

*Arbetsmaterial*  
*Version 2- för synpunkter*

## **Rätt insatser i rimlig tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa.**

### **Delprojekt: Enhetliga medicinska indikationer**

Läsanvisningar:

Detta är en första version av det arbete som gjorts kring fem problemområden som tillsammans täcker stor del av området psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Det är en första version med det material som är klart hittills. Tanken är att alla som vill nu kan ta del av detta och komma med konstruktiva synpunkter.

Vi kommer att bearbeta detta vidare under hösten för att sammanställa en slutgiltig version i dec 2008.

Flera av texterna behöver bearbetas ytterligare språkligt och vi räknar med förändringar även av innehållet. Slutprodukten måste vara kortare.

Först finns en bakgrund där uppdraget förklaras och sätts in i ett sammanhang.

Kap 2 är den sammanfattning som projektgruppen gjort utifrån gruppernas arbete och de diskussioner vi fört i olika sammanhang.

Kap 3 är de olika gruppernas dokument och den gemensamma mall som alla fyllt i.

Kap 4 Referenser och olika dokument som grupperna hänvisar till.

Kap 5 är material som kommit in via grupperna och som är viktiga i den fortsatta diskussionen.

**Skriftliga kommentarer samlas in av [carina.abrahamsson@skl.se](mailto:carina.abrahamsson@skl.se)**

# **Innehållsföreckning**

## **1. Inledning**

### **1.1 Bakgrund**

### **1.2 Aktuellt läge**

### **1.3 Kunskapsbas och kvalitetssäkring**

### **1.4 Övrigt**

## **2. Övergripande sammanställning**

## **3. Gruppernas arbete med problemområdena**

### **3.1 Ledsna barn**

### **3.2 Oroliga barn**

#### **3.2.1 Ångeststörningar**

#### **3.2.2 Ätstörningar**

#### **3.2.3 Självskadebeteende**

#### **3.2.4 Missbruk**

### **3.3 Barn med bråkigt och utagerande beteende, koncentrationssvårigheter, impulsstyrddhet och överaktivitet.**

### **3.4 Barn som tänker annorlunda**

### **3.5 Barn som far illa**

## **4. Dokument och referenser som hänvisas till**

## **5. Material för diskussion**

# 1 Inledning

## 1:1 Bakgrund

### Ökad tillgänglighet till rätt insatser

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

I en överenskommelse med regeringen 070620, S2007/5696/HS åtog sig Sveriges Kommuner och Landsting att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti. I uppdraget ingick att under 2007 göra en kartläggning och en 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 dec 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 3 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 t.ex. primärvården ska gå att få samma dag. Om det vid den bedömningen framkommer behov ska patienten få tid hos läkare inom 7 dagar. Om läkaren då bedömer att specialist behöver kopplas in ska bedömning hos specialist ske inom 90 dagar. Om patienten då bedöms vara i behov av en specialiserad behandling eller fördjupad utredning ska detta ske inom 90 dagar.

Den aktuella vårdgarantin när det gäller tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) anses ibland inte vara tillräcklig. Den målsättning som gäller nu med en väntetid på högst tre månader till besök och bedömning och sedan ytterligare 3 månader till behandling kan för ett barn vara en orimligt lång tid.

Socialdepartementet har tydligt klargjort att det finns en intention att skärpa vårdgarantin för barn och unga med psykiatrisk problematik.

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

- kunna få en kontakt med basverksamhet, t.ex. barnhälsovård, skolhälsovård eller primärvård samma dag de tar kontakt
- om behov bedöms föreligga få en kontakt med läkare eller annan vårdpersonal med adekvat kompetens som kan göra en kvalificerad bedömning av tillståndet inom sju dagar.
- om behov av bedömning av specialist föreligger ska besök hos specialist vara

- tillgänglig inom en månad och
- när beslut om fördjupad utredning och/eller specialist behandling fattats ska 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.

## **1:2 Aktuellt läge**

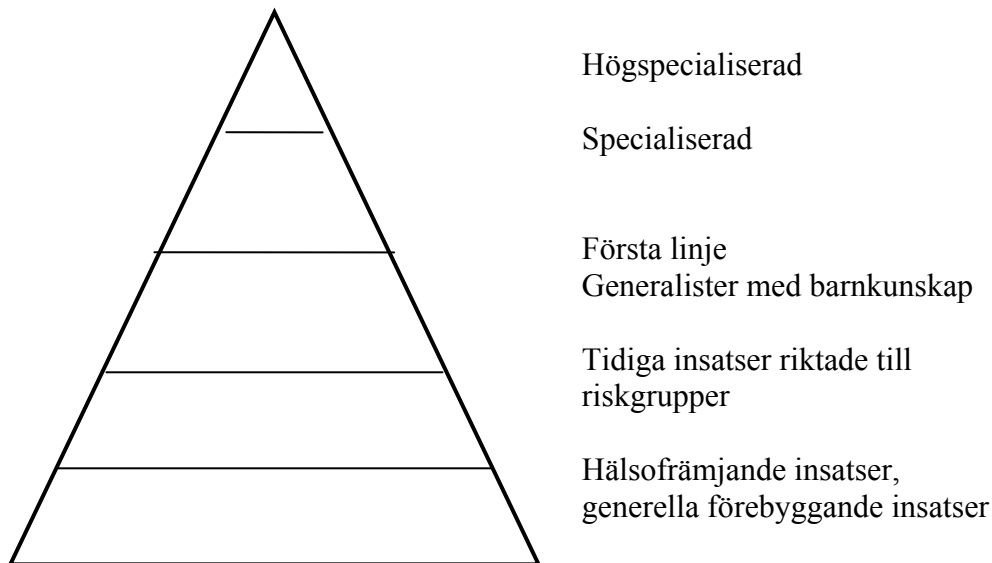
### **Aktuella väntetider i vården**

Inom barn- och ungdomspsykiatri finns idag endast statistik över tid till bedömning hos specialist. Enligt senaste årets statistik har antalet barn som väntat mer än 90 dagar varit mellan 1000 och 500 (underlag utifrån en bra svarsfrekvens). Trenden under året är att antalet väntande minskat och i juli 2008 var det 443 (underlag utifrån 76 % svarsfrekvens).

### **Första linje respektive specialistnivå**

I nuläget fungerar barnpsykiatri på många platser i landet både som första linjens vård och som specialistvård. Det är uppenbart att barnpsykiatriens uppdrag ser olika ut över landet och att det finns behov av att uppdraget tydliggörs. För att kommun och landsting ska kunna motsvara barn och ungdomars behov av insatser vid psykisk ohälsa måste det utöver ett tydligt uppdrag för barnpsykiatri också finnas ett klart uppdrag till övriga aktuella aktörer att ansvara för de insatser som inte ligger inom BUP:s ansvar för specialiserade insatser. Första linjens vård, som kan utgöras av primärvård, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och delar av socialtjänst bör ha kompetens och resurser att kunna ta hand om den psykosociala problematik som inte kräver specialistinsatser.

I det arbete som presenteras här har vi utgått från att det behövs verksamheter med olika inriktning och kompetens. Det pågår en kraftig kunskapsstillväxt 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. 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 svårare tillstånd, på grund av sjukdomens allvarlighetsgrad, komplicerande omständigheter och samsjuklighet eller vid mycket ovanliga tillstånd behövs smalare, mer specialiserade utredningar och behandling. Det kan behövas samarbete mellan landsting och över kommungränser 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.



## Förebyggande och hälsofrämjande arbete

I ett övergripande samhällsperspektiv måste folkhälsoperspektivet med preventiva insatser lyftas fram. 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 t.ex. 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 mm.

De grupper av barn och unga som trots de förebyggande insatserna visar ett riskbeteende eller deras familj visar ett sätt att fungera som med hög sannolikhet kan leda till psykisk ohälsa hos barnet bör nås av/erbjudas insatser. Insatser som riktas till olika riskgrupper eller individer med riskbeteende kallas insatser på selektiv nivå, t.ex. föräldrastöd till föräldrar vars barn tidigt visar ihållande beteendeproblem, föräldrastöd till föräldrar som har missbruksproblematik.

I planeringen av och utformningen av kommunernas och landstingens verksamheter är det av största vikt att även de förebyggande insatserna finns med. Allt talar för att ökande hälsofrämjande insatser till hela befolkningen och tidiga insatser till personer med ökad risk för psykisk ohälsa är betydelsefulla för att förebygga allvarlig psykisk ohälsa som leder till behov av specialistresurser. Trots att det är en stor andel av förskolebarn och yngre skolbarn som har beteendeproblem och emotionella problem, är det många föräldrar och familjer med behov som inte får eller inte deltar i insatser. Om de gör det, är det vanligt att det inte är de mest effektiva insatserna de får.

Eftersom detta dokument ska handla om vårdgarantin tas inte det förebyggande arbetet med i dokumentationen. Dokumentet berör bara situationer då det finns indikation på att ett barn

eller en ungdom har någon typ av problem som kan misstänkas vara psykisk ohälsa och som behöver någon åtgärd utifrån det.

## **Svårigheter i dagens strukturer**

Projektgruppen har genomfört besök i 14 län i Sverige. Vid dessa möten med företrädare för olika verksamheter som arbetar med barn och ungas psykiska hälsa framträder vissa återkommande problem. I alla län finns oklarheter i ansvarsfördelning när det gäller insatser för barn och ungas psykiska ohälsa. Primärvårdens uppdrag när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga är oklart. Många framför att primärvården varken har resurser, kompetens eller uppdrag att arbeta med insatser vid psykisk ohälsa hos barn. Barnhälsovårdens uppdrag är att ge förebyggande insatser liksom vissa utrednings- och behandlingsinsatser till barn i åldern 0-6 år. Det förefaller dock att vara en koncentration av insatser i de allra yngsta åldrarna. Vid 6 års ålder börjar skolhälsovårdens ansvar, men uppdraget är tydligt uttalat endast när det gäller hälsofrämjande insatser. Det saknas samverkan och samsyn mellan verksamheter inom hälso- och sjukvård och insatser inom pedagogiska verksamheter t.ex. vid beteendeproblem hos skolbarn.

Om ett barn eller en ungdom uppvisar tecken på psykisk ohälsa är det oklart vem som har ansvar för att erbjuda relevanta insatser. Om det är allvarliga tillstånd är det barnpsykiatri, barnmedicin och barnhabiliteringen som har ansvar, men inte heller mellan dessa aktörer är ansvarsfördelningen alltid klar. Utrednings- och behandlingsgången kan vara krånglig med flera olika punkter där väntan kan uppstå. Ansvaret för lindrigare psykisk ohälsa är ofta oklart.

## **Behov av förändringar**

Företrädare för verksamheter som arbetar med barns och ungas psykiska hälsa framför behov av tydligare struktur för vård och stöd till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. I många kommuner och landsting pågår lokala diskussioner på såväl politiker- som tjänstemannanivå. Inte minst pågår det diskussioner om förskolans och skolas roll vid psykisk ohälsa hos barn. I dessa diskussioner efterfrågas fakta och uppgifter om vad som är effektiva vård- och stödinsatser och vad som krävs för att kunna ge detta. Det handlar alltså både om strukturer för att nå ut med insatser och även om insatsernas innehåll. Det första steget är att beskriva vad aktuell kunskap säger om effektiv vård och omsorg.

## **1:3 Kunskapsbas och kvalitetssäkring**

### **Kunskapsbaserade metoder**

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

- 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, närmiljö)
- utredning av misstänkt psykiatriskt tillstånd eller utvecklingsavvikelse
- behandlingsinsatser till en specifik målgrupp
- individualiserade insatser vid t.ex. samsjuklighet eller komplicerade tillstånd
- utvärdering av en insats

Med kunskapsbaserade metoder menas att de har kunskapsstöd i aktuell forskning, dvs. att vetenskapligt utformade undersökningar 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 sedan av dess effekt när den används i klinisk praxis. Andra exempel kan vara studier om en speciell undersöknings- eller screeningmetod identifierar just det som är avsikten med god precision.

Det kliniska arbetet bör vara kunskapsbaserat, dvs. professionella måste (bör i första hand) 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 andra fall måste utforma mer individualiserade insatser utifrån kunskap om relevanta arbetssätt för problemområdet då det inte finns någon tillgänglig kunskapsbaserad metod att tillgå.

Detta innebär att de som är yrkesverksamma förväntas ha kunskap om vad det finns för metoder och ansvariga förväntas se till att utbildning ges.

F.n. finns det på nätet tillgång till information om kunskapsbaserade behandlingsmetoder för barnpsykiatriska tillstånd som bör föranleda insatser inom en specialiserad barn- och ungdomspsykiatri (webadress till VGregionens och Östergötlands arbeten kring detta på Sektionen för barn och ungdomspsykiatri på Svenska Läkaresällskapets hemsidor).

Den professionelles förmåga att skapa en fungerande samarbetsallians i mötet med patienten är en faktor som har betydelse för utfall av insatsen. När det gäller föräldrastöd har det t.ex. visat sig vara negativt om den professionelle blir alltför undervisande eller mästrande i stället för att utforska och medverka till att skapa en problemlösande dialog med föräldern. Något som visats ske då föräldern visar tecken på motstånd och/eller uppgivenhet under arbete med förändring av sitt förhållningssätt till sitt barn. Förmåga till att skapa samarbetsallians uppstår förmodligen som resultat av en kombination av personliga egenskaper och träning i att utveckla terapeutiska färdigheter.

Målet i ett samhällsperspektiv är självklart att de insatser som erbjuds i olika skeden av en insatsprocess, ska vara de som är mest effektiva till mest rimliga 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 metoder för att kunna identifiera variens problem bottnar 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 eller är 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 kontinuerlig kunskapsinhämtning inom relevanta områden. Det kräver i sin tur medvetenhet och kunskap hos både huvudmännen och verksamhetens ledning om betydelsen av att utveckla sådana arbetssätt, erbjuda utbildning och följa upp sina intentioner (och att se till att personal faktiskt gör som man tänkt och följer verksamhetens intentioner).

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

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

Inom specialistverksamheter är det betydelsefullt att

- a) personal har relevant kunskap för att utreda och bedöma olika tillstånd av psykisk ohälsa samt risk- och skyddsfaktorer i barnets omgivning,
- b) ha personal som har tillgång till kunskapsbaserade metoder för att ge behandlingsinsatser på specialistnivå,
- c) ha rutiner för att återremittera till förstalinjenivå för stöd när det är relevant
- d) ha metoder och rutiner för att utvärdera insatser för att kunna ta ställning till behov av ytterligare insatser
- e) ha metoder och rutiner för långsiktigt stöd

## **Kvalitetssäkring**

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

Kvalitetssäkring kan utföras

- för att följa upp om t.ex. 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 typ av insats och innehållet och kvalitén 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

## **1:4 Övrigt**

### **Andra närliggande arbeten som pågår**

#### **Socialstyrelsen:**

##### ***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://www.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. Strategi. Socialstyrelsen har i samverkan med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen på uppdrag av regering och riksdag tagit fram en nationell strategi för samverkan.

Expertunderlag. <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/](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, självmordsprevention m.m.

[www.fhi.se](http://www.fhi.se)

#### **Skolverket**

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

Myndigheten för skolutveckling (MSU), (aktuell myndighet men alla pågående regeringsuppdrag och många medarbetare går över till Skolverket) 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.

Samverkansprojekt.

[http://www.skolutveckling.se/pressrum/artiklar/tack\\_och\\_adjo/](http://www.skolutveckling.se/pressrum/artiklar/tack_och_adjo/)  
<http://www.skolverket.se>

### **Barnhusen**

- där socialtjänst, polis, åklagare, rättsmedicin, barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri samverkar för att anpassa arbetet till barnen och förbättra utredningskvaliteten vid misstanke om brott. Skrift: 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>

Pinocchio-projektet på Sveriges Kommuner och Landsting om barn med normbrytande beteende. [www.skil.se](http://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 2009-2011 på barn och ungdomars psykiska hälsa***

PM om satsningarna finns på regeringens hemsida. Kanske kommer mer info med budgetpropp. <http://www.regeringen.se/sb/d/10901/a/110286romemoria>

### ***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. Dir 2008:67

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

### **Mätpunkter och uppföljning**

För att kunna följa tillgängligheten behövs mer uppföljningsdata än vad som finns i dag. Nu finns bara mätpunkten: ”tillgänglighet till kontakt med specialistvården” dvs. bedömning. Väntetid till behandling och till fördjupad utredning behöver också finnas. Uppgift om vad man väntar på skulle också behövas. Tillgängligheten till kontakt med vården och till besök i första linjen kommer att vara svårare att fånga och kan inte bli aktuellt förrän det finns en tydlighet i vad som är första linjen.

### **Rådgivning, handledning, konsultationer och deltagande i utformningen av samhället**

Specialistpsykiatrin liksom barnmedicin och habiliteringen har en viktig roll som kunskapsförmedlare till andra delar av samhället. Med sin kunskap om barn och ungdomars normala utveckling och om olika former av avvikelser i utveckling eller sjukdomstillstånd har

specialistvården ett uppdrag både vad gäller konsultationer kring enskilda ärenden men också att delta i samhällsplanering, värdera risk och friskfaktorer i miljö och slå larm om strukturförändringar som har negativ inverkan på barn och unga mm. 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. Senare kommer en kort sammanställning av viktiga principer vid akuta tillstånd som komplement till detta om planerad vård.

### **Resursförstärkningar**

I alla grupperna har 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 adekvat. Bristen på specialistläkare, specialistsjuksköterskor och psykologer har särskilt lyfts fram som ett problem.

### **Basnivå/första linjen**

Resursförstärkning av elevhälsan, ungdomsmottagningar och allmänmedicin med beteendevetare. Kompetensutveckling av föräldrastöd.

### **Specialistnivå**

Resursförstärkning med medicinsk kompetens i form av psykiatrisjuksköterskor i öppenvården. Kompetensutveckling i KBT, IPT, DBT och Föräldrautbildning.

## 2. Övergripande sammanställning

### ***Inledning:***

#### **Grupperna:**

Ledsna barn  
Oroliga barn  
Barn med koncentrationssvårigheter  
Barn som tänker annorlunda  
Barn som får illa

I kapitel 3 finns material från grupperna som innehåller en beskrivning av problematiken och en formaliserad tabell som är densamma för alla grupperna. Tabellen är ett försök att formalisera informationen och göra den överskådlig men har nackdelen att informationen ibland inte riktigt passar in i formen.

