dåligt men inte själva söker hjälp.
- Hälso- och sjukvård bör tillsammans med socialtjänst ha rutiner för uppsökande verksamhet när barn eller ungdomar mår psykiskt dåligt, men inte söker hjälp själva.
- Vid kroppsliga symtom som huvudvärk, ont i magen och sömnsvårigheter ska det finnas kompetens att identifiera när orsaken är psykisk ohälsa.
- Det ska finnas en beredskap att känna igen situationer som kan innebära risk för att ett barn far illa. Kompetens att identifiera tecken hos ett barn som ger misstanke om att barnet far illa eller varit utsatt för trauma. Det ska också finnas kunskap och rutiner för hur man ska handla och när en anmälan till sociala myndigheter ska göras.
- Även tecken på allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni eller bipolär sjukdom (hos tonåringar) ska kunna kännas igen, och barnet eller ungdomen ska sedan hänvisas/lotsas vidare till specialistpsykiatri.

Utredning

- Grundläggande kartläggning av problematiken och beslut om huruvida fortsatta åtgärder behövs, och i så fall var detta ska göras och av vem.
- Vid misstänkta utvecklingsavvikelse, AST, ADHD eller allvarligt utagerande beteende görs en grundläggande kartläggning med hjälp av standardiserade intervjuformulär och/eller skattningsinstrument för att avgöra stödbehov och behov av fördjupad utredning.
- Vid misstänkt depression, ångeststörning, ätstörning eller missbruk görs en grundläggande kartläggning och en klinisk bedömning om diagnos föreligger, och i så fall av svårighetsgrad samt av behov av specialistbedömning. Skattningsinstrument finns.

Insättande av behandling och stöd

- Depressioner hos tonåringar ska åtgärdas om symtomen är lindriga och svarar på behandling.
- Ångest, lindriga tillstånd, åtgärdas med hjälp av webbaserade program och i samarbete med familjen.
- Lindrig ätstörning och okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer, exempelvis matmotstånd med liten viktpåverkan, ska åtgärdas.
- Lindrig form av Tics och Tourettes syndrom (TS)
- Inlärningssvårigheter, lindriga koncentrations- och okomplicerad ADHD kan behandlas. Eventuellt bör även medicinering med centralstimulantia eller liknande preparat kunna ske här (i varje fall uppföljning av insatt medicinering i okomplicerade perioder).

Specialistnivån

- Stöd bör ges till föräldrar med lindrig omsorgssvikt och till barn som visar tecken på lindrig anknytningsstörning.
- Vid beteendeproblem och normbrytande beteende ska åtgärder sättas in i form av föräldranterventioner, information, rådgivning, manualbaserade föräldraträningsprogram, samt information/undervisning och manualbaserade träningsinsatser som är riktade till barnet.
- Vid riskbruk av alkohol och droger ska åtgärder sättas in i form av manualbaserade tidiga insatser till föräldrar/familj och den unge själv, samt i form av provtagning och kontroller.

Utredning

- Vid misstänkt utvecklingsavvikelse, AST, ska utredning göras i form av diagnostisk bedömning och differentialdiagnostisk bedömning av samsjuklighet, samt genom bedömning av behandlings- och stödbehov.
- Depression hos barn under 13 år ska utredas. Även allvarlig depression hos tonåring, eller lindrig som ej blivit bättre efter sex till åtta veckors behandling hos första linjen, ska utredas på specialistnivå.
- Ängeststörningar och ätstörningar ska utredas i fall av allvarlig form, eller i fall av lindrig form med kvarstående besvär trots insats av första linjen.
- Svårdiagnostiserade tillstånd ska utredas, till exempel vid samsjuklighet.

Insättande av behandling och stöd

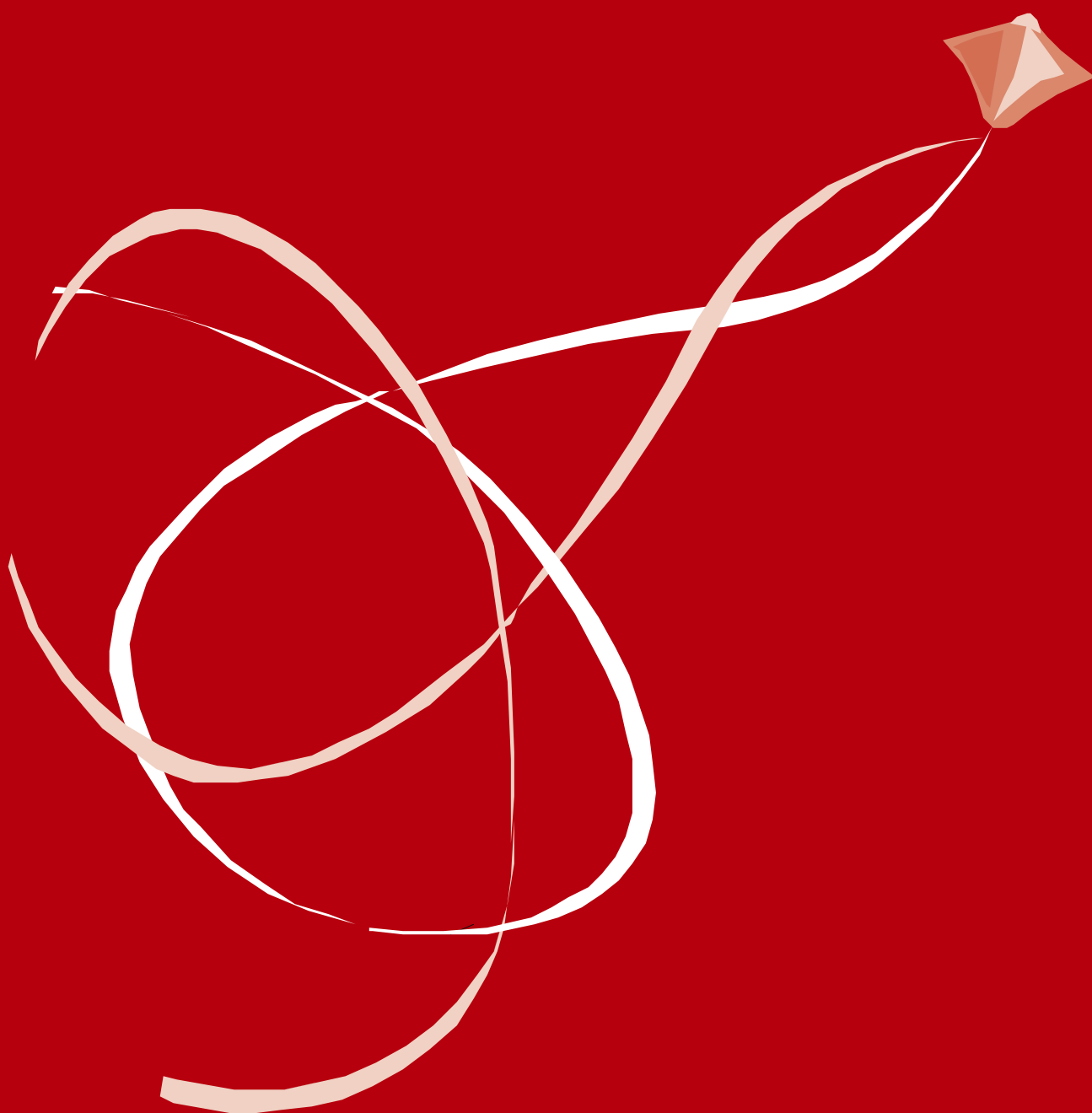
- Vid depression, alla slag, hos barn under 13 år är första åtgärd stödsamtal till barn och familj. Om det ej är tillräckligt sätts KBT-inriktad familjebehandling in, eventuellt kombinerat med läkemedel (SSRI).
- Depression av allvarligt slag hos tonåringar (med självskadande handlingar och lindriga depressioner som inte svarat efter sex till åtta veckors behandling i första linje) åtgärdas genom psykoterapi, eventuellt i kombination med SSRI-läkemedel, och psykopedagogiskt familjestöd.
- I fall av svåra och medelsvåra ängesttillstånd krävs specialistvård vid funktionsinskränkande symtomatologi med allvarlig påverkan på livsföring, samt då behandlingsframgång inte nås. Vid omfattande ängestproblematik med ett flertal samtidiga ängestdiagnoser - och/eller komplicerande samsjuklighet med ADHD, TS eller Aspergers syndrom – behövs specialiserad/subspecialiserad vård med kombination av behandling, som exempelvis KBT tillsammans med SSR och familjebehandling, samt skol- anpassningsåtgärder.
- Ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer ska åtgärdas. Åtgärder ska även sättas in när det gäller barn som har en tillväxtpåverkan, barn och tonåringar med

diagnostiserad AN och BN samt ätstörning UNS, barn med restriktiv ätstörning och med uttalad viktnedgång (mer än ISD), och barn som hetsäter och kräks.

- Alkohol- och drogmissbruk vid låg ålder ska åtgärdas. Det gäller även vid bruk/missbruk av alkohol och/eller droger, missbruk trots insatser i första linjen, co-morbiditet och tecken till självmedicinering.
- För barn och ungdomar med svårigheter inom autismspektrum har i allmänhet Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ett ansvar i fråga om behandling. BUP är ett komplement vid psykisk/psykiatrisk tilläggsproblematik.
- Allvarlig TS, kvarstående inlärningssvårigheter trots åtgärder, allvarlig ADHD och kvarstående koncentrationsproblem trots åtgärder ska åtgärdas. Medicinering med centralstimulerande läkemedel eller andra läkemedel för ADHD behandling vid komplicerade fall är självklart på specialistnivå, men diskussion om det kan vara möjligt med okomplicerad uppföljning av medicinering kan ske i första linjen. Åtgärder ska även sättas in vid trots, aggressivitet och utagerande beteendeproblem där insatser på basnivån inte varit tillräckliga.
- Gruppen barn som far illa innefattar barn som lever i en utsatt situation och/eller har varit utsatt för traumatiserande händelse. Åtgärder ska vidtas om barnet uppvisar allvarliga symtom och symtomen kvarstår trots att adekvata åtgärder vidtagits på basnivå, om barnets förmåga att fungera i vardagen är allvarligt påverkad hänvisas till specialistnivå. Det gäller även vid tecken på samsjuklighet.
- Behandling som är komplicerad genom samsjuklighet eller annan komplicerande problematik bör ske på specialistnivå. Det gäller även när det finns risk för självdestruktivt beteende eller självmordsrisk.

Subspecialiserad verksamhet

- Svårbedömd och terapiresistent ADHD som utgör ett allvarligt funktionshinder.
- Svårbedömd AST, komplex och svårbedömd sammansatt problematik med till exempel självskadebeteende.
- Allvarlig beteendeproblematik och aggressivitet som förvärras.
- Depressions-, ångest- och ätstörningstillstånd kan i vissa fall vara av så svår art att det kan finnas behov enheter med särskilt hög kompetens som kan fungera konsultativt. Subspecialiserad vård behövs för behandling av ungdomar med allvarligt självskadebeteende, som ofta har en samsjuklig depressiv och suicidal problematik.
- Schizofreni och bipolär sjukdom, eftersom det är så ovanliga tillstånd.



Fördjupning

1. Barn och ungdomar med nedstämdhet och depression

Nedstämdhet hos barn och ungdomar

Alla barn och ungdomar känner sig emellanåt ledsna och uppgivna, men depressiv nedstämdhet skiljer sig klart från normala svängningar i känsloläget. Det finns två grundläggande typer av sjuklig depression: egentlig depression och den mildare kroniska varianten dystymi.

Vid egentlig depression ska de depressiva symtomen ha funnits under minst två veckor. Det är inte alltid nedstämdhet som dominerar, utan istället att man har slutat att bry sig eller är påtagligt irriterad. Vid dystymi ska symtomen ha funnits i minst ett års tid. Dystymi tycks vara mer kopplad till den unges temperament och personlighetsdrag än till egentlig depression. Risken att utveckla egentlig depression och dystymi ökar med åldern och är störst under sena tonåren.

Risikfaktorer

I familjen och närmiljön

Det finns ett samband mellan utvecklandet av depression hos barn och ungdomar, och familjefaktorer som distans, bristande engagemang, kritiskt negativ attityd, försummelse, samt psykisk sjukdom hos föräldrarna. Separation från en förälder eller förlust av socialt nätverk på grund av dödsfall, skilsmässa eller andra oönskade och okontrollerbara livshändelser under uppväxten ökar risken för depression.

Föräldrarnas egna psykiska problem ställer ökade krav på barnets/ungdomens självkänsla, förmåga att orka hantera problem, och få kontroll och sammanhang i tillvaron. Depression efter förlossningen eller andra svåra psykiska problem hos modern eller i familjen under barnets första levnadsår medför risk för allvarliga depressiva symtom tidigt i livet. Även ärftlighet

har betydelse för insjuknande i depression. En kombination av genetik och familjefaktorer tycks ge störst risk för insjuknande.

Hos individen

Ängslighet, oro, perfektionism, dålig självtillit, överdriven känslighet för obehag, benägenhet att älta problem istället för att ta itu med dem, samt benägenhet att ta åt sig och klandra sig själv utgör riskfaktorer för depression och dystymi. I många fall har ungdomar med egentlig depression lidit av olika ångeststörningar i yngre år.

Symtombeskrivning

Barn har svårt att beskriva depressiva symtom, som istället kommer till uttryck genom diffusa kroppsliga besvär som huvudvärk eller magont. Oro, räddhågsenhet och allmän klängighet gentemot föräldrarna är andra vanliga uttryck för nedstämdhet hos barn. En del verkar inte deprimerade utan snarast irriterade, med humörutbrott vid minsta motgång. Spädbarn och förskolebarn reagerar oftast med mat och sömnproblem, och i svårare fall med anknytningssvårigheter i form av tillbakadragenhet och apati, samt försämrade tillväxt och tillbakagång i utvecklingen (failure-to-thrive).

Allvarliga depressiva symtom hos småbarn är ovanliga och förknippade med sociala missförhållanden och försummelse av barnets grundläggande behov. Depression efter förlossningen, eller annan allvarlig psykisk störning hos modern, kan också vara orsak till att ett spädbarns grundläggande fysiska, känslomässiga och sociala behov inte tillgodoses. Om det inte är uppenbart att barnets symtom är en reaktion på social försummelse, och om barnet inte reagerar snabbt och positivt på förbättrad

omvårdnad, bör ett småbarn som drar sig undan kontakt och försämras i sin utveckling genomgå autismutredning.

Tonåren är för de flesta ungdomar en period med grubblerier, melankoliska tankar och känslösvall. Om en tonåring är konstant och dagligen ledsen, dystert och upplever livet som hopplöst, glädjelöst och meningslöst finns det anledning att misstänka depression. Det hör till bilden att den deprimerade tonåringen försöker dölja sina problem, skäms, skuldbelägger sig och inte orkar söka hjälp. Han eller hon tror att inget kan hjälpa, försöker låtsas som inget och hålla skenet uppe.

Det tar därför ofta lång tid för omgivningen att förstå att en tonåring är deprimerad och många ungdomar kommer aldrig till behandling. Allvarlig depression visar sig genom en tydligt nedsatt funktionsförmåga inom flera viktiga områden. Den påverkar skolarbete, fritidsaktiviteter och kamrat- och familjerelationer.

Symtomutveckling

Följande symtom signalerar att ett barn eller en tonåring är deprimerad: minskat intresse för alla aktiviteter som hon/han brukar tycka är roliga och se fram emot, överdriven trötthet och brist på energi, förändrad aptit och sömnmönster, koncentrationssvårigheter och svårigheter att bestämma sig, samt känslor av uppgivenhet, värdelöshet, ilska eller skuld.

Dessa känslor kan ge sig till känna genom tankar på döden eller självmordsplaner. Att en tonåring slutar bry sig om sitt utseende och hygien kan spegla en depressiv utveckling, eftersom ungdomar normalt sett är känsliga för jämnårigas uppfattningar. En deprimerad tonåring påverkar omgivningen och får kompisar att dra sig undan, vilket leder till ensamhet och social isolering som i sin tur förstärker den depressiva utvecklingen.

Barn och tonåringar med dystymi har lindrigare, men likafullt obehagliga, depressiva symtom som ett ständigt nedstämt, irriterat och labilt humör, aptit och sömnförändringar, minskad energi, låg självkänsla, känslor av hopplöshet, koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet och

passivt undvikande förhållningssätt till problem och svårigheter. Den kroniskt dystra sinnesstämningen färgar alla upplevelser, intryck och reaktioner.

De barn och ungdomar som har dystymi är ständigt missmodiga och pessimistiska, med endast korta inslag av bättre humör, glädje och ökad livslust. Detta påverkar deras sociala relationer påverkas på lång sikt. De blir betraktade som en dysterkvistar, hamnar utanför kamratgruppen och håller sig allt mer för sig själva. Att chatta eller bli invånare i en virtuell värld som till exempel Second Life kan bli ett alternativt sätt att skapa kontakt och umgås med andra, men med risk för datorberoende och ökad social isolering i den verkliga världen.

Skillnad mellan flickor och pojkar

Depression är lika vanligt bland flickor som pojkar när de är barn, men blir betydligt vanligare bland flickor än pojkar efter puberteten. Pojkars depressiva symtom har ofta ett tydligt inslag av irriterat utagerande beteende, kombinerat med glädjelöshet och förlorat intresse för fritidsaktiviteter. Flickor har oftast ett större inslag av självkritiska tankar och känslor om sin kropp, person och uppträdande, med starka upplevelser av värdelöshet, skuld och självanklagelse.

Atypiska symtom

Ibland dominerar ett irriterat, okoncentrerat och utagerande beteende bilden, vilket gör att lärare och föräldrar misstänker att barnet har ADHD. Likaså kan missbruk, antisocialt beteende och borderline personlighetsstörning maskera eller komplicera den depressiva problematiken. Även kroppsliga symtom som huvudvärk, besvär från magen och trötthet kan vara tecken på en depression. Kroppslig sjukdom ska alltid uteslutas.

Samsjuklighet

Depression går hand i hand med ångest av olika slag. Dessa kan i många fall vara så intimt förknippade att en blanddiagnos bäst fångar problematiken. Missbruk, utagerande beteende och utveckling till personlighetsstörning är relativt vanligt.

Självmondsbenäget beteende

Självmond är extremt ovanligt före puberteten, men ökar därefter för varje år. Barn tycks sakna den kognitiva mognad som krävs för att planera och utföra en självmondshandling. Barn drabbas dessutom sällan av den ihållande och genomgripande känsla av förtvivlan och hopplöshet som föregår självmond. Deprimerade tonåringar tar å andra sidan åt sig personligen av misslyckanden, förstorar negativa händelser och förminska positiva händelser och resultat. Leder det till en kraftigt negativ självbild, skuldbeläggelse och hopplöshet kan det i sin tur leda till dödslängtan, suicidala tankar och självmondsförsök.

Ungdomar som är tillbakadragna, socialt otillgängliga, impulsivt känslostyrda, aggressiva, perfektionistiska och som ser världen i svartvitt, tycks ha gemensamt att de är mer benägna att utveckla suicidalt beteende än andra. Betydligt fler flickor än pojkar gör självmondsförsök, men fler pojkar än flickor dör i självmond. För flickor är depression den enskilt viktigaste riskfaktorn för självmond. För pojkar är även missbruk och utagerande, antisocialt beteende betydande riskfaktorer. Tidigare självmondsförsök, särskilt om man försökt på annat sätt än med tabletter eller att skära sig på armarna, ökar risken för både pojkar och flickor, och är som störst året efter försöket.

Avsiktligt självskadebeteende

Ungdomar med starka impulsdrivna känsloreaktioner och komplexa depressions- och ångestsymtom riskerar att utveckla ett självskadebeteende. Med det avses en kroppsskada som man tillfogat sig själv för att uppnå snabb, tillfällig lättnad i ett svåruthärdligt tillstånd, men vanligen inte med medveten avsikt att dö. Självskadebeteende redovisas under egen huvudrubrik på sidan 79.

Förekomst, prognos och risk för utveckling till kroniska problem

Risken för ungdomar att någon gång bli deprimerad uppskattas till 15 till 20 procent. Förekomsten bland skolbarn beräknas till en till två procent och bland tonåringar till cirka sex procent. Dystymi är ovanligt före puberteten,

men kan vara ett tidigt tecken på att det under tonåren finns risk att insjukna i egentlig depression. Förekomsten av dystymi beräknas till cirka två procent bland tonåringar.

Många barn och ungdomar har övergående depressiva besvär och förbättras oavsett åtgärd. En depressionsperiod hos en tonåring varierar kraftigt. I genomsnitt tar det sju till nio månader efter det att behandling påbörjats innan en ungdom tillfrisknar. Ökad stresskänslighet förekommer ofta under flera månader efter att de typiska depressionssymtomen avklingat. Återfallsrisken är stor; cirka hälften hamnar i en ny depressiv period inom två år och hela 70 procent utvecklar depression på nytt inom fem år. Riskfaktorer för återinsjuknande är exempelvis debut under tidiga tonår, allvarlig första episod, upprepade episoder, dålig medverkan i behandlingen, psykosocial stress och samsjuklighet. Risken att fastna i utdragna depressiva besvär ökar vid allvarliga depressiva symtom, samsjuklighet, personlighetsstörning, negativa livshändelser, psykisk sjukdom hos förälder och låg psykosocial funktionsförmåga.

Hur och var visar sig behoven av insatser?

De yngsta barnen upptäcks vanligtvis på BVC eller BUM när barnen inte äter och sover som de ska eller går tillbaka i sin utveckling. Psykosomatiska besvär hos småbarn leder i första hand tankarna till kroppslig sjukdom och barnmedicinsk utredning. Psykosocial utredning blir aktuell när en kroppslig förklaring till symtomen uteslutits. Skolbarns och ungdomars nedstämdhet kan visa sig dels genom depressiva symtom, och dels genom försämrad social funktionsförmåga och möjlighet att klara av skolarbetet. De tappar intresse för kamraterna, fritidsaktiviteter och försämras i sina skolpresentationer. Vad som märks först kan variera.

Dystymi påverkar barnets eller ungdomens sociala förmåga på lång sikt och utmynnar ofta i social isolering och ensamaktiviteter, vilket kan leda till misstanke om AST och remiss till neuropsykiatriskt team. Om irriterat, impulsdrivet och utagerande beteende dominerar bilden, eller om samsjuklighet med ADHD, missbruk,

antisocialt beteende eller avsiktligt självskadebeteende föreligger, kan det maskera eller komplicera den depressiva problematiken. Den kan då förbli oupptäckt tills fokus riktas mot barnets eller ungdomens depressiva symtom. Bara en liten del av de ungdomar som begår självmord har haft kontakt med psykiatrin vid tidpunkten för självmordet.

Basnivå/Första linjen – hälsofrämjande insatser

Barns svårigheter måste uppmärksammas i tid och barnen måste tillsammans med föräldrar erbjudas insatser för att förhindra en utveckling av depressiva besvär. Denna uppgift sker bäst genom basverksamheternas förebyggande hälsoarbete, som vänder sig till alla barn och föräldrar. En viktig förebyggande uppgift för personal inom skola och elevhälsa, ungdomsmottagningar och vårdcentraler är att upptäcka de ungdomar som visar tecken på egentlig depression och självmordsbenägenhet, och att lotsa dem till BUP.

Insatser som kan erbjudas på basnivå/första linje och som bör kunna erbjudas alla:

Föräldrastöd

- Sammanhållet föräldrastöd under graviditeten, barnets första levnadsår och uppväxt.
- Gravida erbjuds att gå i föräldragrupp via mödravården, som fortsätter med träffar på BVC och därefter via socialtjänstens förebyggande verksamhet.
- Kvalificerad telefonrådgivning dygnet runt för oroliga föräldrar, till exempel via sjukvårdsupplysningen.
- Kvalitetssäkrad information på Internet.

Screening för depression efter förlossningen

Tidigt upptäckt av depression efter förlossningen för behandling av modern och insättande av sociala stödåtgärder. Nyfödda barns mödrar erbjuds screening avseende nedstämdhet sex till åtta veckor efter förlossning via BVC.

Hälsosamtal

Hälsosamtal och livskunskap i skolan för alla elever i årskurs 4, 7 och 9 samt i årskurs 2 på gymnasiet, via ungdomsmottagningarnas uppsökande verksamhet i samverkan med skolan och elevhälsan.

Program, till exempel DISA-programmet, för att minska stresskänslighet och nedstämdhet hos tonårsflickor i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet.

Förhindrande av självmord

Skolbaserat självmordspreventionsprogram bör erbjudas alla elever i årskurs 1 på gymnasiet via ungdomsmottagningarnas uppsökande verksamhet i samverkan med skolan och elevhälsan.

Basnivå/Första linjen – sjukvårdande insatser

Korttids stödintervention

För ungdomar med lindriga depressiva besvär bör första linjen – som kan vara elevhälsan, ungdomsmottagningar och vårdcentraler – erbjuda hjälp i form av korttids stödintervention, vilket betyder en kortare stödjande kontakt. Den har ett psykopedagogiskt inslag och fokuserar på tonåringens levnadsbetingelser, aktuella depressiva besvär, stressfaktorer, relationsproblem och negativa livshändelser för att öka den unges förmåga att hantera sin livssituation. I behandlingen ingår också att vid behov normalisera dygnsrytm och matintag. Vid försämring, tillkomst av andra psykiska symtom eller utebliven effekt efter sex till åtta veckors behandling, bör ungdomen remitteras till BUP.

Insatser som bör erbjudas på specialistnivå

Depression hos barn är betydligt ovanligare än hos tonåringar, och starkare kopplad till familjesituationen än till livet utanför hemmet. För barn upp till 13 år med depressiva besvär, oavsett svårighetsgrad, bör BUP stå för insatserna. Barn med fortsatta psykosomatiska besvär efter barnmedicinsk utredning och åtgärder remitteras till BUP för barnpsykiatrisk utredning. Vid lindriga depressiva besvär erbjuds familjen korttids stödintervention inriktad på barnets och familjens aktuella livssituation. Det görs en utredning av depressiva symtom, familjerelationer, stressfaktorer, kamratrelationer, skolsituation och negativa livshändelser, med syftet att öka barnets och familjens förmåga att hantera sin livssituation.

I behandlingen ingår att beakta föräldrarnas psykiska hälsa, och att lotsa dem till egen behandling vid behov samt till kontakt med

socialtjänsten vid behov av psykosociala stödsatser. Vid utebliven effekt eller försämring i symtom och/eller funktions- och aktivitetsförmåga efter sex till åtta veckors behandling bör, om inget i den förnyande bedömningen mot-säger detta, övergång till familjeinriktad KBT med psykopedagogiskt inslag prövas, i allvarliga fall kombinerat med SSRI (fluoxetin).

För tonåringar remitterade från basnivå/första linjen på grund av fortsatta depressiva besvär efter sex till åtta veckors behandling med kortare stödjande kontakt görs förutsättningslös utredning och diagnostik, enligt exempelvis vårdprogram från Landstinget i Östergötland. Ställningstagande görs till om KBT eller IPT ska prövas som nästa åtgärd, eventuellt i kombination med läkemedelsbehandling med SSRI.

Vid behandling av måttliga till svåra depressiva symtom ska SSRI övervägas i första hand, i kombination med KBT eller IPT, så snart patienten är mottaglig för psykologisk behandling. Psykopedagogiskt inriktat föräldrastöd, eller familjeinriktad KBT, parallellt med behandlingen av barnet, är nödvändigt vid behandling av yngre tonåringar och bör även erbjudas äldre tonåringar. I behandlingen ingår att beakta föräldrarnas psykiska hälsa och lotsa dem till egen behandling vid behov.

Insatser som bör erbjudas inom subspecialiserad/högspecialiserad vård

Subspecialiserad vård behövs för behandling av ungdomar med allvarligt självskadebeteende, eftersom detta ofta har en samsjuklig depressiv och självmordsinriktad problematik. Det är en känslomässigt krävande vård för både patienter och behandlarna, där styrkan i den terapeutiska alliansen sätts på prov gång på gång.

Behandlingen sker i öppenvård med restriktiv inläggning i sluten vård vid behandlingssvikt. Den är mångfasetterad och måste sikta på att både minska det självdestruktiva beteendet och att behandla underliggande depressiva symtom, ångest och emotionellt instabila drag i personligheten. Arbete med att bygga en bra terapeutisk allians, baserad på DBT eller KBT med bland

annat psykopedagogik, problemlösningsterapi och social färdighetsträning är viktiga delar i modern behandling.

Terapieresistent depression, eller depression med så svåra symtom att den unga inte äter eller dricker, kan i sällsynta allvarliga fall kräva behandling med elektrokonvulsiv terapi (ECT). Denna behandling rekommenderas först efter 13 till 14 års ålder. För denna lilla grupp patienter behövs subspecialiserade insatser i samarbete med vuxenpsykiatri.

För utredning av allvarliga anknätningsproblem och/eller failure-to-thrive hos spädbarn och förskolebarn behövs subspecialiserade spädbarn- och småbarnsteam på barnklinik, som i samarbete med BUP och barnhabilitering har tillräcklig kunskap om autism och andra utvecklingsstörningar.

*Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?***TABELL 1A. Spädbarn och förskolebarn**

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	BVC, BUM, BUP, Socialtjänstens förebyggande verksamhet
Allvarlig	BVC-psykolog (vid måttlig svårighetsgrad, för en första bedömning om osäker allvarlighetsgrad), BUM, BUP, IFO*
Atypisk	BVC-psykolog, BUM, BUP

* Vid omsorgssvikt och missförhållanden i hemmet

TABELL 1B. Låg- och mellanstadiebarn

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	BUP, BUM (vid psykosomatiska besvär)
Allvarlig	BUP
Atypisk	BUP, BUM (till exempel vid misstanke om ADHD)

TABELL 1C. Tonåringar

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Skolhälsovård/elevhälsa, Ungdomsmottagning, Primärvård
Allvarlig	BUP
Atypisk	BUP

Hur kan vi hitta de som inte nås av insatser idag?

Fler förebyggande insatser via basverksamheter och skola, till exempel sammanhållet föräldrastöd och skolbaserade program kring hälsa och livsproblem, samt förstärkta ungdomsmottag-

ningar med uppsökande verksamhet i skolor. Ökad kunskap bland dem som möter barn och ungdomar i vardagen angående depressiva symtom, självskadebeteende och självmordsbenägenhet.

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Behov av specialiserad utredning och behandling	Bedömning av barnets aktuella symtom och funktionsförmåga Observation av småbarn i samspel med föräldrarna	Bedömning av barnets levnadsomständigheter och familjens förmåga

TABELL 3. Utredning – tillgängliga vårdprogram

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symtombeskrivning	Individens aktuella besvär Föräldrarnas eventuella besvär	MADRS-S, BDI-C Föräldrarnas eventuella besvär	MADRS-S, BDI-C, CDI, DSRS Föräldrarnas eventuella besvär
Funktionsbeskrivning	Individens aktuella förmåga Föräldrarnas resurser	C-GAS, GAF Föräldrarnas resurser	C-GAS, GAF Föräldrarnas resurser
Standardiserad diagnostisk bedömning		DSM-IV, MADRS	DSM-IV, K-SADS, MADRS
Psykiatrisk differential-diagnostisk bedömning		Ångeststörning Bipolärt syndrom Psykos	Ångeststörning Emotionell instabilitet Bipolärt syndrom Posttraumatiskt syndrom (PTSD) Uppförandestörning Missbruk Psykos ADHD Autism Utvecklingsstörning

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder*

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Watch, Wait and Wonder*** Familjeinriktad samtalsterapi	Familjeinriktad KBT
6 – 12 år	Familjeinriktad samtalsterapi	Familjeinriktad KBT, SSRI
12 – 18 år	Problemorienterad samtalsterapi	Familjeinriktad KBT, IPT, DBT**, SSRI, ECT

* Prioriteringsriktlinjer för depression och dystymi inklusive evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland.