#### **Gränsdragning specialistnivå och första linje**

I instruktionerna till grupperna har uppdraget varit att beskriva vilka insatser som utifrån dagens kunskap bör erbjudas på specialistnivå kontra icke specialistnivå (dvs. förstalinjens vård). I allmänna termer har skillnaden beskrivits som att specialistvård krävs vid tillstånd som på grund av art t.ex. vissa speciella sjukdomar eller grad t.ex. allvarlighetsgraden av ett sjukdomstillstånd eller tillstånd med samsjuklighet. 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 högspecialicerad vård som koncentreras till ett mindre antal platser i landet. Grupperna har ombetts beskriva om det finns tillstånd där detta kan behövas.

#### **Allmänna principer**

- Att barn och föräldrar ska ha möjlighet att söka både till första linjen och till specialistvården. Att så mycket som möjligt av vård och stöd ska ske i barnets närmiljö, i samarbete med föräldrar, skola, 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/ungdomens funktionsförmåga blir viktig i bedömning av behov av insatser liksom i utvärdering av resultat. Kan barnet leka, fungera i sociala sammanhang, klara skolan, känna glädje och tillfredställelse i livet.
- Att medicinska insatser inte kan lösa alla problem och att det är viktigt att inte sjukdomsförklara livsproblem, sociala omständigheter, missförhållanden i miljön.
- Att specialistverksamheterna har fler uppdrag än att ta emot patienter för insatser på specialistnivå. Ska även vara konsulter till andra verksamheter och delta i diskussionen om utvecklingen av samhället i stort.

- Evidensbaserade metoder är viktigt men idag finns inte vetenskap som täcker hela området. Erfarenhetsbaserade metoder och praxis måste då användas. Systematisk uppföljning av allt som görs viktigt för att få så hög kvalitet som möjligt och en kontinuerlig utveckling.

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

Fler förebyggande insatser via basverksamheter, förskola och skola, t.ex. sammanhållet föräldrastöd och skolbaserade program kring hälsa och livsproblem, förstärkta ungdomsmottagningar med uppsökande verksamhet i skolor. Ökad kunskap bland dem som möter barn och ungdomar i vardagen om psykisk ohälsa.

## **Sammanställning av de fem problemområdena**

*Här är ett första försök att sammanställa vad grupperna kommit fram till för varje nivå. Fördjupning finns under varje grupp i kapitel 3. Mycket diskussion återstår – välkommen att delta.....*

### **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.

Tillgång till information, enklare rådgivning, självhjälp-material i tryck eller på nätet, självhjälp-grupper kan på goda grunder utifrån erfarenhet anses vara viktigt och bör finnas lättillgängligt för alla. Skolpersonal och all personal i hälso- och sjukvård, socialtjänst som kommer i kontakt med barn och ungdomar bör veta var det finns information och rådgivning att få.

#### **Identifiera**

Inom förskola, skola, barnhälsovård och skolhälsovård finns möjlighet att tidigt hitta barn som har tecken på psykisk ohälsa. Exempel: Personal identifierar barn som inte klarar moment som man kan förvänta sig vid en viss ålder dvs avvikelser i motorik, kommunikation, social interaktion, barn som inte kan sitta stilla, som betar sig annorlunda, allt för utagerande eller allt för tillbakadragna.

I skolan och i mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, ungdomshälsa bör finnas kompetens att göra en första bedömning av om barnets problem i första hand är en fråga för skola, socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller kunskap om vem (ex rådfråga specialpedagog eller psykolog med konsultationsansvar inom t ex. förskolan) som kan hjälpa till med bedömning.

Basutredningar/kartläggningar, ofta i samband med elevvårdskonferensen i skolan, är ett exempel där en bred kartläggning ur pedagogisk, psykologiskt, social och medicinskt perspektiv sker.

Känna igen situationer som kan innebär risk för att ett barn ska fara illa, omsorgssvikt hos föräldrar, utsatta miljöer, traumatiserande händelser.

Veta när en anmälan till sociala myndigheter ska göras.

### **Övrigt**

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

### **Första linjen**

Dvs. det som inte är specialistverksamhet (kan tänkas vara barnhälsovård, skolhälsovård, primärvård, familjecentraler, ungdomshälsa mm)

#### **Identifiera:**

Barn med utvecklingsavvikelse 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.

Screening (eller medveten bedömning av om några tecken föreligger på psykisk ohälsa) bör ingå i det ordinarie hälsoprogrammet för barn vid kontroller 1,5 till 6 år vad gäller tecken på utvecklingsstörning, autismspektrumstörning, allvarlig ADHD, allvarligt normbrytande beteende

När barn eller ungdomar inte når förväntad måluppfyllelse i förskolan, skolan, skolkar, mobbar eller blir mobbad, använder alkohol eller droger, hamnar i kriminalitet bör det finnas rutiner för att utesluta att det handlar om psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvård tillsammans med socialtjänst bör ha rutiner för uppsökande verksamhet när barn eller ungdomar mår psykiskt dåligt men inte själva söker hjälp.

Vid kroppsliga symtom som huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter ska finnas kompetens att identifiera när orsaken är psykisk ohälsa.

Känna igen situationer som kan innebära risk för att ett barn far illa och känna igen tecken hos ett barn som innebär att det kan misstänkas att barnet far illa eller varit utsatt för trauma, är traumatiserat. Veta när anmälan till sociala myndigheter ska göras.

Tecken på allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni eller bipolär sjukdom (tonåringar) ska kunna kännas igen och sedan hänvisas/lotsas till specialistpsykiatri.

#### **Utreda:**

Grundläggande kartläggning av problematiken och beslut om huruvida fortsatta åtgärder behövs och i så fall var/vem som gör detta.

Vid misstänkta utvecklingsavvikelse, autismspektrumstörningar, ADHD, allvarligt utagerande beteende görs en grundläggande kartläggning med hjälp av standardiserade

intervjuformulär och/eller skattningsinstrument för att avgöra stödbehov, eller behov av fördjupad utredning.

Vid misstänkt depression, ångeststörning, ätstörning eller missbruk, görs en grundläggande kartläggning, en klinisk bedömning om diagnos föreligger och i så fall svårighetsgrad samt behov av bedömning av specialist. Skattningsinstrument finns.

### **Åtgärda**

**Depressioner** hos tonåringar om de är lindriga och om de svarar på behandling.

**Ångest**, lindriga tillstånd. Med hjälp av webbaserade program

**Ätstörning** lindrig; okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer. Ex barn med matmotstånd med liten viktpåverkan

**Tics och Tourette**, om lindriga som inte innebär ett hinder för barnet

### **Inlärningssvårigheter**

Lindriga **koncentrationssvårigheter**

(Diskussion om okomplicerad **ADHD medicinering** med centralstimulantia eller liknande preparat kan ske här. I varje fall uppföljning av insatt medicinering i okomplicerade perioder.)  
Stöd till föräldrar med lindrig omsorgssvikt eller när barn visar tecken på lindrig anknytningsstörning.

**Beteendeproblem och normbrytande beteende**, föräldrainterventioner: information, rådgivning, manualbaserade föräldraträningsprogram, information/undervisning riktat till barnet, manualbaserade träningsinsatser till barnet/den unge.

**Riskbruk av alkohol och droger**, manualbaserade tidiga insatser till föräldrar/familj och den unge själv. Provtagning och kontroller.

## **Specialistnivån**

### **Utreda**

**Misstänkt utvecklingsavvikelse, autismspektrumstörning** diagnostisk bedömning och differentialdiagnostisk bedömning av samsjuklighet, samt bedöma behandlings- och stödbehov.

**Depression** hos barn under 13 år och allvarlig depression hos tonåring eller lindrig som ej blivit bättre efter 6-8 v behandling hos första linjen.

**Ångeststörningar, ätstörningar** av allvarlig form eller lindrig med kvarstående besvär trots insats av förstalinje.

### **Åtgärda**

**Depression** alla slag hos barn under 13 år. Först stödsamtal till barn och familj, om ej tillräckligt KBT inriktad familjebehandling, ev kombinerat med läkemedel (SSRI)

Depression tonåringar av allvarligt slag, med självskadande handlingar, lindriga depressioner som inte svarat efter 6-8 v behandling i första linje.

Psykoterapi ev. kombination med SSRI-läkemedel, psykopedagogiskt familjestöd (se sid 14)

**Ångesttillstånd medelsvår och svår**. Funktionsinskränkande symtomatologi med allvarlig påverkan på livsföring samt då behandlingsframgång inte nås, kräver specialistvård.

Vid omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser och/eller komplicerande samsjuklighet med ADHD, Tourettes syndrom eller Aspergers syndrom behövs specialiserad/subspecialiserad vård med kombination av behandling såsom KBT+SSRI+ familjebehandling, skolanpassningsåtgärder m.m.

**Ätstörning 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 viktnedgång, (mer än 1SD), och de som hetsäter och kräks.

#### **Riskbruk av alkohol och droganvändning**

Alkohol och droger vid låg ålder. Bruk/missbruk alkohol och/eller drog, missbruk trots första-linjeninsatser, komorbiditet, tecken till självmedicinering.

**Autismspektrumstörningar** För barn och ungdomar inom autismspektrum har i allmänhet barn- och ungdomshabiliteringen ett ansvar i fråga om behandling och BUP är ett komplement vid psykisk/psykiatrisk tilläggsproblematik.

#### **Koncentrations- och inlärningssvårigheter mm**

Allvarlig Tourette, kvarstående inlärningssvårigheter trots åtgärder, allvarlig ADHD, kvarstående koncentrationsproblem trots åtgärder.

Medicinering med centralstimulerande medel vid komplicerade fall självklart specialistnivå men diskussion om det kan vara möjligt att okomplicerad uppföljning av CS-medicinering kan ske i första linjen.

Trots, aggressivitet och utagerande beteendeproblem där insatser på basnivån inte varit tillräckligt.

#### **Barn som far illa**

Barn som lever i utsatt situation och/eller varit utsatt för traumatiserande händelse. Om barnet/ungdomen 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. Vid tecken på samsjuklighet.

#### **Komplicerade tillstånd**

Behandling som är komplicerad genom samsjuklighet, annan komplicerande problematik, eller när det finns risk för självdestruktivt beteende eller självmordsrisk bör ske på specialistnivå.

### **Subspecialiserad verksamhet**

**Svårbedömd och terapiresistent ADHD** som utgör ett allvarligt funktionshinder

**Svårbedömd autismspektrumstörning**, komplex och svårbedömd sammansatt problematik med självskadebeteende mm

**Allvarlig beteendeproblematik** och aggressivitet som progredierar

**Svåra depressions-, ångest-, ätstörningstillstånd** kan i vissa fall vara av så svår art att det kan finnas behov av att det finns enheter med särskilt hög kompetens som kan fungera

konsultativt. Subspecialiserad vård behövs för behandling av ungdomar med allvarligt självskaade beteende, som ofta har en samsjuklig depressiv och suicidal problematik *Schizofreni och bipolär sjukdom* mm. pga. det är så ovanliga tillstånd

### **3. Gruppernas arbete – fem problemområden**

#### **3:1. Ledsna barn och ungdomar**

##### **Nedstämdhet hos barn och ungdomar**

Alla barn och ungdomar känner sig ledsna och uppgivna då och då, medan depressiv nedstämdhet klart skiljer sig 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 egentlig depression. Risken att utveckla egentlig depression och dystymi ökar med åldern och är störst under sena tonåren.

##### **Riskfaktorer**

###### *I familjen och närmiljön*

Det finns ett samband mellan utvecklandet av depression hos barn och ungdomar och följande familjefaktorer: distans och bristande engagemang, kritiskt negativ attityd, försummelse och 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. Föräldrars egna psykiska problem ställer ökade krav på barnets och ungdomens självkänsla och förmåga att orka hantera problem och få kontroll och sammanhang i tillvaron. Postpartum depression (efter förlossning) 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 och oro, perfektionism, dålig självtillit, överdriven känslighet för obehag, benägenhet att älta problem istället för att ta itu med dem, 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 som mindre.

##### **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 yttryck 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, i svårare fall med

anknytningssvårigheter i form av tillbakadragenhet och apati samt försämrad tillväxt och tillbakagång i utvecklingen (failure-to-thrive). Allvarliga depressiva symtom hos småbarn är ovanligt och förknippat med sociala missförhållanden och försummelse av barnets grundläggande behov. Post partumdepression eller annan allvarlig psykisk störning hos modern kan också vara orsak till att ett spädbarns grundläggande fysiska, känslomässiga och sociala 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, dyster 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, orkar inte söka hjälp, tror inget kan hjälpa och 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 och påverkar skolarbete, fritidsaktiviteter, kamrat- och familjerelationer.

### **Symtomutveckling**

Följande symtom signalerar att ett barn eller tonåring är deprimerad: minskat intresse för alla aktiviteter som hon/han brukar tycka är roliga och brukar se fram emot, överdriven trötthet och brist på energi, förändrad aptit och sömnmönster, koncentrationssvårigheter och svårigheter att bestämma sig, känslor av uppgivenhet, värdelöshet, ilska eller skuld, som kan ge sig till känna genom tankar på döden eller självmordsplaner. En tonåring som slutar bry sig om sitt utseende och hygien kan spegla en depressiv utveckling. Ungdomar 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 förstärker den depressiva utvecklingen.

Barn och tonåringar med dystymi har lindrigare men likafullt obehagliga depressiva symtom: ett ständigt nedstämt, irriterat, labilt humör, aptit och sömnförändringar, minskad energi, låg självkänsla, hopplöshet, koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet och passivt undvikande förhållningssätt till problem och svårigheter. Den kroniskt dystra sinnesstämningen färgar alla upplevelser, intryck och reaktioner. Barn och ungdomar med dystymi är ständigt missmodiga och pessimistiska med endast korta inslag av bättre humör, glädje och ökad livslust. Barnets eller ungdomens sociala relationer påverkas på lång sikt. Hon/han blir betraktad som en dysterkvist, räknas inte med, hamnar utanför kamratgruppen och håller sig alltmer för sig. Att chatta eller bli invånare i en virtuell värld som t.ex. 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 hos barn lika vanligt bland flickor som pojkar för att bli betydligt vanligare bland flickor än pojkar efter puberteten. Pojkars depressiva symtom har ofta ett tydligt inslag av irriterat utagerande beteende kombinerat med glädjelöshet och tappat 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, 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. Kroppsliga symtom som huvudvärk, besvär från magen, trötthet kan vara tecken på en depression. Kroppslig sjukdom ska alltid uteslutas.

### **Samsjuklighet**

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

### **Självdestruktivt beteende**

#### **Suicidalt beteende**

Suicid 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 suicidhandling och drabbas sällan av den ihållande och genomgripande känsla av förtvivlan och hopplöshet som föregår suicid. Deprimerade tonåringar å andra sidan tar personligen åt sig av misslyckanden, förstorar negativa händelser och förminskar 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 suicidförsök. Ungdomar som är tillbakadragna, socialt otillgängliga, impulsivt känslostyrda, aggressiva, perfektionistiska och som ser världen i svartvitt tycks ha det gemensamt att de är mer benägna att utveckla suicidalt beteende än andra. Betydligt fler flickor än pojkar gör suicidförsök, men fler pojkar än flickor dör i suicid. För flickor är depression den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid, för pojkar även missbruk och utagerande antisocialt beteende. Tidigare suicidförsök, 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 komplex depressions- och ångestsymtomatologi riskerar att utveckla självskadebeteende. Med det avses en självtillfogad kroppsskada tillkommen i syfte att uppnå snabb tillfällig lättnad i ett svåruthärdligt tillstånd, vanligen inte i medveten avsikt att dö. 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 både vara ett sätt att uttrycka oklara känslor och 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 och självhat eller hotande katastrof. Individen upplever sig förlora känslan av självkontroll och hittar inte andra 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 vanligt, prognos och risk för utveckling att kroniska problem**

Risken för ungdomar att någon gång bli deprimerad uppskattas till 15 – 20 %. Förekomsten bland skolbarn beräknas till 1 – 2 % och bland tonåringar till cirka 6 %. 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 2 % 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 7 - 9 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 % utvecklar depression på nytt inom fem år. Riskfaktorer för återinsjuknande är bl.a. 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 inte 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 kroppslig förklaring till symtomen uteslutits. Skolbarns och ungdomars nedstämdhet visar sig dels genom de depressiva symtomen, dels genom att de påverkar deras sociala funktionsförmåga och möjlighet att klara av skolarbetet. De tappas intresse för kamraterna, fritidsaktiviteter och försämras i sina skolprestationer. Dystymi påverkar barnets eller ungdomens sociala förmåga på lång sikt och leder ofta till social isolering och ensamaktiviteter, vilket kan leda till misstanke om autismspektrumstörning och remiss till neuropsykiatriskt team. Om irriterat, impulsdrivet, utagerande beteende dominerar bilden eller om samsjuklighet med ADHD, missbruk, antisocialt beteende eller avsiktligt självskadebeteende föreligger kan det maskera eller komplicera den depressiva problematiken och förbli oupptäckt tills fokus riktas mot barnets eller ungdomens depressiva symtom. Bara en liten del av de ungdomar som begår suicid har haft kontakt med psykiatrin vid tidpunkten för självmordet.

### **Basnivå/första linjen - hälsofrämjande insatser**

Barns svårigheter måste uppmärksammas i tid och 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 preventiv uppgift för personal inom skola och elevhälsa, ungdomsmottagningar och vårdcentraler att upptäcka de ungdomar som visar tecken på egentlig depression och självmordsbenägenhet och lotsa dem till BUP.

### *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, t.ex. via sjukvårdsupplysningen. Kvalitetssäkrad information på Internet.

\*Baserade på social inlärningsteori, kognitiv psykologi och anknytningsteori, för föräldrar/familjer i grupp, t.ex. Föräldrakraft, De otroliga åren, COPE, Active Parenting, Cool Kids.

### *Screening för post partumdepression*

Tidigt upptäckt av postpartum depression för behandling av modern och sociala stödåtgärder. Nyfödda barns mödrar erbjuds screening avseende nedstämdhet 6 - 8 veckor efter förlossning via BVC.

### *Hälsosamtal*

Hälsosamtal och livskunskap i skolan, för alla elever i åk 4, 7 och 9 samt Gy åk 2 via ungdomsmottagningarnas uppsökande verksamhet i samverkan med skolan och elevhälsan. Program för att minska stresskänslighet och nedstämdhet hos tonårsflickor t.ex. DISA-programmet) i åk 8 samt gy åk 2.

### *Suicidprevention*

Skolbaserat suicidpreventionsprogram, erbjuds alla elever i Gy åk 1 via ungdomsmottagningarnas uppsökande verksamhet i samverkan med skolan och elevhälsan.

## **Basnivå/första linjen - sjukvårdande insatser**

### *Korttids stödintervention*

För ungdomar med lindriga depressiva besvär bör elevhälsan, ungdomsmottagningar och vårdcentraler erbjuda första linjens hjälp i form av korttids stödintervention, vilket betyder en kortare stödjande kontakt. Den har ett psykopedagogiskt inslag och fokuserar på tonåringens levnadsbetingelser, på aktuella depressiva besvär, stressfaktorer, relationsproblem, negativa livshändelser för att öka den unges förmåga att hantera sin livssituation. I interventionen ingår också att vid behov normalisera dygnsrytm och matintag. Vid försämring, tillkomst av andra psykiska symtom eller utebliven effekt efter 6-8 veckors behandling bör ungdomen remitteras till BUP.

### **Vad bör erbjudas inom 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 därför 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 med 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 lotsa dem till egen behandling vid behov samt till kontakt med socialtjänsten vid behov av psykosociala stödinsatser. Om utebliven effekt eller försämring i symtom och/eller funktions- och aktivitetsförmåga efter 6-8 veckors behandling bör, om inget i den förnyande bedömningen motsäger 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 6-8 veckors behandling med kortare stödjande kontakt görs förutsättningslös utredning och diagnostik, enligt exempelvis vårdprogram från Landstinget i Östergötland, (se bilaga x). Ställningstagande till om kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) ska prövas som nästa åtgärd, eventuellt i kombination med läkemedelsbehandling med SSRI. Vid behandling av måttliga till svåra depressiva symtom skall SSRI övervägas i första hand, kombination med KBT eller IPT, så snart patienten är mottaglig för psykologisk behandling. Psykopedagogiskt inriktat föräldrastöd parallellt med behandlingen av dotter/sonen eller i form av familjeinriktad KBT är nödvändig 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.

### Vad bör erbjudas inom subspecialiserad/högspecialiserad vård

Subspecialiserad vård behövs för behandling av ungdomar med allvarligt självskadebeteende, som ofta har en samsjuklig depressiv och suicidal 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 slutenvård vid behandlingssvikt. Behandlingen 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, (se bilaga x Prioriteringsriktlinjer vid självskadebeteende för VGR och Landstinget i Östergötland). Arbete med att bygga en bra terapeutisk allians baserad på dialektisk beteendeterapi (DBT) eller KBT med bl.a. 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 elektroconvulsiv terapi (ECT). Denna behandling rekommenderas först efter 13-14 års ålder. För denna lilla grupp patienter behövs subspecialiserade insatser i samarbete med vuxenpsykiatri.

För utredning av allvarliga anknytningsproblem och/eller failure-to-thrive hos spädbarn och förskolebarn behövs subspecialiserade spädbarn- och småbarnsteam på barnklinik eller BUP med kunskap om autism och andra utvecklingsstörningar.

#### Tabell 1.a

##### 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 1:a bedömning om osäker allvarlighetsgrad), BUM, BUP, IFO*
Atypisk	BVC-psykolog, BUM, BUP

\*Vid omsorgssvikt och missförhållanden i hemmet

#### Tabell 1.b

##### 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 (t.ex. misstanke om ADHD)

#### Tabell 1.c

##### Tonåringar

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

**På vilket sätt kan/bör samhällets aktörer tydliggöra vart föräldrar, barn och unga ska vända sig?**

Svårbesvarad fråga, men en organiserad samverkan mellan kommuner och landsting, t.ex. Västbus i Västra Götalandsregionen är ett första, nödvändigt steg. När det väl har tydliggjorts vem som gör vad, är det enklare att informera allmänheten vart de ska vända sig.

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

Fler förebyggande insatser via basverksamheter och skola, t.ex. sammanhållet föräldrastöd och skolbaserade program kring hälsa och livsproblem, förstärkta ungdomsmottagningar med uppsökande verksamhet i skolor. Ökad kunskap bland dem som möter barn och ungdomar i vardagen om depressiva symtom, självska debeteende 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 (vägleds av text i Steg 1.	Bedömning av barnets aktuella symtom och funktionsförmåga Observation av småbarn i samspel med föräldrarna.	Bedömning av barnets levnadsomständigheter och familjens förmåga

### Ska aktörerna på de olika nivåerna ha olika verktyg?

Se text ovan och tabell 3

**Tabell 3**

#### Utredning - tillgängliga vårdprogram

Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordprevention, Landstinget i Östergötland  
Riktlinjer för suicidbedömning, Västra Götalandsregionen

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
<b>Symtombeskrivning</b>	Individens aktuella besvär  Föräldrarnas eventuella besvär	MADRS-S BDI-C  Föräldrarnas eventuella besvär	MADRS-S BDI-C CDI DSRS Föräldrarnas eventuella besvär
<b>Funktionsbeskrivning</b>	Individens aktuella förmåga Föräldrarnas resurser	C-GAS, GAF  Föräldrarnas Resurser	C-GAS, GAF  Föräldrarnas Resurser
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>		DSM-IV MADRS	DSM-IV K-SADS MADRS
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk Bedömning</b>		Ångeststörning Bipolärt syndrom Psykos	Ångeststörning Emotionell instabilitet Bipolärt syndrom PTSD Uppförandestörning

			Missbruk Psykos ADHD Autism Utvecklingsstörning
--	--	--	---

**Tabell 4.a Evidensbaserade åtgärder\***

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Watch, Wait and Wonder*** Familjeinriktad ospecifik samtalsterapi	Familjeinriktad KBT
6 - 12 år	Familjeinriktad ospecifik samtalsterapi	Familjeinriktad KBT, SSRI
12 – 18 år	Ospecifik samtalsterapi	Familjeinriktad KBT, <del>KBT</del> , IPT, DBT**, SSRI, ECT

\* Prioriteringsriktlinjer för depression och dystymi inkl evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland

\*\*Prioriteringsriktlinjer för självskadebeteende inkl evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland

\*\*\* Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens folkhälsoinstitut, 2001.

Metoden går ut på att föräldrar lär sig att uppmärksamma barnets spontana aktivitet.

Både psykoterapi och läkemedelsstudier vid tonårsdepression har visat att cirka var tredje deltagare förbättras positivt på ospecifik psykoterapibehandling eller sockerpiller. Den höga placeboeffekten visar att andra aspekter vid både psykoterapeutisk behandling och läkemedelsbehandling spelar stor roll vid depressionsbehandling. Ett strukturerat omhändertagande är en sådan aspekt.

**Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag Samspelsbehandling med film som t ex Marte Meo Barnorienterad familjeterapi (BOF)	Föräldrastödjande samtal Normalisering av dygnsrytm och matintag Samspelsbehandling med hjälp av film som t ex Marte Meo Barnorienterad familjeterapi (BOF) Psykodynamisk barnterapi med parallell föräldrabehandling
6 - 12 år	Föräldrastödjande samtal, BOF, familjeterapi Normalisering av dygnsrytm och matintag	Föräldrastöd Normalisering av dygnsrytm och matintag BOF, psykodynamisk barnterapi
12 – 18 år	Föräldrastödjande samtal	Föräldrastödjande samtal

	Normalisering av dygnsrytm och matintag	Normalisering av dygnsrytm och matintag Cope with depression (gruppbehandling enligt Maja projektet) kognitiv psykoterapi KBT Famijeterapi Psykodynamisk psykoterapi. Bildterapi som en del i behandlingen Vid suicidrisk: tät behandlingskontakt, aktivera familjesystemet, samverka med skola och nätverk.
--	---	---

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

Se text

**Tabell 5**

**Verktyg och tidpunkter för utvärdering**

Se bilagor: Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordprevention, Landstinget i Östergötland  
Kvalitetsstjärnan BUP, Västra Götalandsregionen

<b>Verktyg och tidpunkter för utvärdering</b>		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig</b>
Upp till 6 år	Klinisk symtomskattning:  Klinisk funktionsskattning	Klinisk symtomskattning:  Klinisk funktionsskattning
6 - 12 år	Symtomskattning: MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling Funktionsskattning: C-GAS, GAF: mätningar före, under (6-8 veckor) och vid avslutad behandling	Symtomskattning: MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling Funktionsskattning: C-GAS, GAF: mätningar före, under (6-8 veckor) och vid avslutad behandling
12 – 18 år	Symtomskattning: MADRS och BDI/CDI. Mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling DSM-IV, MADRS: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling	Symtomskattning: MADRS, BDI/CDI: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling DSM-IV, K-SADS, MADRS: mätning före, under (6-8 veckor) och efter behandling.

	Funktionsskattning: C-GAS, GAF Mätningar före, under (6-8 veckor) och vid avslutad behandling	Funktionsskattning: C-GAS, GAF: mätningar före, under (6-8 veckor) och vid avslutad behandling
--	--	---

**Behov av resurs- och kompetensutveckling inom de bägge nivåerna för att kunna realisera den förstärkta vårdgarantin för BUP**

## **3:2 Oroliga och rädda barn och ungdomar**

### **Beskrivning av problemområde**

#### **Karaktäristik av problemområdet**

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

Rädsla definieras som de känslor, som uppstår som reaktion på hot vi upplever via våra sinnesorgan och ångest som det vi erfar 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, vid övergivenhet och skyddslöshet, vid hot om eller upplevelse av sjukdom och kroppsskada och i konfrontation med farliga djur.

Som psykiatriskt symptom definieras rädsla och ångest som överdrivna känsloreaktioner eller reaktioner som ej har grund i verkliga förhållanden. Psykiatriska symptom vid ångeststörningar är, förutom upplevelsen av rädsla/ångest, de reaktioner och handlingar individen vidtar för att undkomma ångesten.

#### **Symptombeskrivning**

Enligt DSM-IV<sup>1</sup> ingår under avsnittet *Ångestsyndrom* Paniksyndrom, Agorafobi, Specifik fobi, Social fobi, Tvångssyndrom, Posttraumatiskt stressyndrom, Akut stressyndrom, Generaliserat ångestsyndrom (inklusive överdriven ängslighet hos barn), Ångestsyndrom på somatisk grund, Substansbetingat ångestsyndrom och Ångestsyndrom UNS. Till ångeststörningar hänförs i detta dokument dessutom ätstörningar (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa och Ätstörning UNS).

Substansrelaterat missbruk och beroende har i detta sammanhang också sammanförts med ångestproblematik, då det dels kan ha ångeststörningar som grund via självmedicinering men också då missbruk och beroende ofta har ångest som konsekvens och delsymtom.

Självska debeteende är ingen egen psykiatrisk diagnos utan ingår som symptom i skilda psykiatriska problem- och sjukdomsgrupper. Den idag mest fokuserade typen av självska debeteende och som är vanligast i ungdomspopulationen, har ofta ångest reducerande syfte och/eller effekt och kan därmed sägas vara symptom på ångestproblematik.

I detta dokument behandlas inte akut och posttraumatiskt stressyndrom och inte heller ångeststörning på somatisk grund.

Förutom som egen psykiatrisk sjukdomsentitet finns ångest och rädsla med som emotionell reaktion vid flertalet psykiatriska tillstånd. De olika problembeskrivningarna inom gruppen *Oroliga och rädda barn och ungdomar* måste alltså ses tillsammans med övriga problembeskrivningar, främst med dokument avseende nedstämdhet men också avseende trauma och ADHD, autismspektrumstörningar, andra störningar i utvecklingen.).

#### **Hur vanligt?**

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association 1994 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

Ångest finns, förutom att vara normalpsykologiska emotionella reaktioner, mer eller mindre med i all psykiatrisk och dessutom mycket somatisk sjuklighet.

Ångestsyndrom i diagnostisk bemärkelse utgör sammantaget den enskilt största psykiatriska diagnosgruppen. Ätstörningar är, om Ätstörning UNS medräknas, i dag ett stort psykiatrisk problemområde inom ungdomsgruppen och detta gäller också för framför allt alkoholbruk bland unga. Också självskadebeteende bland unga är under senare decennier ett växande problemområde

### **Vad är lindrigt/allvarligt?**

Ångest är som affekt är i sig ofarligt 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 samt de tillstånd, som här inkluderats, är också förenade med ökad suicidrisk. 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.

### **Tänkbara speciella omständigheter (risk/skydd)**

Ångeststörningar inklusive ätstörningar, missbruk och självskadebeteende varierar från i det närmaste normalpsykologiska företeelser till alvarligaste psykiatriska sjukdomar. Förutom av symptomatologins allvar och omfattning påverkas handläggningen också av individ- och omgivningsfaktorer.

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

Ångestbenägenhet varierar mellan individer och är delvis konstitutionellt styrt och allvarlig hereditet för ångestsyndrom är en riskfaktor. Samsjuklighet med tillstånd som Aspergers syndrom och Tourettes syndrom utgör prognostiskt ogynnsamma förhållanden. Tidigare traumatisering kan liksom, desorganiserad anknytning och brister i föräldrastöd, öka ångestbenägenhet. Retraumatisering kan inte sällan vara en utlösande faktor för insjuknande i ångestsyndrom men kan också leda till att missbruk och självskadebeteende inleds eller fördjupas.

Emotionellt överinvolverade liksom alltför distanserade föräldrar utgör också riskfaktorer.

Tidig alkoholdebut och liberal syn på ungas alkoholanvändande är en väl känd riskfaktor för senare överkonsumtion och missbruk av alkohol.

Samhällets och det nära nätverkets normbildning runt utseende, könsrollsmönster, ungdomsidentitet och självbild utgör faktorer, som på gruppnivå påverkar ungas benägenhet för ätstörningar men också för alkohol- och droganvändande.

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

Fremst vid mer komplicerad symptomatologi är det angeläget att det görs professionell bedömning av såväl funktions- som aktivitetsförmåga och åtgärder för att barn ska kunna vara delaktiga i sin vardag, i hemmet, skolan och på fritiden

### **Definition av basnivå och första linjen (hälsofrämjande insatser och sjukvårdande insatser)**

Internetbaserad psykiatrisk information och hjälpprogram finns att tillgå. Exempel på sådant kan hittas på [www.snorkel.se](http://www.snorkel.se), på [www.fhi.se](http://www.fhi.se) m.fl. sidor. Det handlar om alkohol- och drogpreventiva program riktade till föräldrar, ångesthanteringsprogram, fobiträning sömnstörningsåtgärder m.m. Denna nivå bör utvecklas ytterligare.

Generella hälsofrämjande åtgärder på gruppnivå såsom alkoholförebyggande föräldraprogram, suicidpreventiva program riktade till skola, ångestskola, föräldrautbildning runt ätstörningsproblematik bör ges av skolans elevvård.

Individuell behandling riktad till barn och unga med lättare former av ångest- och relaterad problematik bör skötas av en integrerad skol- och elevhälsovård, som organiseras så att den inte är beroende av enskilda skolförvaltningars eller rektorsområdes avgöranden. Sådan första linjens vård skall kunna erbjuda flervetenskaplig medicinsk, psykologisk och social kompetens och kunna ge psykoterapeutisk behandling på kognitiv beteendeterapeutisk grund samt vara förtrogen med motiverande intervjuteknik.

### **Definition av specialistnivå**

För ångestsyndrom, ätstörningar, missbruk och självskadebeteende med allvarigare symptomatologi, samsjuklighet, behandlingsresistens, bristande föräldraförmåga och/eller psykosociala riskfaktorer skall BUP vara specialistnivån med subspecialistteam och efter behov samverka med socialförvaltning, barnsjukvård, missbruksvård, skola eller andra relevanta parter.

I övrigt hänvisas till respektive specifika problemområdesbeskrivning.

### 3.2.1 Ångestsyndrom

#### Beskrivning av problemområde:

##### Steg 1

##### **Symptombeskrivning, symptomutveckling, atypiska symptom**

Ångestsyndrom enl. DSM IV – innefattande paniksyndrom, agorafobi, specifik fobi, social fobi, separationsångest, GAD/överdriven ängslighet hos barn, tvångssyndrom, ångestsyndrom UNS. Ej PTSD, substansbetingat ångestsyndrom.

Atypisk bild: Tecken på depressivitet med eller utan suicidalitet, tecken på personlighetsavvikelse eller samtidig problematik såsom ADHD, Aspergers syndrom eller Tourettes syndrom. Psykotiska symptom som hallucinationer eller vanföreställningar knutna till ångestsyndromet. Atypiska symptom vid OCD kan t.ex. se ut som anorexi med rädsla för smuts och smitta som gör det svårt för barnet/den unga att äta.

##### **Hur och var visar sig behoven av insatser?**

Symptomen visar sig beroende på typ av ångestsyndrom i olika sammanhang och miljöer men oftast i störts omfattning i hemmet. Många f.f.a. ungdomar strävar efter att ej visa symptomen eller vidgå ångestproblem.

Ångestproblematik visar sig inte sällan via annan symptomatologi såsom nedstämdhet, utagerande beteende, självskadande, missbruk.

För t.ex. OCD kan tecken i skolan vara sen ankomst, undvikande i vissa situationer, separationsångest, osäkerhet och skuldpåtagande, ängslan och irritabilitet/aggression.

Tecken i hemmet kan vara försäkringsbehov om att inget dåligt ska hända, undvikande i vissa situationer, vredesutbrott, stress och konflikter p.g.a. ritualer. Behov av att ”skydda” sina ritualer. I extrema fall får föräldern inte iväg barnet/den unga till skolan.

##### **Prevalens**

Sammantaget i åldersgruppen 4 – 20 år drabbas 8 – 12 % av ångeststörningar enligt DSM IV. Under puberteten är könsfördelningen jämn, därefter dominerar flickor.

Subkliniska symptom på överdriven ängslighet hos barn finns hos 10 – 30 %.

Upp till 75 % av dem som i barndom har ångestsyndrom får ej behandling, högst är andelen hos dem med OCD.

OCD debuterar dels i 10 årsålder, dels i begynnande adolescens. Debuten i SAD sker i yngre år, debut i GAD i tonår. Paniksyndrom är ovanligt före puberteten.<sup>2</sup>

Prevalens för enskilda ångestsyndrom varierar från 6 % för GAD inklusive Överdriven ängslighet hos barn till c:a 1 % för Paniksyndrom, Social fobi och OCD<sup>3</sup>

##### **Lindrig/allvarlig**

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

---

<sup>2</sup> Fonagy P et al. What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. The Guilford Press 2002

<sup>3</sup> Gillberg, C, Harrington R, Stainhausen H-C A Clinicians Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge university Press 2006

Medelsvår/svår: allvarlig påverkan på livsföringen, inskränkning av socialt liv inkl. skolgång, tendenser till generalisering av symptomatologi, handikappande undvikandebeteende. Allvarlig OCD tar sig uttryck i tidsödande ritualer, depressivitet, ångest, oro, extremt undvikande i vissa situationer/personer (kan även gälla anhörig).