** Prioriteringsriktlinjer för självskadebeteende inklusive evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland.

*** Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens folkhälsoinstitut, 2001. Nationella riktlinjer.

TABELL 4B. God praxis/beprövad erfarenhet, åtgärder

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag Samspelsbehandling Barnorienterad familjeterapi	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag Samspelsbehandling Barnorienterad familjeterapi Psykodynamisk barnterapi med parallell föräldrabehandling
6 – 12 år	Föräldrastödjande samtal Familjeterapi med barninriktning Normalisering av dygnsrytm och matintag	Föräldrastöd Normalisering av dygnsrytm och matintag Psykodynamisk barnterapi
12 – 18 år	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag Cope with depression (gruppbehandling enligt Maja projektet) kognitiv psykoterapi KBT Familjeterapi Psykodynamisk psykoterapi Bildterapi som en del i behandlingen Vid självmordsrisk: tät behandlingskontakt, aktivera familjesystemet, samverkan med skola och nätverk

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Klinisk symtomskattning	Klinisk symtomskattning
6 – 12 år	<p>Symtomskattning MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>Funktionskattning C-GAS, GAF: mätningar före, under (6–8 veckor) och vid avslutad behandling</p>	<p>Symtomskattning MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>Funktionskattning C-GAS, GAF: mätningar före, under (6–8 veckor) och vid avslutad behandling</p>
12 – 18 år	<p>Symtomskattning MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>Funktionskattning C-GAS, GAF: mätningar före, under (6–8 veckor) och vid avslutad behandling</p>	<p>Symtomskattning MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6–8 veckor) och efter behandling</p> <p>Funktionskattning C-GAS, GAF: mätningar före, under (6–8 veckor) och vid avslutad behandling</p>

Referenser

Nationella riktlinjer för ångest och depression

Socialstyrelsen har gett ut en första version av Nationella riktlinjer för ångest- och depression, som ger vägledning kring aktuellt kunskapsläge och vilka insatser som bör erbjudas. www.socialstyrelsen.se
NASP – Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (vid Karolinska Institutet i samarbete med Stockholm Läns Landsting. På hemsidan finns bland annat:

- Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Skrivelse från Socialstyrelsen i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- Självordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=sv&d=13243>

Vårdprogram

Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordsprevention. Landstinget i Östergötland. Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götaland och Landstinget i Östergötland, www.lio.se

Riktlinjer för självmordsriskbedömning, Västra Götaland. www.vgregion.se

VästBus – Gemensamma riktlinjer i Västra Götaland. www.vgregion.se/vastbus

Kvalitetsstjärnan BUP. www.vgregion.se

2. Barn och ungdomar med oro och ångesttillstånd

Ångestsyndrom

Beskrivning av problemområde

Problemområdets karaktäristik

Rädsla och ångest är generella reaktioner vid existentiella hot och utmaningar. De är grundläggande affekter som är genetiskt utvecklingsbiologiskt bestämda och gemensamma för alla människor och högre djurarter. Rädsla och ångest tjänar på så sätt artens överlevnad, och har som syfte att mobilisera individens kamp/flyktsystem i såväl biologiskt som psykologiskt avseende.

Rädsla definieras som de känslor som uppstår som en reaktion på hot vi upplever via våra sinnesorgan, och ångest som det vi upplever på grundval av vårt tänkande och våra föreställningar. Människan reagerar med rädsla och ångest vid hot mot gruppen, hot att uteslutas ur eller avvika från gruppen, övergivenhet och skyddslöshet, hot om eller upplevelse av sjukdom och kroppsskada, och i konfrontation med farliga djur.

Symtom

Som psykiatriskt symtom definieras rädsla och ångest som överdrivna känsloreaktioner eller reaktioner som inte har grund i verkliga förhållanden. Psykiatriska symtom vid ångeststörningar är, förutom upplevelsen av rädsla eller ångest, de reaktioner och handlingar individen vidtar för att undkomma ångesten. Förutom som egen psykiatrisk sjukdomsgrupp finns ångest och rädsla med som känslomässig reaktion vid flertalet psykiatriska tillstånd.

Det finns flera olika typer av ångestsyndrom. Ångestsyndrom (enligt DSM IV) innefattar paniksyndrom, agorafobi ("torgskräck"), specifik fobi, social fobi, separationsångest, generaliserat ångestsyndrom/överdriven ångslighet hos barn,

tvångssyndrom och ångestsyndrom UNS, men inte PTSD eller substansbetingat ångestsyndrom.

Tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) hos barn och ungdomar liknar motsvarande problem hos vuxna. Tvångssyndrom definieras som närvaro av tvångstankar och/eller tvångshandlingar som tar tid, mer än en timme per dygn, är plågsamma eller påverkar funktionsförmågan negativt. Det är många som hemlighåller sina problem eftersom personen själv anser att de är konstiga och pinsamma.

Sannolikt har cirka 0,5 procent av alla barn och ungdomar tvångssyndrom som är så svåra att de behöver behandlas inom hälso- och sjukvården. Besvären startar ofta i yngre tonåren. Omkring hälften av alla vuxna med OCD rapporterar att symtomen startade i barn- eller ungdomsåren. Vid uppföljningar av barn och ungdomar med OCD har över hälften haft kvarstående besvär i vuxen ålder.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) innebär en malande oro med kroppsliga obehag som till exempel spänningar, svettningar, orolig mage och störd nattsömn.

Det föreligger även en överdriven oro och ångslan för vardagliga saker, men det kan också handla om en överdriven rädsla för att drabbas av olyckor och sjukdomar. Barnet har svårt att kontrollera oron och kan aldrig slappna av. Många uppsöker vården på grund av kroppsliga symtom.

Paniksyndrom innebär bland annat attacker med yrsel, hjärtklappning, svårigheter att andas och frossbrytningar, och kan upplevas som en allvarlig kroppslig sjukdom. Panikattackerna kommer plötsligt, når snabbt sitt maximum och varar oftast bara några minuter. Rädsla för nya attacker (förväntansångest) kan öka den allmänna ångestnivån och risken för nya attacker. Agorafobi är en annan vanlig konsekvens av

panikattackerna, och innebär att man försöker undvika platser och situationer där man tror att man kan få en attack och där det vore extra svårt att hantera situationen. Man undviker till exempel att vistas utomhus ensam, att stå i kö eller åka buss. Paniksyndrom är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män.

Social fobi innebär ångest i situationer där personen utsätts för uppmärksamhet. Man känner bland annat rädsla för att göra fel och för att bli utskämd, och har svårt att hålla muntliga presentationer och umgås i större grupper. Fobin kan till och med vara så besvärande att man undviker att äta tillsammans med andra. Det är viktigt att behandling av social fobi kommer till stånd eftersom det här tillståndet tenderar att ge följsjukdomar som till exempel högt blodtryck och depressioner. En person som tidigt gör något åt sin sociala fobi kan få möjlighet till en mer positiv utveckling och ökad livskvalitet än den som går obehandlad.

(Här behandlas inte akut och posttraumatiskt stressyndrom, se kapitel 9, och inte heller ångeststörning på somatisk grund.)

Samsjuklighet

Det är vanligt med andra psykiska symtom (exempelvis ADHD, depression eller annan ångeststörning) hos patienterna, och 70 till 80 procent har någon annan diagnos. Bland vanliga problem hör de som vi vanligen klassificerar som "neuropsykiatriska" (knappt hälften av patienterna), men samsjuklighet med andra ångeststörningar och depression är också vanlig. Den höga graden av samsjuklighet ställer krav på god diagnostik och att man beaktar i vilken "ordning" problemen ska tacklas.

Förekomst

Sammantaget i åldersgruppen 4 till 20 år drabbas 8 till 12 procent av ångeststörningar enligt DSM IV. Under puberteten är könsfördelningen jämn, därefter dominerar flickor. Subkliniska symtom på överdriven ängslighet hos barn finns hos 10 till 30 procent. Upp till 75 procent av dem som har ångestsyndrom i barndomen får ingen behandling. Andelen som inte får någon

behandling är högst hos barn med OCD.

OCD debuterar dels i tio års ålder och dels i begynnande adolescens. Debuten i socialt ångestsyndrom sker i yngre år, medan debut i GAD sker i tonåren. Paniksyndrom är ovanliga före puberteten¹. Förekomst för enskilda ångestsyndrom varierar från sex procent för GAD, inklusive överdriven ängslighet hos barn, till cirka en procent för paniksyndrom, social fobi och OCD².

Hur och var visar sig behoven av insatser?

Symtomen visar sig beroende på typ av ångestsyndrom i olika sammanhang och miljöer, men oftast i hemmet. Många, framförallt ungdomar, strävar efter att inte visa symtomen eller att inte kännas vid ångestproblemen. Ångestproblematik visar sig inte sällan via annan symptomatologi, som till exempel nedstämdhet, utagerande beteende, självskadande eller missbruk.

När det gäller exempelvis OCD kan tecken i skolan vara sen ankomst, undvikande i vissa situationer, separationsångest, osäkerhet och skuldpatagande, ängslan och irritabilitet/aggression. Tecken i hemmet kan bestå av försäkringsbehov om att inget dåligt ska hända, undvikande i vissa situationer, vredesutbrott, stress, och konflikter på grund av ritualer (barnet har behov av att "skydda" sina ritualer). I extrema fall får föräldern inte iväg barnet till skolan.

Vad är lindrigt/allvarligt?

Ångest är som affekt i sig ofarlig och övergående. För människor med uttalad ångestproblematik kan oro, rädsla och ångest komma att i hög grad styra livsföringen i de flesta avseenden och bli ett omfattande handikapp. Flertalet ångestsyndrom, och de tillstånd som inkluderats här, är också förenade med ökad självmordsrisk. Ofta får ångeststörningar, och relaterade syndrom och problemområden, dessutom genomgripande påverkan på familj och nätverk.

När ångestproblematiken är begränsad till något eller några få livsområden, inte uppträder så ofta och inte i högre grad påverkar individens och nätverkets livsföring kan ångeststörningen betraktas som lindrig.

Lindrig/allvarlig

Lindrig OCD yttrar sig i överdriven ängslighet, specifik enkel fobi, enstaka panikattacker och ångeststörning med ringa påverkan på livsföringen. Den kan ta sig uttryck i koncentrationsproblem, ängslighet, visst undvikande, irritabilitet och behov av försäkringar i skolan och hemma.

Medelsvår/svår OCD har allvarlig påverkan på livsföringen, inskränker det sociala livet och skolgången, och yttrar sig i tendenser till generalisering av symtomatologi och handikappande undvikandebeteende. Allvarlig OCD tar sig uttryck i tidsödande ritualer, depressivitet, ångest, oro och av extremt undvikande av vissa situationer och personer. Även familjen och omgivningen kan på olika sätt dras in och påverkas av tvånget och undvikandet.

Tänkbara speciella omständigheter (risk/skydd)

Ångeststörningar varierar från i det närmaste normalpsykologiska företeelser till psykiatriska sjukdomar av det allvarligaste slaget. Förutom av symtomatologins allvar och omfattning påverkas handläggningen också av individ- och omgivningsfaktorer.

Generella skyddsfaktorer på individplanet är samma som beträffande övrig barn- och ungdomspsykiatrisk problematik. Hit hör begåvning, känslomässig mognad, social kompetens, temperamentsvariabler, anknytningsmönster, personlig coping-förmåga och självkänsla. Ett gott föräldrastöd och omsorgsförmåga utgör den viktigaste skyddsfaktorn i omgivningen. Föräldrarnas förmåga att tillgodogöra sig och använda sig av information och råd och att bidra i tränings- och övriga behandlingsprogram är av stor betydelse. Även förmågan att kunna skapa trygga och hållande gränser och ett positivt stödjande konsekvenssystem är mycket betydelsefullt. Att föräldrar och övrigt nätverk kan motverka användandet av ogynnsamma ångesthanteringsstrategier och undvika destruktiv skuldbeläggande kommunikation är positiva behandlingsfaktorer.

Ångestbenägenhet varierar mellan individer och är delvis konstitutionellt styrt, och allvarlig ärftlighet för ångestsyndrom är en riskfaktor. Samsjuklighet med tillstånd som Aspergers syndrom och TS utgör prognostiskt ogynnsamma förhållanden. Tidigare traumatisering, desorganiserad anknytning och brister i föräldrastöd kan öka ångestbenägenhet. Nya trauman kan vara en utlösande faktor för insjuknande i ångestsyndrom, men kan också leda till att missbruk och självskadebeteende inleds eller fördjupas. Överdriven känslomässig involvering liksom alltför distanserade föräldrar utgör också riskfaktorer.

Omständigheter, risk/skydd

Samsjuklighet och tecken på allvarlig depressivitet, med eller utan självmordsrisk, utgör riskfaktorer. Stark ärftlighet, betydande påverkan på familj/nätverk och bristfällig effekt trots adekvat behandling är andra riskfaktorer. God begåvning, sjukdomsinsikt, behandlingsmotivation, och ett gott och insiktsfullt nätverk är skyddande faktorer.

Hur får barn och ungdomar tillgång till rätt hjälp?

Tillgången till relevant behandling på olika insats- och vårdnivåer styr handläggningen. Ju mer välinformerad allmänheten blir, ju mer kommer den bästa evidensbaserade behandlingen att efterfrågas. Om sådan saknas på lägre vårdnivåer kommer man att söka den på mer specialiserad nivå.

Den första bedömningen av individens hälso- problem är grundläggande. Varje individ bör få en professionell första bedömning för prioritering, diagnos och behandling, där hänsyn tas till symtomens/sjukdomens svårighetsgrad. Vid mer komplicerad symtomatologi är det angeläget att det görs en professionell bedömning av såväl funktions- som aktivitetsförmåga, och att det vidtas åtgärder för att barnen ska kunna vara delaktiga i sin vardag, i hemmet, i skolan och på fritiden.

Basnivå/Första linjen **– hälsofrämjande insatser**

Genom information om psykiska hälsoproblem till en bred allmänhet, och speciellt till föräldrar med barn i debutåldrar, kan man i högre utsträckning nå dem som idag inte nås av insatser och motivera till att söka hjälp. Det ska vara tydligt vart föräldrar och barn ska vända sig. Information behöver finnas i skolan, hos skolsystemer och i skolans föräldrainformation, men också via landstingens hälsoupplýsning och inom primärvården, ungdomsmottagningar och socialtjänsten. Det bör även finnas lättillgänglig information om de patientföreningar som finns inom området, som till exempel Svenska OCD-förbundet Ananke, Ångestsyndromsällskapet.

Webb-baserad information kan också medverka till större medvetenhet och kunskap och kan även underlätta att söka hjälp. Internet-baserad psykiatrisk information och hjälpprogram finns att tillgå. Exempel på ett sådant kan hittas på www.snorkel.se och www.fhi.se. Det handlar om program riktade till individer och föräldrar, till exempel ångesthanteringsprogram, fobiträning och sömnstörningsåtgärder.

Generella hälsobefrämjande åtgärder på gruppnivå som föräldraprogram, självmordspreventiva program riktade till skolan, ångestskola och föräldrautbildning runt ätstörningsproblematik bör finnas på en lättillgänglig plats där många nås av dem, som till exempel i skolan.

Basnivå/Första linjen **– sjukvårdande insatser**

Individuella insatser som är riktade till barn och ungdomar med lättare former av ångestproblematik kan skötas av en integrerad skol- och elevhälsovård, som organiseras så att den inte är beroende av enskilda skolförvaltningars eller rektorsområdes avgöranden. Kan ske fristående eller i samarbete med en utbyggd primärvård, familjecentraler eller ungdomsmottagningar.

En första linjes vård behöver kunna erbjuda flervetenskaplig medicinsk, psykologisk och social kompetens. Den ska kunna ge psyko-terapeutisk behandling på kognitiv beteendeterapeutisk grund, och vara förtrogen med

motiverande intervjuteknik. Även information, kunskapsöverföring och stöd till hur föräldrar, skolpersonal och andra viktiga personer ska förhålla sig ska kunna erbjudas.

Om det är fråga om enbart ångestsyndrom/OCD som inte är allvarliga kan behandling till exempel ske genom webbinformation och sidor som www.snorkel.se och www.anake.se, där själva kunskapen om sjukdomen och dess yttringar är en första väg till förbättring av symtomen. Psykopedagogiska insatser i form av stödgrupper vid OCD eller motsvarande är också evidensbaserad behandling och kan inkludera såväl barnet som dess anhöriga. Skolhälsovård/elevhälsan och primärvården behöver kompetenshöjning för att kunna ta hand om till exempel Cool kids- och Chilled-programmen och det behövs ökad KBT kompetens.

Vad bör erbjudas inom specialistnivå/subspecialistnivå

För ångestsyndrom med allvarligare symtomatologi, samsjuklighet, behandlingsresistens, bristande föräldraförmåga och/eller psykosociala riskfaktorer ska BUP vara specialistnivån, och efter behov samverka med socialförvaltning, barnsjukvård, missbruksvård, skola eller andra relevanta parter. BUP ansvarar för psykopedagogiska insatser och snabb utredning och behandling, samt återkoppling till basnivån för stödåtgärder och eventuell anpassning av skolsituationen.

Subspecialistverksamheter behöver finnas inom BUP för att behandla komplicerade ärenden, men också för att kunna stödja och utbilda vårdgrannarna. Till exempel skolhälsovård och ungdomsmottagningar behöver hjälp att utveckla bra metoder för att hitta barn med OCD-symtom i tid. Subspecialistnivån ansvarar också för att information om OCD tas fram. Det kan exempelvis vara filmer eller skrifter med fallbeskrivningar för igenkännande.

Vid omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser och/eller komplicerande samsjuklighet med ADHD, TS eller Aspergers syndrom behövs specialiserad/subspecialiserad vård med kombination av behandling, som exempelvis KBT tillsammans

TABELL 1. Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?

Ålder	Lindrig	Allvarlig	Atypisk
Förskoleålder	BVC	BUP	BUP
Grundskola	Skolhälsovård/elevhälsa, Primärvård, Familjecentral	BUP	BUP
Gymnasium	Skolhälsovård/elevhälsa, Primärvård, Ungdomsmottagning	BUP	BUP

med SSRI och familjebehandling, samt skolans passningsåtgärder. Byggnad av kunskapscentra runt om i landet gör att den specialiserade kunskap om evidensbaserade behandlingar som finns kan spridas så att alla inte behöver ”uppfinna hjulet”.

Tillgång till KBT är viktig vid de flesta ångestsyndrom. Gruppterapi (tillsammans med andra med samma tillstånd) har visat sig mycket effektiv vid ångesttillstånd som annars ofta kan leda till isolering och stor ensamhet. Även stödgrupper inom till exempel ramen för patientföreningar är betydelsefulla. Behandlingen kan ofta ske i samarbete med närstående.

Om yttre faktorer är undanröjda kan barnet exponeras för ångestskapande situationer, eventuellt tillsammans med sina föräldrar. Vid till exempel social fobi kan exponeringen bestå av att gå på stan, restaurang eller bio med andra. Vid misstanke om OCD är en viktig målsättning att skapa en allians med barnet, så att barnet och behandlaren går åt samma håll och vill samma sak.

Vad som ska göras vid första kontakt, oavsett aktör

a) Bedöma symtomet – art och grad

En bedömning bör göras av i hur hög grad påverkar ångeststörningen påverkar barnets/den unges dagliga funktion, främst avseende dagligt fungerande i hemmet och i viktiga relationer, men även när det gäller skolgång, studier, kamrater och fritid.

Den person som möter barnet ska ha en tillräckligt god kunskap om ångeststörningar och tvångsbeteenden för att ställa rätt frågor. Det är nödvändigt att kunna göra det även om barnet är hemlighetsfullt, vill dölja sina ritualer/tankar och helst inte vill prata om sina ångestproblem, sina beteenden och de situationer de undviker på grund av tillståndet. Personen ska till exempel kunna skilja på ett barn som är mer normalt blygt och försiktigt, från det barn där socialfobin är handikappande och konstant höjer ångestnivån. För ett sådant barn är det ångestskapande att bara vara i skolan, och till exempel redogörelser för klassen kan vara något det helt enkelt aldrig utsätter sig för.

Det är fortfarande vanligt att till exempel begynnande OCD missas eller misstolkas för något annat, och att rätt vård därför uteblir i detta viktiga och tidiga skede av sjukdomen. Detta i sin tur kan innebära att ett beteende som bara börjat blir befäst och går in i en svårare fas. Skolan kan bli mer uppmärksam på barn som har svårt att komma tillbaka till skolan efter sjukdom och/eller ledighet. Det är ofta symtom på just ångesttillstånd.

b) Bedöma risk-/skyddsfaktorer

- Föräldrarnas styrkor/svagheter
- Eventuell ärftlighet för ångestsjukdomar
- Vem i det sociala nätverket är mest lämpad att stödja barnet? Förekommer mobbing? Är barnet nedtryckt eller nonchalerat i skolan? Finns det problem i familjen som till exempel sjukdom, missbruk eller misshandel? Förekommer sjukdom eller begåvningshandikapp hos barnet?

c) Ta ställning till om och var vidare utredning/bedömning ska ske

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Behov av specialiserad utredning och behandling Allvarliga tillstånd och speciella omständigheter se sid 37	Psykiatrisk anamnes och bedömning Eventuell somatisk status, eventuell WISC Eventuellt screeninginstrument Vid misstanke om OCD: YBOCS-skala	Anamnes från familj och skola, tidigare journaler Socialt nätverk? Har familjen kontakt med socialtjänsten? Annan sjukdom?

Verktyg för bedömning

Standardiserade intagningsintervjuer införs mer och mer inom BUP och är bra instrument för symtomscreening och risk/skyddsbedömning,

men sannolikt mindre lämpade inom första linjen. Generellt bör problemtyngden avspeglas i vilka verktyg som används.

TABELL 3. Vidare utredning

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symtom-beskrivning	Viss överdriven ängslighet, tendenser till ritualisering utan klinisk signifikans	Lindriga former av ångest-syndrom, enstaka panikattacker, enkla fobier med mera	Allvarlig symtomatologi, behandlingsresistens i första linjen
Funktions-beskrivning	Ingen eller ringa påverkan på livsföringen	Viss inskränkning i livsföring, situationsrelaterade svårigheter, ingen generaliseringstendens Ingen/ringa nätverkspåverkan	Påtaglig påverkan på livsföring, generalisering av ångestproblematik, familjen/nätverket inddraget i symtomatologin
Standardiserad diagnostisk bedömning	Ingen diagnostik på basnivå	Diagnostik endast vid primärvårdkontakt Diagnos enl. ICD-DSM-system	Diagnos/differentialdiagnos enligt DSM Beslutsträd enligt DSM

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	–	–
6 – 12 år	Cool kids, beteendeterapi med föräldrastöd, "Chilled" ungdomar över 12 år	KBT, SSRI
12 – 18 år	KBT, SSRI	KBT, SSRI

TABELL 4B. God praxis/beprövad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Familjestöd via BVC, information, pedagogiska råd	Psykopedagogik Familjestöd – gruppbehandling, BUP ³
6 – 12 år	Information, psykopedagogik Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning	Psykopedagogik Familjestöd – gruppbehandling, BUP
12 – 18 år	Information, psykopedagogik Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning	Information, psykopedagogik Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Generellt: Funktion i vardagen, god sömn och aptit, fungerande familjesituation, fungerar i skola, har kamrater.

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Går på dagis, har kamrater	SDQ, Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer
6 – 12 år	Fungerar i skolan/kamrater	SDQ, Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer
12 – 18 år	Fungerar i skolan/fritiden/kamraterna/ relationer inom familjen	SDQ, Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer

Referenser

Nationella riktlinjer för ångest och depression

Socialstyrelsen har gett ut en första version av Nationella riktlinjer för ångest- och depression, som ger vägledning kring aktuellt kunskapsläge och vilka insatser som bör erbjudas.

www.socialstyrelsen.se

Vårdprogram eller annat regionalt material

Uppsala läns landsting. www.akademiska.se

www.snorkel.se

Brukarorganisationer

Ananke www.anake.se

Ångestsyndromsällskapet www.angest.se

- ¹ Fonagy P et al. *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. The Guilford Press 2002.
- ² Gillberg, C, Harrington R, Stainhausen H-C *A Clinicians Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge university Press 2006.
- ³ Baserade på social inlärningsteori, kognitiv psykologi och anknytningsteori, för föräldrar/familjer i grupp, till exempel *Föräldrakraft, De otroliga åren, COPE, Active Parenting, Cool Kids*.

3. Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå

Beskrivning av problemområdet

Vuxna har förmodligen alltid klagat på att barn och ungdomar är besvärliga eftersom de inte gör som de vuxna förväntar sig. För de flesta barn är det en oundviklig och nödvändig del av övergången till vuxenlivet att pröva sin kraft och självständighet i relation till vuxna, till exempel genom protester mot de vuxnas krav. Detta avsnitt handlar dock inte om det som kan gälla alla barn, utan om de barn och unga som med ett återkommande mönster av beteenden stör och förstör både för sig själva och för andra i sin omgivning.

Det handlar om barn och unga som har svårt sitta still, handlar impulsivt och oövertänkt, inte kan koncentrera sig på de uppgifter vuxna förväntar sig att de ska klara av, ofta hamnar i bråk och konflikter, eller protesterar och vägrar göra som vuxna säger. Ofta är det personal i förskola och skola som reagerar på barnets sätt, även om barnets föräldrar nästan alltid innan dess upplevt svårigheter med sitt barn, men inte sett det som problem. Mycket ofta handlar det om barn som också har svårigheter i skolan, inte sällan i form av olika typer av inlärningsproblem.

Gemensamt för problemområdet är att det är personer i omgivningen som märker och reagerar på barnets beteende eller sätt att vara, medan barnet självt knappast uppfattar det som ett problem och än mindre söker hjälp för det. Detta trots att barnet far illa av att inte kunna styra sina handlingar, inte kunna kontrollera sitt beteende, eller upprätthålla koncentration och målinriktning.

Orsaken till de symtom eller svårigheter som omgivningen reagerar på kan vara mycket skiftande. Faktorer hos individen samvarierar med förhållanden i omgivningen (hem, förskola/skola

och kamratkrets), och bidrar tillsammans till den problembild som uppstår.

Bakom beteendevikelser av detta slag kan finnas kombinationer av:

- svåra miljöförhållanden med dysfunktionella relationer i närmiljön, stress och känslomässig otrygghet;
- specifika svårigheter med att kunna upprätthålla koncentrationen och att reglera sin aktivitetsnivå till följd av ADHD;
- bristande förmåga att kunna koncentrera sig på uppgifter som mestadels är för svåra utifrån barnets förutsättningar, då det har inlärningsproblem till följd av utvecklingsstörning, eller mer begränsade inlärningssvårigheter med till exempel läsinläring;
- återkommande protester mot vuxnas rimliga krav ("trotssyndrom") eller att barnet ställer sig utanför de regler och normer som finns i den sociala gemenskapen ("uppförandestörning");
- kognitiva svårigheter med att exempelvis uppfatta sammanhang i det de är med om eller med att förstå andras intentioner (autismspektrumtillstånd, AST).

Likartade symtom kan finnas på grund av en rad olika orsaker med olika behov av insatser och förhållningssätt, måste första åtgärden vara en bred utredning/kartläggning med fokus såväl på barnets som på omgivningens resurser och brister. Komplexiteten i problematiken är ofta stor och behöver beaktas för att rätt insatser ska kunna ges.

Barn och ungdomar med ovanstående problem har oftast behov av anpassning av miljö, kravnivå och förhållningssätt från vuxna, såväl som stöd i de flesta vardagsmiljöer. Inte sällan

gäller detta under hela uppväxten. Att de får sina behov tillgodosedda är en förutsättning för att förebygga en framtida allvarlig psykisk ohälsa.

Behandling av eventuellt tillkommande psykiatrisk ohälsa eller psykisk sjukdom behandlas inte särskilt i detta avsnitt. Men god kunskap om bakomliggande problem och funktionsned-sättningar av det slag som kommer att beskrivas här är viktig för att behandling av tillkommande eller samtidiga problem ska bli framgångsrik.

Översiktlig genomgång av aktuella diagnoser (som finns definierade i DSM-manualen); autismspektrumdiagnoser AST går igenom i efterföljande avsnitt, kapitel 5, se sid 63.

De problem som kort nämnts inledningsvis kan finnas vid olika barnpsykiatriska diagnoser och problemtillstånd.

ADHD: Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå

ADHD är en diagnos för uppmärksamhetsproblem, och/eller överaktivitets- och impulsivitetsproblem, som inte är tillfälliga och av den grad att de medför hinder i vardagen.

Uppmärksamhetsproblemen vid ADHD innebär att ett barn som har ADHD är mycket mer lättstört av det som händer i omgivningen än andra barn. Barnet tappar fokus och har svårt att upprätthålla koncentrationen, gör inte färdigt uppgifter, och har svårt att planera och organisera vad det förväntas göra. Då barnet blir avbrutet av något har det svårt att komma ihåg vad det höll på med och att återuppta aktiviteten. Omgivningen tycker att barnet inte verkar lyssna eller höra vad man säger, och att det inte följer instruktioner. En del barn med uppmärksamhetsproblem blir sittande i egna tankar – dagdrömmande och inte riktigt närvarande i det som sker.

Impulsiviteten vid ADHD gör att ett barn har svårt att hålla inne eller hejda sina reaktioner. Det är impulsen i stunden som styr handlande och reaktioner, inte eftertanke eller reflektion över vad som är passande eller kommer att leda till bäst resultat. Barnet blir fort otåligt, kan inte vänta

utan avbryter och kastar ur sig svar, ofta innan det lyssnat färdigt och utan tanke på att det kan väcka negativa reaktioner hos omgivningen. Impulsiva barn utsätter sig ofta för farliga situationer som kan leda till olyckor och skador. Barnet har svårt att tänka långsikt och handlar utan att inse konsekvenserna av sitt handlande.

Det tredje huvudsymtomet vid ADHD är den överdrivna aktivitetsgraden. Barnet rör sig mer än andra; yngre barn genom att springa omkring, klättra och hoppa, och äldre barn genom att till exempel plocka med saker, pilla på något och gunga på stolen. Många pratar eller låter mer än andra barn. Ungdomar med ADHD som inte är synligt överaktiva uttrycker istället ofta en rastlöshet eller otålighet. De känner att inget händer, att vardagen är grå och tråkig. De har behov av att det ständigt är något spännande på gång för att inte bli rastlösa.

Olika svårighetsgrader av ADHD-symtom

Lindriga symtom

De symtom som karakteriserar ADHD kan mycket väl finnas hos vilket barn som helst under något skede i livet, eller under vissa förhållanden, utan att det har ADHD. Det finns till exempel många skäl till att ett barn kan ha svårt att koncentrera sig. Om barnets tankar är någon annanstans (på föräldrarnas bråk, mobbare eller dramatiska händelser) kan det inte koncentrera sig på det som omgivningen förväntar sig. Och om ett barn är oroligt eller deprimerat kan det ha svårt att sitta stilla i skolbänken och lyssna. Är skolsituationen dåligt anpassad till exempelvis barnets intellektuella förutsättningar framstår barnet ofta som splittrat.

Barnet behöver alltså inte ha ADHD bara för att det har svårt att koncentrera sig eller sitta still i bänken. Det är angeläget att noggrann diagnostik följs, och det är olyckligt om man uttrycker "han/hon har nog" utan att ta ansvar för att följa upp misstanken.

Svåra symtom

Svåra symtom till följd av ADHD innebär inverkan på barnets hela vardag, och kommer till uttryck i alla de olika miljöer barnet befinner sig; i hemmet, i förskola/skola, i samvaro med jämnåriga och under fritidsaktiviteter. Detta får konsekvenser för hur barnet uppfattas av andra, för hur det klarar olika vardagsituationer, och för dess identitetsutveckling och tilltro till sin egen förmåga.

Konsekvenser av ADHD

Karaktäristiskt för ADHD, framför allt vid svåra former, är dess inverkan på ett barns sätt att fungera i olika miljöer. Det får konsekvenser för relationer inom familjen, för inläring och skolresultat och för kamratrelationer.

Samtidiga problem och/eller samsjuklighet

Barn med ADHD utvecklar mycket ofta tilläggssymtom i form av utagerande såväl som inåtvända problem. ADHD förekommer också tillsammans med AST, TS, utvecklingsavvikelse och inlärningsproblem. En bedömning vid misstanke om ADHD måste förutom diagnostisk värdering också innehålla bedömning av tilläggssymtomen.

Förekomst

Cirka fem procent av alla barn i skolåldern beräknas i olika vetenskapliga översikter ha ADHD. En till två procent har svåra symtom med allvarlig inverkan på barnets vardagsfunktion.

Generella inlärningssvårigheter, utvecklingsstörning

Beteendevikelser hos barn och ungdomar kan grunda sig i felaktigt anpassade krav, i förhållande till barnets kognitiva förutsättningar, begåvningsnivå och begåvningsprofil. Om ett barn inte förstår det som sker i gruppen eller vad inläringen handlar om kan det inte koncentrera sig på skolarbetet någon längre stund.

Huvudsymtomet vid utvecklingsstörning är svårigheter med det abstrakta tänkandet, men även utvecklingsförseningar av till exempel språk och motorik, liksom funktionshinder som CP och autism. Symtombilden varierar också

utifrån graden av begåvningsnedsättning.

Barn som har utvecklat utagerande beteendeproblem, och som har inlärningssvårigheter som inte beror på utvecklingsstörning utan endast svag begåvning, är en särskilt utsatt grupp. Det gäller inte minst om de dessutom har ADHD. De har inte bara stora problem med att klara skolans prestationskrav, utan har många gånger dessutom svårt att förstå de situationer de hamnar i, eller vad som sker i gruppen av barn. Många hamnar lätt utanför gruppen och kan bli utnyttjade av andra barn utan att förstå det. De har dessutom extra svårt att lära sig strategier för att hantera sitt sätt att fungera. Förståelse för ett barns kognitiva förutsättningar är därför viktig för att förstå eventuella beteendeproblem.

Förekomst

Förekomst av lindrig utvecklingsstörning varierar mellan 0,5 procent och upp mot 2 procent i olika studier, beroende på använd definition och den studerade gruppen. Gruppen barn med "svag begåvning" är avsevärt större, beroende på hur begreppet avgränsas.

Läs- och skrivsvårigheter och andra begränsade eller specifika inlärningssvårigheter

Inlärningsproblem i form av läs- och skrivsvårigheter har för många barn stor betydelse. Att inte tillägna sig läsfärdigheter, som är så betydelsefulla för framgång i stort sett allt skolarbete, får många barn att ge upp sina skolambitioner och till och med att ta avstånd från skolan med dess auktoriteter. Att bråka och störa kan vara barnets sätt att avleda uppmärksamheten från sina svårigheter.

Förekomst

Förekomst av läs- och skrivsvårigheter varierar efter hur de definieras, men brukar anges till cirka fem till åtta procent av alla skolbarn.

Tics och Tourettes syndrom (TS)

Diagnosen TS definieras enligt DSM-IV av förekomst av tics. Det är mycket vanligt (cirka 20 till 30 procent) att barn under längre eller kortare perioder har tics av något slag. Det kan vara blinkningar, grimaser, ryckningar,

harklingar eller andra enkla, så kallade övergående, tics. Tics kan väcka oro och undran hos omgivningen, och det är därför angeläget att både barnet självt och dess föräldrar får hjälp att förstå vad tics är; att de inte rör sig om viljestyrda handlingar.

Det är kombinationen av motoriska och ljudliga tics som medför dagliga problem som ger diagnosen TS. Kriterierna för diagnos kräver:

- såväl flera motoriska tics som ett eller flera ljudtics ska ha förekommit under en tid, men inte nödvändigtvis samtidigt;
- att ticsen förekommer många gånger under dagen (vanligtvis i perioder) så gott som dagligen, eller då och då under mer än ett års tid. Under denna tid har ingen ticsfri period varat längre än tre månader;
- att problemen orsakar betydande lidande eller försämrad funktion i socialt umgänge, i skolan eller i andra viktiga avseenden, och ska ha börjat före 18 års ålder.

Problemutveckling

Tics i form av ofrivilliga rörelser och läten börjar oftast i tidig skolålder. Under den tidiga uppväxten har vissa barn med TS ett svårhanterligt temperament med snabba humörsvängningar. Många har dessutom varit överaktiva, haft koncentrationsproblem och uppvisat impulsivitet, det vill säga ADHD-liknande problem. Men vissa barn som utvecklar TS har inte haft några problem alls innan ticsen uppkommer.

Ticsen börjar oftast i ansiktet med överdrivna blinkningar, ryckningar och grimaser, och flyttar sig ofta till halsen, skulderna och överkroppen. Ryckningar i en extremitet är typiska. De vokala ticsen kommer ofta lite senare. I början som snusningar och harklingar, men efterhand som andra ljud och läten. Det är typiskt att ett tics avlöses av ett annat, och att de ökar och minskar styrka i olika perioder.

Andra problem än tics

För vissa barn och ungdomar med TS är förekomst av tics deras stora, och egentligen enda, problem. Men tics kan å andra sidan vara mycket störande för dem själva och deras omgivning, och även hindra dem från att utföra olika handlingar.

Andra med TS har en sammansatt problembild där tics endast är en del, och kanske till och med av underordnad betydelse. En stor andel (50 till 70 procent) har ADHD. Det kan ibland vara kombinerat med en mycket utpräglad impulsivitet och överaktivitet som gör att barnet gång på gång gör olämpliga handlingar och hamnar i besvärliga situationer. Andra problem kan vara opposition och trots; att barnen har svårt att acceptera ett nej, måste argumentera och hamnar i konflikt.

Svårigheter som förknippas med tvångssyndrom (OCD) är vanliga, som till exempel känslor av att man måste göra, tänka eller säga något speciellt, liksom tvångsmässiga handlingar. Vanligast är tvångsmässigt tvättande av händerna, att röra eller rätta till saker, ofta för att uppnå symmetri, samt att räkna och kontrollera. Tvången kan i vissa fall innebära olämpligt sexuellt beteende.

Många upplever stora svängningar i stämningsläge. För vissa handlar det om dålig självkänsla, nedstämdhet och en återkommande känsla av meningslöshet, medan andra visar sina många frustrationer i form av aggressivt beteende. Panikattacker är vanliga, liksom olika typer av fobier. Andra svårigheter kan vara läs- och skrivsvårigheter. Det kan även handla om språk- och talproblem, som att barnet börjar tala senare än sina jämnåriga, men också att det talar för högt, för fort eller kanske för mycket. För andra är stamning ett problem.

Diagnostisering

Diagnostisering är viktigt för att undvika att personer med TS missuppfattas. För barn är det viktigt att tidigt få sina svårigheter igenkända, och därigenom få rätt hjälp för att kunna utvecklas på bästa sätt.

Några av symtomen vid TS kan uppfattas provocerande för omgivningen. Lärare och terapeuter tror ibland att barnets beteende beror på att familjen har ett relationsproblem, eller att barnet vill ha uppmärksamhet och kommit på ett sätt att skaffa sig det. Om problemen antas ha psykologiska orsaker eller bero på dålig uppfostran blir behandlingen felaktig och leder till ytterligare påfrestningar för barnet och resten av familjen. För vuxna är det viktigt att omgivningen känner till bakgrunden till varför en person med TS inte fungerar som andra.

Förekomst

Aktuella vetenskapliga översikter beräknar att en halv till en procent av barn i skolålder har TS, och att pojkar har det oftare än flickor. 20 till 30 procent av alla barn har under någon period tics.

Mer om insatser vid dessa tillstånd kommer i kapitel 4 sid 49 och framåt.

Referenser

Socialstyrelsens kunskapsöversikt: ADHD hos barn och vuxna. 2002. Artikelnr 2002-100-16.
www.socialstyrelsen.se

4. Barn och ungdomar med beteendeproblem, och trotsigt eller normbrytande beteende

Alla barn kan av och till uppvisa beteende som vuxna tycker är olämpligt eller oacceptabelt. I de flesta fall är det inte så mycket att bekymra sig om, och inget som kräver speciella insatser utifrån för att stävja. Det kan handla om problem som uppkommer i någon speciell situation (utbrott på väg hem från dagis, bråk mellan syskon, protester mot föräldrarnas krav på att till exempel gå och lägga sig) och är inget man ska oroa sig för. Det är helt enkelt en del av varje barns utveckling. Konflikter mellan ungdomar och vuxna, liksom protester mot vuxnas regler, ingår i en normal frigörelseprocess under tonårstiden.

Däremot är det rimligt att tala om beteendeproblem då ett barns handlande bryter mot de regler, normer och förväntningar som finns i barnets uppväxtmiljö, och påverkar, hindrar, stör eller förstör för andra i den gemenskap som handlingen utförs i. Ibland används begreppet "normbrytande beteende" som samlande benämning för dessa beteenden.

Trotssyndrom

I de diagnostiska manualer som används inom barnpsykiatri och annan hälso- och sjukvård finns diagnoserna "trotssyndrom" (oppositional defiant disorder, ODD) och "uppförandestörning" (conduct disorder, CD).

Trotssyndrom utgörs av ett mönster av negativt, fientligt, utmanande och trotsigt beteende som är riktat mot auktoritetspersoner i omgivningen. Till en början är protesterna riktade mot föräldrarna, men de kan efterhand även komma att prägla samvaron med andra vuxna och med kamrater, och därmed påverka barnets fungerande i vardagen. Det har visat sig mycket vanligt att impulsiva, överaktiva barn

med ADHD utvecklar dessa problem. Cirka 50 procent av dem gör det enligt olika svenska och internationella studier.

Förekomst

Internationella studier visar att fyra till nio procent av alla förskolebarn har allvarliga trotsbeteenden.

Fortsatt problemutveckling

Det finns en rad väldokumenterade riskfaktorer som visats öka sannolikheten för fortsatt utveckling av allt allvarligare beteendeproblem:

Riskfaktorer hos barnet

Svårhanterligt temperament, lättväckt ilska, benägenhet att reagera med aggressivitet vid konflikter, och ADHD (framför allt impulsivitet och överaktivitet).

Riskfaktorer i familjen

- Svåra livsomständigheter som gör att föräldrar har föga ork och tid för sitt barn.
- Familjer med lite socialt stöd, eller föräldrar som har egna problem som depression och missbruk.
- Bristfälliga uppfostringsstrategier med negativa samspelelmönster i familjen, där inadekvat föräldrabemötande omedvetet förstärker barnets trots/negativa beteende ("coercion theory").
- Bristande övervakning och tillsyn, inkonsekvenser vid överträdelse av regler, oförmåga att förstärka positivt socialt beteende hos barnet.

Riskfaktorer i förskola och skola

- En vardag i förskola/skola som domineras av negativt bemötande, bristande positiv förstärkning med lite uppmuntran för positivt beteende samt stress, otrygghet och mobbning.
- Bristande framgång i skolarbetet.

Risikfaktorer i relation till kamrater

- Saknar fasta kamratkontakter, blir utstött och mobbad.
- Barnet saknar fritidsintressen och får uppmuntran för sina negativa beteenden från en kamratgrupp med beteendeproblem.

Uppförandestörning

Då en individ uppvisar ett mönster av beteenden som varat över tid, och som kränker andras grundläggande rättigheter eller betydelsefulla åldersadekvata samhälleliga normer och regler, används inom barnpsykiatri den diagnostiska termen "uppförandestörning". Det handlar om upprepade asociala handlingar som aggressivt verbalt eller fysiskt våldspräglat beteende mot människor och djur, samt handlingar som kan orsaka skador på annans egendom, såväl som opålitligt beteende, stölder och andra allvarliga norm- eller regelbrott. Det är vanligare att pojkar utvecklar trotsbeteende och uppförandestörning än flickor.

Symtomutveckling

Om symtom på uppförandestörning börjar redan före tonåren är prognosen allvarlig. Problemutvecklingen är att olydnad, trots och raseriutbrott i barnåren utvecklas till mer allvarliga problem som till exempel aggressivitet, skolk, knytning till asociala gäng, och efterhand stölder, droger och missbruk. Om problemen upptäcks och insatser initieras tidigt är möjligheterna att hjälpa ganska goda. Däremot har det visat sig vara svårt att lyckas med behandling av tonåringar med långdragna sociala problem. Det är vanligare med familjesociala problem hos barn med både ADHD och uppförandestörning än hos barn med endast ADHD. Familjerna är oftare splittrade, lever i social isolering och bor oftare i bostadsområden där även många andra ungdomar har sociala problem.

Förekomst av "uppförandestörning" hos ett skolbarn, vanligtvis i tonåren, är en mycket allvarlig signal om risk för fortsatt asocial problemutveckling. Det kan inte lösas av skolans personal, utan bör leda till samlade insatser där pedagogisk och elevvårdande personal samverkar med föräldrar och sociala myndigheter, såväl som med fritidsverksamheter.

Betydelsefulla faktorer för bedömning av allvarsgrad av utagerande beteendeproblem

- **Varaktighet:** Sedan hur länge har det funnits? Under hur långa perioder varar det?
- **Frekvens:** Hur vanligt förekommande är det? Är det ett mönster som upprepas eller något som bara händer i vissa situationer, till exempel där det ställs krav?
- **Intensitet:** Med vilken styrka tar det sig uttryck? Vilka reaktioner väcker det bland andra? Bryter det mot sociala normer?
- **Omfattning:** Finns beteendet inom flera och olika sammanhang? Har det olika uttrycksätt i olika miljöer?
- **Avsikt:** Vad vill barnet uppnå med sitt handlande? Hur uppfattas det av andra? Är det meningslöst eller förståeligt utifrån barnets perspektiv, som exempelvis reaktioner som provoceras fram av andra?
- **Påverkan:** Hur påverkar det barnets sociala förmåga och prestationer i stunden och på längre sikt?
- **Känslighet:** Hur reagerar barnet på vuxnas ingripanden?

Allvarliga beteendeproblem

Allvarliga beteendeproblem – då konsekvenser, omfattning, intensitet och stabilitet är klart utanför det som kan ses som acceptabelt – kräver att vuxna reagerar. De fordrar välplanerade insatser, som inbegriper barnet i flera miljöer och samverkan mellan olika samhällsaktörer. Men de kan också kräva specifika medicinska och diagnostiska bedömningar för att till exempel avgöra om de kan vara relaterade till tillstånd som ADHD eller till ett autismspektrumtillstånd som kräver specifik behandling.

Om en tolvåring till exempel uppvisar utagerande beteende genom att ofta hamna i bråk med andra barn kan en bedömning av frekvens, varaktighet och avsikt visa hur allvarligt det är. Det bör tas ställning till huruvida det sker dagligen, om det går ut över andra än syskon, om det drabbar andra i närmiljön och om han bara slåss då han blir provocerad.

Exempel på symtom som kräver åtgärder:

- **Småbarn:** Återkommande fysisk aggressivitet mot vuxna utanför hemmet eller som mönster i samvaron med jämnåriga.
- **Förskolebarn:** Återkommande aggressiva handlingar med våldsinslag mot jämnåriga.
- **Skolbarn:** Initierande av slagsmål med kamrater och uppvisande av fysisk aggressivitet mot vuxna.

Uppförandestörning som debuterar i barndomen

Det som karakteriserar barndomsdebuterande uppförandestörning, eller "early starters", är att de redan som småbarn reagerat med fysisk aggressivitet i konflikter och att de haft problematiska kamratrelationer under uppväxten. Under förskoleåldern har de visat vad som ovan beskrivits som trotssyndrom och uppfyller en del av kriterierna för uppförandestörning redan innan puberteten.

Ofta är det barn som också har ADHD och det är i högre utsträckning pojkar än flickor. Dessa barn löper betydligt större risk att utveckla kroniska problem och senare det som kallas "antisocial personlighetsstörning", med en kriminell karriär, än de vars problem blir allvarliga först i tonåren.

Uppförandestörning som debuterar i ungdomsåren

Det som karakteriserar ungdomsdebuterande uppförandestörning, eller "late starters", är att det handlar om ungdomar som haft "normal" social- och beteendeutveckling under förskoleåldern och tidiga skolåren, och att det är först i tonåren de visar tecken på uppförandestörning.

De uppvisar oftast mindre fysisk aggressivitet i sitt beteende mot andra och deras kamratrelationer har under uppväxten varit bättre. Inte sällan kan de ha de en hög status i gruppen. Prognosen för dessa ungdomar är bättre och andelen flickor är högre än den är bland barndomsdebuterande. Problemen har oftast startat i ett skede av nya psykologiska eller sociala belastningar. Det kan till exempel vara efter föräldrarnas skilsmässa, då de knutit sig till nya kompisar som lockat och väckt spänning med sitt utmanande sätt.

Förekomst

Uppförandestörning beräknas finnas hos två till tre procent av alla barn och ungdomar.

Barnens behov av insatser¹

Föräldrar till barn med de beskrivna svårigheterna behöver tidigt stöd i sin föräldraroll för att på bästa sätt kunna stödja sitt barns positiva utveckling. Generellt och riktat föräldrastöd är särskilt relevant att ge till föräldrar vars barn har en egen sårbarhet och som visar tidiga tecken på beteendeproblem, samt till familjer vars barn lever i utsatta riskmiljöer med risk för fortsatt problemutveckling.

Faktorer inom familjen med en skyddande effekt kan vara såväl faktorer som handlar om den direkta samvaron inom familjen, som faktorer som påverkar familjens förmåga att skydda barnen även när de är involverade i aktiviteter utanför familjen. Föräldrar har också betydelse för barns möjligheter att klara av de olika utvecklingsuppgifter de har att klara under sin uppväxttid. Det kan vara tillit, förmåga att uttrycka sig, upplevelse av kompetens, samvaro med jämnåriga och vuxna, anpassning till skolans miljö och krav på prestationer, gradvis känslomässigt oberoende av föräldrar, samt realistiska val och ambitioner för utbildning.

Misslyckande med att nå utvecklingsuppgifter på en viss åldersnivå innebär att det är svårare för barnet att framgångsrikt klara kommande utvecklingsuppgifter. Det innebär en ökande mängd belastningar, eller ökad risk för misslyckanden som visar på betydelsen av att förebyggande insatser når barn i tidiga utvecklingskedan.

Barnen behöver ofta stöd och tillrättaliggande insatser i skolan för framgångsrik inläring och för lyckad social samvaro med andra barn och vuxna i skolan. Dessutom behöver föräldrarna kunna se sitt barns individuella behov för att kunna stödja dem i vardagen. Om inte stödet till föräldrarna och barnet är framgångsrikt behövs mer omfattande stöd för att tillrättalägga förhållandena runt barnet. Det bör ske med utgångspunkt från barnets sätt att fungera och från risk- och skyddsfaktorer i barnets familj och närmiljö.

Utformningen av stöd till föräldrarna behöver göras utifrån barnets ålder. Sedan behöver barn med egen sårbarhet från tidiga tonåren och uppåt hjälp med att förstå sitt sätt att fungera. De behöver förstå både sina starka och sina sårbara sidor för att kunna utveckla egna coping-strategier, som behövs för att tackla svåra situationer i vardagen. Många barn har stort behov av stöd från föräldrar och samhälle för att få tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter, och längre upp i tonåren stöd för att etablera sig på arbetsmarknaden.

Genom att tydliggöra ett barns riskfyllda utvecklingsbana kan man visa att förebyggande insatser måste göras tidigt i ett barns utveckling för att stärka skyddsfaktorer och minska risker långt innan allvarliga problembeteenden etablerats. Om man väntar till tonåren med att ge insatser till de barn som tidigt visat riskbeteenden är det svårare att hindra fortsatt allvarlig problemutveckling. Då är deras attityder och beteenden fastare etablerade och svårare att ändra.

Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?

Följande avsnitt om olika insatser gäller för alla problemområden i detta kapitel och även i kapitel 3, Barn och ungdomar med beteendeproblem och trotsigt eller normbrytande beteende.

Problemet svårighetsgrad är vägledande för var ärendet ska hanteras. Vid lindriga problem är rätt hjälpinstans basnivå/första linjen. Vid svår/komplex problematik är det såväl basnivå som specialistnivå (se tabell 1). Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt och kan se olika ut i olika områden i landet. En rimlig indelning/definition av basnivå/första linjen och specialistnivå är följande:

Första linjens hälsofrämjande insatser

Det kan till exempel vara generellt utformat föräldrastöd (som kan ges inom mödravård, barnhälsovård, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet, förskola och skola), allsidig elevutredning och ställnings-

tagande till behov av särskilt stöd (som görs inom förskola, skola och elevhälsa).

Första linjens sjukvårdande insatser

Dessa avser de insatser som kan erbjudas vid lindriga tillstånd. Det kan till exempel gälla sammanställning av barnets besvär utifrån frågeformulär, intervjuer och observationer. De kan även innefatta identifiering av funktionsnedsättning, stöd till föräldrar att identifiera barnets behov av miljöanpassade åtgärder och information till skola för anpassning av pedagogisk miljö, liksom uppföljning av välfungerande medicinering vid okomplicerad ADHD. Föräldrastöd och föräldraträning ges inom barn- och allmänmedicin. För yngre barn fyller BHV:s personal en viktig roll för att tidigt identifiera svårigheter hos barn och för att initiera stöd.

Sjukvårdande insatser på specialistnivå

Dessa sätts in vid allvarliga tillstånd som kräver fördjupad utredning, insättande av medicinering, specialiserat föräldrastöd utifrån barnets problematik och beteendeinriktade behandlingsprogram (som kan ges av BUP, BUM eller BUH).

Socialtjänstens individ och familjeomsorg

Denna ger specialiserade insatser i samband med omsorgsbrist och/eller allvarliga utagerande anpassningsproblem som är till skada för individens egen utveckling eller en fara för andra.

Vid beteendestörning och misstanke om funktionshinder av alla svårighetsgrader bör föräldrar, barn och unga alltid vända sig till elev- och skolhälsovård för att uppmärksamma verksamheten på behoven av insatser. Klinisk erfarenhet och forskning visar att till exempel flickor med funktionsnedsättningar inte upptäcks i tid i skolan, utan att upptäckten kan dröja flera år efter att föräldrarna själva sett behoven av särskilt stöd. Vid allvarlig och komplex problematik behöver föräldrar, barn och unga samtidigt kontakt med specialistnivå.

Var och hur bör fortsatt handläggning ske?

För att specialistinsatser till barn med beteendeproblem och funktionsnedsättningar ska vara effektiva och komma barnet till godo krävs att insatser från basnivån alltid ges samtidigt. Barnet lämnas aldrig över för att få alla sina behov tillgodosedda på en övre nivå. I tabell 2 förutsätts detta gälla i alla situationer då insatser ges från specialistnivå och det påpekas inte särskilt i tabellen att basnivån även här är engagerad.

Elevvårdsteamet bör tillhandahålla specialpedagogisk, social, psykologisk och medicinsk kompetens, och ska kunna genomföra en allsidig elevutredning. Det ska vara ett stöd för arbetslagen när det gäller att upprätta åtgärdsprogram och bedöma vilka barn och ungdomar som behöver insatser från specialistnivån.

Utifrån detta ger en allsidig elevutredning underlag för kartläggning av barnets resurser och för bedömning och diagnostisering av generella och specifika inlärningssvårigheter. Elevutredningen ger dessutom underlag för bedömning av beteendeproblem, funktionshinder och psykisk

ohälsa samt för bedömning av skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen. En allsidig elevutredning ger underlag för psykopedagogiska behandlingsinsatser till barn och familj. Genomgående innebär skolans åtgärdsprogram, och utvärderingen av dessa, ett underlag för att bedöma art och grad av problematiken.

En intressant fråga är hur en utbyggd basnivå med behandlingsuppdrag skulle se ut för att klara utredning, diagnostik och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD. Nästa fråga blir då om detta skulle kunna rymmas inom elev- och skolhälsovård och vad som i så fall måste förändras. En fördel med att elev- och skolhälsovård har detta uppdrag är att det då sker en kompetensutveckling kopplad till en av de viktigaste vardagsmiljöerna för barn. Den ökade kunskapen om barns allmänna och särskilda behov skulle innebära att nödvändiga förändringar och anpassningar av skolans miljö, krav och vuxenstöd på ett snabbare och mer effektivt vis skulle kunna genomföras inom den egna verksamheten.

TABELL 1. Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Basnivå/första linjen. När problem visar sig i förskola/skolan/hemmet kontaktar familjen barnhälsovård/elevhälsa. Vid behov kan även allmän medicin/socialtjänst kontaktas.
Allvarlig	Föräldrar/barn/unga vänder sig vid allvarlig problematik såväl till elev och skolhälsovård/BHV som till specialistnivån. Föräldrar kan söka specialistnivå självständigt eller få hjälp av basnivån med remiss.
Komplex	Föräldrar/barn/unga vänder sig vid komplex problematik såväl till elev och skolhälsovård/BHV som till specialistnivån. Föräldrar kan söka specialistnivå självständigt eller få hjälp av basnivån med remiss.

När rekommendationer kommer från specialistnivå om vilka förändringar som behöver göras i skolan för att ett barns särskilda behov ska tillgodoses, kan detta kompliceras av kulturella och kunskapsmässiga skillnader mellan verksamheterna, samt av risk för samarbetsvårigheter och revirstrider. En utbyggd elev- och skolhälsovård med behandlingsuppdrag skulle kunna innebära att hälsofrämjande insatser ökar, och att förebyggande arbete av beteendeproblem och psykisk ohälsa hos barn förbättrades.

Utredning, diagnostisering och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD ska ske i ett tvärprofessionellt team som har fullgod kompetens och som kan bygga upp tillräcklig erfarenhet av arbetsuppgifterna. Pedagogisk, social, psykologisk och medicinsk kompetens med särskild kunskap om barns utveckling och funktionshinder bör finnas inom teamet. Det är dessutom nödvändigt med kompetens för att

göra differentialdiagnostiska bedömningar av beteendeproblem, psykisk ohälsa, psykiatriska symtom, stress och utsatthet hos barnet. Teamet ska kunna ge underlag för att bedöma stress, utsatthet, risk och skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. Behandlingsinsatser av olika slag ska kunna ges från specialistnivå.

Samverkan mellan basnivå/första linjen och specialistnivån sker vid behov kring det enskilda barnet och familjen. Samverkan sker också mellan nivåerna beträffande gemensam kompetensutveckling, och i form av utbildningsinsatser och konsultation från specialistnivån gentemot basnivån.

En förstalinjesverksamhet med tillräcklig medicinsk kompetens kan vara en möjlig nivå för uppföljning av en okomplicerad läkemedelsbehandling om det finns tillgång till specialiststöd vid behov.

TABELL 2. Var och hur bör fortsatt handläggning ske? Inlärningssvårigheter

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skyddsfaktorer
<p>Behov av specialiserad utredning och behandling</p> <p>Inlärningssvårigheter</p> <p>Basnivå Inlärningssvårigheter, med eller utan tecken på samsjuklighet med ADHD, och ATS, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa</p> <p>Utredning och diagnostisk bedömning av utvecklingsstörning, dyslexi och dyskalkuli</p> <p>Specialistnivå Kvarstående oklara och betydande inlärningssvårigheter, trots utredning och diagnostisk bedömning från basnivån av såväl inlärningssvårigheterna som av andra förekommande problem</p> <p>Ställningstagande till bedömning, diagnostik och behandlingsinsatser, riktade mot samsjuklighet görs på specialistnivån</p>	<p>En allsidig elevutredning i elevvårds-teamet klargör barnets förutsättningar för inläring, och bedömer behov av särskilt stöd och skolform. Utredningen klargör också barnets särskilda behov utifrån samsjuklighet, ADHD, ATS, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa. Efter utredning sker fortsatt förtydligande av svårigheternas art och grad, och av barnets särskilda behov genom upprepade utvärderingar av åtgärdsprogram.</p> <p>Utredning i tvärprofessionellt team med diagnostik av samsjuklighet som ADHD och AST, psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress eller utsatthet hos barnet</p> <p>Fördjupad neuropsykologisk utredning</p>	<p>Allsidig elevutredning</p> <p>Utredningen visar på skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. Utredningen klarlägger också riskfaktorer som ADHD och AST, beteendeproblem, psykiatrisk sjukdom, utsatthet hos barnet och psykosociala belastningsfaktorer i omgivningen.</p>

TABELL 2. Var och hur bör fortsatt handläggning ske? Inlärningssvårigheter

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skyddsfaktorer
<p>Behov av specialiserad utredning och behandling</p> <p>ADHD spektrum</p> <p>Basnivå Lindriga koncentrationssvårigheter, impulskontrollproblem och hyperaktivitet, med eller utan samsjuklighet i form av inlärningssvårigheter, TS och AST, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa</p> <p>För diagnostisk bedömning och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD</p> <p>Specialistnivå Svår ADHD-problematik med eller utan samsjuklighet med inlärningssvårigheter, TS och AST, beteendeproblem och/eller psykiatriska symtom</p> <p>Insatser på basnivå har inte varit tillräckliga</p> <p>Farmakologisk behandling av svår ADHD</p> <p>Farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD</p> <p>Superspecialistnivå Svårbedömd och terapiresistent ADHD som utgör ett allvarligt funktionshinder för barnet. Den kan vara både med eller utan komplex samsjuklighet av inlärningssvårigheter, TS, AST, beteendeproblem och psykiatrisk sjukdom. Insatser på specialistnivå har inte varit tillräckliga</p>	<p>Allsidig elevutredning i elevvårdsteamet</p> <p>Fokus på såväl ADHD-problematiken som på samsjuklighet</p> <p>Utredning i tvärprofessionellt team med fokus på att förtydliga art och grad av ADHD problematiken. Fokus även på samproblematik med inlärningssvårigheter, TS och AST, beteendeproblem, psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress och utsatthet hos barnet.</p> <p>Utredning/bedömning som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar</p>	<p>Allsidig elevutredning</p> <p>Utredning av skyddsfaktorer och psykosociala belastningsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen</p> <p>Bedöms som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar</p>

Forts. på nästa sida

<p>Tics och Tourett</p> <p>Basnivå Motoriska och/eller vokala tics som är tydliga för omgivningen, men där ticsen sig inte innebär ett hinder för barnet</p> <p>Behov av psykopedagogiska insatser till barnet och familjen, samt till omgivningen för att förebygga och hantera mobbning och icke-konstruktiv tjat</p> <p>Specialistnivå Bedömning och diagnostisering av svåra kroniska motoriska och/eller vokala tics/TS. Ticsen i sig innebär en belastning och påverkar barnets fungerande, psykiska och kroppsliga hälsa negativt. Detta trots att bas-basnivån fortlöpande ger anpassning och stöd till barnet, liksom psykopedagogiska insatser riktade både till barnet och omgivningen. Det behövs ställningstagande till farmakologiska eller andra behandlande insatser på specialistnivå riktade mot ticsen.</p> <p>Superspecialistnivå Terapieresistenta svåra kroniska tics eller TS med allvarliga somatiska, sociala eller psykiatriska konsekvenser för barnet och familjen. Med eller utan samtida svårbehandlade och allvarliga beteendeproblem. Insatser från specialistnivån har inte varit tillräckliga.</p>	<p>Medicinsk bedömning av ticsens art och grad hos sjuksköterska och/eller läkare inom skolhälsovård eller allmänmedicin. Differentialdiagnostisk bedömning avseende neurologiska symtom. Vid behov genomförs en allsidig elevutredning och utvärdering av åtgärdsprogram avseende samsjuklighet med inlärningssvårigheter, ADHD och AST, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa.</p> <p>Medicinsk bedömning av läkare med fokus på ticsens art och grad, liksom på neurologisk differentialdiagnos. Vid behov utredning i tvärprofessionellt team. Fokus på samsjuklighet med inlärningssvårigheter, ADHD och AST, psykiatriska symtom och beteendeproblem. Kartläggs och utreds till art och grad.</p> <p>Som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos utredare/behandlare</p>	<p>Den allsidiga elevutredningen ger bedömning av riskfaktorer som samsjuklighet med inlärningssvårigheter, ADHD och autismspektrumtillstånd, liksom beteendeproblem och psykisk ohälsa, skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen.</p> <p>Bedömning och utredning kartlägger skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen</p> <p>Som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos utredare/behandlare</p>
--	--	---

TABELL 2. Var och hur bör fortsatt handläggning göras? Aggressivitet och utagerande beteendestörning; trottsyndrom och uppförandestörning

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
<p>Behov av specialiserad utredning och behandling</p> <p>Aggressivitet och utagerande beteendestörning</p> <p>Basnivå Trots, aggressivitet och beteendestörning som är ett problem i skolmiljön och hindrar barnets inläring, utveckling, trivsel och fungerande i skolsituationen</p> <p>Specialistnivå Trots, aggressivitet och utagerande beteendeproblem där insatser på basnivån inte är tillräckliga. Behov finns av ytterligare bedömning, och av diagnostik av samproblematik som inläringssvårigheter, ADHD eller AST, psykisk sjukdom, psykosociala belastningsfaktorer, sviktande omgivningsstöd och utsatthet hos barnet.</p> <p>Superspecialistnivå Allvarlig beteendeproblematik och aggressivitet som fortsätter utvecklas och innebär stora risker för barn och familj. Fördjupad bedömning av samproblematik och behov av behandlingsinsatser från specialist och superspecialistnivå finns.</p>	<p>Allsidig elevutredning i elevvårdsteamet. Art och grad av beteendestörning, samt art och grad av eventuell samproblematik utreds</p> <p>Tvärprofessionell utredning</p> <p>Som på specialistnivå</p>	<p>Utredningen klargör skyddsfaktorer och riskfaktorer som inläringssvårigheter, ADHD eller AST, psykisk ohälsa, stress och utsatthet hos barnet. Psykosociala riskfaktorer i familj och närmiljö klarläggs, framförallt barnets situation i skola och kamratgrupp. Vid behov aktualiseras samarbete med sociala myndigheter för utredning och bedömning av behovet av insatser.</p> <p>Risk och skyddsfaktorer bedöms i utredningen. Samverkan med sociala myndigheter för bedömning av sociala risk- och skyddsaspekter</p> <p>Som på specialistnivå</p>

Vidare utredning

Den första kontakten har lett fram till en bedömning som innehåller beskrivning av art, till exempel uppmärksamhetsstörning, och grad av barnets symtom och problem (lindrig/allvarlig). Bedömningen innehåller även beskrivning av om det finns speciella faktorer (till exempel barnets ålder vid debut av symtom, om barnet lever i en komplicerad familjesituation eller om barnet har en icke anpassad skolsituation – se exempel nedan) som kan påverka vidare handläggning.