Omständigheter, risk/skydd

Co-morbiditet är riskfaktor liksom tecken på allvarlig depressivitet med eller utan suicidalitet. Stark hereditet, betydande påverkan på familj/nätverk är, liksom resistens mot insatt adekvat behandling andra riskfaktorer. God begåvning, sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation samt gott och insiktsfull nätverk är skyddande faktorer.

Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt.

**Tabell 1**

	Förskoleålder	Grundskola	Gymnasium
<b>Svårighetsgrad</b>	<b>Vart kan/bör föräldrar, barn/unga vända sig vid första kontakt?</b>		
Lindrig	BVC-sköterska/Skolsköterska – Snorkel Skolsköterska/skolpsyk/snorkel.se		
Allvarlig	BUP	BUP	BUP
Atypisk	BUP	BUP	BUP

\*) Sådana av oss förordade Centrum för rådgivning kring barn och deras sjukdomar (jfr norsk modell)

### Frågor att kommentera:

Samhällets aktörer bör tydliggöra vart föräldrar, barn och unga ska vända sig. Generell information från resp. aktör skall finnas lätt tillgänglig ang. vars och ens uppdrag/utbud. t.ex. Denna information skall finnas både i skolan – hos skolsyster och i skolans föräldrainformation – men också via landstingens hälsouppllysning och inom primärvården, BVC etc. Lättillgänglig information om de patientföreningar som finns inom området, som Svenska OCD förbundet Ananke vid OCD .

Genom information om psykiska hälsoproblem till en bred allmänhet och speciellt till föräldrar till barn i debutåldrar kan man i högre utsträckning nå dem som idag inte nås av insatser och motivera till att söka hjälp.

Webb-baserad information kan också medverka till större medvetenhet och kunskap liksom det kan underlätta att söka hjälp. Sådan information bör bl.a. ge kunskap om:

ångest, oro, osäkerhet med somatiska symptom

hjälp att identifiera problemsituationer, dvs. kunskap om ångestsyndrom som social fobi, specifik eller mer generaliserad fobi och OCD /tvång skall vara lätt att få, och de flesta föräldrar skall kunna känna till hur vanligt förekommande denna typ av problem är.

hjälp att påbörja egenbehandling, tex behandling med hjälp av nätet – riktat till barn och föräldrar.

Regionala kunskapscentra med stor och bred kunskap om olika ångestsyndrom förordas

Se t.ex. [www.snorkel.se](http://www.snorkel.se), [www.ananke.se](http://www.ananke.se)

## Steg 2

## Vid första kontakt. Vad som ska göras oavsett aktör

### a) bedöma symtomet – art och grad

I hur hög grad påverkar ångeststörningen barnets/den unges dagliga funktion, främst avseende dagligt fungerande i hemmet och i viktiga relationer samt beträffande skolgång, studier, kamrater och fritid.

Den person som möter barnet skall ha en tillräckligt god kunskap om ångeststörningar och tvångsbeteenden för att ställa rätt frågor och det även om barnet är hemlighetsfullt och om barnet helst inte vill prata om sina ångestproblem, sina beteenden och de situationer det undviker pga. av tillståndet eller vill dölja sina ritualer/tankar. Personen skall t.ex. kunna skilja på ett barn som är mer normalt blygt och försiktigt från det barn där socialfobin är handikappande och höjer barnets ångestnivå konstant, dvs. bara att vara i skolan är ångestskapande för barnet medan tex redogörelser för klassen kan vara något barnet helt enkelt aldrig utsätter sig för. Tyvärr verkar det fortfarande vara vanligt att t.ex. begynnande OCD missas eller misstolkas för något annat och rätt vård uteblir i detta viktiga, (ibland) 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. Här kan skolan lära sig bli mer uppmärksam på barn som har svårt att komma tillbaka till skolan efter sjukdom och/eller ledighet. Är ofta symptom på just ångesttillstånd.

### b) bedöma risk-/skyddsfaktorer

1. Föräldrarnas styrkor/svagheter
  2. Ev hereditet för ångestsjukdomar
  3. Vem i det sociala nätverket är mest lämpad att stödja barnet
- Föreligger mobbing? Är barnet nedtryckt eller nonchalerat i skolan?  
Föreligger problem i familjen, sjukdom, missbruk, misshandel  
Sjukdom hos barnet. Begåvningshandikapp

### 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 (vägleds av text i Steg 1.	Psykiatrisk anamnes. Ev. somatiskt status, ev WISC Ev. screening-instrument. Vid misstanke om OCD: YBOCS-skala	Anamnes från familj och skola, tidigare journaler. Har fam soc.kontakt?

#### Verktyg för bedömning

Standardiserade intagningsintervjuer införs mer och mer inom BUP och är bra instrument för symptomscreening och risk/skyddsbedömning men sannolikt mindre lämpade inom första linjen. Generellt bör problemtygnden avspeglas i vilka verktyg som används.

## Steg 3

## Vidare utredning

Tabell 3

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
<b>Symptombeskrivning</b>	Viss överdriven ängslighet, tendenser till ritualisering utan klinisk signifikans	Lindriga former av ångestsyndrom, enstaka panikattacker, enkla fobier etc	Allvarlig symptomatologi, behandlingsresistens i första linjen
<b>Funktionsbeskrivning</b>	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 indraget i symptomatologin
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>	Ingen diagnostik på basnivå	Diagnostik endast vid primärvårdkontakt. Diagnos enl. ICD-DSM-system	Diagnos/differentialdiagnos enl DSM, Beslutsträd enl. DSM.

## Steg 4

### Åtgärder

Uppbyggande 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”

Elevvårdspersonalen behöver en stor kompetenshöjning för att klara att ta hand om t ex Cool kids och Chilled – programmen. De bör ha utbildning i minst Steg 1 KBT.

### Basnivå/första linjen

I vissa fall barnhälsovården och barnhälsovårdspsykolog. Elevhälsa, skolhälsovård, ungdomsmottagning, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin.

Basnivån ansvarar för att informationsmaterial finns lättillgängligt för barn/unga/föräldrar på respektive institution

### Definition av specialistnivå

Barn och ungdomspsykiatri. Specialistnivån ansvarar för psykopedagogiska insatser och snabb utredning och behandling, samt återkoppling till basnivån för stödåtgärder och ev. anpassning av skolsituationen. Subspecialistverksamheter inom viss barn- och ungdomspsykiatri. Subspecialistnivån bör undersöka möjligheterna för screening av OCD hos

eleverna inom skolhälsovården för att upptäcka OCD-symptom i tid. Subspecialistnivån ansvarar också för att information om OCD tas fram, som filmer, skrifter med fallbeskrivningar för igenkännande

Om yttre faktorer är undanröjda kan barnet exponeras ev. tillsammans med förälder för ångestskapande situationer. Vid t.ex. social fobi att gå på stan, restaurang eller bio med andra.

Tillgång på KBT är viktig vid de flesta ångestsyndrom. Gruppterapi (bland andra med samma tillstånd) har visat sig mycket effektiv vid ångesttillstånd som annars ofta kan leda till isolering och stor ensamhet. Även stödgrupper inom tex ramen för patientföreingar.

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.

### **Tillgängliga vårdprogram.**

#### **Gruppbehandling vid social fobi**

Inom Norra Psykiatriområdet i Sthlm ges (vuxna och unga vuxna) gruppbehandling mot social fobi och som har visat sig ge mycket bra resultat. Viktigt att behandling av social fobi faktiskt kommer till stånd eftersom det här tillståndet tenderar att ge följsjukdomar som högt blodtryck, depressioner mm (dvs. högre kostnader för samhället än om man kan behandla personens sociala fobi). En person som tidigt gör något åt sin sociala fobi kan få ett helt annat livsspann än den som går obehandlad. Kan detta spridas till barnpsykiatrin?

#### **”Uppsalamodellen”**

Här vill vi betona att det finns väl utvecklade vårdprogram särskilt det Neuropsykiatriska Teamet BUP i Uppsala som lyckats bra med behandlingen av unga personer med OCD och som också väl lyckats sprida sin kunskap om denna behandling vidare till andra team runt om i landet.

### **Tabell 4 a Evidensbaserade åtgärder**

<b>Åtgärder</b>		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig</b>
<b>Upp till 6 år</b>	-	-
<b>6 - 12 år</b>	Cool kids, beteendeterapi med föräldrastöd, ”Chilled” ungdomar över 12 år	KBT, SSRI
<b>12 – 18 år</b>	KBT, SSRI	KBT, SSRI

### **Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet**

<b>Åtgärder</b>		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig</b>
<b>Upp till 6 år</b>	Familjestöd via BVC, information, pedagogiska råd	Psykopedagogik. Familjestöd – gruppbeh , BUP

<b>6 - 12 år</b>	Information, psykopedagogik. Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning	Psykopedagogik. Familjestöd – gruppbeh , BUP
<b>12 – 18 år</b>	Information, psykopedagogik. Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning	Information, psykopedagogik. Individuellt och familjestöd med KBT-inriktning

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

Om det är fråga om enbart ångestsyndrom/OCD som inte är allvarlig kan behandling på primärnivå komma ifråga. Ge kunskap om web-information och sådana sidor som [www.snorkel.se](http://www.snorkel.se) och [www.ananke.se](http://www.ananke.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/motsvarande** är också evidensbaserad behandling och kan inkludera såväl barnet som dess anhöriga.

Funktionsinskränkande symtomatologi med alvarlig påverkan på livsföring samt då behandlingsframgång inte nås, kräver specialistvård.

Vid omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser och/eller komplicerande samsjuklighet med ADHD, Tourettes syndrom eller Aspergers syndrom behövs specialiserad/subspecialiserad vård med kombination av behandling såsom KBT+SSRI+ familjebehandling, skolanpassningsåtgärder m.m.

### **Tabell 5 Verktyg och tidpunkter för utvärdering**

<b>Verktyg och tidpunkter för utvärdering</b>		
<u>Generellt:</u> Funktion i vardagen, god sömn och aptit, fungerande familjesituation, fungerar i skola, har kamrater		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig</b>
<b>Upp till 6 år</b>	Går på dagis, har kamrater	BCFPI, SDQ
<b>6 - 12 år</b>	Fungerande skolan /kamrater	BCFPI, SDQ
<b>12 – 18 år</b>	Fungerar i skolan /fritiden/ kamraterna/ relationer inom familjen	BCFPI, SDQ

## 3.2.2 Ätstörningar

### Steg1

#### **Beskrivning av problemområde:**

##### ***Vad karaktäriserar problemområdet?***

Ätstörningsproblematik - innefattande diagnoserna Anorexia nervosa(AN), Bulimia Nervosa(BN), Ätstörning UNS (enligt DSM-IV).

##### ***Symptombeskrivning***

Med ätstörning avses i första hand en ihållande störning i ätbeteende eller med viktkontrollerande syfte som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall ej vara sekundär till 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 10 % 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 viktnedgång, (mer än 1SD), och de som hetsäter och kräks.

##### ***Hur vanligt?***

Prevalenstalen för olika ätstörningar varierar mellan olika studier. Generellt kan ändå sägas att ca 1 % av flickor/unga kvinnor i riskåldern 13-30 år får AN, och ca 0,1 % av pojkar/män. Motsvarande siffra för BN är 1-2% av den allmänna populationen. Studier av ätstörning UNS är svårbedömda, men mycket talar för att ätstörningar UNS är 3-4 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 t.ex. barn- och ungdomsmottagning, inom tandvården och allmän barn och ungdomspsykiatri.

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

Låg vikt och dåligt allmäntillstånd förekommer vid flera olika somatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd. De vanligaste somatiska differentialdiagnoserna är endokrina sjukdomar, tarmsjukdomar, tumörsjukdomar och långvariga infektioner. Psykiatrisk samsjuklighet/ differentialdiagnoser som är vanlig hos patienter med ätstörning är depression, generaliserad ångest, social fobi, tvångssyndrom, missbruk, schizofreni, posttraumatiskt stressyndrom, ADHD, autismspektrumstörningar, Tourettes syndrom och personlighetsstörningar. En noggrann somatisk undersökning vid utredning av ätstörningar skall göras och när ätstörningen väl är diagnostiserad skall 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 viktfobi och kroppsuppfattningsstörning, vilket vuxna gör. För barn (7-14 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 gastro-esofagal reflux, ofta i kombination med funktionell dyspfagi, eller mer sällsynta tillstånd som intrakraniell tumör eller Cushings syndrom. Barn kan också äta selektivt och restriktivt utan att ha någon uppfattning om vikt eller kroppsutseende.

### Definition av basnivå och första linjen

Barnhälsovård, elevhälsa, barnmottagning, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin

### Definition av specialistnivå

Specialiserad ätstörningsenhet, subspecialiserad ätstörningsteam inom BUP/barnmedicin,

**Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt.**

**Tabell 1**

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

### Frågor att kommentera:

Information om vart man vänder sig vid misstanke om eller upptäckt av ätstörning bör finnas hos skolans elevhälsovård, ungdomsmottagningar och via landstingets sjukvårdsupplysning.

Noteras bör att det är kontraindicerat att gå ut och ge ungdomar information om ätstörningar. Det är då bättre att fokusera på begrepp som hälsa och livskvalitet.

Information kan ges till de vuxna som finns runt barnen/ungdomarna, t.ex. fritids- och skolpersonal.

## Steg 2

**Vid första kontakt.** Vad ska göras (oavsett aktör)? (det som ska ske inom vårdgarantin < dag 7)

- bedöma symtomet – art och grad (dvs. i hur hög grad symtomet/problemen påverkar barnets/den unges dagliga funktion),
- bedöma risk-/skyddsfaktorer (dvs. tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som tänkbar förklaring till symtomens uttryckssätt/bakgrund),

c) 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

De nationella riktlinjerna ligger till grund för vad som ska göras på de olika nivåerna. All utredning/bedömning av allvarliga ätstörningar ska ske på specialist nivå, vilket gör att det behövs tydliga vårdprogram, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna, där det framgår vad som skall göras vid den första kontakten om det är på basnivå patienten möts.

### Steg 3. Vidare utredning

Ex på vårdprogram [www.lio.se](http://www.lio.se)

#### Definition av specialistnivå:

Specialiserad ätstörningsenhet, subspecialiserat ätstörningsteam inom BUP

**Tabell 3**

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
<b>Symptombeskrivning</b>		Okomplicerade matmotstånd och okomplicerade ätstörningar utan komplikationer och längd och viktavvikelse	Allvarliga ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer.
<b>Funktionsbeskrivning</b>		Ingen eller lindrig påverkan på livsföring.	Allvarlig påverkan på familj och nätverk, studier och på den egna livsföringen
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>		Längd och viktkurva Somatisk bedömning Matintervju	Problemanamnes / Social anamnes Ätbeteendeobservation/bedömning Kroppslig undersökning med adekvat medicinsk provtagning. Generella

			och ätstörningsspecifika skattningsskalor och bedömningsinstrument.
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk Bedömning</b>		Utredning sker på specialistnivå	Skattningsskalor och bedömningsinstrument i syfte att differentialdiagnosticera

### Beskriv speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:

Med tanke på att ingen enskild social, psykologisk eller medicinsk modell kan förklara uppkomst eller vidmakthållande av ätstörningar, så behövs det en bred och systemiskt integrativ ansats för att fullfölja uppdraget. Behandlingsinsatserna behöver också kunna individanpassas och skräddarsys för var och en, utifrån andra psykiska problem, varierande somatiska tillstånd, personlighet, egna kunskaper och färdigheter, familjerelationer, övriga sociala sammanhang, etc. För att matcha detta behövs en systemisk helhetssyn där flera kunskapsområden; psykologiska, somatiska och relationsmässiga är strategiskt samordnade samt tillgång till en bred uppsättning behandlande metoder.

## Steg 4

Utredningsresultat ska ge underlag för åtgärd.

Tabell 4 a Evidensbaserade åtgärder

Åtgärder		
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. SBU-rapporter finns om matmotstånd vid olika sjukdomar.	Ej aktuellt
6 - 12 år 12-18 år	Matmotstånd hos barn kan uppstå som samsjuklighet vid annan sjukdom och bör behandlas utifrån aktuell evidensbaserad kunskap inom det området. SBU-rapporter finns om matmotstånd vid olika sjukdomar.	<b>Anorexia Nervosa.(Få studier, sammanfattning av dessa)</b> 1. Familjeterapi är bättre än individualterapi för patienter under 19 år, med AN som haft en kort sjukdomsduration (< 3 år), med avseende på såväl vikt som på det allmänna tillfrisknandet. 2. Antidepressiv medicin har inte effekt på själva ätstörningen. 3. All anorexibehandling

		<p>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> <p><b>Bulimia Nervosa. (främst vuxna patienter?)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. KBT är den i dagsläget mest effektiva behandlingsformen.</li> <li>2. Familjebaserad behandling</li> <li>3. Familjeterapi</li> <li>4. KBT-styrd självhjälp</li> </ol> <p><b>Ätstörning UNS.</b></p> <p>Det finns inga randomiserade behandlingsstudier för gruppen ätstörning UNS förutom vid hetsättningsstörning.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. KBT och IPT är lika framgångsrik vid hetsättningsstörning som vid BN</li> <li>2. Familjeterapi</li> <li>3. KBT-styrd självhjälp</li> </ol>
--	--	--

**Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 - 12 år 12-18 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, kreativa metoder (text bildterapi)</p> <p>Behandlingen ges individuellt, i grupp eller till familjen. Kombinationer av olika former av behandling ges.</p> <p>Co-morbiditet skall behandlas. Co-morbiditet i form av autismspektrum- tillstånd kräver autismspedagogik utöver den specifika</p>

		ätstörningsbehandling
--	--	-----------------------

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

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

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

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.

Basnivå/första linjen ska identifiera ätstörningar och påbörja behandling av lindriga ätstörningar, men ha hjälp av tydliga vårdprogram där det är tydligt när de ska remittera vidare till specialistenheter.

**Tabell 5  
Verktyg och tidpunkter för utvärdering**

Verktyg och tidpunkter för utvärdering		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år		Ej aktuellt
6 - 12 år 12 -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)

## 3.2.3 Självskadebeteende

### Steg 1

#### Definition

Självskadande eller självskadebeteende (self-injury) definieras i den internationella litteraturen som en avsiktlig och ej socialt sanktionerad icke-suicidal handling som resulterar i vävnadsskada. Forskning talar för att självskadande har en funktion att häva negativ affekt. Det finns också teorier om att självskadande kan utvecklas som en dysfunktionell emotionsreglering hos sårbara individer som ett resultat av en icke-validerande omgivning där mer funktionella former av emotionsreglering inte stimuleras tillräckligt. Vanligtvis sker debuten i tonåren (13-14 år). Vanliga exempel på självskadebeteende är hudskärning/rispning/bränning, förhindrande av sårhäkning och slag mot kroppen. Självskadebeteende särskiljs från beteenden förknippade med ätstörning samt missbruk av alkohol/droger eller andra substanser eftersom eventuella resulterande vävnadsskador till följd av dessa beteenden inte är avsiktliga. Kulturellt (och/eller konstnärligt) accepterade fenomen så som tatueringar och piercing ingår inte som exempel på självskadande. Gränserna för vad som ska betraktas som självskadebeteende är dock inte alltid självklara. T.ex. råder det brist på konsensus när det gäller tablettintoxikation. Historiskt har man diagnostiskt betraktat självskadebeteende som ett symptom på borderline personlighetsstörning (BPD). Numera är det allmänt vedertaget att självskadande även förekommer i samband med andra diagnoser/problem så som missbruk, ätstörning, PTSD, depression och ångeststörningar. Självskadande är även en riskfaktor för självmord. Självskadande förekommer även bland icke-kliniska grupper samt vid högpresterande populationer så som tjänstgörande militär personal (Klonsky, 2007).

#### Hur och var visar sig behov av insatser?

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

#### Prevalens

Mycket tyder på att självskadebeteende är ett ökande fenomen. Prevalensen varierar mellan 5-35 % beroende på undersökningsmetod. Det finns färskta svenska studier av högstadieungdomar som tyder på en ännu högre förekomst (SoL-projektet vid Lunds univ./Psykologiska institutionen samt HUMÖR-projektet vid Uppsala univ.). Internationella siffror visar att mellan 14-17 % av ungdomar och unga vuxna har självskadat sig vid ett eller flera tillfällen. Självskadande tros vara vanliga bland flickor. Ungdomar som vårdas för psykiatriska svårigheter självskadar sig i större utsträckning. Fenomenet är därmed att betrakta som vanligt förekommande internationellt.

#### Åldersintervall

I denna skiss refereras inte till några specifika åldrar. Utgångspunkten är genomgående åldersintervallet 12-18 år som verkar vara det intervall som är relevant för fenomenet självskadebeteende inom ramen för BUP. Det verkar råda konsensus kring att självskadebeteende debuterar i 13-14-årsåldern. Vissa forskare menar att medeldebutåldern är 12 år varför ovannämnt åldersintervall har använts. Några mer specifika åldersdistinktioner låter sig inte göras utifrån de nedan redovisade referenserna.

## Lindrigt respektive svårt självskadebeteende?

I skriften ”Vad vet vi om flickor som skär sig?” (Socialstyrelsen, 2004) refereras till en indelning i olika typer av självskadebeteende. Den svåraste formen av självskadebeteende torde vara *grov självförvållad självskada/självstympling* som kan förekomma hos personer med svåra psykiatriska diagnoser så som schizofreni. Insatser för denna typ av självskada torde ges inom ramen för specialistnivå så som 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 barn- och ungdomshabilitering eller beslätade verksamheter (basnivå) och i avancerade fall av BUP (specialistnivå). En tredje variant är *kompulsiv självskada* som ses som en impulskontrollstörning, bl.a. i form av trichotillomani (hårutdragning). I förekommande fall ges behandling av detta tillstånd av BUP (specialistnivå). En fjärde variant är *impulsivt självskadebeteende* som i sin tur delas in i *episodiskt* respektive *repetitivt självskadebeteende* där 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 eller specialistnivå.

Eftersom självskadande inte är ett eget syndrom i vare sig ICD-10 eller DSM-IV föreslår man exempelvis enligt prioriteringsriktlinjer för BUP Västra Götaland och landstingen i Östergötland att man gör en klassificering av den underliggande störning (om en sådan föreligger borde tilläggas) som bedöms ligga bakom de outhärdliga känslor som föranleder självskadandet samt ett tillägg i form av impulskontrollstörning (enligt ICD-10 alt. DSM-IV). Nämnade prioriteringsriktlinjer talar om att utgå från GAF-skalan innebärande att en GAF-skattning underskridande 30 poäng skall leda till behandling inom en vecka medan ett GAF-värde överskridande 30 poäng föranleder vård inom 3 månader. De prioriteringsriktlinjer som gäller underliggande eller samtida psykiatriska sjukdomstillstånd så som depression eller ångest används i förekommande fall. Lindrigt självskadebeteende är 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 självskadebeteende kan uppträda vid allvarliga barnpsykiatriska tillstånd med grov självförvållad självskada /självstympling.

## Riskgrupper

Enligt ny svensk forskning (SoL-projektet samt HUMÖR-projektet) samt tidigare kända internationella siffror är självskadebeteende mycket vanligt förekommande. Riskgruppen är därmed generellt sett 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. När det gäller barn och ungdomar som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri eller som är föremål för samhällsvård är risken betydligt större. Litteraturen vittnar om att fenomenet självskadande är välkänt bland individer med diagnos utvecklingsstörning och/eller autism, dock oklart för undertecknad hur utbredd självskadande är bland dessa grupper och hur detta hanteras inom ramen för barn- och ungdomshabilitering i Sverige.

**Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt.**

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

### Frågor att kommentera:

På vilket sätt kan/bör samhällets aktörer tydliggöra vart föräldrar, barn och unga ska vända sig? Hur kan vi hitta de som idag inte nås av insatser?

Då interventionsstudier av självskadande är få är det svårt att uttala om denna fråga. Klart står i alla fall att självskadande är vanligt förekommande och att professionella på både bas- och specialistnivå bör vara observanta på förekomsten av självskadande hos ungdomar så att åtgärder på respektive nivå kan vidtas. Huruvida allmänheten skall informeras om självskadandets relativt stora utbredning och förmodade ökning står oklart för undertecknad.

## Steg 2

**Vid första kontakt.** Vad ska göras (oavsett aktör)? (det som ska ske inom vårdgarantin < dag 7)

- bedöma symtomet – art och grad (dvs. i hur hög grad symtomet/problemen påverkar barnets/den unges dagliga funktion),
- bedöma risk-/skyddsfaktorer (dvs. tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som tänkbar förklaring till symtomens uttryckssätt/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, samsjuklighet.	Problemanalys  Brief Child Family Phone Interview (BCFPI)  Skattningsskalor så som Deliberate Self-harm inventory (DSH-I)	Social anamnes  Suicidbedömning

Att diskutera: Ska (förväntas) aktörerna på olika nivåerna ha olika verktyg? Alla har samma primära uppgift men olika förutsättningar att ha en ”helhetsbild”?

Rimligen använder de olika nivåerna och de professionella inom dessa sig av delvis olika instrument, det kan t.ex. handla om att professionella inom BUP har särskild kompetens att använda ex vis psykologiska instrument.

### Steg 3.

**Utredning:** Prioriteringsriktlinjer för BUP Västra Götalandsregionen och landstingen i Östergötland kan användas. För instrument se tabell nedan.

**Inom första linjen ingår en basnivå av hälsofrämjande insatser; elevvård, elevhälsa, barnhälsovård, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet, och en nivå av sjukvårdande insatser; barnmedicin, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin, barn- och ungdomshab.**

**Definition av specialistnivå;** Barn- och ungdomspsykiatri.

**Tabell 3**

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist (t.ex. KBT- eller DBT-team)
<b>Symtombeskrivning</b>	Ej aktuellt	Skär sig enstaka gång	Högre frekvanes, svårare självskada, annan psykiatri
<b>Funktionsbeskrivning</b>	Utreda frekvens på gruppnivå	Social anamnes	Problem anamnes
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>	Ej aktuellt		Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer BCFPI, bedömningssamtal
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk Bedömning</b>	EJ aktuellt		Standardiserade självskattnings- och intervjumanualer Neuropsykiatrisk utredning

Beskriv speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:  
Suicidalitet liksom andra komorbida psykiatriska tillstånd så som depression och ångeststörningar är viktigt att kartlägga. I förekommande fall kan neuropsykiatrisk problematik behöva undersökas.

### Steg 4

**Utredningsresultat ska ge underlag för åtgärd.**

**Tabell 4 a Evidensbaserade åtgärder**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Oklart	Oklart
6 - 12 år	*Generella insatser	**Begränsad forskning, men

	Begränsad forskning, men mycket tyder på att KBT-insatser inklusive DBT kan fungera	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. Enligt nämnd rapport 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 vad avser självskadebeteende är inte utvärderade, men det är sannolikt bra att fokusera på begrepp som hälsa, livskvalitet och självkänsla.

#### \*\*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 kognitiv beteendeterapi (KBT) i olika varianter (problemlösande terapi, dialektisk beteendeterapi (DBT) samt standard-KBT) har effekt. Det finns även stöd för att psykodynamiskt orienterad terapi liksom kognitiv analytisk terapi (en blandning av kognitiv och psykodynamisk terapi) har viss effekt liksom så kallad stödjande terapi. När det gäller barn/ungdomar återfinns en handfull studier. Bl.a. två studier av effekterna av DBT (Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004 samt Rathus & Miller, 2002). För KBT finns det stöd i form av en studie av Evans et al. (1999) där några deltagare var ungdomar. Multimodal gruppbehandling (Wood et al., 2001) har också stöd. Något ställningstagande till dessa studiers kvalitet görs inte här men man kan sammantaget notera att det verkar som att det saknas forskning när det gäller behandling av ungdomar som självskadar sig. Möjligen har det tillkommit fler studier de senaste åren.

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

#### Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig

Upp till 6 år	Oklart	Oklart
6 - 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.  Här rekommenderas för övrigt enklare insatser motsvarande specialistnivån.	KBT (inklusive DBT).  Andra evidensbaserade metoder.

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

**Tabell 5**

**Verktyg och tidpunkter för utvärdering**

Ge exempel i särskild bilaga på verktyg och tidpunkter för att utvärdera om behandlingen har effekt på målsättningen med behandlingen och för den enskilda patientens symptom och funktionsnivå, upplevelse av livskvalité. Ta hänsyn till ålder.

<b>Verktyg och tidpunkter för utvärdering</b>		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	I förekommande fall BCFPI efter 6 månader	I förekommande fall BCFPI efter 6 månader
6 - 12 år	I förekommande fall BCFPI efter 6 månader	I förekommande fall BCFPI efter 6 månader
12 – 18 år	BCFPI efter 6 månader	BCFPI efter 6 månader

**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 ("Självbild 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].

### 3.2.4 Missbruk och beroende

#### Steg 1

#### Alkohol

##### **Symptom och symptomutveckling**

Bruk av alkohol är inte tillåtet i Sverige för personer under 18 års ålder (undantag lättöl, lättcider). Det är relativt vanligt att ungdomar fr.o.m. högstadiet prövar alkohol tillsammans med kamrater och i festsammanhang. Den övervägande majoriteten av ungdomar, som i högstadie- och gymnasieåldern vid ett eller flera tillfällen använder alkohol och som enstaka gånger berusar sig, hör inte hemma inom psykiatri.

Det finns vetenskapliga belägg för att ungdomar, som intensivt använder alkohol betydligt oftare än de, som inte högkonsumerar, hamnar i våldssituationer, är med om polisingripanden eller har sex som de senare ångrar<sup>4</sup>. Det finns också belägg för att hög alkoholkonsumtion har samband med senare utveckling av depressiva symptom liksom med självskadande och suicidalt handlande<sup>5</sup>.

##### **Atypisk symptomatologi, komorbiditet:**

Många som har psykiatriska problem överkonsumerar men är oupptäckta och ett droganvändande kan ibland snabbt fördjupas till psykiatrisk problematik. Unga med psykiatriska problem som ångest, depressivitet och psykiska funktionshinder pga tex ADHD löper större riska att utveckla ett alkoholberoende som en form av självmedicinering<sup>6</sup>. De flickor, som p.g.a. alkoholbruk kommer i kontakt med vården, har i genomsnitt längre tids bruk och har oftare en ångest-/psykiatrisk problematik än pojkar.

*Upptäckt:* Det är främst föräldrar som upptäcker alkoholbruk hos unga men det sker också via skol- och elevhälsovården och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Upptäckten kan dels ske, när bruket får effekter på den unges livsföring, dels vid akut berusning.

##### **Frekvenssiffror**

I studier från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har man kunnat visa en kontinuerlig minskning av andelen bland ungdomar i årskurs nio som dricker alkohol från 1970-talet och framåt. Den totala mängden alkohol som niondeklassare konsumerar har inte sjunkit i motsvarande grad.<sup>7</sup> Också bland mönstrande ungdomar har en ökning av andelen som inte alls dricker eller som inte berusar sig ökat på senare år<sup>8</sup>

##### **Skydds- och riskfaktorer**

Alkohol har i högre grad en skadlig påverkan på den växande hjärnan än vad som är fallet för vuxna och unga personer har ofta sämre förmåga att bedöma risker och grad av påverkan. Det

---

<sup>4</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2008 Skolelevers drogvanor 2007 Rapport 108

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> ibid

<sup>7</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2008 Skolelevers drogvanor 2007 Rapport 108

<sup>8</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2007 Mönstrandens drogvanor Rapport 105

finns därför goda skäl att verka för sen alkoholdebut. Det finns goda vetenskapliga belägg för att alkoholrestriktivitet från föräldrar och i samhälle förskjuter alkoholdebuten uppåt och minskar risken för missbruksutveckling<sup>9</sup>. Generella åtgärder på samhällsplanet såsom ANT-program i skola har tveksam effekt under det att specifikt alkohol- och drogförebyggande program som vänder sig till såväl barn som föräldrar har bättre effekt<sup>10 11</sup>. Andra generella skyddsfaktorer är familjeförhållanden, som innehåller god sammanhållning, omsorg, stöd, tydlig normbildning och viss kontroll. Samhällets alkoholkultur, utbud och lättillgängligheten beträffande alkohol är sannolikt också av betydelse.

Barn till föräldrar med missbruksproblem liksom med psykisk sjukdom löper ökad risk att utveckla eget missbruk. En liberal inställning hos föräldrar till att barn i tonåren skall pröva alkohol är också förenat med ökad risk för att den unge utvecklar missbruk<sup>12</sup>. Likaså innebär psykosocial stress såsom låg socioekonomisk nivå och brister i föräldraomsorg riskfaktorer. I longitudinella studier har kunnat visas att personer med ADHD och med ångestsyndrom löper ökad risk för missbruksutveckling.

### **Lindrig/allvarlig**

Det finns inga belägg för att ett lågfrekvent användande av alkohol i ringa till måttliga mängder skulle vara förenat med ökad hälsorisk eller tecken på psykiatrisk komorbiditet. Även för dessa unga är det dock angeläget att sätta in relevanta vårdinsatser. Sådana insatser skall då ske på basnivå/i första linjen.

Tecken på allvarligare risk för missbruksutveckling och/eller atypisk problematik med underliggande psykiatrisk störning kan vara upprepade omhändertagande för akut alkoholintoxikation, täta berusningstillfällen och beteendeproblematik i samband med berusning såsom våldsbänagenhet, suicidhandlingar eller sexuellt utagerande. 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 första linjens eller den specialiserade missbruksvården, socialvård, elevvård 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 – tobak, alkohol – och motiverar snabbare åtgärder. Enstaka tillfällen av experimentellt användande av hasch eller andra droger under kamratpåverkan eller i samband med fester, torde dock inte i majoriteten av fall tyda på psykiatrisk eller psykosocial problematik.

Risk för missbruks- och beroendutveckling, förekomst av samproblematik och tendens till självmedicinering är, liksom skydds- och allmänna riskfaktorer jämförbart med beträffande alkohol.

### **Upptäckt**

---

<sup>9</sup> Andersson T 1988 Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv i Kautakis & Stattin Örebro preventionsprogram

<sup>10</sup> Kautakis 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

<sup>11</sup> Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén [www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499](http://www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499)

<sup>12</sup> Kautakis 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

Genom att berusningstecken och eftereffekter är mindre påfallande och ofta mindre kända av föräldrar och övrigt nätverk, riskerar ett narkotikamissbruk att pågå längre tid före upptäckt. Anledning till upptäckt är oftare droganvändandets påverkan på livsföring, främst skolarbete, på den unges ekonomi eller till följd av polisingripanden eller om den unge själv berättar.

### Frekvenssiffror

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) redovisar en mycket påtaglig minskning av andelen 9:e-klassare som använt narkotika från 70-talet till 80-talets slut, som under 2000-talet följts av en tydlig uppgång. För gymnasieungdomar (åk 2) ligger frekvenssiffrorna ganska stilla under 2000-talet (utvecklingen från 70-tal till 2000 redovisas ej för gymnasiet)<sup>13</sup>. För mönstrande har det på samma sätt skett en markant nedgång från 70-till slutet av 80-talet och en uppgång till 2000-talet<sup>14</sup>

### Skydds- och riskfaktorer

Se ovan angående alkohol

### Lindrigt/allvarligt

Toleransnivån bör vara lägre för narkotika- och droganvändning än för lindrigt alkoholanvändande och allt användande skall leda till åtgärd. Vid enstaka tillfällena och då det inte finns tecken på komplicerande problematik, skall insatser ske på basnivå/första linjen, i övriga fall blir, beroende på problematikens art, specialiserade insatser från missbruksvård, socialvård och barn- och ungdomspsykiatri aktuella.

**Tabell 1**

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

### Frågor att kommentera:

Information om vart man bör vända sig vid oro för eller upptäckt av bruk/missbruk till föräldrar och unga bör ges via skolans elevhälsovård, socialvården och landstingets hälsoupplysning.

Allmän hälsoupplysning ang. alkohol- och drogtillgänglighet och ungdomars användningsmönster samt beträffande tidiga tecken bör riktas till föräldrar och lärare under mellanstadieåldern, övergång till högstadiet samt vid gymnasiestart.

Primärkommunal gruppverksamhet för barn till föräldrar med missbruksproblem.