Utifrån detta föreslås:

- Vidare utredning, beroende på vilken nivå ärendet ligger inom (se Tabell 3), som underlag för ställningstagande till lämpliga åtgärder (se Tabell 4). Utredning ska ge underlag för att bedöma diagnos, differentialdiagnos, samsjuklighet, risk/skydd och funktionsnivå.
- Att den egna verksamheten initierar åtgärder utifrån bedömningen i den första kontakten (Tabell 4).

TABELL 3. Utredning

Vårdnivå	Basnivå (förskola/skola)	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symtombeskrivning	När och hur symtomen uppträder och när de inte uppträder (checklista, skattningsinstrument, föräldrintervju, observation)	Sammanställning av barnets aktuella besvär, hur de beskrivs av föräldrar och förskola/skola Skattningsformulär beroende på barnets ålder kan användas	Sammanställning av tidigare och nuvarande besvär, samt av besvärens utveckling
Funktionsbeskrivning	Strukturerade observationer av barnet i förskola/skola och skattningar via föräldrar och pedagogisk personal Bred skattning av starka och svaga sidor i förhållande till ålder Vid behov göra åtgärdsprogram som följs upp	Strukturerade observationer och skattningar i barnets olika miljöer Bred skattning av starka och svaga sidor i förhållande till ålder Beskrivning av barnets hemmiljö och skola/fritidsmiljö Anamnes av föräldrar, barn och lärare	Sammanställning av tidigare information Kompletterande och fördjupad anamnes avseende utveckling, social förmåga och beteende Vid behov komplettera med observation och skattningar

Forts. på nästa sida

Forts. från föregående sida

Vårdnivå	Basnivå (förskola/skola)	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Standardiserad diagnostisk bedömning		Bedömning av kognitiv förmåga, språk och tal, läs- och skrivförmåga, matematisk förmåga, perception, uppmärksamhet/koncentration, impuls-kontroll, exekutiv funktion, minne, motorik, social förmåga, beteende, ångest-nivå och depressionsgrad Neuromotorisk undersökning Bedömning av barnets allmänna hälsotillstånd, eventuellt specifik medicinsk utredning	Kompletterande tvärprofessionell utredning i team Bedömning av medicinsk, kognitiv, social och emotionell funktion Kompletterande bedömning av grov- och finmotorik, sensoriska, exekutiva funktioner, minne och inläring, tal och språk (inklusive läs- och skrivförmåga), samt visuospatial förmåga Ställningstagande till medicinsk utredning angående somatiska orsaker
Psykiatrisk differential-diagnostisk bedömning		Generella inlärnings-svårigheter, utvecklings-störning, läs- och skriv-svårigheter, miljöbetingade beteendeproblem och brister i social förmåga	Differentialdiagnostik och värdering av samsjuklighet avseende utvecklings-störning, ADHD, TS, autism-spektrum tillstånd, PTSD, ODD, CD, DCD, dyslexi, språkstörning, ångest depression, bipolärt syndrom samt missbruk

Att tänka på vid utredning

Instrumenten som används ska vara tillförlitliga och användas av personer med rätt kompetens.

Speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:

- Annat funktionshinder – psykiska eller fysiska.
- Annan kulturell bakgrund.
- Föräldrar/barn med dåliga kunskaper i svenska.
- Traumatiska upplevelser.
- Komplicerad psykosocial miljö eller komplicerad familjesituation.
- Skolsituationen och inlärnings-svårigheter.
- Andra psykiatriska diagnoser som till exempel depression, ångest eller tvångstankar/handlingar.

- Kraftigt utagerande beteende, missbruk, droger och kriminalitet
- Många funktionshinders-svårigheter av olika slag som samverkar, där arten och graden inte räcker till diagnos trots att de kan vara klart funktionsnedsättande.
- Sällsynta diagnoser.

Åtgärder

Utredningsresultat ska ge underlag för åtgärd. Dessa åtgärder ska vara baserade på evidens-baserade metoder eller god praxis/beprövad erfarenhet. Inriktning på dessa metoder beskrivs i Tabell 4.

För barn och ungdomar inom autismspektrum har i allmänhet BUH ett ansvar i fråga om behandling, och BUP är ett komplement vid psykisk/psykiatrisk tilläggsproblematik.

TABELL 4. Evidensbaserade åtgärder och god praxis/beprövad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig/komplex
Upp till 6 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd – förskola</p> <p>Föräldrainerventioner: Information, undervisning, rådgivning</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd – förskola</p> <p>Föräldrainerventioner: Information, undervisning, rådgivning</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p>
6 – 12 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Anpassning av kravnivån i skola/fritidsverksamhet</p> <p>Föräldrainerventioner: Information, undervisning, rådgivning</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p> <p>Information/undervisning till barnet</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Anpassning av kravnivån i skola/fritidsverksamhet</p> <p>Föräldrainerventioner: Information, undervisning, rådgivning</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram/ familjebehandlingsprogram*</p> <p>Information/undervisning till barnet</p> <p>Diagnostik</p> <p>Medicinering mot ADHD och/eller andra samtidiga psykiatriska tillstånd, med kontinuerlig uppföljning</p>
12 – 18 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Anpassning av kravnivån i skolan</p> <p>Föräldrainerventioner: Information, undervisning, rådgivning</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p> <p>Information/undervisning riktad till den unge</p> <p>Beteendeariktade behandlingsprogram riktad mot den unge</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd</p> <p>Hjälpmedel</p> <p>Anpassning av kravnivån i skolan</p> <p>Föräldrainerventioner: Föräldraträning, information, undervisning, rådgivning</p> <p>Manualbaserade föräldraträningsprogram/ familjebehandlingsprogram</p> <p>Beteendeariktade behandlingsprogram riktad mot den unge</p> <p>Information/undervisning riktad till den unge</p> <p>Diagnostik</p> <p>Medicinering med kontinuerlig uppföljning</p>

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Ålder	Lindrig	Allvarlig/komplexa
Upp till 6 år	<p>Individnivå: Alla insatta insatser ska utvärderas</p> <p>Tidpunkt för utvärdering bestäms i samband med behandlingsstart</p> <p>Mål för utvärdering ska vara konkreta och mätbara. I utvärdering kan skattningsformulär från utredningen användas. Skattningsformulär (till exempel C-GAS/GAF) som belyser symtombelastning hos barnet/ungdomen och familjen används. På basnivå ska åtgärderna utvärderas.</p> <p>Verksamheten: Verksamhetens resultat kan jämföras genom deltagande i kvalitetsregister och nationella jämförelser</p>	<p>Individnivå: Alla insatta insatser ska utvärderas</p> <p>Tidpunkt för utvärdering bestäms i samband med behandlingsstart</p> <p>Mål för utvärdering ska vara konkreta och mätbara. I utvärdering används de skattningsformulär som använts under utredningen. Skattningsformulär (till exempel C-GAS/GAF) som belyser symtombelastning hos barnet/ungdomen och familjen används. På specialnivå utvärderas vårdplanen. På basnivå ska åtgärderna utvärderas.</p> <p>Verksamheten: Verksamhetens resultat kan jämföras genom deltagande i kvalitetsregister och nationella jämförelser</p>
6 – 18 år	Som ovan	Som ovan

Referenser

Kadesjö C, *Föräldrars betydelse för bruk och skadligt bruk av narkotika*, kapitel i, Andréasson, S (red) 2008, Statens Folkhälsoinstitut, *Narkotikan i Sverige: metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt.*

VästBus Riktlinjer

För rekommendationer om specifika metoder vid utredning hänvisas bl.a. till Östergötlands vårdprogram "Vårdprogram för barn och ungdomar med AD/HD och/eller DAMP" samt "Vårdprogram för barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende". "Tics och Tourette syndrom" av Henrik Pelling m.fl.

VästBus – Gemensamma riktlinjer i Västra Götaland. www.vgregion.se/vastbus

Se Sven Brenbergs rapport "Nya verktyg för föräldrar" (Folkhälsoinstitutet), Familjebehandling: MST, FFT

5. Barn och ungdomar som tänker och kommunicerar annorlunda

Autismspektrumtillstånd (AST)

Beskrivning av problemområde

I begreppet Autismspektrumtillstånd (AST) ingår diagnoserna autism i barndomen (autistiskt syndrom) atypisk autism (autismliknande tillstånd) och Aspergers syndrom. Gemensamt för samtliga diagnoser inom autismspektrum är:

- Brister i förmågan till ömsesidig social och emotionell interaktion.
- Brister i kommunikationsförmåga (verbalt och icke-verbalt).
- Begränsningar i förmågan till flexibilitet och föreställningsförmåga.

Termerna i ICD-10 och DSM-IV är något olika, men kriterierna för respektive diagnos liknar varandra.

Det finns inga tydliga gränser mellan de olika diagnoserna inom autismspektrum, och benämningarna kan vara av underordnad betydelse. Inte sällan förändras problembilden hos ett barn under uppväxten, så att det i ett senare skede är rimligt med annan diagnostisk benämning än den initiala. Det är viktigt att kartlägga mönstren av beteenden, och förekomsten av olika funktionsnedsättningar och utvecklingsavvikelser för att kunna förstå barnet och kunna erbjuda adekvata insatser.

AST innebär i de flesta fall livslånga funktionshinder, men för vissa barn med relativt lindriga symtom och normal begåvningsnivå kan funktionen förbättras så att diagnoskriterierna inte längre är uppfyllda när de når ungdomsåren.

Termerna i ICD-10 och DSM-IV

Termer i ICD-10	Termer i DSM-IV-TR	Kommentarer
Autism i barndomen	Autistiskt syndrom	Kallas ibland klassisk autism, typisk autism, infantil autism eller Kanner-autism. Finns på alla begåvningsnivåer. Vid normal begåvning och välutvecklat tal används ibland termen högfungerande autism (avser autism hos i övrigt "högfungerande" personer).
Aspergers syndrom	Aspergers syndrom	Aspergers syndrom finns hos barn med normal eller nästan normal begåvning. Det som skiljer Aspergers syndrom från autistiskt syndrom är att den tidiga kognitiva och språkliga utvecklingen varit markant försenad hos barn med autism, men inte vid Aspergers syndrom.
Atypisk autism	Genomgripande störning i utvecklingen utan närmare specifikation (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD NOS)	Kriterierna för autistiskt syndrom är inte fullt uppfyllda, men barnet har betydelsefulla avvikelser i sin utveckling och alltid tydliga svårigheter i området social interaktion. (Termen "autistiska drag" används ibland vid mindre påtagliga symtom, men då man identifierar något/några av diagnoskriterierna, till exempel hos barn med andra diagnoser som ADHD).

Symtomutveckling

Forskningen talar för att de flesta haft med sig sin autism från allra första början. Symtomen för autism kan variera mycket mellan olika personer och mellan olika stadier i livet hos en och samma individ. Någon som har haft alla de klassiska tecknen på autism som barn kan i ungdomsåren snarare ha Aspergers syndrom eller kanske bara verka lite udda. Utvecklingen kan också gå åt motsatt håll och de autistiska symtomen förvärras under tonåren. Majoriteten av alla barn med autism kommer att ha svårigheter eller vara avvikande hela livet. En liten grupp blir så pass mycket bättre att de kan ha ett välfungerande vuxenliv.

Symtom hos småbarn

Eftersom tillstånden i princip är medfödda kan symtom finns redan hos ett spädbarn. Det kan gälla att det är ointresserat av blickkontakt, visar tecken på att inte vilja bli buret, är svårtröstat eller har ett annorlunda rörelsemönster. De symtom som är diagnosgrundande och typiska för autism (som bristande tal/språkutveckling och ointresse för jämnåriga) går inte att upptäcka hos barn som har en mental ålder under två år. Därför kan det vara svårt att bedöma förekomsten av autism hos barn på låg utvecklingsnivå.

I småbarnsåldern är till exempel bristande förmåga till imitation, avsaknad av eller begränsat intresse för andra barn, avsaknad av uppmärksamhet på sitt eget namn och bristande förmåga att använda pekande för att få en vilja uppfyllt eller påvisa något intressant för något annat viktigt tecken på autism.

En del småbarn med autism kan börja använda enstaka ord före två års ålder, men slutar att använda dem efter ett kort tag. Det är som om de har förmågan att tala, men inte förstår meningen med det och därför tappar intresset för att utveckla sitt språk. Ointresset för språk gör att föräldrarna ofta misstänker att barnet har en hörselskada.

Hos barn mellan två och sex år brukar symtomen på autism vara som tydligast genom att de ofta blir mycket viljestarka, kräver oförändrade

rutiner, är hyperaktiva, destruktiva och upprepar samma beteenden om och om igen. Det är mycket vanligt att barn med autism fastnar i beteenden eller fixeringar, och om någon då försöker bryta beteendet får barnet utbrott. De utvecklar inte ett talat språk som andra barn i tvåårsåldern och visar föga intresse för andra barn.

Förskoleåldern

Barn med autism har mycket svårt för att leka med andra, vilket blir särskilt tydligt under de senare åren i förskolan. Detta kan komma till uttryck på många olika sätt, allt ifrån att de undviker andra barn och verkar helt inneslutna i sig själva till att de visar att de faktiskt vill umgås med andra, men inte vet hur de ska göra. Kontaktförsöken blir därför tafatta och misstolkas lätt av andra barn, som ibland kan känna sig provocerade.

Alla barn med autism har en försenad eller avvikande talutveckling. De mer högfungerande barnen med autism börjar prata under förskoleåldern, men de flesta har inte något särskilt begripligt tal före fyra till fem års ålder. Det som utmärker deras tal är att de pratar till andra snarare än med andra. Deras språkförståelse är konkret, de tolkar ord bokstavligt och har svårt med språkets finare nyanser. Det är vanligt att de barn som talar använder ekotal. De upprepar vad som just sagts eller sådant som andra sagt tidigare, vare sig det passar in i sammanhanget eller inte.

Hur barn talar i fem- och sexårsåldern spelar stor roll för utvecklingen under de tidiga skolåren. Två barn med autism som har ett ungefär lika avvikande beteende i treårsåldern kan vara väldigt olika när de är sju år. Det barn som inte har ett användbart språk kan vara nästan lika avvikande som vid tre års ålder. Det andra kan verka lite udda, men ändå ha ett användbart språk och vara mycket mindre avvikande än i förskolan. Självskadande eller våldsamma beteenden är inte ovanliga hos barn med autism och utvecklingsstörning, framförallt om de befinner sig på en tidig utvecklingsnivå.

Problemen vid Aspergers syndrom blir sällan

tydliga förrän i förskoleåldern eller tidig skolålder. Det som omgivningen reagerar på är många gånger det annorlunda sociala beteendet. Detta utmärks av att de ofta föredrar att sysselsätta sig själva i stället för att leka med andra barn, eller kanske föredrar vuxnas sällskap framför jämnårigas. Om de ändå söker sig till andra barn kan de uppfattas som avvikande i sitt beteende. De kanske styr och ställer med kamraterna, och förstår inte varför de andra till slut tröttnar och går därifrån.

Skolåldern

Om föräldrar tidigt har fått veta vad som är fel med deras barn, kan omgivningen vara bättre förberedd på barnets problem och kommande skolgång kan anpassas. Under de tidiga skolåren kan inte sällan symtomen på autism upplevas som mindre uttalade. Samtidigt innebär skolstart att symtom på autism framkommer hos barn som i yngre åldrar fungerat relativt väl, till exempel barn med Aspergers syndrom. Detta beror på att skolstarten medför tydligare krav på prestationer och inläring, och på anpassning till en grupps sociala förväntningar

Även om vissa barn med AST fortsätter att vara mycket avskärmade under hela barndomen accepterar majoriteten att vara tillsammans med andra barn. Många klarar av att leka med åtminstone ett annat barn, men kräver att själv helt få bestämma lekens utformning. Andra kan snarast uppfattas distanslösa i sitt sätt att närma sig andra.

För barn med Aspergers syndrom märks brister på social inlevelseförmåga. Framför allt är rasterna i skolan svåra eftersom kraven på den sociala förmågan då är som allra högst. De kan ha svårt att förstå och använda sig av underförstådda sociala umgängesregler, som exempelvis att man kan såra andra människor genom att ge negativa kommentarer om utseende eller beteenden. De sociala svårigheterna skapar självfallet frustration som kan leda till vredesutbrott.

Genom att lära sig ett antal sociala regler att hålla sig till kan en del upprätthålla ett socialt umgänge, även om barnet kan upplevas som

stelt och lite fyrkantigt av andra. Svårigheterna kommer ändå att finnas kvar mer eller mindre, speciellt med obekanta människor eller i nya situationer. Det kan upplevas som särskilt problematiskt att umgås med flera personer samtidigt. Många med Aspergers syndrom uppfattas som långsamma och klumpiga, och de har ofta ett stelt sätt att röra sig på. Även gester och manér kan vara speciella, och de är sällan intresserade av att delta i sportsliga aktiviteter.

Tonårstiden

För vissa barn sker under tonåren en försämring, och symtom och beteenden som varit borta under några år kan komma tillbaka eller förstärkas. Det kan röra sig om till exempel självdestruktiva beteenden, aggressivitet, utbrott, rastlöshet och hyperaktivitet. Men alla blir inte sämre, och vissa av dem som får förvärrade symtom återhämtar sig efter några år. Det finns också en liten grupp barn med autism som redan under tidiga skolår utvecklats väl och som blir märkbart bättre under tonåren. Några barn med autism, i första hand barn med utvecklingsstörning, förändras under puberteten från att tidigare ha sett vakna och närvarande ut, till att mer se ut på ett vis som förknippas med utvecklingsstörning.

Nya problem kan dyka upp i tonåren, till exempel epilepsi. Det är mycket vanligt med tillkommande psykiatriska symtom som ångest, fobier, specifika tvång och depression som kräver specifik behandling. Många ungdomar med Aspergers syndrom, och högfungerande ungdomar med autism, känner sig olyckliga och otillräckliga i tonåren eftersom de blir mer medvetna om att de är annorlunda. Vissa känner sig ensamma och längtar efter vänner, men vet inte hur man gör för att få sådana. Det är inte sällan svårt för ungdomar med autism, framför allt de med utvecklingsstörning, att hantera sina sexuella känslor på ett socialt accepterat sätt.

I puberteten händer det att tidigare snarast hyperaktiva barn nästan blir helt inaktiva utan att de visar några tecken på depression. När barnen växer upp slutar de, som andra ungdomar (fast senare), med de sysselsättningar de har

ägnat sig åt som yngre. De har dock mycket svårare att hitta nya saker att ägna sig åt och riskerar därför att fastna i inaktivitet. För vissa försämras förmågan att reagera på vad som händer i omgivningen.

Behovet av rutiner kan börja som rutiner vid sänggåendet eller krav på att sitta på speciella platser. I tonåren kan rutinerna påverka hela tillvaron, och det tvångsmässiga inslaget kan vara stort och minsta förändring mycket jobbig. En del ungdomar försöker dölja sin tvångsmässighet för omvärlden, vilket ibland kan leda till att de isolerar sig socialt.

Andra vanliga symtom vid autismspektrumtillstånd (AST)

Annorlunda ätbeteende

Nästan alla barn och ungdomar med autism eller Aspergers syndrom har något slags svårigheter med sitt ätande. Många äter bara vissa saker och vägrar annat. Orsaken kan vara svårigheter med själva ätandet, till exempel att tugga eller svälja, speciella matvanor på grund av rutinbundenhet, obehagsupplevelser av viss typ av mat i munnen eller att själva måltiden med sina sociala krav är plågsam för barnet.

Avvikande sinnesreaktioner

Avvikande sinnesreaktioner kan handla om både över- och underkänsligheter. Ljud, beröring eller annat som de flesta inte reagerar på, kan upplevas smärtsamma eller störande och skapa panikreaktioner. Det kan också vara så att vissa sinnesreaktioner, som att titta eller känna på särskilda former som andra vanligen inte reagerar på, kan upplevas som njutningsfyllda.

Självskadande beteenden

Självskadande beteenden är vanliga och förekommer i många olika former; från milda, snarast självstimulerande beteenden, till kraftiga som kan förorsaka skador. De kan ta sig uttryck i att dunka sitt huvud i väggen, bita sig i knogar eller handleder och att slå sig själv i ansiktet.

Tics

Tics finns vid autism i form av såväl enkla motoriska och vokala tics, som mer komplexa motoriska rörelser. Det kan vara svårt att dra en gräns mellan tics och motoriska stereotypier. Vid Aspergers syndrom är det inte ovanligt att kriterierna för TS också är uppfyllda.

Sömnproblem

Dessa finns hos majoriteten av barn med autism. Det kan vara svårigheter med att komma till ro på kvällarna, liksom att vakna på nätterna med kort nattsömn. Att vakna mycket tidigt är ett annat vanligt problem.

Atypiska symtom och samsjuklighet

Barn med autism är en heterogen grupp med barn på alla begåvningsnivåer och som ofta har andra avvikelser eller tillstånd som det är angeläget att känna igen (till exempel genetiska syndrom, neurologiska sjukdomar, olika andra psykiatriska och neuropsykiatriska tillstånd, språkstörningar, syn- och hörselnedsättningar samt epilepsi). Epilepsi, Fragile X syndrom, CATCH 22-syndrom (Velocardiofacialt syndrom), Tuberous sclerosis, Fetal alcohol syndrom, Angelmans syndrom, Retts syndrom, Williams syndrom, Prader-Willis syndrom och Downs syndrom är exempel på tillstånd där AST förekommer, och får betydelse för symtombild, liksom för kompletterande behov av insatser.

Hur och var visar sig behoven av insatser?

Symtomen på autism och behov av insatser kommer hos små barn i första hand till uttryck i hemmet, med problembeteenden i vardagliga situationer, och gör umgänget med barnet krävande. Frågan om förekomst av AST hos ett barn kan uppkomma hos barn i alla åldrar genom att de uppvisar avvikande beteende, svårigheter att fungera i grupp, ojämn utveckling med bristande skolframgång och, till och med i ungdomsåren, svårigheter att klara krav på självständighet och socialt liv.

Förekomst

Cirka en procent av alla barn beräknas lida av AST, och 0,2 till 0,3 procent har autistiskt syndrom.

Lindrig/allvarlig autism

Uttrycksätten vid AST kan variera mycket; inte minst genom att autism kan finnas hos barn på alla utvecklingsnivåer, från grav utvecklingsstörning till hög begåvning.

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningen vid AST är ofta omfattande och berör samtliga av livets områden. Nästan alla barn och unga med diagnos inom AST behöver förståelse och insatser under hela uppväxten.

Samtidiga problem, och psykiatrisk samsjuklighet

Det finns barn som förutom AST också har ADHD eller TS (då symtomen på dessa diagnoser inte kan förklaras av AST-diagnosen). Olika typer av inlärningssvårigheter är vanliga vid AST. Det gäller både specifika svårigheter, som dyslexi eller dyskalkyli, och mer generella, som inte förklaras av begåvningsnivå. AST förekommer vid olika medicinska eller genetiska tillstånd.

Ju äldre barnen blir, desto vanligare blir psykiatriska tilläggsproblem som depression, ångest och tvång, framför allt i ungdomsåren. Även asociala problem förekommer. Det är angeläget att identifiera samtidiga problem, då de kan medföra behov av kompletterande insatser. Många barn och unga behöver insatser för olika psykiatriska och sociala problem under uppväxten.

Svårigheter av de slag man känner igen hos personer med AST, men inte av den grad att en diagnos uppfylls, kan man även hitta hos barn med andra problem och diagnoser. De kan till exempel finnas hos barn med ADHD, inte minst om de dessutom har motoriskt perceptuella svårigheter (DAMP), liksom hos barn med TS. Sådana autistiska drag är betydelsefulla för att förstå dessa barns problemutveckling och prognos.

Åtgärder/insatser som bör kunna erbjudas på olika nivåer

Generella insatser

För att föräldrar och deras anhöriga ska kunna känna igen tidiga tecken på autism och ha större beredskap för att söka hjälp, behövs generella insatser (via media, exempelvis internet) för att öka kunskapen och medvetenheten om autism i dess olika uttrycksformer. I första hand gäller det kunskapen och medvetenheten om autism hos små barn.

Goda kunskaper, lokala riktlinjer för handlägningsrutiner och ansvarsfördelning, och tillgång till behandlingsinsatser ökar beredskap och motivation hos personal på basnivå (till exempel BHV, förskolan och primärvården) för att aktivt spåra och identifiera autism, i första hand hos små barn.

Det är även viktigt med hög kompetens och god förmåga att identifiera AST också inom specialistnivån. Det bör finnas kunskap om att AST kan finnas i samband med svåra psykiatriska/psykosociala problem, liksom vid olika utvecklingsavvikelse och kroppsliga sjukdomar.

TABELL 1

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Oberoende av svårighetsgrad	Föräldrar vänder sig till basnivå/första linjen då de har misstanke om symtom på autism hos sitt barn oberoende av ålder.
Allvarliga/komplexa	I tonår kan en komplex psykiatrisk problembild dölja förekomst av AST. Föräldrar vänder sig till specialistnivån.

Att hitta de som idag inte nås av insatser

Det krävs mer information om autism och bättre kunskap om stöd och behandling. Familjer till små barn med autism behöver, liksom barnen själva, insatser från basnivån. Bas/förstalinjenivåns primära uppgift för små barn är att känna igen tecken på AST, göra en primär bedömning, utesluta hörselnedsättning och sedan remittera för utredning/behandling hos den specialistnivåenhet som ska fylla denna uppgift inom ett landsting. Även rådgivning och familjestöd ska kunna erbjudas.

I BHV:s uppdrag ingår att följa barns utveckling (kognitiv, språklig och motorisk) vid återkommande hälsokontroller. Genom dessa finns förutsättningar att upptäcka autism hos små barn. Utformning och tidpunkter ser olika ut i olika delar av landet och på många håll är ambitionsnivån låg efter 18 månaders ålder. Screening av tal/språk görs vid två och ett halvt års ålder vid de flesta BVC. I gruppen med grav språkstörning finns barn med autism. Rutiner för att identifiera dessa barn behöver utvecklas, så att inte klarläggande av autism fördröjs av språkutredningar hos logoped.

Specifika screening-instrument eller screening-metoder för att identifiera autism är ofullständigt utvecklade, och tillgängliga metoder är inte utvärderade under svenska förhållanden. Det går därför inte att bedöma om metoderna har en acceptabel känslighet så att det ger utslag för den som har tillståndet, men inte tar med dem som inte har det. Mer forskning behövs innan instrument kan rekommenderas för allmän användning.

Familjer till skolbarn med autism behöver liksom som barnen själva insatser från basnivån. Bas/förstalinjenivåns primära uppgift för skolbarn är att känna igen och förstå att barns och ungdomars utvecklingsavvikelse eller beteendeproblem kan vara symtom på AST. En grundläggande bedömning kan göras av barnhälsovård eller skolhälsovård.

Vid välgrundad misstanke om autism bör specialistnivån kopplas in och en utredning

initieras. Det bör därför, oavsett ålder, finnas en lättillgänglig konsultationsfunktion inom specialistnivån, som basnivån kan vända sig till med frågor vid misstanke om autism och osäkerhet i bedömningen.

Vad ska göras oavsett aktör vid första kontakt

Bedöma symtomet – art och grad

Om AST misstänks vid första kontakt ska rimligheten i den misstanken bedömas genom anamnes och observation, eventuellt kompletterat med information från annan miljö. Vid försenad talutvecklingen ska även hörselkontroll göras. Om första kontakten är hos en aktör som inte har kompetens att göra denna bedömning ska barn och familj få hjälp att komma till enhet som kan göra denna bedömning.

Bedöma risk-/skyddsfaktorer

Förekomst av belastande familjefaktorer kan göra det extra betydelsefullt att omgående initiera stöd- och behandlingsinsatser.