<sup>13</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2008 Skolelevers drogvanor 2007 Rapport 108

<sup>14</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2007 Mönstrandens drogvanor Rapport 105

## Steg 2

**Tabell 2**

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

Standardiserade intagningsintervjuer införs mer och mer inom BUP och är bra instrument för symptomscreening och risk/skyddsbedömning men sannolikt mindre lämpade inom första linjen. Generellt bör problemtyngden avspeglas i vilka verktyg som används.

## Steg 3

**Tabell 3**

<b>Vårdnivå</b>	<b>Basnivå</b>	<b>Första linjen</b>	<b>Specialist/Subspecialist</b>
<b>Symptombeskrivning</b>	Experimentellt användande alkohol, enstaka tillfällen	Ökad frekvens av alkoholanvändande, upprepade fyllor. Droganvändande.	Bruk/missbruk alkohol och/eller drog, missbruk trots första-linjeninsatser, komorbiditet, tecken till självmedicinering
<b>Funktionsbeskrivning</b>	Generell information, riktad information bl.a. om drogeffekter, risker och hjälpinstanser	Bedömning av brukets/missbrukets grad och karaktär samt påverkan på skola och livsföring. Bedömning av tecken till psykiatrisk problematik. Bedömning av stödfunktioner och riskfaktorer	Omfattning av missbruk, psykiatrisk diagnostik, utredning av komorbiditet. Familjefunktion och nätverksresurser/risker
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>		AUDIT, DUDIT	AUDIT, DUDIT. Sedvanlig BUP-diagnostik avseende psykiatrisk symptomatologi och komorbiditet samt psykosociala risker och

			resurser
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk bedömning</b>			Relevant barnpsykiatrisk utredningsmetodologi.

### Beskriv speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:

Psykosociala stödresurser, föräldrafunktion, riskmiljöer. Hereditär belastning avseende missbruk, ADHD, ångestsyndrom.

## Steg 4

**Tabell 4 a Evidensbaserade åtgärder**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 - 12 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
12 – 18 år	Motiverande intervju (MI) <sup>15</sup> Social och emotionell träning (SET) <sup>16</sup> Föräldrastöd <sup>17</sup> Örebro Preventionsprogram <sup>18</sup> Haschprogrammet <sup>19</sup> Festmetoden <sup>20</sup>	Funktionell familjeterapi Multisystemisk terapi KBT Evidensbaserad behandling beroende på komorbiditet

**Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 - 12 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
12 – 18 år	Samtal med individ, nätverk/familj + kontroll/provtagning. Pedagogisk och kognitiv inriktning Hitta ungdomens egen motivation för förändring.	Familjesamtal med kognitiv inriktning, individualterapi med föräldrastöd, stödjande och gränssättande interventioner, belöningssystem. Samverkan med socialvård, kontrollerande provtagning.

<sup>15</sup> Motiverande intervju [http://www.fhi.se/templates/Page\\_8674.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_8674.aspx)

<sup>16</sup> 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

<sup>17</sup> ibid

<sup>18</sup> Kautakis 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

<sup>19</sup> Haschprogrammet. Rådgivningsbyrån i Lund [www.droginfo.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm](http://www.droginfo.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm)

<sup>20</sup> Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén [www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499](http://www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499)

### **Motiverande för specialistnivå**

**Låg ålder, alarmerande psykiatrisk symptomatologi såsom suicidal symptomatologi, självskadebeteende. Beteendestörning/trotssyndrom, känd allvarlig neuropsykiatrisk problematik.**

**Tabell 5**

<b>Verktyg och tidpunkter för utvärdering</b>		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig</b>
Upp till 6 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
6 - 12 år	Ej aktuellt	Ej aktuellt
12 – 18 år	AUDIT, DUDIT, SDQ	AUDIT, DUDIT, SDQ, CBCL, BCFPI

### **3.3 Barn med bråkigt och utagerande beteende med eller utan utvecklingsavvikelser samt barn med störande och krävande beteende till följd av koncentrationssvårigheter, impulsstyrighet och överaktivitet.**

#### **Beskrivning av problemområdet**

Många barn och ungdomar uppfattas av vuxna i sin omgivning störande för sig själva och andra genom att inte kunna sitta still, handla impulsivt och oövertänkt och inte kunna koncentrera sig på de uppgifter vuxna förväntar sig. För andra barn handlar det om att de ofta hamnar i bråk och konflikter, eller att de protesterar och vägrar göra som vuxna säger. Ofta är det personal i förskola och skola som reagerar på barnets sätt. Men nästan alltid har barnets föräldrar redan sett svårigheter hos sina barn även om de inte sett det som problem. Mycket ofta är detta barn som också har skolsvårigheter, 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 problem och än mindre söker hjälp för det, trots att det far illa av sin aggressivitet och sina beteendeproblem eller av sina svårigheter med koncentration och målinriktat beteende.

Orsaken till de symtom eller svårigheter som omgivningen eller barnet eller den unga självt reagerar på kan vara mycket skiftande och faktorer hos individen själv samvarierar med faktorer i omgivningen (i hem och förskola/skola) och bidrar tillsammans till den problembild som uppstår.

Innehållet i detta dokument gäller oavsett barnets begåvningsnivå.

Bakom beteendeavvikelser av detta slag kan finnas

- 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 inlärningsssvårigheter t.ex. med läsinläring,
- återkommande protester och trots mot vuxnas krav (har ”trotssyndrom”) eller ställer sig utanför de regler och normer som finns i den sociala gemenskapen (har ”uppförandestörning”)
- har kognitiva svårigheter med att t.ex. uppleva ett sammanhang i det de är med om eller att förstå andras intentioner (har ett autismspektrumtillstånd).

Eftersom det bakom likartade symtom kan finnas en rad olika orsaker med olika behov av insatser och förhållningssätt måste första åtgärden vara 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 och stöd i de flesta vardagsmiljöer och inte sällan under hela uppväxten. Att de får sina särskilda behov tillgodosedda är en förutsättning för att förebygga framtida allvarlig psykisk ohälsa.

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

## **Översiktlig genomgång av aktuella diagnoser (som finns definierade i DSM-maualen)**

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

### **1. ADHD**

ADHD är en diagnos för uppmärksamhetsproblem och/eller överaktivitets-impulsivitetsproblem som inte är tillfälliga och av den grad att de medför hinder i vardagen. Diagnoskriterier se bilaga 1.

*Uppmärksamhetsproblemen* vid ADHD innebär att ett barn med ADHD är mycket mer lättstört av det som händer i omgivningen än andra barn. Det tappar fokus och har svårt att upprätthålla koncentrationen, gör inte färdigt och har svårt att planera och organisera vad de förväntas göra. Då det blir avbrutet av något har det svårt att komma ihåg vad det höll på med och att återuppta vad det sysslade med. 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 som 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, äldre barn genom att plocka med saker, pilla på något, gunga på stolen osv. Många pratar eller låter mer än andra. Ungdomar med ADHD som inte är synligt överaktiva uttrycker istället ofta en rastlöshet eller otålighet, inget händer, vardagen är grå och tråkig. Man har behov 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 t.ex. många skäl till att ett barn kan ha svårt att koncentrera sig. Om barnets tankar är någon annan stans (tänker på föräldrarnas bråk, på mobbaren, på 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 barnets förutsättningar, tex intellektuella, verkar det ofta splittrat.

Det betyder att även om ett barn svårt att koncentrera sig eller sitta still i bänken så måste det inte ha ADHD. 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 de olika miljöer barnet befinner sig; i hemmet, i förskola/skola, i samvaro med jämnåriga, under fritidsaktiviteter. Då får det konsekvenser för hur det uppfattas av andra, hur det klarar olika vardagssituationer och för barnets identitetsutveckling och tilltro till sin egen förmåga.

### **Konsekvenser av ADHD**

Karakteristiskt för ADHD, framför allt vid svåra former, är att dess inverkan på ett barns sätt att fungera i olika miljöer. Det får konsekvenser för

- relationer inom familjen
- inlärning och skolresultat
- kamratrelationer

### **Samtidiga problem/”samsjuklighet”**

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

### **Hur vanligt?**

Ca 5% av barn i skolåldern beräknas i olika vetenskapliga översikter ha ADHD där 1 -2 % har svåra symtom med allvarlig inverkan på barnets vardagsfunktion.

## **2. 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 under någon längre stund.

Huvudsymtomet vid utvecklingsstörning är svårigheter med det abstrakta tänkandet men även andra utvecklingsförseningar, tex av språk, motorik liksom funktionshinder som CP och autism är vanliga vid utvecklingsstörning. Symtombilden varierar också utifrån graden av begåvningsnedsättning.

Barn med inlärningssvårigheter till följd av svag begåvning utan att ha en utvecklingsstörning och som utvecklat utagerande beteendeproblem är en särskilt utsatta grupp, inte minst om de dessutom har ADHD. De har inte bara stora problem med att klara skolans prestationskrav

utan många gånger också svårt att förstå de situationer de hamnar i eller vad som sker i gruppen av barn. Många hamnar lätt utanför gruppen och kan utan att förstå det bli utnyttjade av andra barn. De har dessutom extra svårt att lära sig strategier för att hantera sitt sätt att fungera. Förståelse för ett barns kognitiva förutsättningar är viktig för att förstå eventuella beteendeproblem.

#### **Förekomst**

Prevalens av lindrig utvecklingsstörning varierar mellan 0.5 procent och upp mot 2 % i olika studier beroende på använd definition och den studerade gruppen.

### **3. 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 skola med dess auktoriteter. Att bråka och störa kan vara barnets sätt att avleda uppmärksamheten på sina svårigheter.

#### **Förekomst**

Prevalens av läs- och skrivsvårigheter varierar med hur de definieras men brukar anges till ca 5- 8 % av alla skolbarn

### **4. Barn med beteendeproblem 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 det är 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 tex gå och lägga sig) och är inget som man ska oroa sig för. Det är en del av varje barns utveckling. Konflikter mellan ungdomar och vuxna liksom protester mot vuxnas regler ingår i en normal frigörelseprocess under tonårstiden.

Det är 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. En samlande benämning för dessa beteende är *normbrytande beteende*.

#### *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 riktat mot auktoritetspersoner i omgivningen. Till att börja med är protesterna riktade mot föräldrarna men de kan efterhand även komma att präglade samvaron med andra vuxna och även med kamrater påverka barnets fungerande i vardagen. Det har visat sig mycket vanligt (ca 50 % i olika svenska och internationella studier) att impulsiva, överaktiva barn med ADHD utvecklar dessa problem.

## **Förekomst**

Internationella studier visar att 4-9 % av alla förskolebarn har allvarliga trotsbeteenden.

## **Fortsatt problemutveckling**

Det finns en rad väl dokumenterade riskfaktorer som visats öka sannolikheten allt allvarligare beteendeproblem.

Barnkaraktistika; svårhanterligt temperament, lättväckt ilska och benägenhet att reagera med aggressivitet vid konflikter, ADHD (fr.a. impulsivitet och överaktivitet).

Föräldra- och familjekaraktistika; svåra livsomständigheter som gör att föräldrar har föga ork/tid för sitt barn. Familj med lite socialt stöd eller föräldrar som har egna problem såsom depression och missbruk. Bristfälliga uppfostningsstrategier med negativa samspelsmönster i familjen där inadekvat föräldrabemötande omedvetet förstärker barnets trots/negativa beteende ("coersion theory"). Bristande övervakning och tillsyn, inkonsekvenser vid överträdelse av regler, oförmåga att förstärka positivt socialt beteende hos barnet,.

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

Kamrater; saknar fasta kamratkontakter, blir utstött, mobbad, avsaknad av fritidsintressens, uppmuntran av de negativa beteendena från en kamratgrupp med beteendeproblem.

## *Uppförandestörning*

Då en individ uppvisar ett mönster av beteenden som kränker andras basala rättigheter eller betydelsefulla åldersadekvata samhällsliga normer eller regler och beteenden som varat över tid används inom barnpsykiatrin den diagnostiska termen uppförandestörning. Det handlar om upprepade asociala handlingar, som aggressivt verbalt eller fysiskt våldspräglat beteende mot människor och djur, handlingar som kan orsaka skador på annans egendom, 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 har de en allvarlig prognos. Problemutvecklingen är att olydnad, trots och raseriutbrott i barnaåren utvecklas till mer allvarliga problem som t.ex. aggressivitet, skolk, knytning till asociala gäng och efterhand stölder, droger och missbruk. Om problemen upptäcks och insatser initierats tidigt är möjligheterna att hjälpa ganska goda. Däremot har det visat sig vara svårt att lyckas med behandlingen av tonåringar med långdragna sociala problem. Bland barn med både ADHD och uppförandestörning är det vanligare med familjesociala problem än hos barn med endast ADHD. Familjerna är oftare splittrade, lever i social isolering och bor oftare i bostadsområden där 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 förutom föräldrar också sociala myndigheter och andra som fritidsverksamheter.

## **Följande faktorer är av betydelse för bedömning av allvarsgrad av utagerande beteendeproblem**

- Varaktighet? Sedan hur länge har det funnits? Under hur långa stunder/perioder varar det?
- Frekvens? Hur vanligt förekommer det? Är det ett mönster som upprepas eller något som bara händer i vissa situationer där det tex ställs krav?
- Intensitet? Med vilken styrka tar det sig uttryck? Vilka reaktioner väcker det bland andra? Bryter det mot sociala normer?
- Omfattning? Finns beteendet i flera sammanhang och olika kontext? Har det olika uttryckssätt?
- Avsikt? Vad vill barnet uppnå med sitt handlande? Hur uppfattas det av andra? Är det meningslöst eller förståeligt utifrån barnets perspektiv som tex 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 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 tex avgöra om de kan vara relaterade till funktionshinder som ADHD eller autismspektrumtillstånd som kräver specifik behandling.

Exempel: Om en tolvåring uppvisar utagerande beteende genom att ofta hamna i bråk med andra barn kan en bedömning av frekvens, varaktighet, avsikt visa hur allvarligt det är. Sker det dagligen, går det ut över andra än syskon, drabbar det andra i närmiljön, slåss han bara 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: initierar slagsmål med kamrater och visar fysisk aggressivitet mot vuxna

Allvarliga beteendeproblem; är kliniskt signifikanta, dvs fordrar insatser, då dess konsekvenser, omfattning, komplexitet, intensitet och stabilitet är klart utanför det kan ses som acceptabelt. Allvarliga beteendeproblem kräver som regel att specifika medicinska och diagnostiska bedömningar genomförs tex för att avgöra om de kan vara relaterade till neurobiologiska funktionshinder som kräver specifik behandling.

### **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 som 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, pojkar oftare än flickor. Dessa barn har betydligt större risk för att utveckla ”kroniska” problem och senare det som kallas

”antisocial personlighetsstörning” med en kriminell karriär till skillnad från de tonåringar vars problem blir allvarliga först i tonåren.

### **Uppförandestörning som debuterar i ungdomsåren eller ”late starters”**

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 har oftast mindre av 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. Andelen flickor högre än för barndomsdebuterande. Problemen hos dessa ungdomar har oftast startat i ett skede av nya psykologiska eller sociala belastningar tex efter föräldrars skilsmässa och då de under ett sådant skede knutit sig till nya kompisar som med utmanande sätt lockat och väckt spänning.

### **Förekomst**

Uppförandestörning beräknas finnas hos 2 – 3 % av alla barn och ungdomar.

## **5. Tillstånd inom autismspektrum**

Autismspektrum inkluderar diagnoserna autistiskt syndrom, autismliknande tillstånd (atypisk autism) och Aspergers syndrom. Gemensamt för samtliga är att det förekommer brister i förmågan till ömsesidig social och emotionell interaktion, brister i kommunikationsförmåga (verbalt och icke-verbalt) samt begränsningar i förmågan till flexibilitet och föreställningsförmåga. Svårigheter av de slag man känner igen hos personer med ett autismspektrumtillstånd men inte av den grad att en diagnos uppfylls kan man finna hos barn med andra problem och diagnoser tex hos barn med ADHD. Sådana drag visar sig vara betydelsefulla för att förstå ett barns problemutveckling och prognos.

Diagnoskriterier, se bilaga 1

Det finns inga tydliga gränser mellan de olika diagnoserna inom autismspektrum och benämningarna kan vara av underordnad betydelse. Däremot är det viktigt att kartlägga mönstren av beteenden och förekomst av olika funktionsnedsättningar och utvecklingsavvikelser för att kunna förstå honom/henne och kunna erbjuda adekvata insatser. Autismspektrumtillstånd 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 personen når vuxen ålder.

Barn med AST har mycket varierande stödbehov. T.ex. kan ett barn med Aspergers syndrom vara framgångsrik i sin teoretiska skolinläring och kan med förståelse för sitt speciella sätt att fungera klara vardagen väl utan några större stödinsatser. Andra barn med t.ex. autism och begåvningshandikapp har så omfattande svårigheter att de mer eller mindre kontinuerligt har behov av anpassande och hjälpande insatser.

### *Neuropsykologiska infallsvinklar*

Den neuropsykologiska forskningen belyser de kognitiva processerna hos personer inom autismspektrum med teorier om begränsningar i fråga om mentaliseringsförmåga (theory of mind), svag central koherens, bristande exekutiva funktioner, annorlunda ansiktsprocessande (face processing) och nedsatt delad uppmärksamhet. Utöver detta kommer allt mer rapporter

om att personer inom autismspektrum uppvisar avvikande reaktioner på perceptuella sinnesintryck såsom känsel, hörsel och syn.

Bristande mentaliseringsförmåga innebär en svårighet att ta andra människors perspektiv, att andra människor kan känna och tänka på andra sätt än de själva och en svårighet att förstå att människors känslor och tankar påverkar deras beteende.

Att ha en svag central koherens innebär svårighet med att växla mellan detaljer och helhet respektive växla mellan helhet och detalj. Tex ett barn med svag central koherens som ombeds att beskriva en bild koncentrerar sig på detaljer istället för att se helheten. Om samma barn får se en bild på en katt och ombeds att benämna detaljer på katten (tex nos, svans) har barnet svårighet med detta utan varje uppmaning ”vad ser du?” besvaras istället med ”en katt!”.

Exekutiva funktioner är ett samlande namn på flera olika funktioner som i stort handlar om att hålla sig till en strategi för att nå ett mål. Brister i de exekutiva funktionerna gör att personer med autism bland annat har svårt att planera, hejda sina impulser och fokusera sin uppmärksamhet.