Ta ställning till om och var vidare utredning/bedömning ska ske

Utredning vid misstanke om autism hos små barn kan ske inom specialiserad enhet som helst också kan erbjuda behandlingsinsatser. Utredningsteamet måste ha hög kompetens, då diagnoser inom AST har långtgående konsekvenser för ett barn och dess familj, och eftersom erfarenheten av utredningar av små barn är i många verksamheter begränsad. Grundläggande bedömning av barn i förskoleåldern kan (beroende på lokala förutsättningar) ske genom BVC-personal eller barnläkare. Vidare utredning sker inom BUH, BUP eller via "superspecialistteam". Grundläggande bedömning av skolbarn, tonåringar sker inom elevhälsa eller BUP.

Utdragna utredningar får inte hindra att behandlingsinsatser startas. Om det finns välgrundad anledning att misstänka autism och barnet har omfattande problembeteende, bör riktade behandlingsinsatser startas och fullständig utredning genomföras i efterhand.

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Behov av specialiserad utredning och behandling	Anamnes från föräldrar och andra i närmiljön Observation	Anamnes inriktad på belastningsfaktorer inom familjen, förskolan och skolan

TABELL 3. Vidare utredning

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Basnivå/första linje Uppmärksamma funktionsnedsättningar som kan vara AST (påverkar barnets inlärnin, beteende och/eller sociala fungerande). Remiss till specialistnivå.	Information och motivationsarbete gentemot föräldrar inför remiss. Bedömning som underlag för remiss.	
Specialistnivå Tvärprofessionell utredning och diagnostisk bedömning av AST, samt differentialdiagnostisk bedömning av samsjuklighet.	Utredning i tvärprofessionellt team med fokus på AST. Dessutom på samtidiga problem som andra funktionshinder, beteendeproblem, psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress och utsatthet hos barnet.	Utredningen ska klarlägga risk- och skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen
Superspecialistnivå Svårbedömd AST som utgör ett allvarligt funktionshinder för barnet, med komplex och terapiresistent samsjuklighet av andra funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykiatrisk sjukdom. Korrekt anpassning i vardagen och behandling av samsjuklighet utifrån rekommendationer från specialistnivån har inte varit verksamt.	Utredning/bedömning som på specialistnivå, men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar	Bedömning/utredning som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar

Verktyg för bedömning/utredning

Barn med utvecklingsproblem ska erbjudas en allsidig utredning i tvärprofessionellt team. Flera olika moment kan efter behov ingå i en diagnostisk utredning. Resurser ska användas på ändamålsenligt sätt och rutinprogrammet för utredning bör inte vara alltför omfattande

Anamnes genom intervju av föräldrar och barn (med anpassning till barnets ålder). Som

underlag och komplement för anamnes används frågeformulär till föräldrar och eventuell pedagogisk personal. Ofta kan fotografier vara till hjälp för föräldrarna att hitta tydliga minnesbilder, och ibland finns videofilmer att tillgå. Kompletterande information om barnets situation i förskola/skola/boende fås genom observation och/eller intervju med personal om barnets sätt att fungera i till exempel gruppsituationer.

DISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) och ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) är strukturerade intervjuer för att ta fram en beteendebeskrivning som är anpassad för att täcka kriterierna för autism enligt DSM-IV/ICD-10. Enbart intervju är en otillräcklig grund för en diagnos. Den bör därför kompletteras med andra moment som exempelvis observation av aktuellt beteende/status.

Observation kan även ske vid spontan aktivitet och vid strukturerad testsituation, där barnet får sysselsätta sig med bestämt material, delta i samtal och lek med olika moduler för olika åldrar och utvecklingsnivåer (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G)).

En utvecklingsbedömning, och ofta också strukturerad språkutredning, görs av psykolog. Kroppslig undersökning ska göras vid all utredning av utvecklingsproblem. Målsättningen är att avgöra hur sannolikt det är att barnet har ett medicinskt tillstånd, ett syndrom eller en neurologisk sjukdom som bör utredas vidare.

Andra delar av kartläggningen krävs för att hitta rätt form och inriktning av insatser som led i habilitering och uppföljning. Det är viktigt att känna till barnets utgångsläge, när det gäller till exempel kognitiv förmåga, för utvärdering av olika insatser.

Kartläggningen måste kompletteras efter behov under barnets uppväxt, i samverkan mellan de olika specialister som är inkopplade i habilitering/undervisning. Ett barns problem kan såväl minska som förstärkas.

Åtgärder

Utgångspunkten för stöd- och behandlingsinsatser är att det inte finns någon ”botande behandling”, men att insatser kan ha mycket avgörande betydelse för ett barns utveckling. Insatser kan ha stor betydelse för att minska de symtom som utmärker autism och med autism associerade problem, maximera barnets funktionella oberoende, öka dess livskvalitet och minska familjebelastningar.

De habiliterande insatserna måste planeras långsiktigt utifrån en regelbundet omprövad

individuell plan där barnets problembeteenden ses i ett helhetsperspektiv (det vill säga involverar förhållanden i familj, skola, boende och andra stödinsatser). Oavsett ambition med specifika behandlingsinsatser ska miljön runt barnet anpassas, vara ”autismvänlig” (den ska vara förutsägbar och onödiga stressmoment ska undvikas).

Barn med AST har mycket varierande stödbehov. Till exempel kan ett barn som har Aspergers syndrom, men som är framgångsrikt i sin teoretiska skolinläring, klara vardagen väl utan några större stödinsatser om det har förståelse för sitt speciella sätt att fungera. I rätt miljö kan vissa utmärkande drag vara en framgångsfaktor och det finns exempel på företag som enbart anställer personer med Aspergers syndrom. Andra barn med till exempel autism och begåvningshandikapp har så omfattande svårigheter att de mer eller mindre kontinuerligt har behov av anpassande och hjälpanse insatser.

Även om det behövs mer vetenskapligt grundad kunskap om hur optimala insatser kan utformas, talar aktuell forskning för vikten av tidiga och mångsidiga insatser till små barn med autism. För att ett barn med autism ska kunna ges optimala utvecklingsmöjligheter med förutsättningar för delaktighet i samhällslivet, bör barnens behov fångas upp tidigt, helst redan i småbarnsåldern, och individuellt planerade behandlingsinsatser påbörjas. Tidiga insatser är också viktiga för att förhindra utveckling av sekundära problem.

De mångsidiga program som finns fokuserar på både grundläggande svårigheter som barn med autism har och de resurser och styrkor som finns hos barnet och i dess omgivning. Tidigt insatta beteendeedukativa interventioner är det som fungerar bäst för barn med autism. Även om det fortfarande saknas kunskaper inom behandlingsområdet, till exempel för hur ofta och med vilken intensitet behandling ska ges eller om det finns de undergrupper av barn/familjer där behandlingen är mer framgångsrik, råder enighet om att man tidigt bör initiera insatser som utgår från ”tillämpad beteendeanalys” (ABA).

När AST identifieras hos äldre barn måste

insatser anpassas till utvecklingsnivå och grad av funktionsnedsättning. Gemensamt för barn och ungdomar inom autismspektrum är behovet av tydliggörande pedagogik (struktur, visualisering, förutsägbarhet), samt ofta vuxenstöd i sociala situationer. Även behandlingsmodeller som betonar struktur och individuellt anpassat behandlingsprogram, till exempel enligt TEACCH är betydelsefulla. Träning i sociala och kommunikativa färdigheter samt självständighetsträning (ADL-funktioner) är ofta rekommenderbara även för skolbarn och ungdomar.

Även om ansvar för specifika insatser till barn med AST i olika åldrar i första hand vilar på barn- och ungdomshabilitering ska basnivån,

framför allt för skolbarn, ha kvar sitt ansvar för att till exempel bevaka hur barnets skolsituation utformas.

Uppföljning

I princip alla barn och ungdomar med diagnos inom AST behöver uppföljning och varierande stödinsatser under hela uppväxten. Barn med AST tillhör de barn som kan få insatser från BUH och omfattas av LSS-personkrets. Det kan vara aktuellt med insatser från flera vårdnivåer (alltifrån skolan elevhälsa till superspecialister) och verksamheter. Därför är det viktigt med individuell plan för att samordna och tydliggöra vad, av vem, när och hur insatser ska sättas in.

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Generellt: Funktion i vardagen, god sömn och aptit, fungerande familjesituation, fungerar i skola, har kamrater.

Ålder	Lindrig och allvarlig
Alla åldrar	<p>Alla insatta insatser ska utvärderas</p> <p>Tydliga mätbara mål identifieras</p> <p>Tidpunkt för utvärdering bestäms i samband med behandlingsstart</p> <p>Intensiva behandlingsprogram följs kontinuerligt och aktiviteterna anpassas efter barnets behov</p> <p>Uppföljning av gemensamma individuella vårdplanen ska ske regelbundet</p>

Referenser

Tillgängliga vårdprogram

Sveriges habiliteringschefers förening: www.evidensbaseradhabilitering.se

Östergötlands vårdprogram "Vårdprogram för barn och ungdomar med AD/HD och/eller DAMP" samt "Vårdprogram för barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende". www.lio.se

VästBus – Gemensamma riktlinjer i Västra Götaland. www.vgregion.se/vastbus

Information

www.autismforum.se

Riksföreningen Autism, RFA, www.autism.se

Riksföreningen Attention www.attention-riks.se

FUB – Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna www.fub.se

World Autism www.worldautism.org

Underlag

Socialstyrelsens kunskapsöversikt: ADHD hos barn och vuxna. 2002

Artikelnr 2002-110-16. www.socialstyrelsen.se

Övrigt

Tourette syndrom av Henrik Pelling och Kennet Nilsson www.akademiska.se/upload/47250/tsbok2.pdf

<http://www.akademiska.se/upload/47250/tsbok2.pdf>

Nya verktyg för föräldrar. Sven Bremberg, Folkhälsoinstitutet. www.fhi.se

6. Barn och ungdomar med ätproblematik

Vad karaktäriserar problemområdet?

Samhällets och det nära nätverkets normbildning runt utseende, könsrollsmönster, ungdomsidentitet och självbild utgör faktorer som på gruppnivå påverkar ungas benägenhet för ätstörningar. Miljöpåverkan har en stor betydelse, och inte minst idrottsrörelsens ansvar bör nämnas. Ätstörningsproblematik innefattar diagnoserna Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) och Ätstörning UNS (enligt DSM-IV).

Symtombeskrivning

Med ätstörning avses i första hand en ihållande störning i ätbeteende, eller med viktkontrollerande syfte, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen ska inte vara förknippad med någon känd allmän medicinsk åkomma eller annan psykisk störning.

Vad är lindrig/allvarlig?

Lindrig:

Okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer. Barn med matmotstånd med liten viktpåverkan (mindre än tio procent eller 1SD). Barn med kräkningar efter normal måltid och utan hetsätningar.

Allvarlig:

Ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer. Barn som har en tillväxtpåverkan. Barn och tonåringar med diagnostiserad AN och BN samt Ätstörning UNS. De med restriktiv ätstörning och med uttalad viktneđgång (mer än 1SD), och de som hetsäter och kräks.

Hur vanligt är det?

Förekomsten av olika ätstörningar varierar mellan olika studier. Generellt kan ändå sägas att cirka 1 procent av flickor/unga kvinnor i riskåldern 13–30 år får AN, och cirka 0,1 procent av pojkar/unga män. Motsvarande siffra för BN är en till

två procent av den allmänna populationen. Studier av Ätstörning UNS är svårbedömda, men mycket talar för att Ätstörning UNS är tre till fyra gånger så vanligt som AN och BN.

Var visar sig behoven av insatser?

Lindrig ätstörning upptäcks i hemmet, barnomsorgen, skolan och i kamrat- och fritidssituationer. Ätstörningar av allvarlig karaktär upptäcks även vid besök på allmän mottagning, till exempel barn- och ungdomsmottagning, inom tandvården och allmänna barn- och ungdomspsykiatrin.

Tänkbara speciella omständigheter (risk/skydd) som kan påverka handläggning

Låg vikt och dåligt allmäntillstånd förekommer vid flera olika kroppsliga och psykiatriska sjukdomstillstånd. De vanligaste kroppsliga differentialdiagnoserna är endokrina sjukdomar, tarmsjukdomar, tumörsjukdomar och långvariga infektioner. Vanligt förekommande psykiatrisk samsjuklighet/differentialdiagnoser hos patienter med ätstörning är depression, generaliserad ångest, social fobi, tvångssyndrom, missbruk, schizofreni, PTSD, ADHD, AST, TS och personlighetsstörningar.

En noggrann somatisk undersökning vid utredning av ätstörningar ska göras, och när ätstörningen väl är diagnostiserad ska förekomst av psykiatrisk samsjuklighet eller differentialdiagnos bedömas. Vid ätstörningar hos barn bör man ta särskild hänsyn till ålder och utvecklingsnivå vid diagnostisering, samt till att barn inte uttrycker de klassiska symtomen, som viktfoxi och kroppsuppfattningsstörning, vilket vuxna gör.

För barn (7 till 14 år) gäller förutom de ovan nämnda tillstånden en del övriga diagnostiska överväganden. Vanligast är restriktiva ätstörningar, och utgångspunkten för somatisk samsjuklighet och differentialdiagnostik är att det finns en

påverkan på viktuppgång, utveckling och tillväxt. Det kan vara gastroesofagal reflux, ofta i kombination med funktionell dysfagi, eller mer sällsynta tillstånd som intrakraniell tumör eller Cushings syndrom. Barn kan också äta selektivt och restriktivt utan att ha någon uppfattning om vare sig vikt eller kroppsutseende.

Kliniska riktlinjer

Dessa ligger till grund för vad som kan erbjudas på de olika nivåerna. All utredning/bedömning av allvarliga ätstörningar bör ske på specialistnivå, vilket gör att det behövs tydliga vårdprogram, med utgångspunkt i de kliniska riktlinjerna, där det framgår vad som ska göras vid den första kontakten om det är hos basverksamheter eller första linjes verksamheter som problemen identifieras.

Basnivå/Första linjen

– hälsofrämjande insatser

Basnivå/första linjen kan innefatta mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa/skolhälsovård, ungdomsmottagning, socialtjänstens råd och stöd och primärvården, men också frivilligorganisationer som idrottsföreningar kan göra insatser i det hälsofrämjande arbetet. Information om vart man vänder sig vid misstanke om eller upptäckt av ätstörning bör finnas hos skolans elevhälsa, ungdomsmottagningar och via lands-tingets sjukvårdsupplysning.

Det bör noteras att det är inte lämpligt att gå ut och allmänt ge ungdomar information om ätstörningar. Det är bättre att fokusera på begrepp som hälsa och livskvalitet och stödja god kost och motionsvanor. Information kan ges till de vuxna som finns runt barnen/ungdomarna, som exempelvis fritids- och skolpersonal.

Basnivå/första linjen

– sjukvårdande insatser

Basnivå/första linjen ska kunna identifiera ätstörningar och kan påbörja behandling av lindriga ätstörningar med hjälp av vårdprogram där det tydligt anges när patienten ska remitteras vidare till specialistenheten.

Vad bör erbjudas inom specialistnivå/subspecialistnivå?

Specialiserad ätstörningsenhet samt subspecialiserad ätstörningsteam inom BUP/barnmedicin bör finnas. Behandlingen av ätstörningar bör ske på specialistnivå, då det oftast är en komplex problematik och det är viktigt att inte patienten skickas mellan olika vårdinstanser. De medicinska, psykiatriska och psykosociala utredningsresultaten vägs samman för att bedöma svårighetsgrad och rätt insatsnivå.

Det finns en del gemensamma riktlinjer i behandling av ätstörningar som spänner över de tre diagnoserna AN, BN och Ätstörning UNS, och därför bör man arbeta med olika metoder för att nå nedanstående behandlingsmål:

- Ett grundläggande ätmönster som är funktionellt och normaliserat, med etablerande av optimal daglig närings- och energiomsättning.
- Etablerande och bibehållande av en biologiskt välfungerande kropps-vikt.
- Skapa trygghet och sund kontroll kring mat och kropp, med undanröjande av dysfunktionella mönster som undvikanden och kompensationer.
- Skapa en bättre självkänsla och identitet.
- Öka självförtroende och tillit till de egna resurserna och förmågorna att lösa praktiska problem.
- Hjälpa till med en realistisk kroppsuppfattning.
- Skapa återfallsskydd och hållbara lösningar inom andra livsområden som interagerar med ätstörningsproblemen.

TABELL 1

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Skolhälsovård, elevhälsa, BVC, primärvård, familjecentral, barnmottagning och ungdomsmottagning
Allvarlig	Specialiserad ätstörningsenhet, subspecialiserad kompetens ätstörningsteam inom BUP
Atypisk	Specialiserad ätstörningsenhet, subspecialiserad kompetens ätstörningsteam inom BUP

Vad ska göras vid första kontakt?

Bedöma symtomens art och grad, i hur hög grad symtomen/problemen påverkar barnets dagliga funktion.

Bedöma risk-/skyddsfaktorer; det vill säga tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som kan vara en

tänkbar förklaring till symtomens uttrycksätt och bakgrund.

Ta ställning till om och var vidare utredning/bedömning ska ske eller om åtgärd kan ske inom egen verksamhet. Rekommendera insatsnivå för fortsatt handläggning.

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Svårighetsgrad, ålder, komplexitet, differentialdiagnoser, samsjuklighet	Problemanalys, längd- och viktkurva, BMI, ätbeteende, nationella riktlinjerna	Social anamnes, nationella riktlinjerna, suicidbedömning

TABELL 3. Vidare utredning

Vårdnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symtombeskrivning	Okomplicerade matmotstånd och okomplicerade ätstörningar utan komplikationer, längd och viktavvikelse	Allvarliga ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer
Funktionsbeskrivning	Ingen eller lindrig påverkan på livsföring	Allvarlig påverkan på familj, nätverk, studier och den egna livsföringen
Standardiserad diagnostisk bedömning	Längd och viktkurva Somatisk bedömning Matintervju	Problemanamnes/social anamnes Ätbeteendeobservation/bedömning Kroppslig undersökning med adekvat medicinsk provtagning Generella och ätstörningsspecifika skattningsskalor och bedömningsinstrument
Psykiatrisk differentialdiagnostisk bedömning	Utredning sker på specialistnivå	Skattningsskalor och bedömningsinstrument i syfte att differentialdiagnostisera

Speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:

Med tanke på att ingen enskild social, psykologisk eller medicinsk modell kan förklara ätstörningars uppkomst och fortsättande, behövs det en bred ansats som beaktar helheten för att fullfölja uppdraget. Behandlingsinsatserna behöver också kunna individanpassas för var och en utifrån till exempel andra psykiska problem,

varierande somatiska tillstånd, personlighet, egna kunskaper och färdigheter, familjerelationer och övriga sociala sammanhang. För att matcha detta behövs en systemisk helhetssyn där psykologiska, medicinska och relationsmässiga kunskapsområden är strategiskt samordnade. Det behövs även tillgång till en bred uppsättning behandlande metoder.

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder. Utredningsresultat ska ge underlag för åtgärd.

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Matmotstånd hos små barn kan uppstå som samsjuklighet vid annan sjukdom och bör behandlas utifrån aktuell evidensbaserad kunskap inom det området	Ej aktuellt
6 – 18 år	Matmotstånd hos barn kan uppstå som samsjuklighet vid annan sjukdom och bör behandlas utifrån aktuell evidensbaserad kunskap inom det området	<p>Anorexia Nervosa (AN) Det finns få studier. Sammanfattningsvis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familjeterapi är bättre än individualterapi för patienter under 19 år med AN och som haft en kort sjukdomsvaraktighet (<3 år). Detta gäller med avseende på såväl vikt som på det allmänna tillfrisknandet. 2. Antidepressiv medicin har inte effekt på själva ätstörningen. 3. All anorexibehandling måste prioritera återställandet av vikten. Metoderna för att säkerställa viktuppgång varierar med graden av svält. Medicinsk omvårdnad bör i kombination med psykoterapi vara förstahandsalternativ.
		<p>Bulimia Nervosa (BN) (främst vuxna patienter)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KBT är den i dagsläget mest effektiva behandlingsformen 2. Familjebaserad behandling 3. Familjeterapi 4. KBT-styrd självhjälp <p>Ätstörning UNS Det finns inga randomiserade behandlingsstudier för gruppen ätstörning UNS förutom vid hetsättningsstörning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KBT och IPT är lika framgångsrik vid hetsättningsstörning som vid BN 2. Familjeterapi 3. KBT-styrd självhjälp

TABELL 4B. God praxis/beprovad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 – 18 år	Stödjande samtal hos skolsköterska, skolläkare eller distriktsläkare, i syfte att normalisera ätande och vikt	<p>Självhjälp, psykopedagogik, nutritionsbehandling, farmakologisk behandling, psykoterapeutisk behandling, sjukgymnastik, arbetsterapi och kreativa metoder (till exempel bildterapi)</p> <p>Behandlingen ges individuellt, i grupp eller till familjen Kombinationer av olika former av behandling ges</p> <p>Co-morbiditet ska behandlas</p> <p>Co-morbiditet i form av autismspektrumtillstånd kräver autismspedagogik utöver den specifika ätstörningsbehandlingen</p>

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år		Ej aktuellt
6 – 18 år	Dokumentet "Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling"	RIKSÄT (Kvalitetsregister)

Referenser

Ätstörningar kliniska riktlinjer för utredning och behandling
(Svensk psykiatri nr 8 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia)

Ex på vårdprogram www.lio.se

SBU-rapport 2007:181 *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. ISBN 91-85413-12-7

7. Barn och ungdomar med självskadande beteende

Vad karakteriserar problemområdet

Självskadande eller självskadebeteende (self-injury) definieras i den internationella litteraturen som en avsiktlig och ej socialt sanktionerad icke-suicidal handling som resulterar i vävnadsskada.

Vanliga exempel på självskadebeteende är hudskärning, rispning, bränning, förhindrande av sår läkning och slag mot kroppen. Självskadebeteende särskiljs från beteenden förknippade med ätstörning och missbruk av alkohol, droger eller andra substanser, eftersom de vävnadsskador som eventuellt orsakas av dessa beteenden inte är avsiktliga. Kulturellt (och/eller konstnärligt) accepterade fenomen som tatueringar och piercing ingår inte som exempel på självskadande.

Gränserna för vad som ska betraktas som självskadebeteende är inte självklara. Till exempel råder det olika meningar när det gäller tablettintoxikation. Historiskt har man betraktat självskadebeteende som ett symptom på borderline personlighetsstörning. Numera är det allmänt vedertaget att självskadande även förekommer i samband med andra diagnoser och problem, som till exempel missbruk, ätstörning, PTSD, AST, depression och ångeststörningar. Självskadande är också en riskfaktor för självmord, och förekommer även bland personer som är högrepresterande och inte har några andra tecken på psykisk ohälsa.

Avsiktligt självskadebeteende

Den vanligaste självskadehandlingen är att skära sig på armarna eller benen med ett vasst föremål. Självskadehandlingen är ett sätt att bemästra svåra känslor. Den föregås ofta av någon utlösande händelse som leder till olust och inre smärta av en grad som individen inte kan uthärda eller kontrollera.

Att skada sig kan vara ett sätt att uttrycka oklara känslor, att konkretisera den inre smärtan

till en yttre smärta eller att bryta en känsla av överklighet och tomhet. Det kan också vara ett sätt att straffa sig själv eller att bryta en stark känsla av skuld, självhat eller hotande katastrof. Individen upplever sig förlora känslan av självkontroll och hittar inte mer konstruktiva uttryckssätt för sitt känslomässiga tillstånd.

Självskadehandlingen ger oftast en omedelbar men tillfällig lättnadskänsla. Som strategi för att reglera känslor kan självskadebeteendet fungera så effektivt att individen är omotiverad att pröva mer funktionella sätt att hantera sina svåra känslor.

Hur och var visar sig behov av insatser?

Självskadebeteende förekommer i de miljöer som ungdomar vistas i, som till exempel hemmet eller skolan. Ungdomar som har kontakt med BUP eller samhällsvård självskadar sig i större utsträckning.

Förekomst

Mycket tyder på att självskadebeteende är ett ökande fenomen. Förekomsten varierar mellan 5 till 35 procent beroende på undersökningsmetod. Det finns färskare svenska studier av högstadiungdomar som tyder på en högre förekomst (SoL-projektet vid Psykologiska institutionen på Lunds universitet samt HUMÖR-projektet vid Uppsala universitet).

Internationella siffror visar att mellan 14 till 17 procent av ungdomar och unga vuxna har självskadat sig vid ett eller flera tillfällen. Självskadande tros vara vanligare bland flickor.

Åldersintervall

I denna skiss refereras inte till några specifika åldrar. Utgångspunkten är genomgående åldersintervallet 12 till 18 år, vilket verkar vara det intervall som är relevant för fenomenet självskadebeteende inom ramen för BUP.

Självskadabeteende debuterar i yngre tonåren eller strax innan.

Lindrigt respektive svårt självskadabeteende?

I skriften "Vad vet vi om flickor som skär sig?" (Socialstyrelsen, 2004) refereras till en indelning i olika typer av självskadabeteende.

Den svåraste formen av självskadabeteende är förmodligen "grov självförvårdad självskada/självstympning" som kan förekomma hos personer med svåra psykiatriska tillstånd, som exempelvis schizofreni. Insatser för denna typ av självskada borde ges inom ramen för specialistnivå, till exempel av avancerad psykiatrisk verksamhet.

En annan variant är "stereotyp självskada" som kan noteras hos individer med utvecklingsstörning eller autism. Insatser för denna typ av självskadande kan förslagsvis ges inom ramen för BUH eller besläktade verksamheter. Vid allvarliga tillstånd kan insatserna ges av habiliteringen tillsammans med BUP (specialistnivå).

En tredje variant är "kompulsiv självskada" som ses som en impulskontrollstörning, bland annat i form av hårutdragning (trichotillomani). Behandling av detta tillstånd ges av BUP (specialistnivå).

En fjärde variant är "impulsivt självskadabeteende", som i sin tur delas in i "episodiskt" respektive "repetitivt självskadabeteende". Den senare varianten ses som en allvarligare form eller utveckling av den förra. Beroende på allvarlighetsgrad (och eventuell samsjuklighet och/eller samtidig social problematik) kan insatser för impulsivt självskadande ges på antingen basnivå/första linje eller specialistnivå.

Självskadande är inte ett eget syndrom i något av diagnosystemen ICD-10 eller DSM-IV. Därför föreslås, exempelvis enligt prioriteringsriktlinjer för BUP Västra Götaland och landstinget i Östergötland, att man gör en klassificering av den underliggande störning (om en sådan föreligger) som bedöms ligga bakom de outhärdliga känslor som föranleder självskadandet, samt ett tillägg av diagnoskod för impulskontrollstörning (enligt ICD-10 alt. DSM-IV).

Med lindrigt självskadabeteende menas fall av övergående eller enstaka självskadande handlingar utan allvarlig vävnadsskada eller psykiatrisk grundproblematik. Allvarligt självskadande beteende är frekventa självskadande handlingar med måttliga vävnadsskador, och annan psykiatrisk problematik. Atypiskt självskadabeteende kan uppträda vid allvarliga barnpsykiatriska tillstånd i form av grov självförvårdad självskada/självstympning.

Riskgrupper

Självskadabeteende är mycket vanligt förekommande och riskgruppen är stor och svår att överblicka. Generellt kan man sluta sig till att en stor del av dagens skolungdomar löper risk att självskada sig vid något tillfälle. Barn och ungdomar som har kontakt med BUP, är föremål för samhällsvård eller som lever i utsatta miljöer har en ökad risk.

Basnivå/Första linjen – hälsofrämjande insatser

Skolan, skolhälsovård/elevhälsa, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänstens förebyggande verksamhet bör kunna känna igen självskadabeteende och ge råd om vart föräldrar, barn och unga ska vända sig. Alla instanser har en skyldighet att uppmärksamma och initiera insatser när det finns risk för att en person kommer att skada sig själv.

Det är ännu inte klart i vilken utsträckning allmänheten ska informeras om självskadandets relativt stora utbredning och förmodade ökning. Allmän information kan få en motsatt effekt mot vad som är önskat. Hälsofrämjande insatser i stort som kan motverka depression, ångest med flera psykiatriska tillstånd, kan också antas ha en positiv effekt på självskadabeteende. Exempelvis främjande av goda vanor vad gäller sömn, kost och motion liksom strategier att hantera livet och öka självkänslan.

Basnivå/Första linjen – sjukvårdande insatser

Eftersom självskadande är vanligt förekommande bör professionella inom basnivå/första linjen, framför allt de med sjukvårdande uppdrag, vara observanta på förekomsten av självskadande hos ungdomar. Vid misstanke om självskadebeteende bör första linjen (vilket kan vara skolhälsovård/elevhälsa, ungdomsmottagning, primärvård eller barnhälsovård) kunna göra en bedömning av allvarlighetsgrad och om det kan finnas en samtidig psykiatrisk sjuklighet. Vid lindriga tillstånd kan insatser erbjudas på denna nivå.

Vad bör erbjudas inom specialistnivå/subspecialistnivå?

Allvarliga tillstånd bör erbjudas insatser på specialistnivå och BUP ska kontaktas om det finns självmordsrisk. Bedömning av självmordsbenägenhet och diagnostik av andra samtidiga psykiatriska tillstånd som till exempel depression ångeststörningar och neuropsykiatriska

tillstånd är en specialistangelägenhet. Ett utvecklat samarbete behövs mellan barnmedicin, barnhabilitering och BUP för att kunna möta komplicerade tillstånd. Behandling i öppenvård med KBT och framförallt DBT som metodik bör kunna erbjudas.

Vad som ska göras, oavsett aktör, vid första kontakt

- Bedöma symtomet – art och grad; det vill säga i hur hög grad symtomet/problemen påverkar barnets dagliga funktion och om det är ett riskfyllt självskadebeteende som kräver akuta insatser.
- Bedöma risk-/skyddsfaktorer; det vill säga tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som tänkbar förklaring till symtomens uttryckssätt och bakgrund.
- Ta ställning till om och var vidare utredning/bedömning ska ske eller om åtgärd kan ske inom egen verksamhet. Rekommendera insatsnivå för fortsatt handläggning.

TABELL 1

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Till basnivå enligt ovan
Allvarlig	Till BUP som i sin tur får avgöra interna instanser så som DBT-team
Atypisk	Till BUP

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Svårighetsgrad, ålder, komplexitet, samsjuklighet	Problemanalys Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer Skattningsskalor så som Deliberate Self-harm inventory (DSH-I)	Social anamnes Suicidbedömning Anamnes och diagnostisk

TABELL 3. Utredning

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist (till exempel KBT- eller DBT-team)
Symtombeskrivning	Ej aktuellt	Skär sig vid enstaka tillfälle	Högre frekvens, svårare självskada, annan psykiatri
Funktionsbeskrivning	Utreda frekvens på gruppnivå	Social anamnes	Problem anamnes
Standardiserad diagnostisk bedömning	Ej aktuellt		Standardiserade självskattnings- och intervjuanular
Psykiatrisk differential-diagnostik bedömning	Ej aktuellt		Standardiserade självskattnings- och intervjuanular Neuropsykiatrisk utredning

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Oklart	Oklart
6 – 12 år	* Generella insatser Begränsad forskning, men mycket tyder på att KBT-insatser inklusive DBT kan fungera	** Begränsad forskning, men mycket tyder på att KBT-insatser inklusive DBT kan fungera
12 – 18 år	* Generella insatser Begränsad forskning, men mycket tyder på att KBT-insatser inklusive DBT kan fungera	** Begränsad forskning, men mycket tyder på att KBT-insatser inklusive DBT kan fungera

* Generella insatser Socialstyrelsen (2004) talar i sin rapport "Vad vet vi om flickor som skär sig? "om" normalt stöd och omhändertagande" som innebär att personer i ungdomens närhet uppmärksammar att självskadebeteende förekommer och att de vågar se tecken och ställa frågor kring det.