Att personer inom autismspektrum har ett annorlunda sätt att söka av andras ansikten (face processing), har uppmärksamats mer på senare tid och visar sig i att i stället för att söka ögonkontakt med andra i den sociala interaktionen så söker personer med autism hellre av den nedre ansiktshalvan.

Delad uppmärksamhet (shared attention) innebär att man kan rikta sin uppmärksamhet mot något tillsammans med en annan person och samtidigt ha uppmärksamheten på den andra personen och hur den reagerar. Denna förmåga anses utgöra en viktig bas för språkutvecklingen

Ingen av dessa teorier kan ensam förklara symptomen hos personer med autism och inte ens tillsammans ger de en heltäckande förklaring men de ökar förståelsen för personer med autismspektrum.

### *Samsjuklighet*

Samsjuklighet är oftare regel än undantag hos barn med autismspektrumtillstånd. Inlärningssvårigheter, andra funktionshinder som ADHD och Tourettesom, beteendeproblem och psykisk och/eller fysisk ohälsa (tex epilepsi) är tillstånd som alltid måste övervägas i utredning och behandling av personer inom autismspektrum.

### *Behandlingsmetoder*

Alla barn med en diagnos inom autismspektrum har under uppväxten behov av särskilda medicinska, pedagogiska och sociala stödinsatser. Några har en svår funktionsnedsättning och är beroende av mer eller mindre kontinuerligt vuxenstöd medan andra kan fungera relativt väl i många miljöer men har ändå stort behov av stöd och tillrättaligganden under uppväxten.

Även om det fortfarande saknas mycket vetenskapligt grundad kunskap om hur optimala insatser kan utformas talar aktuell forskning för vikten av tidiga och mångsidiga insatser för barn med autism. Det finns idag belegg för att om man ska kunna ge ett barn med autism optimala utvecklingsmöjligheter med förutsättningar för delaktighet i samhällslivet så bör barnens behov fångas upp tidigt, dvs redan i småbarnsåldern, och individuellt planerade

behandlingsinsatser påbörjas. Tidiga insatser är också viktiga för att förhindra utveckling av sekundära problem. De program som finns för mångsidiga program fokuserar på de grundläggande svårigheter som barn med autism har samtidigt som det är anlägget att analysera och ta till vara resurser och styrkor hos barnet i omgivningen. Tidigt insatta beteendeedukativa interventioner är det som fungerar bäst för barn med autism men det saknas evidens för att någon enskild behandling av detta slag har företräde framför någon annan. Vidare saknas evidens för hur ofta och med vilken intensitet behandling ska ges. Inte heller är utvärderat vilken undergrupp som svarar på vilken behandling.

När autismspektrumtillstånd 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. Behandlingsmodeller som betonar struktur och individuellt anpassat behandlingsprogram, t.ex. enligt TEACCH-modellen, har i flera studier visat på positiv effekt. Träning i sociala och kommunikativa färdigheter samt självständighetsträning (ADL-funktioner) är ofta rekommenderbart även för skolbarn och ungdomar.

#### *Prevalens*

Tidigare har autism betraktats som ett mycket ovanligt tillstånd. Aktuella översikter visar att prevalens av tillstånd inom autismspektrum är 0.6%-1.2%.

## **6. Tics och Tourettes syndrom**

Diagnosen Tourettes syndrom definieras enligt DSM-IV av förekomst av tics. Det är mycket vanligt (ca 20-30 procent) att barn under längre eller kortare perioder har tics av något slag som blinkningar, grimaser, ryckningar, harklingar eller andra enkla, så kallade övergående tics. Tics kan väcka oro och undran hos omgivningen och störa andra omkring varför det är angeläget att både barnet självt och dess föräldrar får hjälp att förstå vad tics är och att det inte handlar om viljestyrda handlingar.

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

- Såväl flera motoriska tics som ett eller flera ljudtics ska ha förekommit under en tid, men inte nödvändigtvis samtidigt.
- Ticsen förekommer många gånger under dagen (vanligtvis i perioder) så gott som varje dag, eller då och då under mer än ett års tid. Under denna tid har ingen ticsfri period varat längre än tre månader.
- Problemen orsakar betydande lidande eller försämrad funktion i skolan, socialt 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 Tourettes syndrom ett svårhanterligt temperament men snabba humörsvägningar och många har varit överaktiva, haft koncentrationsproblem och impulsivitet, det vill säga haft ADHD-liknande problem. Men vissa barn som utvecklar Tourettes syndrom har inte haft några problem alls innan tics uppkommer.

Ticsen börjar oftast i ansiktet med överdrivna blinkningar, ryckningar och grimaser och flyttar sig ofta till halsen, skuldrorna 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 det som är deras stora problem och egentligen enda problem. Men tics kan å andra sidan vara mycket störande för dem själva och deras omgivning men också hindra dem att utföra olika handlingar.

Andra med TS har en sammansatt problembild där tics är en del och kanske till och med av underordnad betydelse. En stor andel (50-70 %) har ADHD, ibland med en mycket utpräglad impulsivitet och överaktivitet som gör att barnet gång på gång gör olämpliga handlingar och hamnar i dumma situationer. Andra problem kan vara opposition och trots och barnen har svårt att acceptera ett nej utan 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, röra eller rätta till saker, ofta för att uppnå symmetri, 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 liksom 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 symptomen 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 ytterliga 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 0,5 – 1 % av barn i skolålder har Tourettes syndrom, fler pojkar än flickor. 20-30 % av alla barn har under någon period tics.

## Steg 1:

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

Svårighetsgraden av problemet är vägledande för vart ärendet ska hanteras. Vid lindriga problem är rätt hjälpinstans basnivå/första linjen och vid mer svår/komplex problematik såväl basnivå som specialistnivå (se tabell 1). Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt och kan se olika ut beroende vilket område i landet man synar. En rimlig och ofta förekommande indelning/definition av basnivå/första linjen och specialistnivå är följande:

**Första linjen** är de hälsofrämjande insatser som ges inom mödravård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet **och sjukvårdande insatser** inom barn- och allmänmedicin.

**Specialistnivån** utgörs av Barn och ungdomspsykiatri, Barn och Ungdomsmedicin, Barnhabiliteringen, Socialtjänstens individ och familjeomsorg

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

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 (10) visar att t.ex flickor med funktionsnedsättningar inte upptäcks i tid i skolan, utan flera år efter att föräldrarna sett behoven av särskilt stöd.

Vid allvarlig och komplex problematik behöver föräldrar, barn och unga samtidigt kontakt med specialistnivå.

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

\*se definition i inledning

10 Svenny Kopp ”Flickprojektet” SoS

## Steg 2:

### Fortsatt handläggning, var, hur?

För att insatser till barn med beteendeproblem och funktionsnedsättningar från specialistnivå skall 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 två 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 skall kunna genomföra en allsidig elevutredning. Elevvårdsteamet skall vara ett stöd för arbetslagen i att upprätta åtgärdsprogram och i att bedöma vilka barn och ungdomar som behöver insatser från specialistnivån. (från Västbus Riktlinjer)

Utifrån detta ger en allsidig elevutredning underlag för kartläggning av barnets resurser samt bedömning och diagnostisering av generella och specifika inlärningssvårigheter. Dessutom underlag för bedömning av beteendeproblem hos barnet, funktionshinder och psykisk ohälsa samt bedömning av skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen. En allsidig elevutredning ger underlag för psykoedukativa behandlingsinsatser till barn och familj. Genomgående innebär skolans åtgärdsprogram och utvärderingen av dessa ett underlag för att bedöma art och grad av problematiken.

En ytterligt angelägen och aktuell fråga är hur en utbyggd basnivå med behandlingsuppdrag skulle se ut för att utredning, diagnostik och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD skulle kunna fungera väl inom t.ex. elev och skolhälsovård. Fördelar med att elev och skolhälsovård har detta uppdrag är att det då sker en kompetensutveckling kopplad till en av barns viktigaste vardagsmiljöer. 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 effektivare sätt kunde genomföras inom den egna verksamheten, skolan. När rekommendationer kommer från specialistnivå om vilka förändringar som behöver göras i skolan för att ett barns särskilda behov skall tillgodoses, finns komplikationer i form av kulturella och kunskapsmässiga skillnader mellan verksamheterna liksom beträffande risken för samarbetssvårigheter och revirstrider. En utbyggd elev och skolhälsovård med behandlingsuppdrag skulle kunna innebära att hälsofrämjande insatser ökade och förebyggande arbete av beteendeproblem och psykisk ohälsa hos barn förbättrades.

Utredning, diagnostisering och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD skall ske i ett tvärprofessionellt team med fullgod kompetens och som kan bygga upp tillräcklig erfarenhet av arbetsuppgifterna. Här behöver finnas pedagogisk, social, psykologisk och medicinsk kompetens med särskild kunskap om barns utveckling och funktionshinder. Dessutom med kompetens att göra differentialdiagnostiska bedömningar av beteendeproblem, psykisk ohälsa och psykiatriska symtom liksom av stress och utsatthet hos barnet. (12)

Tvärprofessionell utredning på specialistnivå med bedömning av barnets utveckling, resurser och funktionsnedsättningar liksom psykiska hälsa och beteende. Dessutom bör en tvärprofessionell utredning på specialistnivå ge underlag för att bedöma stress och utsatthet, risk och skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. (12) Behandlingsinsatser av olika slag 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.

**Tabell 2. Fortsatt handläggning, var och hur?**

<b>Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske</b>	<b>Verktyg för att bedöma art och grad</b>	<b>Verktyg för att bedöma risk/skydd</b>
<p>Behov av specialiserad utredning och behandling (vägleds av text i Steg 1.</p> <p><b>Tics och Tourettespektrum</b></p> <p><b>Basnivå</b> Motoriska och/eller vokala tics som är tydliga för omgivningen men där ticsen i sig inte innebär ett hinder för barnet. Behov av psykoedukativa insatser till barnet och familjen. Dessutom till omgivningen för att förebygga och hantera mobbning och okonstruktivt tjat.</p>	<p>Medicinsk bedömning av ticsens art och grad hos sjukskötersk 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, andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa.</p>	<p>Den allsidiga elevutredningen ger bedömning av riskfaktorer som samsjuklighet med andra neuropsykiatriskt funktionshinder liksom beteendeproblem och psykisk ohälsa. Dessutom skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen.</p>
<p><b>Specialistnivå</b> Bedömning och diagnostisering av svåra kroniska motoriska och/eller vokala tics/ Tourette syndrom. Ticsen i sig innebär en belastning och påverkar barnets fungerande, psykiska och kroppsliga hälsa negativt. Detta trots att basnivån fortlöpande ger anpassning och stöd till barnet liksom psykoedukativa insatser</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 andra neuropsykiatriska funktionshinder och psykiatriska symtom och beteende problem. kartläggs och utreds till</p>	<p>Bedömning och utredning kartlägger skyddande faktorer hos barnet självt och i omgivningen.</p>

<p>riktade till barnet och omgivningen. Ställningstagande behöver göras till farmakologisk eller andra behandlande insatser på specialistnivå riktade mot ticsen.</p>	<p>art och grad.</p>	
<p><b>Superspecialistnivå</b> Terapieresistenta svåra kroniska tics eller Tourette syndrom med allvarliga somatiska, sociala eller psykiatriska konsekvenser för barnet och familjen. Med eller utan samtida svårbehandlade allvarliga beteende problem. Insatser från specialistnivån har inte varit tillräckligt.</p>	<p>Som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos utredare/behandlare</p>	<p>Som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos utredare/behandlare</p>
<p><b>Inlärningssvårigheter Basnivå</b> Inlärningssvårigheter, med eller utan tecken på samsjuklighet med neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa. Utredning och diagnostisk bedömning av utvecklingsstörning, Dyslexi och Dyskalkuli.</p>	<p>En allsidig elevutredning i elevvårdsteamet klargör barnets förutsättningar för inläring och bedömer behov av särskilt stöd och skolform. Utredningen klargör också barnets särskilda behov utifrån samsjuklighet med neuropsykiatriska symtom, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa. Efter utredning sker fortsatt förtydligande av svårigheternas art och grad och barnets särskilda behov genom upprepade utvärderingar av åtgärdsprogram</p>	<p>Allsidig elevutredning</p>

<p><b>Specialistnivå</b> Kvarstående oklara, betydande inlärningssvårigheter trots utredning och diagnostisk bedömning från basnivån riktade mot såväl inlärningssvårigheterna som mot andra förekommande problem. Ställningstagande till bedömning, diagnostik och behandlingsinsatser, riktade mot samsjuklighet behövs från specialistnivån.</p>	<p>Utredning i tvärprofessionellt team med diagnostik av samsjuklighet som neuropsykiatriska funktionshinder, psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress eller utsatthet hos barnet. Fördjupad neuropsykologisk utredning.</p>	<p>Utredningen visar på skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. Utredningen klarlägger också riskfaktorer som andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem, psykiatrisk sjukdom och utsatthet hos barnet. Psykosociala belastningsfaktorer i omgivningen.</p>
<p><b>ADHD spektrum</b> <b>Basnivå</b> Lindriga koncentrationssvårigheter, impulskontrollproblem och hyperaktivitet med eller utan samsjuklighet i form av inlärningssvårigheter, andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykisk ohälsa. För diagnostisk bedömning och farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD, se (12)</p>	<p>Allsidig elevutredning i elevvårdsteamet. Fokus på såväl ADHD-problematiken som på samsjuklighet.</p>	<p>Allsidig elevutredning</p>
<p><b>Specialistnivå</b> Svår ADHD problematik med eller utan samsjuklighet med andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykiatriska symtom. Insatser på basnivå har inte varit tillräckliga. Farmakologisk behandling av svår ADHD.</p>	<p>Utredning i tvärprofessionellt team med fokus på att förtydliga art och grad av ADHD problematiken. Dessutom på samproblematik med andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem,</p>	<p>Utredningen visar på skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. Utredningen klarlägger också riskfaktorer hos barnet och psykosociala belastningsfaktorer i omgivningen.</p>

<p>Farmakologisk behandling av okomplicerad ADHD se (12)</p>	<p>psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress och utsatthet hos barnet..</p>	
<p><b>Superspecialistnivå</b> Svårbedömd och terapiresistent ADHD som utgör ett allvarligt funktionshinder för barnet, med eller utan komplex samsjuklighet av andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och psykiatrisk sjukdom. Insatser på specialist nivå har inte varit tillräckligt.</p>	<p>Utredning/bedömning som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar.</p>	<p>Bedöms som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar</p>
<p><b>Autismspektrum Basnivå</b> Funktionsnedsättningar inom autismspektrum som påverkar barnets inlärning, beteende och/eller sociala fungerande. Remiss skickas till specialistnivå.</p>	<p>Information och motivationsarbete gentemot föräldrar inför remiss. Bedömning som underlag för remiss.</p>	
<p><b>Specialistnivå</b> Tvärprofessionell utredning och diagnostisk bedömning av autismspektrumstörning och differentialdiagnostisk bedömning av samsjuklighet</p>	<p>Utredning i tvärprofessionellt team med fokus på autismspektrumstörning. Dessutom på samproblematik med andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem, psykiatrisk och somatisk sjukdom, sviktande omgivningsstöd, stress och utsatthet hos barnet</p>	<p>Utredningen visar på skyddsfaktorer hos barnet självt och i omgivningen. Utredningen klarlägger också riskfaktorer som andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem, psykisk ohälsa hos barnet och psykosociala belastningsfaktorer i omgivningen.</p>
<p><b>Superspecialistnivå</b> Svårbedömd autismspektrumstörning</p>	<p>Utredning/bedömning</p>	<p>Bedömning/utredning som på specialistnivå</p>

<p>som utgör ett allvarligt funktionshinder för barnet, med komplex och terapiresistent samsjuklighet av andra neuropsykiatriska funktionshinder, beteendeproblem och/eller psykiatrisk sjukdom. Korrekt anpassning i vardagen och behandling av samsjuklighet utifrån rekommendationer från specialistnivån har inte varit verksamt.</p>	<p>som på specialistnivå men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar</p>	<p>men med ytterligare spetskompetens hos teamets medlemmar</p>
<p><b>Aggressivitet och utagerande beteendestörning Basnivå</b> Trots, aggressivitet och beteendestörning som är ett problem i skolmiljön och hindrar barnets inläring, utveckling, trivsel och fungerande i skolsituationen.</p>	<p>Allsidig elevutredning i elevvårdsteamet. Art och grad av beteendestörning utreds. Dessutom art och grad av ev. samproblematik.</p>	<p>Utredningen klagör skyddsfaktorer och riskfaktorer som inläringssvårigheter, neuropsykiatriska eller andra funktionshinder, psykisk ohälsa, stress och utsatthet hos barnet. Psykosociala riskfaktorer i familj och närmiljö. Vid behov aktualiseras samarbete med sociala myndigheter för utredning och bedömning av behovet av insatser.</p>
<p><b>Specialistnivå</b> trots, aggressivitet och utagerande beteendeproblem där insatser på basnivån inte varit tillräckligt. Behov finns av ytterligare bedömning och diagnostik av</p>	<p>Tvärprofessionell utredning</p>	<p>Risk och skyddsfaktorer bedöms i utredningen. Samverkan med sociala myndigheter för bedömning av sociala risk och skyddsaspekter</p>

<p>samproblematik som neuropsykiatriska funktionshinder, psykisk sjukdom, psykosociala belastningsfaktorer, sviktande omgivningsstöd och utsatthet hos barnet.</p> <p><b>Superspecialistnivå</b> Allvarlig beteendeproblematik och aggressivitet som progredierar och innebär stora risker för barn och familj. Fördjupad bedömning av samproblematik och behov av behandlingsinsatser från specialist och superspecialistnivå finns.</p>	<p>Som på specialistnivå</p>	<p>Som på specialisstnivå</p>
---	------------------------------	-------------------------------

### Steg 3. Vidare utredning

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

- **art** (t.ex. uppmärksamhetsstörning) och grad av barnets/den unges symtom/problem (lindrig/allvarlig)
- om det finns **speciella faktorer** (t.ex. barnets ålder vid debut av symtom, barnet lever i en komplicerad familjesituation, barnet har en skolsituation som inte är anpassad, se exempel nedan) som kan påverka vidare handläggning.