** Behandling

RCT-studier av självskadande är sällsynta. Det råder stor brist på behandlingsstudier när det gäller självskadande ungdomar. Det finns starkt stöd för beteendeterapi när det gäller självskadande individer med diagnos autism och/eller utvecklingsstörning (oklart om dessa studier även gäller för ungdomar med dessa diagnoser). När det gäller vuxna finns det sammantaget empiriskt stöd för att KBT i olika varianter (problemlösande terapi, DBT samt standard-KBT) har effekt. Det finns även stöd för att psykodynamiskt orienterad terapi, kognitiv terapi och så kallad stödjande terapi (en blandning av kognitiv och psykodynamisk terapi) har viss effekt. Multimodal gruppbehandling har också empiriskt stöd.

Beskriv särskilda skäl till behandling på basnivå/första linjen alternativt specialistnivå/subspecialistnivå:

Enligt rapporten gör bristen på vetenskapliga studier av självskadebeteende det svårt att beskriva vilka behandlingsinsatser som är nödvändiga tidigt i förloppet. Man resonerar i rapporten enligt följande citat: *"Ett välfungerande normalt stöd och omhändertagande av anhöriga och professionella är kanske tillräckligt för många ungdomar, kanske de flesta, för att förebygga en allvarlig och kronisk psykisk störning med självskadebeteende."*

Generella insatser avseende självskadebeteende är inte utvärderade, men det är sannolikt bra att fokusera på begrepp som hälsa, livskvalitet och självkänsla.

Något stöd för psykofarmakologisk behandling av självskadebeteende finns inte, men i fall av samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, som depression och ångesttillstånd, kan psykofarmakologiska insatser vara aktuella även om de inte förväntas påverka självskadebeteendet.

TABELL 4B. God praxis/beprövad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Före 12 år	Oklart	Oklart
12 – 18 år	Oklart vad som motsvarar god praxis för behandling av självskadande på basnivå. Möjligen kan man delvis tala om generella insatser enligt ovan. Information till patient och närstående I övrigt samma insatser som för allvarliga tillstånd	KBT (inklusive DBT) Övervakning vid allvarliga självskadebeteende Stöd till familj och närstående

TABELL 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 12 år	I förekommande fall standardiserade självskattnings- och intervjumanualer efter sex månader	I förekommande fall standardiserade självskattnings- och intervjumanualer efter sex månader
12 – 18 år	Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer efter sex månader Behandlingsinsatser ska utvärderas efter uppsatta mål	Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer efter sex månader Behandlingsinsatser ska utvärderas efter uppsatta mål

Referenser

Klonsky, D. E. (2007). *Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction*. Journal of Clinical Psychology 2007, vol. 63 [11].

Klonsky, D. E., & Muelenkamp J. J. (2007). *Self-Injury: A Research Review for the Practitioner*. Journal of Clinical Psychology 2007, vol. 63 [11].

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). *Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 276 –282.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). *Dialectical behavior adapted for suicidal adolescents*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146 – 157.

Prioriteringslinjer för BUP Västra Götalandsregionen samt landstingen i Östergötland

Forskningsgrupperna SoL ("Tonåringars Självkänsla och Livssituation" som bedrivs vid Institutionen för Psykologi/Lunds universitet) och HUMÖR-projektet ("Hur mår ungdomar i Östhammars kommun" som bedrivs vid Uppsala universitet).

Socialstyrelsen (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?*

Walsh, B. (2007). *Clinical Assessment of Self-injury: A Practical Guide*. Journal of Clinical Psychology 2007, vol. 63 [11].

Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga. Bok från Allmänna Barnhuset. www.allmannabarnhuset.se

8. Barn och ungdomar med riskbruk och missbruk

Alkohol

Symtom och symtomutveckling

Bruk av alkohol är inte tillåtet i Sverige för personer under 18 års ålder (med undantag för lättöl och lättcider), men det är ändå relativt vanligt att ungdomar från och med högstadiet prövar alkohol tillsammans med kamrater och i festsammanhang. Den övervägande majoriteten av ungdomar som vid ett eller flera tillfällen använder alkohol och som enstaka gånger berusar sig i högstadie- och gymnasieåldern behöver inte insatser från psykiatrin.

Det finns vetenskapliga belägg för att ungdomar som intensivt använder alkohol hamnar i våldssituationer, är med om polisingripanden eller har sex som de senare ångrar betydligt oftare än de som inte högkonsumerar. Forskningsresultat visar också att tecken på psykisk ohälsa kommer först, långt innan första användningen av någon substans. Psykisk ohälsa driver alltså på missbruksutveckling. Ungdomar med utvecklat missbruk i tonåren eller tidigare har i stor utsträckning samtidig psykisk sjukdom.

Symtomatologi och samsjuklighet

Många som har psykiatriska problem överkonsumerar eller missbrukar, men det uppmärksammas inte i tillräcklig omfattning. Unga med psykiatriska problem som ångest, depressivitet, psykossymtom eller antisocialt beteende har en generell högre risk, jämfört med tonåringar som inte har dessa problem, att utveckla överkonsumtion/missbruk eller beroende.

Som exempel kan anges att en tydlig majoritet av ungdomar med uppförandestörning också har ett missbruk/beroende där alkohol är den mest förekommande substansen. Vidare vet man också att 50 procent av personer med psykossjukdom någon gång under sitt liv

kommer att få en missbruks- eller beroende-diagnos, varav alkohol är den vanligaste.

De flickor som kommer i kontakt med vården på grund av alkoholbruk har i genomsnitt brukat längre och har oftare en ångest-/psykiatrisk problematik än pojkar. Unga med psykiska funktionshinder, på grund av exempelvis ADHD, löper större risk att utveckla ett alkoholberoende som en form av självmedicinering.

Upptäckt

Det är främst föräldrar som upptäcker alkoholbruk hos unga, men det sker också via skol- och elevhälsovården samt barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Upptäckten kan dels ske när bruket får effekter på den unges livsföring och dels vid akut berusning. Med ett proaktivt förhållningssätt för att spåra ungdomar med riskbruk kan det även upptäckas både vid besök på ungdomsmottagningar/"ungdomshälsan"

Frekvenssiffror

I studier från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har man från 1970-talet och framåt kunnat visa en kontinuerlig minskning av andelen ungdomar i årskurs 9 som dricker alkohol. Den totala mängden alkohol som niondeklassare konsumerar har dock inte sjunkit i motsvarande grad. Också bland ungdomar som mönstrar för värnplikt har en ökning av andelen som inte alls dricker eller som inte berusar sig ökat på senare år.

Skydds- och riskfaktorer när det gäller alkohol och narkotika

Alkohol har en skadligare påverkan på den växande än på den färdigvuxna hjärnan, och unga personer har ofta sämre förmåga att bedöma risker och grad av påverkan. Det finns därför goda skäl att verka för en sen alkoholdebut. Man vet att debut av narkotika och andra droger

före 15 års ålder är en av de allvarligaste prognostiska indikatorerna för framtida skadligt bruk. Det finns goda vetenskapliga belägg för att drogrestriktivitet från föräldrar och i samhället senarelägger drogdebuten och minskar risken för missbruksutveckling. Även föräldrars fortsatta aktiva deltagande i sitt tonåriga barns liv inom och utanför familjen har en sådan effekt.

Samhällets droggkultur samt utbud och tillgänglighet till droger är också av betydelse.

Generella åtgärder på samhällsplanet, som till exempel ANT-program i skolan, har ingen känd effekt på konsumtionen. Däremot förefaller det som att specifika alkohol- och drogförebyggande program som vänder sig till såväl barn som föräldrar har bättre effekt.

Andra generella skyddsfaktorer är familjeförhållanden som innehåller god sammanhållning, omsorg, stöd, tydlig normbildning och viss kontroll. Faktorer inom familjen som har en skyddande effekt gäller både sådana som påverkar den direkta samvaron inom familjen och sådana som påverkar familjens roll med att ge och stå för skydd för barn även när de är involverade i aktiviteter utanför familjen.

Föräldrar har också betydelse för barns möjligheter att klara av de olika utvecklingsuppgifter (till exempel tillit, förmåga att uttrycka sig, upplevelse av kompetens, samvaro med jämnåriga och vuxna, anpassning till skolans miljö och dess krav på prestationer, gradvis emotionellt oberoende av föräldrar, och realistiska val och ambitioner för utbildning) som barn står inför under sin uppväxttid. Misslyckande med att nå utvecklingsuppgifterna på en åldersnivå innebär att det är svårare för barnet att framgångsrikt klara kommande utvecklingsuppgifter. Det kan innebära en gradvis ökande risk för misslyckanden, vilket visar på betydelsen av att förebyggande insatser når barn i tidiga utvecklingskedan.

Barn till föräldrar med missbruksproblem och/eller psykisk sjukdom löper ökad risk att utveckla eget missbruk. En liberal inställning hos föräldrar till att barnen prövar droger i tonåren är också förenat med högre risk för att barnet utvecklar ett missbruk. Likaså innebär

psykosocial stress, låg socioekonomisk nivå och brister i föräldraomsorg riskfaktorer. Longitudinella studier har visat att personer med ADHD, uppförandestörning och depressions- och ångestsyndrom löper ökad risk för missbruksutveckling.

Lindrig/allvarlig

Det finns vissa belägg för att ett lågfrekvent användande av alkohol i ringa till måttliga mängder kan vara förenat med ökad hälsorisk eller tecken på psykiatrisk samsjuklighet i form av depression. Det är därför angeläget att uppmärksamma detta tidigt och erbjuda insatser på basnivå/första linjen.

Upprepat omhändertagande för akut alkoholförgiftning, täta berusningstillfällen och beteendeproblematik – som exempelvis våldsbenägenhet, självmordshandlingar eller sexuellt utagerande – i samband med berusning, kan vara tecken på allvarligare risk för missbruksutveckling och/eller problematik med underliggande psykiatrisk störning. Tidig debut av droganvändning (före 15 års ålder), bristande föräldraomsorg, och bagatelliserande av missbruksbeteende och risker är också tecken på allvarlig problematik. I dessa fall behövs mer omfattande insatser, ofta genom samverkan mellan primärvård, barnhälsovård, den specialiserade missbruksvården, socialvård, elevhälsa och barn- och ungdomspsykiatri.

Narkotika och illegala droger

När unga använder narkotiska preparat eller otillåtna droger/mediciner är det i sig ett tecken på en allvarligare problematik och ett tydligare normbrytande beteende som i de flesta fall föregås av annat substansbruk (till exempel tobak eller alkohol), och som motiverar snabba åtgärder. Enstaka tillfällen av experimentellt användande av cannabis eller andra droger under kamratpåverkan eller i samband med fester tyder dock oftast inte på psykiatrisk eller psykosocial problematik.

Risk för missbruks- och beroendeutveckling, förekomst av samproblematik och tendens till självmedicinering är, liksom allmänna skydds-

och riskfaktorer, jämförbart med risk- och skyddsfaktorer beträffande alkohol. Det finns dock inget tydligt forskningsstöd för att de flesta ungdomar använder substanser på grund av att de mår dåligt och därmed självmedicinerar. Vissa ungdomar gör uppenbarligen det, men majoriteten använder substanser för att få kickar och för att de har haft positiva upplevelser när de använt dem tidigare.

Upptäckt

Eftersom berusningstecken och eftereffekter är mindre påfallande, och ofta mindre kända av föräldrar och övrigt nätverk, finns det risk för att narkotikamissbruk kan pågå längre tid innan det upptäcks. Anledningen till att det upptäcks är oftare droganvändandets påverkan på livsföring, främst skolarbete, och på ungdomens ekonomi. Upptäckt kan även komma som en följd av polisingripanden eller att ungdomen själv berättar om missbruket. En annan ofta förekommande källa till upptäckt kan vara att ungdomen byter kamratgrupp. Men det förutsätter att föräldrarna är tillräckligt intresserade och engagerade för att skaffa sig kunskap om vilka jämnåriga som ingår i barnets kamratgrupp.

Frekvenssiffror

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) redovisar en mycket påtaglig minskning av andelen elever i årskurs 9 som använt narkotika från 1970-talet till 1980-talets slut. Under 2000-talet har denna dock följts av en tydlig uppgång. För gymnasieungdomar i årskurs 2 ligger frekvenssiffrorna ganska stilla under 2000-talet (utvecklingen från 1970-tal till 2000 redovisas ej för gymnasiet). För värnpliktsmönstrande har det på samma sätt skett en markant nedgång från 1970-talet till slutet av 1980-talet, och en uppgång under 2000-talet.

Skydds- och riskfaktorer

Se ovan angående alkohol.

Lindrigt/allvarligt

Toleransnivån bör vara lägre för narkotika- och droganvändning än för lindrigt alkoholanvändande, och allt användande ska leda till åtgärd.

Vid enstaka tillfällen, och då det inte finns tecken på komplicerande problematik, ska insatser ske på basnivå/första linjen. I övriga fall blir, beroende på problematikens art, specialiserade insatser från missbruksvård, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri aktuella.

Vad behöver barnen och de unga

Genom att fokusera på ett barns riskfyllda utvecklingsbana kan man påvisa att förebyggande insatser måste sättas in tidigt i ett barns utveckling för att stärka skyddsfaktorer och minska risker långt innan mer allvarliga problembeteenden etablerats. Om man väntar till tonåren med att ge insatser till de barn som tidigt visat riskbeteenden är det svårare att hindra fortsatt allvarlig problemutveckling, eftersom deras attityder och beteenden då är mer etablerade och därför svårare att ändra.

Det är angeläget att tidigt uppmärksamma missbruksbeteende för att kunna mobilisera det stöd som krävs för att förhindra en fortsatt allvarlig utveckling. Förutom samhälleliga normer och faktiska förhållanden som försvårar tillgång till droger, så har föräldrars restriktiva inställning till droganvändning stor betydelse. Det gäller även stöd som ges till föräldrar med syfte att motverka barnets alltför tidiga självständighet och anknytning till negativa kamratmiljöer.

Eftersom det är vanligt med psykisk ohälsa hos de barn som utvecklar missbruk är det angeläget att tidigt uppmärksamma och ge stöd vid tecken på psykisk ohälsa hos en ung person som visar missbruksbeteende. I första hand förutsätter dessa åtgärder trovärdiga och attraktiva föräldrastödjande insatser för att mobilisera barnets familjs skyddande insatser.

Vart kan/bör föräldrar och barn vända sig för första kontakt?

Svårighetsgraden av problemet är vägledande för var ärendet ska hanteras. Vid lindriga problem är rätt hjälpinstans basnivå/första linjen, och vid mer svår/komplex problematik är den såväl basnivå som specialistnivå (se tabell 1). Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt och kan se olika

ut i olika områden i landet.

Första linjens/basverksamheternas hälsofrämjande insatser omfattar information till föräldrar och unga om vart man bör vända sig vid oro för eller upptäckt av bruk/missbruk. De omfattar även allmän hälsoupplýsning angående alkohol- och drogtillgänglighet, ungdomars användningsmönster, och tidiga tecken som riktas till föräldrar och lärare under mellanstadieåldern, övergång till högstadiet samt vid gymnasiestart. Gruppverksamheter som riktas till barn vars föräldrar har missbruksproblem räknas också hit. Generellt utformat föräldrastöd är en förebyggande insats för att motverka utveckling av bruk/missbruk av droger. Dessa insatser kan ges av barnhälsovård, skolans elevhälsa, socialtjänsten, landstingets hälsoupplýsning och via ungdomsmottagnings uppsökande informationsverksamhet.

Första linjens sjukvårdande insatser när det gäller yngre barn handlar om att tidigt identifiera svårigheter hos barn, och att initiera stöd långt innan droganvändning och missbruk uppstår. De sjukvårdande insatserna när det gäller barn i förpuberteten eller i tonåren handlar om att identifiera droganvändning och bedöma

allvarlighetsgrad. De handlar även om att ha en beredskap att tillhandahålla drogtestning, stöd- och behandlingsinsatser vid tidig debut av droganvändning, stöd till föräldrar att identifiera barnets behov av miljöanpassade åtgärder, information till skola för anpassning av pedagogisk miljö, samt föräldrastöd och föräldraträning. För yngre barn har BHV:s personal en särskilt viktig roll.

Sjukvårdande insatser på specialistnivån vid komplicerade tillstånd bör kunna erbjudas samordnat efter behov mellan barnmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst, eftersom det ofta handlar om sammansatt problematik. Det finns behov av specialiserade mottagningar (samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst) som når äldre tonåringar med allvarlig problematik. För de ungdomar som utvecklat ett missbruk är sannolikheten för samsjuklighet med allvarlig psykisk ohälsa hög. Det är därför ytterst angeläget att dessa ungdomar får tillgång till relevanta specialiserade insatser, både när det gäller missbruk och psykisk ohälsa, liksom socialt stöd för att skapa fungerande studier, arbete och vardag.

TABELL 1

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Elevhälsovård (främst beträffande upptäckt) Primär- eller landstingskommunal rådgivningsverksamhet avseende alkohol och narkotika Eventuellt primärvård eller BUM avseende provtagning vid drogmisstanke
Allvarlig	Sjukvårdens (psykiatris) missbruksvård i samverkan med den generella barn- och ungdomspsykiatri Samverkan med socialvård och elevhälsovård vid behov
Samsjuklighet	Vid allvarlig psykiatrisk samsjuklighet insatser från specialiserad/subspecialiserad barn- och ungdomspsykiatri Samverkan med BUM vid somatiska komplikationer

Behov av specialistnivå

Låg ålder, alarmerande psykiatrisk symtomatologi såsom självmordssymtomatologi och självskadebeteende. Beteendestörning/trotssyndrom, känd

allvarlig neuropsykiatrisk problematik, depression, ångeststörning och psykossymtom.

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Behov av specialiserad utredning och behandling (vägleds av text i Steg 1)	Strukturerade alkoholsamtal med föräldrar och den unge AUDIT, DUDIT	Anamnestisk intervju med föräldrar, SDQ till föräldrar och den unge BCFPI, ADAD

Standardiserade bedömningsinstrument

Standardiserade intagningsintervjuer används allt mer inom BUP och är bra instrument för att upptäcka symtom, göra bedömning av problemets art och grad samt bedömning av risk och skyddsfaktorer. En av de intervjuer som används är BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview). I socialtjänsten används ofta BBIC (Barnets behov i centrum) för att kartlägga. För barn och ungdomar med komplicerad missbruksproblematik bör ofta utredningar göras gemensamt.

Verktyg för att uppskatta alkohol och drogkonsumtion kan användas på alla olika nivåer då det finns test som är enkla att använda i praktiskt arbete. Screeninginstrumentet AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) kan användas i samtal med ungdomar för att upptäcka en högkonsumtion av alkohol. Screeninginstrumentet DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) kan användas i samtal med ungdomar för att upptäcka förekomst av droger.

ADAD är en strukturerad intervjumetod för bedömning av ungdomars problematik. Intervjun omfattar förutom bakgrundsuppgifter nio levnadsområden, fysisk hälsa, skola, arbete/sysselsättning, fritid/vänner, relation till familjemedlemmar, psykisk hälsa, brottslighet, narkotika- och alkoholvanor.

Användning av standardiserade instrument rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks och beroende vård.

Speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning

Psykosociala stödresurser, föräldrafunktion, riskmiljöer och ADHD, depression, ångestsyndrom, uppförandestörning, psykossymtom samt låg begåvning hos pojkar. Ärftlig belastning avseende missbruk, ADHD och ångestsyndrom.

Tecken på missbruk vid låg ålder, mindre än 12 år ska föranleda omfattande social och psykiatrisk utredning.

TABELL 3

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symtombeskrivning		<p>Frekvens av alkohol-användande, upprepade fyllor</p> <p>Droganvändande</p> <p>Kartläggning av negativa konsekvenser av konsumtionen</p> <p>Bedömning av stödfunktioner och riskfaktorer</p>	<p>Omfattning av missbruk, psykiatrisk diagnostik, utredning av co-morbiditet</p> <p>Co-morbiditet</p> <p>Kartläggning av negativa konsekvenser av konsumtionen</p>
Funktionsbeskrivning	<p>Skolk, försämrade skolprestationer, byte av kamratkrets kan vara tecken.</p> <p>Elevvårdskonferens</p>	<p>Bedömning av brukets/missbrukets grad och karaktär, samt påverkan på skola och livsföring</p> <p>Bedömning av tecken till psykiatrisk problematik</p>	Familjefunktion och nätverksresurser/risker
Standardiserad diagnostisk bedömning		AUDIT, DUDIT	<p>AUDIT, DUDIT</p> <p>Sedvanlig BUP-diagnostik</p>
Psykiatrisk differential-diagnostisk bedömning			Relevant barnpsykiatrisk utredningsmetodologi

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 – 12 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
12 – 18 år	<p>Motiverande intervju (MI)</p> <p>Social och emotionell träning (SET)</p> <p>Föräldraträning</p> <p>Örebro Preventionsprogram</p> <p>Cannabisprogrammet (lovande, dock ännu ej RCT)</p>	<p>Funktionell familjeterapi</p> <p>Multisystemisk terapi</p> <p>BSFT (Brief strategic family therapy)</p> <p>MET-CBT5 (i USA välstuderad metod för cannabissmissbruk hos tonåringar med lindriga och allvarliga problem)</p> <p>MDFT (Multidimensional family therapy)</p>

TABELL 4B. God praxis/beprövad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 – 12 år	Festmetoden ⁶	Ej aktuellt

TABELL 5. Utvärdering

Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 – 12 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
12 – 18 år	Uppföljning av droganvändning AUDIT, DUDIT, SDQ Bedömning av funktionsnivå	Uppföljning av droganvändning AUDIT, DUDIT, SDQ, CBCL, BCFPI Bedömning av funktionsnivå
12 – 18 år	Samtal med individ, nätverk/familj plus kontroll/provtagning. Pedagogisk och kognitiv inriktning. Hitta ungdomens egen motivation för förändring.	Familjesamtal med kognitiv inriktning, individualterapi med föräldrastöd, stödjande och gränssättande interventioner, belönings-system. Samverkan med socialvård, kontrollerande provtagning. KBT

Referenser

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007. Artikelnummer: 2007-102-1. www.socialstyrelsen.se

Övrigt

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2008. *Skolelevers drogvanor 2007* Rapport 108.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2007. *Mönstrandens drogvanor*. Rapport 105.

Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S 2008. *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser*. R 2008:37. Folkhälsoinstitutet. www.fhi.se

Kadesjö C, *Föräldrars betydelse för bruk och skadligt bruk av narkotika*, kapitel i, Andréasson, S (red) 2008, Statens Folkhälsoinstitut, *Narkotikan i Sverige: metoder för förebyggande arbete*. En kunskapsöversikt. R 2008:23. www.fhi.se

Koutakis N, Stattin H, Kerr M. (2008) *Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program*, *Addiction*, Volume 103, Number 10; 1629 – 1637

BCFPI: Brief Child and Family Phone Interview. En standardiserad telefonintervju. www.bcfpi.com

BBIC (Barnets behov i centrum) [www socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Andersson T 1988 *Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv* i Koutakis & Stattin Örebro preventionsprogram.

Koutakis N, Stattin H. 2004. *Ett konkret exempel på hur tonårsföräldrar kan involveras i det alkohol- och drogförebyggande arbetet*: Resultat från Örebro Preventionsprogram. Presentation vid konferens på Rosenbad Örebro universitet, Center for Developmental Reserch.

Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén.

9. Barn som har utsatts för trauma eller lever i en utsatt situation

Inledning

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga utbildnings- och lagstiftningsåtgärder, samt administrativa och sociala åtgärder, för att skydda barnet medan det är i föräldrarnas (eller enbart den ena förälderns), vårdnadshavares eller annan persons vård. Barnet ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada, övergrepp, vanvård, försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande (i form av till exempel sexuella övergrepp).

Barnkonventionen understryker att vuxenvärlden och vuxenvärldens institutioner ska uppmärksamma (upptäcka/identifiera) barn som på olika sätt riskerar att fara illa samt förebygga detta. Man ska dessutom erbjuda behandling/rehabilitering till de barn som redan farit illa genom exempelvis omsorgssvikt, fysisk misshandel eller sexuella övergrepp.

Olika grupper av utsatta barn och ungdomar

Dels finns det barn och ungdomar som växer upp och lever i en utsatt social situation där de riskerar att fara illa, eller redan har gjort det, och dels finns det de som utsatts för en mer riktad skadlig behandling i form av psykisk och fysisk misshandel och sexuella övergrepp. I denna senare grupp kommer en stor andel att ha traumatiserats och löper hög risk för reaktiva psykiska tillstånd eller PTSD.

Barn som lever i en utsatt social situation har ofta familjer som behöver stöd av socialtjänsten för att kunna tillgodose barnens grundläggande behov. Dessa familjer söker inte alltid hjälp själva, varken från barnpsykiatrien eller socialtjänsten. Istället görs många gånger anmälningar från andra, som exempelvis förskola eller skola,

till socialtjänsten på grund av oro för barnets situation och tillstånd.

Beskrivning av problemområdet

De senaste årens forskning kring hjärnans utveckling visar att kvaliteten i den tidiga kontakten mellan barnet och de närmaste omsorgspersonerna har ett tydligt samband med utvecklingen av de delar av hjärnans funktioner som är kopplade till den känslomässiga (bland annat reglering av känslor) och kognitiva utvecklingen. Därför är det viktigt med tidiga insatser och med medvetenhet kring hur föräldrarnas egna svårigheter påverkar barnets möjligheter till en positiv utveckling.

Att bevittna eller uppleva våld inom familjen är en riskfaktor för barn. Risksituationen består i att det förekommer omsorgsbrist, våld, konflikt och brutna relationer i familjen. Samtidigt skyddar socialt stöd i form av exempelvis vänner och familjemedlemmar mot de negativa konsekvenserna av utsatthet.

Ett barn som utsatts för ett trauma löper större risk än andra att drabbas av nya trauman. Risken för psykisk ohälsa ökar ju flera svåra livshändelser barnet utsätts för.

Riskgrupper

I. Barn som lever i riskmiljöer och/eller där omsorgsförmågan hos vårdarna inte är tillräcklig. Föräldrarnas svårigheter och bristande omsorgsförmåga kan handla om:

- psykisk sjukdom, missbruk, kriminalitet och utagerande (våld);
- funktionshinder som utvecklingsstörning eller dövhet/hörselnedsättning;
- föräldrarnas egen konflikt som kommer till uttryck i långdragna vårdnads- och umgängestvister som kan pågå under hela barnets uppväxt;

- omsorgsbrist, brister i anknytning och oförmåga att lösa konflikter;
- hedersrelaterat våld;
- barn som kommer till Sverige utan vårdnadshavare (ensamkommande barn);
- barn och ungdomar i destruktiva subkulturer.

II. Barn som utsatts för allvarliga trauman eller lever i en miljö där det både inom och utanför familjen finns risk att bli utsatt för:

- fysisk misshandel, sexuella övergrepp, misshandel genom förfalskning av symtom, och fysisk försummelse;
- sexuellt aggressivt beteende från andra barn;
- psykiskt våld, psykisk försummelse och kränkningar;
- allvarliga hotsituationer och krig;
- sexuell exploatering och handel med barn;
- mobbning, hot, våld, och andra övergrepp från jämnåriga;
- onlinesituationer där barn råkar illa ut.

III. Barn med en ökad känslighet som beror på:

- fysiska handikapp;
- intellektuella svagheter;
- neuropsykiatriska problem;
- medicinska problem;
- sexuell läggning (HBT-ungdomar).

Flera riskfaktorer föreligger ofta samtidigt vilket gör att problematiken förstärks.

Tecken eller symtom hos barnet

Barnet kan uppvisa en rad olika beteendeproblem och svårigheter i samspel med både jämnåriga och vuxna. I småbarnsåldern dominerar symtom som är relaterade till en otrygg eller desorienterad anknytning. De lite äldre barnen uppvisar fler beteendestörningar i form av både utagerande och inåtvändhet. De uppvisar också olika psykiatriska symtom som förvirringstillstånd, ångest, depressivitet och självdestruktivitet.

Barnet uppmärksammas ofta i skolan på grund av koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, skolk och svårigheter att uppnå målen. På fritiden uppmärksammas barnet bland annat på grund av missbruk och kriminalitet. Ungdomsmottagningen möter ofta unga flickor som mår dåligt och har ett sexuellt destruktivt beteende.

Tecknen kan variera med barnets ålder. Om traumatiseringen sker redan i småbarnsåldern kan problemen fortsätta under uppväxten, men ta sig olika uttryck.

I förskoleåldern (0 – 6 år)

De vuxna som finns i barnets närhet (inte alltid föräldrarna) har oftast under en längre tid uppmärksammat att barnet har svårigheter med inläringen av nya färdigheter och i sina relationer till omvärlden. Svårigheterna blir ofta än mer synliga när barnet börjar på dagis, hos dagmamma eller i förskola. Det kan gälla följande problem:

- Failure to thrive – störningar i tillväxt och utveckling hos barnet
- Psykomotoriska och kognitiva förseningar
- Svårigheter att föra och stanna kvar i en dialog, både gentemot vuxna och andra barn
- Brister i det sociala samspelet
- Utagerande och aggressivt beteende, eller passivt och tillbakadraget beteende
- Försenad emotionell utveckling
- Desorienterat förhållningssätt
- Symtom på fysisk misshandel och/eller övergrepp
- Patologisk lek
- Sexualiserat beteende

I skolåldern (7 – 12 år)

Om barnet inte uppmärksammas och får adekvat stöd påverkar svårigheterna barnets fungerande i skolan, både när det gäller inläringen och relationerna till jämnåriga och vuxna. Det kan ta sig uttryck i följande:

- Utagerande och aggressivt beteende
- Passivt beteende
- Oro och koncentrationssvårigheter i inläringssituationen
- Försenad emotionell utveckling
- Svårigheter med det sociala samspelet
- Inläringssvårigheter
- Dissociation
- Sexualiserat beteende

I tonåren (13 – 18 år)

Om omgivningen inte har hittat adekvata stöd-åtgärder och förstått ungdomens problematik har denne nu kommit in i en negativ utveckling. Det kan visa sig genom:

- Utagerande och aggressivt beteende.
- Att självdestruktivitet blir ett sätt att hantera ångest och självförakt
- Att ungdomen utsätter sig för risker att fara illa på olika sätt
- Depression och ångest, samt avsaknad av framtidstro
- Missbruk
- Kriminalitet
- Dissociation
- Sexualiserat beteende

Forskning visar att PTSD även kan drabba barn och tonåringar. PTSD är en svår och bestående ångeststörning som kan utlösas av mycket skrämmande upplevelser, som till exempel mord, svåra olyckor med dödsfall, våldtäkt eller misshandel. Den traumatiska händelsen återupplevs i intensiva minnesbilder, mardrömmar och ångestattacker som utlöses av något som associerar till den traumatiska händelsen. Personen lever med en ständig anspänning, som om han eller hon hela tiden befann sig i beredskap för en ny katastrof. Diagnos sätts först efter en månad. Vid allvarliga händelser kan en negativ utveckling förebyggas genom att erbjuda samtal och krisinsatser till barn och familj redan i samband med upptäckt/avslöjande.

Generella insatser

Samhällets förebyggande insatser är viktiga för att det inte ska uppstå en situation i familjen där barnen far illa. Stöd till föräldrar via MHV och BHV, liksom goda möjligheter till trygga relationer och en god skolmiljö är viktigt för alla barn.

Förebyggande och tidiga insatser

I verksamheter som träffar alla barn och föräldrar finns möjlighet att tidigt upptäcka risk-situationer. Risksituationer kan identifieras redan hos blivande föräldrar, och MHV bör ha

god kännedom om hur man identifierar blivande föräldrar som kan ha behov av extra stöd på direkta eller indirekta sätt.

Genom att till exempel identifiera kvinnor som utsätts för misshandel kan man skydda barn från att bevittna våld. Vuxenpsykiatrin känner ofta till blivande mödrar med stora psykiska svårigheter, och socialtjänsten kommer i kontakt med blivande föräldrar med missbruksproblematik och sociala svårigheter. Problem och riskgrupper kan identifieras i samband med graviditet, som tidig upptäckt av mödrar/familjer som missbrukar alkohol eller narkotika i en utsträckning att det kan skada fostret och/eller barnet.

BHV har vid regelbundna kontroller, och vid föräldrautbildning som bedrivs där, möjlighet att identifiera riskgrupper. Vid risksituationer, föräldrar som inte kommer till BVC eller där det finns anledning att tro att det finns behov av stöd bör BHV-sköterskan göra regelbundna hembesök.

Förskolan, skolan och elevhälsan har en viktig roll när det gäller att identifiera barn som behöver extra insatser. Skolsköterskan är en lättillgänglig kontakt som träffar alla barn.

Hos primärvården och BHV söker barn och ungdomar hjälp för skador eller psykosomatiska problem. Det är viktigt att ha en lyhördhet för signaler på fysiska problem som på något sätt kan ha samband med en utsatt situation eller att barnet far illa.

Insatser vid problem

– skyldighet att samverka

Socialtjänsten har ansvaret för barn som far illa eller har en utsatt social situation. Den ska göra en bedömning av behov av skydd samt kunna begära hjälp med till exempel utredning av barnets psykiska tillstånd och svårigheter. BUP ska samverka och finnas tillgängligt om barnet uppvisar avvikande beteende, och om en bedömning av barnets psykiska hälsa behöver göras.

Enligt 6 § i förvaltningslagen har alla myndigheter en allmän lagstadgad skyldighet att samverka.

När det gäller frågor som rör barn som far illa, eller riskerar att fara illa, finns även en särskild skyldighet att samverka enligt 5 kap 1:a § i socialtjänstlagen. Den här samverkansskyldigheten regleras även i lagstiftning för polis, förskola, skola samt hälso- och sjukvård.

Anmälan till socialtjänsten enligt socialtjänstlagen ska göras när misstanke om att barn far illa föreligger. Men för att detta ska bli den goda länk till skydd och insatser som lagstiftaren avsett måste de som ska göra anmälan känna sig trygga med att barn och familj får nödvändig hjälp. De måste också känna att både barn, familj och de själva kommer att bemötas med respekt och nödvändig öppenhet.

Ofta är det bra att anmälare, familj och företrädare för socialtjänsten träffas, och att anmälan framförs vid gemensamt möte. BUP ska bistå socialtjänsten i arbetet med familjer, och med den svåraste och mest komplexa problematiken. Det är nödvändigt med hög tillgänglighet och snabbt bemötande från BUP.

Hur kan vi hitta de som idag inte nås av insatser?

Information till allmänheten

Information om samhällets myndigheter och deras ansvarsområden bör finnas på MVC, BVC och skola. Information ska också kunna hittas på Internet via respektive myndigheters webbsidor och via media.

Ökad kunskap hos personal i samhällstjänst

Ökad kunskap och utvecklad beredskap att se tidiga signaler på risksituationer bör eftersträvas hos alla aktörer som möter barn och unga eller föräldrar och närstående till barn. När vuxna söker hjälp för egna problem har personalen ett ansvar att fråga om de har barn och bedöma barnens situation och eventuella behov av information, stöd och hjälp. I alla verksamheter bör det finnas rutiner och handlingsplaner för vad som ska göras om det finns misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa.

TABELL 1. Utredning och åtgärder vid identifierade problem

Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Behov av specialiserad utredning, behandling och akutgrad bedöms av den instans dit familjen först har vänt sig och avgörs av ärendets komplexitet	Basnivån och socialtjänsten använder i tillägg till den kliniska bedömningen de bedömningsinstrument som är relevanta i deras verksamhet, exempelvis BBIC (barnens behov i centrum) inom socialtjänsten	Bedömning ska göras av barnets aktivitetsförmåga i vardagen, eventuella svårigheter hos barnet, kognitiv förmåga, kroppslig eller psykisk sjukdom, socialt nätverk mm. Instrument ex BBIC.
Var fortsatt handläggning ska ske är avhängig den lokala organisationen	I första hand en klinisk bedömning, och utifrån denna ta ställning till utredning eller insats	
Beslut om fortsatt handläggning kan underlättas av konsultation/samråd mellan bas- och specialistnivå		

TABELL 2. Vilka aktörer finns

	Kommun	Kommun och Landsting	Landsting
Bas/första linje	Förskola Skola Elevhälsa Socialtjänstens förebyggande verksamhet	Familjecentraler Ungdomsmottagning	Mödrahälsovård Barnhälsovård Primärvård
Specialistnivå	Socialtjänst: Individ- och familjeomsorg Handikappomsorg/LSS	Gemensamma funktioner/team för barn och ungdomar som har eller riskerar att utsättas för trauma ex Barnahus	BUM Barn- och ungdomshabilitering Barn- och ungdomspsykiatri Vuxenpsykiatri

Basnivå/Första linjen – sjukvårdande insatser

Små barn

Om föräldrar med bristande omsorgsförmåga är positiva till stöd, och/eller om spädbarnet uppvisar lindriga anknytningssvårigheter, bör en behandlare från BHV, MHV eller socialtjänst kopplas in. Behandlingen inriktas på att stärka föräldrarnas förmågor i relationen till barnet. Exempel på sådana insatser är föräldra- och spädbarnsverksamheter för tidigt identifierade riskgrupper.

Stöd till föräldrarna

Föräldrastöd som är anpassat efter barnet och föräldrarnas situation bör kunna erbjudas individuellt och/eller i grupp. Det kan vara föräldragrupper för barn med viss problematik (till exempel funktionsnedsättning) eller grupper anpassade till föräldrarnas behov, som exempelvis grupper för unga mammor.

Äldre barn och ungdomar

För större barn och ungdomar finns goda erfarenheter av gruppverksamheter. Det kan till exempel gälla temagrupper som riktar sig till barn till missbrukande föräldrar, barn med psykiskt sjuka föräldrar eller barn som bevittnat

våld. Föräldrarna bör gå parallellt i behandling, till exempel i en föräldragrupp. Även syskon till barn som har utsatts för trauma, begått självmord eller har andra svårigheter bör erbjudas stöd, till exempel i grupp.

Dessa insatser kan erbjudas av socialtjänst, primärvård, skolhälsovård/elevhälsa, BHV, familjecentraler och ungdomsmottagningar.

Specialistnivå

Specialistnivån innefattar BUP, BUM, BUH och Individ- och familjeomsorg.

Om barnet uppvisar allvarliga symtom, och symtomen kvarstår trots att adekvata åtgärder vidtagits på basnivå, och om barnets förmåga att fungera i vardagen är allvarligt påverkad hänvisas till specialistnivå. Behandlingen bör vara individualiserad och vända sig både till barn och föräldrar/närstående.

Det är viktigt med ett snabbt bemötande då man söker hjälp. Familjen bör erbjudas en snar första tid för samtal. Utifrån den kliniska bedömningen och överenskommelsen vid detta första samtal kan olika åtgärder sättas in. Om en beskrivning som tyder på att barnet har egna svårigheter framkommer i sjukdomshistorien kan följande göras:

- Utredning av barnet med sedvanliga metoder

som används inom barn och ungdomspsykiatri för att få ett mått på den kognitiva och emotionella utvecklingsnivån

- Kartläggning av förutsättningar och resurser hos föräldrar och nätverk

Kartläggningen och utredningen är till för att föräldrar och viktiga personer i barnets omgivning ska få en ökad förståelse för vad barnet behöver för att utvecklas positivt. Man kommer tillsammans överens om vilka stödåtgärder familjen behöver. Det är viktigt att stödja familjens egna resurser och förutsättningar, och att stärka relationen mellan föräldrar och barn. I denna process är det ofta av avgörande betydelse att socialtjänsten bistår med insatser av olika slag för att stötta familjesystemet. Samarbete med basnivån är mycket viktigt.

Barn som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser bör få barnpsykiatrisk bedömning i anslutning till händelserna. Vid behov bör stöd och behandling erbjudas barn och familj för att förebygga senare PTSD (PTSD-diagnosen sätts per definition först efter en månad).

BUP:s insatser behöver även vara riktade mot socialtjänsten och andra samverkansparter som kan behöva hjälp i form av konsultationer, och inte endast mot barnet och dess familj och närstående. Det är viktigt med samarbete med socialtjänsten, eftersom skydd för barnet är en förutsättning för insatserna.

Sexuella övergrepp är alltid en specialistangelägenhet och fordrar professionellt omhändertagande av specialister inom den somatiska såväl som psykiatriska vården. Ett samarbete kring barnets omhändertagande, tillsammans med sociala myndigheter och polis, bör snarast komma till stånd. Vid händelser som kräver en rättslig utredning bör vård och stödinsatser ske i samordning med polisutredningen.

Subspecialisering/högspecialisering

Subspecialistnivå är aktuell när barnets svårigheter är av sådan grad att länsövergripande specialistmottagningar med särskild kunskap behöver anlitas. Det gäller exempelvis barn som uppvisar ett sexuellt aggressivt beteende och utsätter andra barn för sexuella övergrepp.

Åtgärder inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Bedömning

Barnets hälsa, behandlingsbehov, emotionella och kognitiva utveckling, samspels- och anknytningsmönster, och egen beskrivning av sig själv bör ingå i en bedömning. Bedömningen bör även innefatta barnets uppfattning om omvärlden och relationer, samt föräldrarnas förmåga att delta i behandling.

Vidare utredning

Den första kontakten har lett fram till en bedömning som innehåller en beskrivning av:

- barnets svårigheter;
- art och grad av barnets symtom och problem (lindriga/allvarliga);
- om det finns speciella faktorer (till exempel barnets ålder vid debut av symtom, om barnet lever i en komplicerad familjesituation eller om det har en dåligt anpassad skolsituation) som kan påverka vidare handläggning.

Utifrån detta föreslås följande:

Vidare utredning som underlag för ställningstagande till lämpliga åtgärder. Utredningen ska ge underlag för att bedöma diagnos, differentialdiagnos, samsjuklighet, risk/skydd och funktionsnivå.

Att den egna verksamheten initierar åtgärder utifrån bedömningen i den första kontakten.

Att planeringen av vidare handläggning av ärendet görs gemensamt på samverkansmöte där familjen är närvarande. Detta för att tydliggöra vad som är problemet, vem/vilka som är berörda och hur man ska gå vidare.

Behandling

Behandlingen är multimodal och innehåller flera komponenter, bland annat följande:

- Psykopedagogisk insats; det vill säga utbildning av barn, föräldrar, lärare och/eller andra betydelsefulla personer om symtom, kliniskt förlopp, behandlingsmöjligheter och prognos
- Individualterapi
- Familjeterapi
- Gruppterapi

Viss evidens kan anses finnas för:

Bildterapi
 CPT (Cognitive Processing Therapy)
 DBT
 EMDR för barn och för ungdomar
 Gruppterapi
 KBT (Kognitiv- och beteendeterapi)
 KIBB, Kognitiv integrerad beteendeterapi för barn som utsatts för misshandel, gruppterapi tillsammans med förälder
 Lekterapi
 MBT (Mentalising Based Treatment)
 SIT (Stress Inoculation Training), genom att i grupp eller individuellt lära patienten bemästra trauma "Copingstrategier"
 Symboldrama
 TFCBT, traumafokuserad KBT tillsammans med förälder eller individuellt
 Övergreppspecifik behandling (för unga som förgriper sig på andra barn)

God praxis/beprövad erfarenhet:

Barngrupper för barn som bevittnat våld
 BOF
 BUP-VASA barngrupper
 MarteMeo
 Samlek
 Theraplay, barn-/ungdomspsykoterapi med mentalisering i fokus med parallell föräldraterapi,
 Barngrupper för barn till missbrukare

Goda modeller

Det finns många exempel på goda samverkansformer och integrerade verksamheter. Mycket talar för att det finns det stora fördelar med formaliserad samverkan när det gäller barn som riskerar att fara illa eller som har utsatts för trauma. Det behövs en gemensam styrning, en tydlig struktur och en samsyn. Familjecentraler, barnahus och ungdomsmottagningar är några exempel.

Strategi för samverkan mellan Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling

På uppdrag av regering och riksdag har Socialstyrelsen tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen tagit fram en nationell strategi för samverkan. I skriften "Strategi för samverkan" finns följande skrivet: *"En nödvändig beståndsdel i en strategi för samverkan är kontinuerlig tvärprofessionell kompetens- och metodutveckling, baserad på medvetenhet och respekt inför skillnader i uppdrag, organisation, regelverk och kompetens."*

Det är viktigt att hitta former för konkret samverkan i enskilda komplicerade ärenden. Respekt för varandras kompetens, erfarenheter, resurser och begränsningar när det gäller att möta barn och ungdomar i en social utsatt situation måste vara ledande i denna samverkan.

Genom detta arbetssätt kan barn fångas upp som annars inte skulle komma i kontakt med BUP och den specialistkompetens som finns.

Referenser

Förebygga och skapa bättre förutsättningar för att agera rätt och klokt, Från Rädda Barnen rapport 4 2006, När samhället sviker barn som far illa.

Att tänka på..., Rutiner för av ärenden som rör barnmisshandel och sexuella övergrepp, Östergötland. www.e.lst.se

Hönan och ägget, Diagnostisering och gruppterapeutisk behandling av svårt störda barn i förskoleålder, Vårdutvecklingsrapport 2002:1, Eeva Tolvanen.

Jag är så rädd, Råd och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av misshandlade och sexuellt utnyttjade barn, Norrbottens läns landsting.

Kjellberg, E (red), (2001) *Man kan inte så noga veta ...*, Barnpsykiatriska utredningar tillsammans med socialtjänsten. Stockholm. Mareld.

Regionala vårdprogram

Norrbus; förslag till gemensamma riktlinjer för samverkan kring barn och unga med sammansatta behov, 2007-11-27, Landstinget och kommunerna i Norrbottens län.
http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala_vardprogram/RV_Misshandlade_barn.pdf

Rutiner för samverkan mellan NLL, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Gällivare kommun, Socialförvaltningen, Individ- och familjeomsorgen (IFO) Familjerätten.

10. Barn och ungdomar med begynnande psykos och bipolär sjukdom

Flera av de vanligt förekommande psykiska sjukdomarna hos vuxna kan börja redan under barn och ungdomsåren. Psykossjukdomar och bipolär sjukdom är ovanliga i yngre åldrar. Riskperioden för insjuknande börjar i sena tonåren. Erfarenheter och viss forskning talar för att en tidig upptäckt tillsammans med bra vård och stödinsatser kan påverka prognosen positivt.

Misstanken om allvarlig psykisk sjukdom skapar mycket oro. Snabba och bra utredningsinsatser tidigt, samt anpassat stöd och god information är därför positivt för personen själv, familjen och omgivningen. Det finns fortfarande mycket fördomar och rädsla inför till exempel psykossjukdomar, vilket kan fördröja stöd och behandlingsinsatser. Det är därför viktigt att det finns en hög medvetenhet om dessa tillstånd bland dem som möter ungdomar med problem, och att det finns tydliga vägar till bedömning på specialistnivå.

Symtom och sjukdomsutveckling

Psykos

Psykosymtom – som idéer om förföljelse, förgiftning och att man har speciella krafter, eller hallucinationer som att höra röster eller se syner som inte finns – kan förekomma vid många olika fysiska och psykiska tillstånd. De flesta unga med psykosymptom uppfyller vare sig kraven för schizofreni eller bipolär sjukdom. Psykosymtom behöver inte vara starten på en allvarlig psykisk sjukdom.

Hos ungdomar är det vanligt med psykosymtom vid emotionell störning, men också vid allvarliga trauman, stressande situationer och vid användande av droger. Samsjukligheten är mer komplicerad än hos vuxna. Barn och unga saknar en stabil personlighet och funktionsnivå

att utgå från vid värdering av nya symptom. En god diagnostik och utredning är avgörande för optimal behandling och rehabilitering. Det är alltså av största vikt att ha en klinisk erfarenhet om den normala utvecklingen avseende kognition, beteende och känslor då man arbetar med barn och ungdomar. Det krävs för att kunna avgöra om ett visst beteende är förväntat eller patologiskt i den enskilde individens aktuella utvecklingsskede.

Tidiga tecken

Den så kallade prodromalfasen, som har visat sig föregå ett insjuknande i psykossjukdom, innehåller ospecifika tecken som social tillbakadragenhet, misstänksamhet, ångest, spänning, irritabilitet, ilska, humörsvängningar, sömnstörningar, aptitförändringar, minnessvårigheter och koncentrationssvårighet. Det finns även andra mer specifika tecken så som känslor av att omgivningen har förändrats eller av att tankarna går fortare eller långsammare, försämrade arbets- eller studieprestationer, tillbakadragenhet, ointresse av sociala kontakter, udda eller bisarra uppfattningar, och brist på energi eller motivation.

Sjukdomsutveckling

Vid schizofreni finns det olika typiska insjuknanden. Det finns dels en grupp med ett mer smygande förlopp och dels en grupp som har en snabbare och mer akut insjuknande bild. Det kan även finnas en autismspektrumstörning som visat sig tidigare, vilket avsevärt komplicerar diagnostiken.

Det är vanligt med ärftlighet och tecken på en ökad sårbarhet. Många har haft en nedsatt funktionsförmåga även före insjuknandet. Ibland finns tydliga utlösande livshändelser och orsaken till schizofreni är troligen en kombination

av flera faktorer. Dålig premorbid funktion, bristande svar på medicinering och negativa symtom kan vara riskfaktorer för sämre prognos.

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom kännetecknas av återkommande perioder av depressiva och maniska tillstånd, ibland med psykotiska inslag.

Olika former av sjukdomen är:

- **Bipolär sjukdom typ I:** Kännetecknas av återkommande maniska skov, som ofta har psykotiska inslag, plus sjukdomsepisoder med svår depression.
- **Bipolär sjukdom typ II:** Kännetecknas av återkommande skov av lätt förhöjd aktivitet (hypomani), där symtomen normalt är mildare. Även vid denna typ uppträder skov med svår depression.
- **Cyklotymi:** Kännetecknas av att fyra eller fler skov av depression, mani eller hypomani uppträder cykliskt inom en tolv månadersperiod. Omkring 13 till 20 procent av de patienter som fått diagnosen bipolär sjukdom har denna svårbehandlade sjukdomstyp.

Sjukdomsutveckling

Då det gäller bipolärt syndrom för barn och ungdomar visar studier att mer än hälften debuterar med en depressionsepisod. Den tar sig uttryck i exempelvis nedstämdhet, minskat intresse och glädje, känsla av brist på energi och av värdelöshet, koncentrationssvårigheter och irritabilitet.

Maniska skov innebär ofta att patienten känner ett enormt självförtroende och är starkt upprymd, får sänkt sömnbehov, talar forcerat, får snabba infall, blir lätt disträherad, irriterad och obetänksam – något som exempelvis kan ta sig formen av ekonomisk extravagans och sexuell lössläpplighet.

Hos den grupp som insjuknar före 18 års ålder är det vanligare att de har ärftlighet för bipolär sjukdom. Deras symtombild inkluderar snabba humörsvingningar, fler självmordsförsök, mer våld mot andra, mer missbruk, sämre prognos och kroniskt förlopp.

Samsjuklighet

Differentialdiagnostik är viktig eftersom positiva psykossymtom kan infinna sig i flertalet av de vanligaste psykiatriska diagnoserna för ungdomar. Schizofreni och schizofreniforma syndrom är exempel på tillstånd som alltid innefattar psykossymtom. Differentialdiagnostiken här riktas främst mot depression, bipolär sjukdom, organisk/toxisk psykos, beteendestörning eller emotionella störningar, schizoaftaktivt syndrom, AST och tvångssyndrom.

Exempel på tillstånd som även kan innefatta psykossymtom är affektiva tillstånd som bipolärt syndrom, depression, dissociation, PTSD och svårartade ångeststillstånd, men även missbruk och vissa organiska sjukdomar. I diagnosgruppen bipolärt syndrom är det ofta en samsjuklighet med ADHD.

Personer med AST kan uppvisa misstänksamhet eller katatona symtom inom ramen för en autism, men om hallucinationer och vanförställningar blir framträdande faller diagnosen inom schizofrenispektrumet. I ytterst sällsynta fall kan det i psykosen även finnas en mycket allvarlig impulsivitetsproblematik som kan leda till allvarlig skada och stort lidande för såväl individen som för omgivningen

Det bipolära tillståndet är svårt att identifiera i barn- och ungdomsåren. Det finns en risk att olika tillstånd förväxlas, men också att en samsjuklighet med ett bipolärt tillstånd inte upptäcks. Samsjuklighet är vanligt med depression, ADHD, trottsyndrom och ångestsyndrom, men även med det som i vuxen ålder diagnostiseras som instabil personlighetsstörning. Trauma och/eller ett PTSD kan också försvåra bedömningen. Forskning och senare års erfarenheter talar för att bipolära sjukdomar inte upptäcks i tillräcklig omfattning, och ofta med flera års fördröjning.

Förekomst

Bland äldre tonåringar kan förekomsten av psykos och bipolär sjukdom uppskattas till cirka en procent, men siffrorna är osäkra. Bipolära sjukdomar är vanligare än schizofreni.

Livsriskerna att insjukna i schizofreni anges till cirka 0,8 procent och för bipolär sjukdom 3 till 4 procent. Den vanligaste debutåldern för båda dessa tillstånd är från äldre tonåren till början av 20-årsåldern. Schizofreni är ovanligt före 13 år; 1/40 000 barn i denna ålder lider av det, jämfört med 1/10 000 barn före 18 år.

Tidigt insjuknande i både schizofreni och bipolär sjukdom ökar risken för ett allvarligt sjukdomsförlopp. Det är därför viktigt att hitta dessa ovanliga tillstånd. Eftersom det handlar om få fall per klinik och år är det svårt att upprätthålla en hög kompetens kring diagnostik av dessa tillstånd.

Vad behövs för att hjälpa barn med olika typer av psykosjukdomar och bipolär sjukdom?

Basverksamheter/Första linje

Upptäckt

För att så tidigt som möjligt nå personer som insjuknar är det viktigt att det finns medvetenhet om dessa tillstånd i skola, skolhälsovård, elevhälsans ungdomsmottagningar, primärvård och socialtjänst. Det bör även finnas kunskap om vem som kan konsulteras och vart personen kan lotsas vidare för utredning och behandling.

Fortsatt stöd

När ett barn eller en ungdom har en psykosjukdom eller en bipolär sjukdom är stöd i vardagen, styrt av individen och närståendes behov, av största vikt. Extra stöd i skolan, anpassad skolgång, stöd i vardagssituationen, boendestöd, sysselsättning och stöd i fritid är aktuellt för många. Ett nära samarbete mellan kommun och landstingsverksamheter krävs för ett samordnat stöd.

Specialistnivå med subspecialisering

Utredning och behandling av psykostillstånd och bipolära tillstånd är en angelägenhet för specialistnivån. Detta beror både på att tillstånden är ovanliga i barn och ungdomsåren och på att det krävs specialkunskap för såväl differentialdiagnostik som för utredning och behandling. Eftersom det är så ovanliga tillstånd talar mycket för att kompetens på specialist-

nivån behöver samordnas regionalt och med vuxenpsykiatri. Inom vuxenpsykiatri finns på många håll subspecialiserade verksamheter för psykosvård och för affektiva tillstånd som bipolära sjukdomar.

TOP-projektet (Tidigt Omhändertagande vid Psykos) rekommenderar att man inom psykiatriområdet skapar speciella strukturer, anpassade efter lokala förhållanden, för tidigt omhändertagande av personer som utvecklat psykotiska symptom. Det kan vara speciella team, team inom de ordinarie verksamheterna eller samverkan mellan intresserade i olika team. Lokala förhållanden måste styra valet av organisationsform. Det är viktigt att kontrollera att den form som valts kan tillhandahålla tillräckligt kvalificerade bedömningar i ett tidigt skede.

Utöver BUP och/eller vuxenpsykiatri behövs ofta insatser från BUM, BUH, skola, socialförvaltningen (med individ och familjeomsorg) och LSS. En väl utvecklad samverkan mellan organisationerna underlättar skapandet av ett effektivt samarbetande team runt individen. Barnets funktionsnivå, komplicerande faktorer, samt barnets och familjens behov bör vara styrande för var huvudansvaret för insatserna ligger i det enskilda fallet.

Vad ska göras oavsett aktör?

Dit ungdomen eller närstående vänder sig ska finnas kompetens att:

- bedöma besvären och känna igen om det rör sig om psykosjukdom, bipolär sjukdom eller ett tillstånd som behöver en kvalificerad bedömning;
- bedöma risk-/skyddsfaktorer, det vill säga tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som tänkbar förklaring till symptomens uttrycksätt och bakgrund;
- ta ställning till om vidare utredning/bedömning behövs, och i så fall var, och till om det finns behov att hjälpa barn och familj till lämplig specialistenhet för bedömning och fortsatt hjälp.

Vid misstänkt psykos eller bipolär sjukdom ska utredning göras på specialistnivå. Standardiserad diagnostisk intervju kan finnas som en bedömning i förstalinjesvård. Om det finns tecken på psykosjukdom eller bipolär sjukdom ska snabb bedömning inom barnpsykiatri kunna ordnas. I många fall kommer det då att handla om behov av akuta insatser. Psykiatrisk differentialdiagnostik bör erbjudas av enhet med tillräcklig kompetens inom specialiserad eller subspecialiserad barn- eller vuxenpsykiatri.

Vidare utredning:

- När den första kontakten har lett fram till en bedömning som ger misstanke om psykos eller bipolär sjukdom, bör en fortsatt utredning ske omgående.

- Den vidare utredningen ska ge underlag för ställningstagande till lämpliga åtgärder (Tabell 3). Utredningen ska även ge underlag för att bedöma diagnos, differentialdiagnos, samsjuklighet, risk/skyddsfaktorer och funktionsnivå hos barnet och omgivningen.
- Eftersom det handlar om tillstånd som kan riskera att bli långvariga, och som ofta i hög grad påverkar personens förmåga att fungera i sina olika roller i livet, är det angeläget att det görs en bred och djup utredning som omfattar hela livssituationen. Omfattande utredningsbatterier finns beskrivna i flera riktlinjer och vårdprogram.

TABELL 1

Svårighetsgrad	Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?
Lindrig	Vid misstanke och diffusa problem kan skolhälsovård, primärvård, ungdomsmottagning, socialtjänst bli den första naturliga kontakten. Om misstanke om psykos eller bipolär sjukdom bekräftas förmedlas kontakt med specialist.
Allvarlig	Till BUP som hjälper till att avgöra om akuta insatser behövs
Atypisk	Till BUP

TABELL 2

Faktorer som avgör var fortsatt handledning ska ske	Verktyg för att bedöma art och grad	Verktyg för att bedöma risk/skydd
Svårighetsgrad, funktionsnivå, ålder, komplexitet och samsjuklighet	Brief Child Family Phone Interview (BCFPI) Standardiserade diagnostiska intervjuer och bedömningsinstrument Funktionsbedömningar Pågående missbruk	Social anamnes Identifiera stressande faktorer Intervju med närstående Bedömning av närståendes resurser och befintliga stödfunktioner Användning eller risk för användning av droger och alkohol

TABELL 3. Utredning

Vårdnivå	Första linjen (Basnivå)	Specialist	Subspecialist
Symtombeskrivning	Individens besvär Känna igen misstänkt psykos	Symtomskattning med passade standardiserade skalor enligt vårdprogram*	Symtomskattning med passade standardiserade skalor enligt vårdprogram
Funktionsbeskrivning	Individens aktuella förmåga Närståendes resurser	Utredning i tvärprofessionellt team med fokus på funktionsförmåga i vardagslivet Neuropsykologisk utredning – kognitiv förmåga	Funktionsbedömning som för specialist, men med spetskunskap Av psykolog och arbetsterapeut med specialkompetens vid psykos och bipolär sjukdom Standardiserade passande instrument finns**
Standardiserad diagnostisk bedömning	Exempelvis BCFPI eller någon annan standardiserad intervju	Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer (BCFPI) för första bedömning Standardiserade diagnostiska intervjuer***	Som för specialist, men med spetskunskap kring aktuella tillstånd Standardiserade diagnostiska intervjuer***
Psykiatrisk differentialdiagnostisk bedömning		Differentialdiagnostik och värdering av samsjuklighet avseende utvecklingsstörning, ADHD, TS, AST, PTSD, ODD, CD, DCD, dyslexi, språkstörning, ångest depression, bipolärt syndrom och missbruk	Som för specialist, men med spetskunskap om psykosjukdomar och om bipolära sjukdomar

Förklaringar se nästa sida

* MDQ-A (mood disorder questionnaire-adolescents), CMRS-P (child mania rating scale-parent version), CHT (cyclothymic hyperthymic temperament scale), BDI-C (Beck depressive inventory-children). Där finns både strukturerad intervju för prodromalsymtom SIPS (Structured interview for prodromal syndroms) och frågeformulär för det samma SOPS (scale of prodromal symptoms).

** Psykologutredning med nivåbedömning ex WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) eller WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale). Hänsyn ska alltid tas till psykosens inverkan på prestation, vilket gör att det är viktigt att avgöra individens "testbarhet". Neuroscreening batteri anpassat utifrån psykossjukdom med bedömning av exekutiva funktioner, uppmärksamhet, minne, motorik och strategival. För personlighetsbeskrivning används instrument som KSP (karolinska scales

of personality), TCI (temperament character inventory). ADL-taxonomin barnversionen (Törnqvist & Sonn) För ungdomar som har god kognitiv förmåga är COPM. (Canadian Occupational Performance Measure) (Law et al.) Det är även ett bra instrument för målformulering.

*** Exempel på intervjuer är Kid-Scid (structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses) och K-Sads (kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia).

Åtgärder

Utredningsresultaten ska ge underlag för val av åtgärder. Behandling sker på specialistnivå/ subspecialistnivå, där man kan anpassa vården utifrån de individuella behoven och utifrån hur psykosens påverkat individen.

TABELL 4A. Evidensbaserade åtgärder

Ålder	Lindrig	Allvarlig
6 – 12 år		Ovanliga tillstånd, tidigt debuterande psykos eller bipolära tillstånd bör ses som allvarliga Det finns bristande forskningsstöd för åtgärder
12 – 18 år	Åtgärder vid tidiga tecken (prodromalsymtom) är föremål för pågående forskning	För barn i yngre åldrar är forskningsstödda åtgärder begränsade Äldre tonåringars behandling kan mer jämföras med vuxnas behandling Det finns kliniska riktlinjer X för behandling och utredning av vuxna, och i delar för ungdomar där vissa insatser kan anses ha forskningsstöd: Farmakologisk behandling (med extra försiktighet) Psykopedagogiska interventioner Kognitiv beteendeterapi speciellt utformad för psykossjukdom Familjeintervention Psykosociala interventioner Samordnade insatser (ACT och case manager) Samtidig behandling av psykisk sjukdom och missbruk

TABELL 4B. God praxis/beprövad erfarenhet

Ålder	Lindrig	Allvarlig
6 – 12 år		Goda erfarenheter finns av intensivt stöd till familj och närstående. Läkemedel ska användas med stor försiktighet, men kan vara nödvändigt i vissa lägen. Individualiserade KBT-insatser bör ges till barn och familj*
12 – 18 år	Vid tidiga tecken (prodromalsymtom): Goda erfarenheter av allmänt stöd till individen och närstående för att minska stress, stödja utvecklingen att bli vuxen, underlätta vardagen och undvika risker som droger Psykopedagogiska insatser	Kliniska riktlinjerna beskriver också många insatser med erfarenhetsstöd. Goda erfarenheter finns av: Snabba insatser/god tillgänglighet – tidigt stöd till individen och närstående God behandlingsallians med patient och närstående Välinformerade och kunniga patienter och närstående Individualiserade KBT-insatser till barn och familj* Neurokognitiv utredning och rehabilitering Färdighetsträning Gruppaktiviteter för socialträning Individualiserade psykologiska och psykopedagogiska behandlingsinsatser

* Exempelvis barn- och familje-fokuserad kognitivbeteende terapi som i sitt ursprung kallas för RAINBOW-therapy, Multifamiljebehandling.

Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Utvärdering bör ske på flera nivåer. Eftersom det är ovanliga tillstånd bör särskild utvärdering ske av hur väl organisationen klarar att möta dessa barn och föräldrars behov och av hur väl samverkan med andra vårdgivare och aktörer fungerar.

På individnivå är en regelbunden uppföljning av insatsernas resultat av stor vikt. Utvärderingen ska omfatta dels en bedömning av varje insats, dels en helhetsbedömning av livssituationen.

Både barnets egen, såväl som närståendes, upplevelse och bedömning av resultat ska inhämtas strukturerat.

I refererade dokument och vårdprogram finns exempel på verktyg för att utvärdera om behandlingen har effekt på dess målsättning, och för den enskilda patientens symtom, funktionsnivå och upplevelse av livskvalitet. Hänsyn och anpassning måste göras till ålder.

TABELL 5. God praxis/beprövad erfarenhet

Alla	<p>Organisationens förmåga att upptäcka: Vid upptäckt/diagnos av bipolär sjukdom eller psykos/schizofreni registrera hur lång tid som gått från första symtom på aktuell sjukdom till diagnos</p> <p>Systematiskt följa tiderna från symtom till diagnos för att se om organisationen är tillräckligt bra på att upptäcka och möta dessa tillstånd</p> <p>Utredningstider: Uppföljning av väntetider till viktiga utredningar</p> <p>Behandling: Mäta måloppfyllelse utifrån behandlingsplan</p> <p>Följa symtom med standardiserad skattningsskala och funktions bedömning (minimum CEGAS eller GAF, regelbundet)</p> <p>Läkemedelsbehandling: Kontinuerlig uppföljning, alltid utvärdera effekten efter sex till åtta veckor</p> <p>Mätning av längd, vikt och bukomfång regelbundet</p> <p>Blodprovstagning, leverpåverkan med mera, koncentrationmätningar</p> <p>Noga följa metabola störningar eller andra kroppsliga påverkansrisker</p> <p>Uppföljning av andra biverkningsrisker</p> <p>Effekt av läkemedel bör följas ofta för barn och ungdomar</p> <p>En omfattande kontroll av kroppslig och psykisk hälsa, ”rediagnostisering” (det vill säga ett ställningstagande till om sjukdomstillståndet är det samma som tidigare och om diagnostiska bedömningen fortfarande är giltig) som bör göras minst en gång per år vid underhållsbehandling med läkemedel</p> <p>Patient och närstående tillfredsställelse minst en gång per år</p> <p>Registrering i befintliga kvalitetsregister (Bipolär, Psykos R, Kvalitetsstjärnan)</p> <p>Uppföljning av gemensam vårdplan (individuell plan) tillsammans med aktuella aktörer</p> <p>Bedömning av måloppfyllelse och revidering av vårdplan ska ske vid behov, men minst en gång per år.</p>
------	---

Referenser

Svenska sammanställningar

TOP-projektets riktlinjer för tidigt omhändertagande TOP (Tidigt Omhändertagande vid Psykos) Projektet, som startades på initiativ av Nationell Psykiatrisamordning år 2005, har tydligt formulerat sina intentioner för vuxenpsykiatri, och det bör vara av stor vikt att även erbjuda denna utgångspunkt för barn och ungdomar. Kontakt med detta projekt kan fås genom e-post: top.projektet@akademiska.se

Kunskapsöversikt från Socialstyrelsen: "Vård och stöd till patienter med Schizofreni" 2003.

Jarbin, H. *Schizofreni hos barn och ungdomar*, kap 10 ur Nationella riktlinjer för vård och stöd till patienter med psykos, speciellt schizofreni, Socialstyrelsen, Stockholm: sidorna 100 – 115.

Internationella riktlinjer med mera

Kliniska rutiner vid tidig psykos: *International clinical practice guidelines for early psychosis from International early psychosis association writing group*. GROUP (Br J of Psych 2005, vol 187, suppl. 48, sid 120–124.

TIPS Projekt för tidig upptäckt av psykos i Norge. www.tips-info.com

OPUS Projekt för tidig upptäckt av psykos i Danmark. www.opus-kbh.dk/index.htm

Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. Kowatch RA, et al. (2005) J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mar;44(3):213 –3).

NICE clinical guideline 38: Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, July 2006. www.nice.org.uk/CG038

Svenska vårdprogram

Aktuella vårdprogram finns utarbetade inom vuxenpsykiatri; Regionalt Vårdprogram, patienter med psykos, speciellt schizofreni, Stockholms Läns Landsting, 2003

Vårdprogram – Närsjukvården Östergötland – Patienter med Schizofreni och schizofreniliknande sjukdomar 2006. <http://www.lio.se>

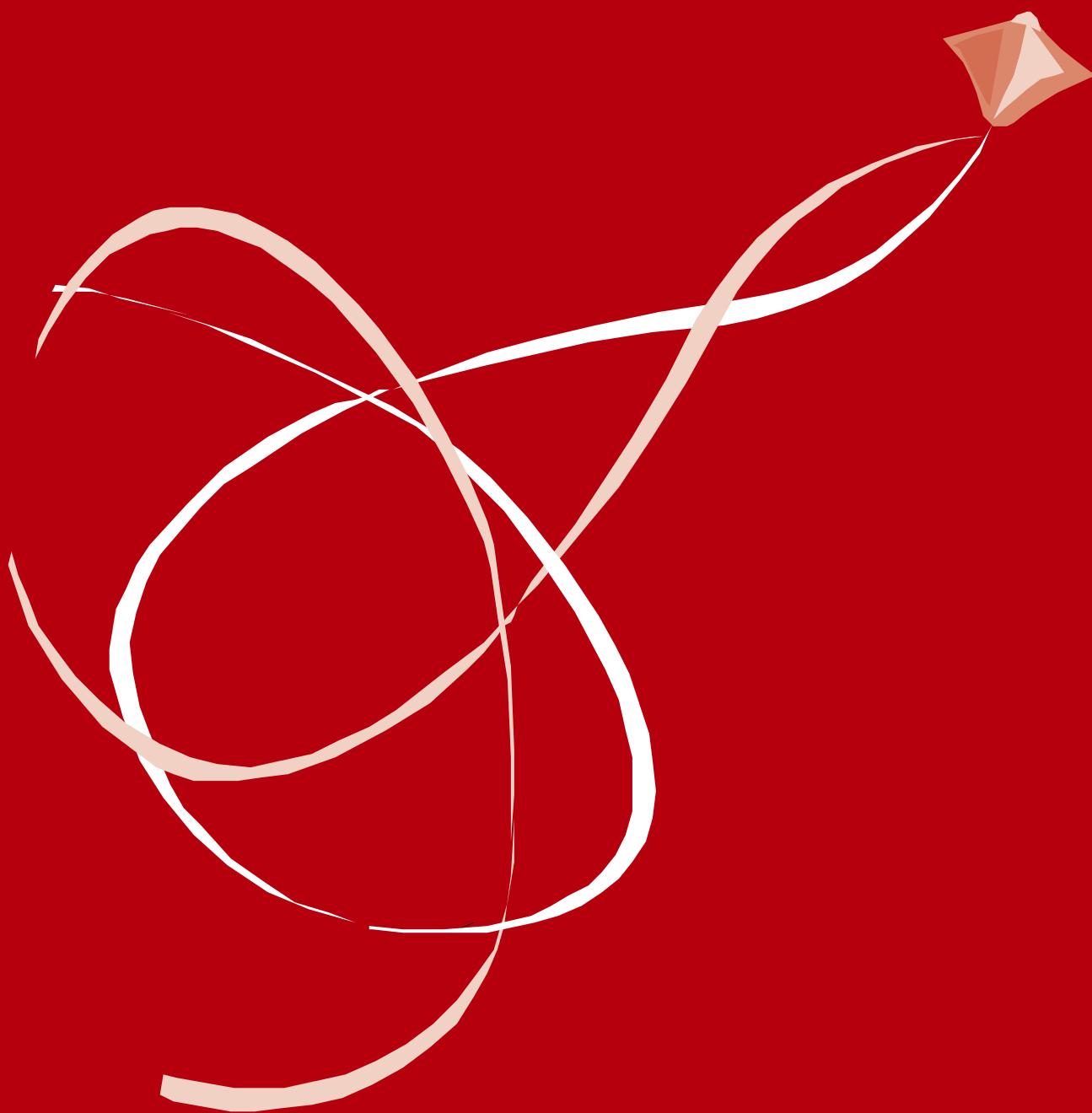
Vårdprogram S.T.O.P. (Sahlgrenskas program för Tidigt Omhändertagande vid Psykos) 2008.

Gemensamt beslutsfattande – Samverkan för god behandling, Vårdprogram för utredning och behandling av patienter med schizofrenisjukdom och näraliggande tillstånd, Psykossektionen, SU/Psykiatri Sahlgrenska.

Kompetenscentrum för Schizofreni, 2005. www.sahlgrenska.se/su/kcs

PROGRAM FÖR TIDIG INTERVENTION VID PSYKOS (TIP), Landstinget Kronoberg, Psykosenheten, Vuxenpsykiatriska Kliniken, Ljungby, 2007. www.ltkronoberg.se

Psykosteam riktat mot barn och ungdomar finns bland annat i Stockholm, Göteborg, Halland, Uppsala och Lund.



Referenslista & Bilagor

Referenslista och bilagor

1. Nationellt arbete

Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär.

<http://www.sos.se/FULLTEXT/107/2004-107-1/2004-107-1.pdf>

Socialstyrelsen (2004). Vad vet vi om flickor som skär sig? Artikelnummer: 2004-123-41.

Centralförbundet för alkohol- och narkotika-upplysning (CAN) 2008. Skolelevers drogvänor 2007. Rapport 108.

Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S 2008 Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till metoder för att minska psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.

Centralförbundet för alkohol- och narkotika-upplysning (CAN) 2007 Mönstrandens drogvänor Rapport 105.

Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén.
www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499

Motiverande intervju.
http://www.fhi.se/templates/Page____8674.aspx

Schizofreni hos barn och ungdomar, kap 10 ur Nationella riktlinjer för vård och stöd till patienter med psykos, speciellt schizofreni, Socialstyrelsen, Stockholm: sidorna 100–115.

Martin, N (2006) Test of Visual Perceptual Test III Tillgängligt från Warne förlag SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.

ADHD hos barn och vuxna. Socialstyrelsens kunskapsöversikt, 2004.

Kadesjö, B., Bejerot, S., Carlshamre, U., Nylander, L., Råstam, M., Saletti, E., Scharin, M., & Söderholm, A. (2007). Så kan man göra. Nationellt vägledningsdokument. Autismspektrumstörning hos vuxna. Stockholm: Psykiatrisamordningen och Socialstyrelsen.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörningar. SBU Alertrapport nr 2005-07.
www.sbu.se/alert

SBU Rapport 171/1+2, Behandling av ångestsyndrom.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-angestsyndrom/>

Prioriteringen igång i riktlinjerna för depression och ångest.
<http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/riktlinjer-080911-depression.htm>

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/missbruk/riktlinjer/index.htm>

Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9738/2007-123-31.htm>

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/socialt_arbete/IMS/specnavigation/Familj/

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/UPP-centrum/index.htm>

Statens folkhälsoinstitut
www.fhi.se

http://www.skolutveckling.se/pressrum/artiklar/tack_och_adjo/

Skolverket

<http://www.skolverket.se>

Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn – slutrapport.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9956/2008-131-14.htm>

<http://www.skl.se/artikel.asp?C=4598&A=44992>

Mål och prioriteringar för barnpolitiken.

<http://www.regeringen.se/sb/d/1919/a/100759>

<http://www.regeringen.se/sb/d/10901/a/110286romemoria>

Kommittédirektiv – Socialdepartementet.

<http://www.regeringen.se/sb/d/3133/a/18596>

2. Lokala/regionala vårdprogram

Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Svensk psykiatri nr 8 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia).

Andersson T. 1988 Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv i Koutakis & Stattin Örebro preventionsprogram.

Koutakis N, Stattin H. 2004. Ett konkret exempel på hur tonårsföräldrar kan involveras i det alkohol- och drogförebyggande arbetet: Resultat från Örebro Preventionsprogram. Presentation vid konferens på Rosenbad Örebro universitet, Center for Developmental Reserch.

Haschprogrammet. Rådgivningsbyrån i Lund.
www.droginfo.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm

Vårdprogram för barn och ungdomar med AD/HD och/eller DAMP.

http://www.lio.se/upload/30272/VP_BUP_ADHD_DAMP.pdf

Vårdprogram för barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende.

<http://www.slf.se/upload/14945/Slutdokumentet%20publicerat.pdf>

Regionalt Vårdprogram, patienter med psykos, speciellt schizofreni, Stockholms Läns Landsting, 2003.

<http://www.norrastockholmspsykiatri.se/dokument/doc/Psykos.pdf>

Vårdprogram – Närsjukvården Östergötland – Patienter med Schizofreni och schizofreniliknande sjukdomar 2006.

<http://www.lio.se/upload/6392/>

V%C3%A5rdprogram_Patienter%20med%20schizofreni%20och%20schizofreniliknande%20sjukdomar-060206.pdf

Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordprevention, Landstinget i Östergötland.

<http://www.lio.se/upload/30272/Vpgr%20Depression%20Rev%202007.pdf>

Riktlinjer för suicidbedömning, Västra Götalandsregionen.

Vårdprogram för barn och ungdomar med ångestsyndrom inklusive selektiv mutism och ångestrelaterad skolvägran. Version 2. Green Landell M, Varenhost M, Helgesson M. Barn och ungdomspsykiatri Östergötland.

http://www.lio.se/upload/30272/VP_BUP_angestsyndrom.pdf

Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar. Version 1 Lamminen M, Helgesson M. Barn och ungdomspsykiatri Östergötland.

http://www.lio.se/upload/30272/VP_BUP_atstorningar.pdf

Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland.

<http://www.lio.se/templates/Page.aspx?id=29956>

3. Vetenskapliga artiklar

- Fonagy P et al. What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. The Guilford Press 2002.
- Evans et al. 1999.
- Wood et al. 2001.
- Klonsky, D. E. (2007). Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology* 2007, vol. 63 [11].
- Klonsky, D. E., & Muelenkamp J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology* 2007, vol. 63 [11].
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self-injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology* 2007, vol. 63 [11].
- Curr Opin Psychiatry*. 2007 Nov;20(6):573-7) (Otto MV. (2004), Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord.* 2004 Dec;6(6):470-9) (Famularo R et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:863-867) (Altman H et al. 1997, *J Child Psychol Psychiatry* 38: 413-420).
- Birmaher B et al. (2006) *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:175-183).
- Dev Psychopathol.* Fall;18(4):1023-35) (Amin S et al. (1999), Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems, *Br J of Psych* 175:537-543) (Marneros A et al. (1991) Stability of diagnosis in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis, *Eur Arch of Psych and Clin Neurosci* 241:187-192) (Schmidt M et al. (1995) Course of patients diagnosed as having schizophrenia during first episode occurring under age 18 years. *Eur Arch of Psych and Clin Neurosci* 245:93-100) (Reimherr PJ et al. (2004) Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorder *J Clin Psych suppl*6:5-11).
- Carlson G, (2006) Phenomenology and diagnosis of bipolar disorder in children, adolescents and adults: complexities and developmental issues, *Dev and Psychopat.* 18:939-969).
- Cannon et al. (2002), *Arch Gen Psychiatry*. May;59(5):449-56) (Watkins JM et al. (1988) *J Child Psychol Psychiatry* 29:865-878) (Nicolson R et al. *Am J Psychiatry* 2003;160: 490-495).
- Lewinsohn PM et al. (2000), *Bipolar Disord.*; 2(3 Pt 2):281-93.
- Geller B et al. (2001), *Am J Psychiatry.* ;158(1):125-7.
- Strober M, Carlson G (1982), *Arch Gen Psychiatry.*;39(5):549-55.
- Hillegers MH et al. (2005) *Bipolar Disord.*;7(4):344-50.
- Carter TD et al. (2003), *J Psychiatr Res.* Jul-Aug;37(4):297-303).
- Perlis RH, (2004) *Biol Psychiatry.* May 1;55(9):875-81.
- Mick et al. (2003), *J Child Adolesc Psychopharmacol.* Winter;13(4):453-62.
- Engström, C et al. (2003), *Bipolar Disord.* Oct;5(5):340-8.

- Leverich SG et al.(2007), *J Pediatrics*;150:485-490.
- Axelsson D et al.(2006), *Arch Gen Psychiatry*; 63:1139-1148.
- Kowatch RA et al.(2005), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;44(3):213-235).
- Remschmidt H, Theisen FM. (2005) Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *J Neural Transm Suppl.* (69):121-41.
- Malla A et al. (2006), Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychol Med.* May;36(5):649-58. Epub 2006 Mar 6.
- (Verdoux H et al. (2000) Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand.* Sep;102(3):203-10.
- Klosterkötter et al.(2001) *Arch Gen Psychiatry*; 58:158-164) (McGorry et al.(2002) *Arch Gen Psychiatry*;59:921-928.
- Br J of Psych -05,187 (suppl 48), 120-124
Masi G, Toni C, Perugi G et al. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 797 – 802.
- Ernst CL, Goldberg JF. Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 21 – 7.
- Russell et al.(1989) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28: 399-407
- Elvevåg B, Goldberg TE, (2000), Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. *Crit Rev Neurobiol.*14(1):1-21.
- Hoff A (2005) Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to first episode of schizophrenia, *Schiz Res* 78:27-34.
- Niendam TA. (2006) Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome, *Schizophrenia Research* 84:100–111.
- Kyte Z and Carlson G (2006), Clinical and neuropsychological characteristics of child and adolescent bipolar disorder, *Psychol Med* 36:1197-1211.
- Pavuluri MN et al, (2008). An fMRI study of the interface between affective and cognitive neural circuitry in pediatric bipolar disorder *Psychiatry Res.* Apr 15;162(3):244-55. Epub 2008 Feb 21.
- Bearden C (2001) The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review, *Bipolar Disorders*: 3: 106–150.
- Green MF. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*; 153: 321-330.
- Melle et al. (2005) Reducing the duration of untreated first-episode psychosis - effects on baseline social functioning and quality of life. *Acta Psychiatr Scand.* Dec;112(6):469-73.
- Lemos S. et al. (2006), Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) *Actas Esp Psiquiatr.* Jul-Aug;34(4):216-23.
- Cloninger CR et al (1993) A psychobiological model of temperament and character, *Arch Gen Psych*, 50:975-990.
- Gustavsson JP et al. (1997) Stability and predictive ability of personality traits across 9 years *Personality and Individual Differences* Volume 22, Issue 6: 783-791.
- J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Mar;44(3):213-3) (Jarbin, H (2002.
- Leff J. (2000) Family work for schizophrenia: practical application *Acta Psychiatr Scand Suppl.*;(407):78-82.

- Miklowitz DJ. (1997) Bipolar Disorder. A Family-focused treatment approach. Guildford.
- McFarlane WR, et al: (1995) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 52:679-687.
- Fjell A et al. (2007), Multifamily Group Treatment in a Program for Patients With First Episode Psychosis: Experience From the TIPS Project, *Psychiatric Services*, Feb, Vol. 58, No 2.
- Pavuluri MN et al. (2004) Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. May;43(5):528-37.
- Wykes T, (2001), Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis - Cognitive Remediation Therapy (CRT)?, *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No 8, pp. 1227-1256.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarriner N, (2008) Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect sizes, Clinical Models, and methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 34, no 3, pp. 523-537.
- Br J of Psych* 2005, vol 187, suppl. 48, sid 120-124.
- Br.J.of Psych.* 2005 samt *Child & Adol. Psych* 2001.
- Haglund, L., & Kjellberg, A. (1998). Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter, ACIS-S, Version 2. Översättning och bearbetning av instrumentet The Assessment of Communication & Interaction Skills (ACIS), Version 4.0, 1995, av Thompson, M., Blair, S.E.E. (1998). Creative arts in occupational therapy: Ancient history or contemporary practice. *Occupational Therapy International* 5(1), 48-64.
- De Giacomo, Eur Child Adolesc Psychiatr 1998;7:131-36, Charman, Cogn Dev 2000;15:481-498
- Piven Arch Gen Psych 2005;62:1366-76.
- Int J Dev Neuroscience* 2005;23:143-52.
- Neuron* 1996;17:567-570.
- Int Rev Psychiatry* 2005;17:485-495, *Pediatr Neurol* 2005;33:195-201.
- Psychopathology* 2005;1:26-31.
- Dev Psychopathology* 2002;14:239-251.
- Arch Gen Psychiatry* 2005;62:889-895.
- Landa, Arch of Gen Psych July 2007:853-64.
- J Child Psychol Psychiatr* 2007;48:793-802.
- Billstedt, Gillberg : *J Autism Dev Dis* 2005: 351-6.
- Sallows, Graupner *Am J Ment Ret* 2005, 110;6:417-38.
- Intensive Behavioral Treatment for Children With Autism.
- Cohen, Amerine-Dickens, Smith *J Dev Behav Pediatr* 2006 27;2:145-55. Replication of the UCLA model in a community setting.
- Eikeseth, Smith, Jahr Outcome of Children with Autism Who Began Intensive Behavioral Treatment Between Ages 4 and 7 *Behavior Modification* 2007 31;3:264-278.
- Early intensive behavioural intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. Remington et al *Am J of Mental Retardation* 112 (6) 2007 418-38.
- Thompson, M., Blair, S.E.E. (1998). Creative arts in occupational therapy: Ancient history or contemporary practice. *Occupational Therapy International* 5(1), 48-64.
- Kadesjö, B., Gillberg, C., & Hagberg, B. (1999). Autism and Asperger syndrome in seven-year old children: a total population study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 327-31.

4. Övrigt

Gillberg, C, Harrington R, Stainhausen H-C A Clinicians Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge university Press 2006.

Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004.

Forskningsgrupperna SoL ("Tonåringars Självkänsla och Livssituation" som bedrivs vid Institutionen för Psykologi/Lunds universitet) och HUMÖR-projektet ("Hur mår ungdomar i Östhammars kommun" som bedrivs vid Uppsala universitet).

ibid

Kroll JL (2007), New directions in the conceptualization of psychotic disorders.

Birmaher B et al. (2006), Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature.

Harris JC. (1995) Assessment, diagnosis and treatment of developmental disorders; Vol 2, p32, Oxford univ press.

Gillberg C (2001). Epidemiology of early onset schizophrenia.

Remschmidt H. Schizophrenia in children and adolescents.. Cambridge, U.K., Cambridge University Press: 43-59.

Geller B, Del Bello MP. Bipolar disorder in childhood and early adolescence. New York: Guilford Press, 2003

(Green MF (1998) Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective, Allyn & Bacon) (Sharma T and Harvey P (ed), (2000) Cognition in Schizophrenia: Impairments, Importance and treatment strategies, Oxford press.

ref. föredrag Jones P, 2nd Int Conf on Early Psychosis, New York, 2000.

Journal American Academy of Child Adoles Psychiatry Practice Parameters for assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia, 40:7 Suppl.July 2001.

Kowatch RA, et al. (2005) Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder.

Leff J. (1985) Expressed Emotion in families. Guildford.

Falloon IRH et al. (1993) Managing stress in families. Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills. Routledge.

Wykes and Reeder (2005) Cognitive Remediation Therapy For Schizophrenia.

Bruininks, R., & Bruininks, B., (2005) Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency 2nd edition. Tillgängligt från Assessio.

Chapparo, C., & Ranka, J. The Perceive Recall Plan Perform (PRPP) System of Task Analysis. <http://www.occupationalperformance.com/index.php/au/home/assessments/prpp>

Fisher, A.(1990,1992). AMPS Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Översättning och bearbetning av Birgitta Bernspång.

Folio, R., Fewell, R. (1998) Peabody Developmental Motor Scales (Inte tillgängligt) I Sverige kan köpas från USA.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.(1998). BAS Bedömning av Anpassningar i Skolmiljön.

Kirsty Forsyth i samarbete med Marcelle Salamy, Sandy Simon och Gary Kielhofner. Haley, S. (1992) Peadiatric Evaluation of Disability Inventory (Tillgängligt från Assessio).

- Henriksson, C., & Haglund, L. (2005). OCAIRS – Svensk version 4.0. Översättning och bearbetning och av instrumentet Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale. (Deshpande, S., Kielhofner, C., Haglund, L., Olsen, L., & Forsyth, K., 2002).
- Linddahl, I., & Norrby, E. (2001). Dialog om aktivitetsförmåga, DOA-riktad mot arbete.
- Kroksmark, U. (2005). Barns vardagsaktiviteter ur ett tidsgeografiskt perspektiv. I Bendixen, H.J., Borg, T., Frydendal Pedersen, E., & Altenborg, U. (Red.). Aktivitetsvidenskab I et nordiskt perspektiv. Copenhagen: FSDL's Forlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). Canadian Occupational Performance Measure (2nd ed. Rev.) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Lundenmark, E. (2006). I mellanvården samverkar alla. Tidskriften Arbetsterapeuten, 8, 17-18.
- Attwood, T. (2007). The Complete Guide to Asperger's syndrome. London: Jessica Kingsley.
- Fernell, E. (2001). Autismspektrumstörning är inte ovanlig, kan spåras tidigt och kräver tidig intervention! Läkartidningen, 49, 5667-8.
- Fernell, E., & Gillberg, C. (2008). Identifiering och utredning av barn med autismspektrumtillstånd. Tidig diagnos viktig vid autism. Läkartidningen, 16, 1171-2.
- Persson, B. (2003). Treatment Evaluation and Screening of Autism. Lund: Lunds universitet, institutionen för psykologi, doktorsavhandling.
- Volkmar, F.R., Rhea, P., Klin, A., & Cohen, D.J. (2005). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Diagnosis, Development, Neurobiology and Behavior., Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association 1994 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.
- Fonagy P et al. What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. The Guilford Press 2002.
- Tics och Tourette syndrom av Henrik Pelling m.fl.
www.BCFPI.com
- http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start___71253.aspx
- http://epi.vgregion.se/vgrtemplates/Start___5798.aspx
- Resultat från Örebro Preventionsprogram. Koutakis N, Stattin H. 2004 Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén. www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499
- Motiverande intervju.
http://www.fhi.se/templates/Page___8674.aspx
- Haschprogrammet. Rådgivningsbyrån i Lund www.droginform.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm
- www.snorkel.se
- www.ananke.se
- Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling Svensk Psykiatri Nr 8 2005, Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia.
<http://rsaffran.tripod.com/IBIrefs.html>
- http://www.lul.se/templates/page___697.aspx
- www.evidensbaseradhabilitering.se

Förkortningar

AN:	Anorexia Nervosa
AST:	Autismspektrumtillstånd/Autismspektrumstörning
BHV:	Barnhälsovården
BN:	Bulimia Nervosa
BUM:	Barn- och ungdomsmedicin
BUP:	Barn- och ungdomspsykiatri
BUH:	Barn- och ungdomshabiliteringen
BVC:	Barnavårdscentral
DBT:	Dialektisk beteendeterapi
ECT:	Elektrokonvulsiv terapi
GAD:	Generaliserat ångestsyndrom
IPT:	Interpersonell psykoterapi
KBT:	Kognitiv beteendeterapi
LSS:	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
MHV:	Mödrahälsovården
MVC:	Mödravårdscentral
OCD:	Tvångssyndrom (Obsessive-Compulsive Disorder)
PTSD:	Posttraumatiskt stressyndrom
TS:	Tourettes syndrom
ADHD:	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
DAMP:	Dysfunktion i fråga om Aktivitetskontroll och uppmärksamhet, Motorik-kontroll och Perception (Deficitis in Attention, Motor control och Perception)

Deltagare

I projektet arbetade under 2008:

Christina Kadesjö, socionom och medicine doktor i barn och ungdomspsykiatri, Staffan Lundqvist, utvecklingschef inom BUP i Uppsala, Carina Abrahamsson, administratör. Ing-Marie Wieselgren, projektledare och handläggare på Sveriges Kommuner och Landsting.

De fem arbetsgrupperna:

1. Ledsna barn och ungdomar

Stephan Ehlers
Christina Ross
Eva Minicz
Maria Zetterqvist-Karlsson
Torleif Hoas
Claes Sandström
Mårten Leufenius
Pamela Massoudi
Björn Wettergren
Inger Andersson Kagios
Margit Ferm

2. Överaktiva och impulsiva barn och ungdomar

Eva Billstedt
Bodil Svensson
Gunilla Wärngård
Hans Brauer
Marie O'Neill
Malin Lindgren
Ulrike Forssell
Britt Kosterhed
Björn Kadesjö
Marita Hovmark
Lars-Henry Gustle

3. Oroliga och rädda barn och ungdomar

Torgny Gustavsson
Karin Edholm
Birgitta Gunnarsson
Magnus Oleni
Njördur Viborg
Helen Johansson
Elisabeth Hagerman
Agneta Rosling
Anita Odell
Elisabeth Bäärnhjelm Pousette
Lars Hellgren

4. Barn och ungdomar som inte tänker som andra

Henrik Pelling
Mats Svensson
Maud Hagberg
Gunnel Svedmyr
Anders Brynge
Olav Bengtsson
Bengt Persson
Lars Joelsson
Eva Hessling Jansson

5. Barn och ungdomar som är utsatta och far illa

Ulla Kroksmark
Viveka Sundelin Wahlsten
Lotta Omma
Marie-Louise Lundberg
Eeva Tolvanen
Peter Engelsöy
Lisbeth Thurnell
Lena Banck

Dessutom har vi fått hjälp med fakta av ett antal experter:

Elisabet Wentz	Maria Råstam
Bruno Hägglöf	Carl-Göran Svedin
Anne-Liis von Knorring	Anders Tengström
Ingemar Engström	

Samt synpunkter från många intresseorganisationer, yrkesföreningar, frivilligorganisationer och nätverk med bland annat verksamhetschefer och många intresserade medarbetare ute i verksamheterna.

Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Det här är en kunskapssammanställning som är en del i det utvecklingsarbete som pågår på Sveriges Kommuner och Landsting med syfte att förbättra tillgängligheten till rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. I detta dokument är utgångspunkten insatser till barn och ungdomar med tecken på psykisk ohälsa men vi vill samtidigt betona vikten av tidiga och förebyggande insatser liksom hälsofrämjande insatser till alla.

Vår förhoppning är att detta kunskapsunderlag, som tagits fram med hjälp av ett stort antal personer som arbetar i skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska ge underlag för diskussioner ute i verksamheterna. Dokumentet kommer att ligga på webben för att kunna datera upp när det kommer ny kunskap.

Läs mer på hemsidan www.skl.se/psykiskhalsa

TRYCKSAKER FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

BESTÄLLS PÅ WWW.SK.LSE ELLER PÅ

TFN 020-31 32 30, FAX 020-31 32 40.

ISBN 978-91-7164-458-9



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se