Utifrån detta föreslås

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

**Tabell 3. Utredning**

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen	Specialist/Subspecialist
Symptom	När och hur	Sammanställning av	Sammanställning av

<b>beskrivning</b>	symtomen uppträder och när de inte uppträder (checklista, skattninginstrument, föräldraintervju, observation)	barnets aktuella besvär, hur de beskrivs av föräldrar och förskola/skola. Skattningsformulär beroende på barnets ålder kan användas	tidigare och nuvarande besvär samt besvärens utveckling.
<b>Funktionsbeskrivning</b>	Standardiserade observationer skattningar av/på förskola/skola och via föräldrar. Bred skattning av starka och svaga sidor i förhållande till ålder. Vid behov göra åtgärdsprogram som följs upp.	Standardiserade observationer skattningar i barnets olika miljöer. Bred skattning av starka och svaga sidor i förhållande till ålder. Beskrivning av barnets miljö hemma och skola/fritid. 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.
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>		Bedömning av kognitiv förmåga, språk och tal, läs- och skrivförmåga, matematikförmåga, perception, uppmärksamhet/koncentration, impuls kontroll, exekutiv funktion, minne, motorik, social förmåga, beteende, ångestnivå och depressionsgrad. Neuromotorisk undersökning. Bedömning av allmän tillstånd. Ev specifik medicinsk utredning.	Kompletterande tvärprofessionell utredning i team. Bedömning av medicinsk, kognitiv, social och emotionell funktion. Kompletterande bedömning av grov- och finmotorik, sensorisk, exekutiva funktioner, minne och inläring, tal och språk inkl läs och skrivförmåga, visuospatial förmåga. Specifikt språktest? Ställningstagande till medicinsk utredning angående somatiska orsaker.
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk bedömning</b>		Begåvningshandikapp, läs- och skrivsvårigheter, miljöbetingade beteende problem, brister i social förmåga.	Differentialdiagnostik och ställningstagande till komorbiditet avseende utvecklingsstörning, ADHD, Tourettes syndrom,

			autismspektrum tillstånd, PTSD, ODD, CD, DCD, dyslexi, språkstörning, ångest depression, bipolärt syndrom, missbruk
--	--	--	---

(11) 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.....

### **Metodförslag vid utredning**

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

### **Speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:**

Ju mer komplext och komplicerat, desto svårare och påverkar en utredning

- Annat funktionshinder – psykiska eller fysiska
- Annan kulturell bakgrund
- Dåliga kunskaper i svenska
- Traumatiska upplevelser
- Komplicerad psykosocial miljö eller komplicerad familjesituation
- Skolsituationen, inlärningssvårigheter
- Andra psykiatriska diagnoser som t.ex. depression, gränspsykos-psykos, ångest, tvångstankar/handlingar
- Kraftigt utagerande beteende, missbruk, droger, kriminalitet
- många neuropsykiatriska svårigheter av olika slag som samverkar, men arten och graden räcker inte till diagnos, men kan ändå vara klart funktionsnedsättande.
- Sällsynta diagnoser

### **Steg 4. Åtgärder**

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

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

### **Tabell 4 Evidensbaserade åtgärder/god praxis/ beprövad erfarenhet**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig/komplex
Upp till 6 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd-förskola Föräldrainerventioner Information Rådgivning, Hjälpmedel Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Tydliggörande pedagogik; struktur, visualisering, förutsägbarhet. Vuxenstöd i sociala situationer. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation. Tidig intensiv beteendeträning (IBT)</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd - förskola Föräldrainerventioner Information Rådgivning Hjälpmedel Diagnostik Manualbaserade föräldraträningsprogram*</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Mångsidiga intensiva insatser. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation (tex PECS). Tidig intensiv beteendeträning (IBT) Självständighetsträning.</p>
6 - 12 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd. Hjälpmedel Anpassning av kravnivån i skolan och på fritids Föräldrainerventioner: information, undervisning, rådgivning Manualbaserade föräldraträningsprogram* Information/undervisning riktade till barnet</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Tydliggörande pedagogik; struktur, visualisering, förutsägbarhet. Vuxenstöd i sociala situationer. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation.</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd. Hjälpmedel Anpassning av kravnivån i skolan /fritidsverksamhet Föräldrainerventioner:, information, undervisning, rådgivning Manualbaserade föräldraträningsprogram/ familjebehandlingsprogram* Information/undervisning riktade till barnet Diagnostik Medicinering mot ADHD och/eller komorbida psykiatriska tillstånd, med kontinuerlig uppföljning.</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Tydliggörande pedagogik; struktur, visualisering, förutsägbarhet. Vuxenstöd i sociala situationer. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation. Självständighetsträning. Ev beteendemodifikation alt KBT-metoder beroende på symtom och individ</p>
12 – 18 år	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd. Hjälpmedel</p>	<p>Individuellt anpassad miljö, pedagogik och stöd. Hjälpmedel</p>

	<p>Anpassning av kravnivån i skolan Föräldrainerventioner: information, undervisning, rådgivning Manualbaserade föräldraträningsprogram* Information/undervisning riktade till barnet Beteendeariktade behandlingsprogram riktad mot den unge</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Tydliggörande pedagogik; struktur, visualisering, förutsägbarhet. Vuxenstöd i sociala situationer. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation.</p>	<p>Anpassning av kravnivån i skolan Föräldrainerventioner: föräldraträning, information, undervisning, rådgivning Manualbaserade föräldraträningsprogram/ familjebehandlingsprogram* Beteendeariktade behandlingsprogram riktad mot den unge Information/undervisning riktade till den unge Diagnostik Medicinering med kontinuerlig uppföljning</p> <p><b>För barn inom autismspektrum:</b> Tydliggörande pedagogik; struktur, visualisering, förutsägbarhet. Vuxenstöd i sociala situationer. Träning i sociala färdigheter och i kommunikation. Självständighetsträning</p>
--	---	--

\*. se Sven Brenbergs rapport "Nya verktyg för föräldrar" (Folkhälsoinstitutet),  
Familjebehandling: MST, FFT

## Steg 5. Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser är nödvändiga och planering för detta (val av instrument och tidpunkt) bör göras redan i den inledande kontakten med det aktuella barnet/familjen. Tidpunkt för utvärdering är individuellt och kan se olika ut från fall till fall beroende på ärendets karaktär. Utvärdering sker enligt gällande vårdprogram. Insatser gjorda på en nivå kan och bör ofta utvärderas på en annan nivå. Tex ett barn med komplicerad ADHD-problematik med samsjuklighet som utreds och behandlas på specialistnivå kan följas upp på basnivå. I den återremittering som sker från en nivå till en annan inkluderas därför rekommendationer om utvärdering/uppföljning (tidpunkt, instrument etc).

Uppföljning av behandlingseffekter sker med hjälp av, barnets föräldrarnas samt lärarnas beskrivningar utifrån samtal och skattningsformulär. Dessutom genom observationer av barnet i den kliniska undersökningssituationen och vid behov i barnets vardagsmiljöer i form av strukturerade skattningar. I många fall kan de instrument som har lett fram till en DSM-IV diagnos användas i uppföljningssyfte, för att tex se om barnet fortfarande uppfyller den tidigare ställda diagnosen. Valet av instrument bör styras av problemet, ju mer specifik frågeställning desto mer riktade utvärderingsinstrument. Det bör dock betonas att utvärderingen inte endast ska fokusera på det problemområde som diagnosen beskriver utan även försöka fånga in den totala symtomtyngden/ problembelastningen för att inte missa komorbiditet/samsjuklighet.

**Tabell 5.**

<b>Verktyg och tidpunkter för utvärdering</b>		
<b>Ålder</b>	<b>Lindrig</b>	<b>Allvarlig/komplexa</b>
Upp till 6 år	Alla insatta insatser ska utvärderas. Tidpunkt för utvärdering bestäms i samband med behandlingsstart. Mål för utvärdering ska vara konkreta och mätbara. I utvärdering används de skattningsformulär som använts under utredningen. Skattningsformulär som belyser symtombelastning hos: -barnet/ungdomen (tex C-GAS/GAF) och familjen används. På basnivå ska åtgärderna utvärderas.	Alla insatta insatser ska utvärderas. Tidpunkt för utvärdering bestäms i samband med behandlingsstart. Mål för utvärdering ska vara konkreta och mätbara. I utvärdering används de skattningsformulär som använts under utredningen. Skattningsformulär som belyser symtombelastning hos: -barnet/ungdomen (tex C-GAS/GAF) och familjen används. På specialistnivå utvärderas vårdplanen. På basnivå ska åtgärderna utvärderas.
6 - 12 år	Som ovan	Som ovan
12 – 18 år	Som ovan	Som ovan

*Bilaga för diagnoskriterier enligt DSM-IV se kap 4 sid*

*(Här kan vi ge exempel i särskild bilaga på verktyg och tidpunkter för att utvärdera om behandlingen har effekt på målsättningen med behandlingen och för den enskilda patientens symptom och funktionsnivå, upplevelse av livskvalité, förslag??)*

### **3:4 Barn och ungdomar som inte tänker som andra och har psykos, mani/bipolaritet eller kontaktstörningar (autismspektrum)**

#### **Steg 1**

#### **Vad karaktäriserar problemområdet?**

De grupper som vi här främst beskriver faller inom diagnosgrupperna schizofrena och bipolära syndrom.

Psykossymtom finns med i flera olika psykiatriska tillstånd och de flesta unga med psykossymtom uppfyller vare sig kriterierna för schizofreni eller bipolär sjukdom. Hos ungdomar är det vanligt med psykossymtom vid emotionell störning, men det beskrivs även i litteraturen vid exempelvis trauma och neglect. (Kroll JL (2007), *New directions in the conceptualization of psychotic disorders*. *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).

Symtombilden vid psykossjukdomarna kan vara diffus och innehålla mer atypiska drag jämfört diagnostik för vuxna. Samsjukligheten är mer komplicerad än hos vuxna och man saknar också en stabil personlighet och funktionsnivå att utgå från vid värdering av nya symptom. Forskningen visar att den diagnostiska stabiliteten över tid varierar beroende på diagnos samt att en god diagnostik och utredning är avgörande för optimal behandling och rehabilitering. (Birmaher B et al. (2006) *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:175-183) (Birmaher B et al. (2006), *Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature*. *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 suppl6:5-11).*

**Det är alltså av största vikt att, då man arbetar med barn och ungdomar, ha en klinisk erfarenhet om den normala utvecklingen avseende kognition, beteende och affekt/emotion. Det för att kunna avgöra om ett visst beteende är förväntat eller patologiskt i den enskilde individens aktuella utvecklingskede. (Carlson G, (2006)**

*Phenomenology and diagnosis of bipolar disorder in children, adolescents and adults: complexities and developmental issues, Dev and Psychopat. 18:939-969.)*

Vid schizofreni insjuknande för barn och ungdomar finns det dels en grupp med ett mer smygande förlopp och dels en grupp som har en mer snabb och akut insjuknandebild. Inte så sällan finns det en autismspektrumstörning i den premorbida bilden, vilket avsevärt komplicerar diagnostiken. Där finns också mer äftlighet, sämre premorbid funktion, oftast sämre svar på medicinering, mer negativa symtom och då även sämre prognos. (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*). Den neurokognitiva bilden är oftare påverkad och så även den premorbida begåvningen. I den utvecklingsmässiga delen ser man ofta en så kallad receptiv språkstörning vilken också påverkar den sociala förmågan (Harris JC. (1995) *Assessment, diagnosis and treatment of developmental disorders; Vol 2, p32, Oxford univ press*). I den schizofrena psykosen korrelerar begåvning till mängden positiva symtom (Goldberg T (1993).

Då det gäller Bipolärt syndrom för barn och ungdomar så visar studier att mer än hälften debuterar med en depressionsepisod. I gruppen som insjuknar innan 18 års ålder ser man i den kliniska bilden; mer av äftlighet, en symtombild med snabba humörsvägningar, mer självmordsförsök, mer våld mot andra, mer missbruk, sämre prognos och kroniskt förlopp. (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*). Det blir då oftare fråga om komplicerad medicinering. Svårigheten är att fånga upp dessa barn och ungdomar och få med dem i en behandling som kan minimera risken för en dålig sjukdomsutveckling.

Det bör tilläggas att det bipolära tillståndet är svårt att identifiera i barn och ungdomsåren. För det mesta är det de komorbida tillstånden som det fokuseras på och man glömmer att dessa tillstånd kan vara ett initialt bipolärt syndrom. Oftast rör det sig om diagnoserna depression, ADHD, trotssyndrom, ångestsyndrom men även personlighetsdiagnosen som är emotionellt instabil. Det kan även vara svårt att i den premorbida bilden se och urskilja ett bipolärt syndrom då det även finns ett trauma eller ett posttraumatiskt stressyndrom. (Axelson D et al.(2006), *Arch Gen Psychiatry; 63:1139-1148*). I samband med medicinering av depression och ADHD så avtäckar man fler med bipolärt syndrom (Kowatch RA et al.(2005), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ;44(3):213-235*)

För att kunna hamna rimligt korrekt i tidigt skede av diagnostik krävs att man har en regionnivå på kompetensen och det blir också viktigt att inte överlåta diagnostik och behandling till vuxenpsykiatri.

**Differentialdiagnostik** är alltså viktigt då positiva psykossymtom kan infinna sig i flertalet av de vanligaste psykiatriska diagnoserna för ungdomar. Exempel på tillstånd som **alltid** innefattar psykossymtom är; schizofreni och schizofreniforma syndrom. Differentialdiagnostiken här riktas främst mot depression och bipolär sjukdom, organisk/toxisk psykos, beteendestörning eller emotionella störningar, schizoaffektivt syndrom, autismspektrumstörning och tvångssyndrom.

Exempel på tillstånd som **även** kan innefattar psykossymtom är de affektiva tillstånden med bipolärt syndrom, depression, dissociation, PTSD (posttraumatiskt stresssyndrom), svårartade ångeststillstånd, men även missbruk och vissa organiska sjukdomar. I diagnosgruppen bipolärt syndrom är det ofta en samsjuklighet med ADHD (attention deficit hyperactive disorder).

*Personer med autismspektrumstörning kan uppvisa misstänksamhet eller katatona symptom inom ramen för en autism men om hallucinos och vanförställningar blir framträdande faller diagnos inom schizofrenispektrat. I ytterst sällsynta fall kan det i psykoserna även finnas en mycket allvarlig impulsivitetsproblematik, vilken kan leda till allvarlig skada och stort lidande för så väl individen som för omgivningen. Det kan vara på sin plats att nämna två kliniska fall, där erfarenheterna runt ungdomen har krävt specifika åtgärder med institutionsplacering inom SIS (Långanäs i Eksjö). Där har man byggt upp en speciell avdelning som anpassat sin pedagogik mot ungdomarnas specifika problematik. Behandlingen har psykiatriskt skötts med psykiatrisk specialistkompetens medan placeringen varit på Långanäs.*

**Då prevalensen för psykossjukdom bland ungdomar är låg** blir det inte så lätt att få ”rutin” på dessa ibland så svår-diagnostiserade tillstånd, med risk för både över och underdiagnos som följd. Lika vård på lika villkor blir då en naturlig svårighet till ett sjukdomstillstånd som är och kan bli mycket handikappande och kostsamt. God diagnostik, utredning och behandling ger ungdomen en klart bättre möjlighet att kunna återgå till det vanliga livet och arbetet med familjen och dess nätverk är också en viktig och avgörande del för rehabilitering. Prevalens siffror för tidigt insjuknande i schizofreni (före 13 år) är 0,01% och före 18 års ålder ca 0,25%. Då det gäller bipolärt syndrom över livstid så tänker man sig att den är ca 3-4% varav uppemot hälften har debuterat i ungdomsåren. Ungdomar som drabbas av psykos är ca 1% (*Remschmidt H, Theisen FM. (2005) Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. J Neural Transm Suppl. (69):121-41 (Gillberg C (2001). Epidemiology of early onset schizophrenia (Remschmidt H. Schizophrenia in children and adolescents.. Cambridge, U.K., Cambridge University Press: 43-59).*

**Tidig upptäckt/upptäckt** är också en viktig del för möjligheten till god behandlig, förbättrad återhämtning från psykossymtom framförallt möjlighet till behandlingsallians (*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).* Denna så kallade prodromalfas som man sett föregår ett insjuknande i psykossjukdom innehåller ospecifika tecken så som social tillbakadragenhet, misstänksamhet, ångest, spänning, irritabilitet, ilska, humörsvingningar, sömnstörningar, aptitförändringar, minnessvårigheter, koncentrationssvårighet. Men även andra mer specifika tecken så som känslan av att omgivningen har förändrats, känslan av att tankarna går fortare eller

långsammare, försämrade arbets- eller studieprestationer, tillbakadragenhet eller ointresse av sociala kontakter, bisarra och/eller konstiga uppfattningar samt brist på energi eller motivation (Klosterkötter et al.(2001) *Arch Gen Psychiatry.*;58:158-164) (McGorry et al.(2002) *Arch Gen Psychiatry.*;59:921-928).

**Vikten av snabba insatser** och specifik behandling och bemötande vid psykosjukdom är både i litteratur och praktik vedertaget. De nämns och beskrivs i de internationella riktlinjerna för kliniska rutiner vid tidig psykos (*Br J of Psych -05,187 (suppl 48), 120-124*).

**Kunskap kring samsjuklighet** är också en viktig del för god diagnostik, behandling och behandlingsstrategiska resonemang. Hos barn och ungdomar med diagnosen bipolärt syndrom har studier visat att mellan 70 – 98 % även uppfyller kriterierna för diagnosen ADHD (Geller B, Del Bello MP. *Bipolar disorder in childhood and early adolescence. New York: Guilford Press, 2003*).; 75% har någon form av ångestsyndrom (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*).; så mycket som 80% har i en amerikansk studie drogmissbruk; (Ernst CL, Goldberg JF. *Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. J Affect Disord 2004; 82: 21 – 7*). Då det gäller schizofreni finns det också studier som visar på samsjuklighet med ADHD, atypisk depression, uppförandestörning, men även svåra gränsdragningar mot autismspektrum diagnostik (Russell et al.(1989) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28: 399-407*).

**Neurokognitiva svårigheter och brister** är tydligast kopplat till schizofreni. Här finns det en betydande litteratur som främst visar på svårigheter med kognitiv belastning och där uppmärksamhet, men även problematik med koppling till frontalloben och dess funktioner. Svårigheter finns även i funktioner som har att göra med inlärning samt i områden som reglerar belöning o motivation.

(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*) (Elvevåg B, Goldberg TE, (2000), *Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. Crit Rev Neurobiol.14(1):1-21*).

I en longitudinell studie har man sett att den kognitiva påverkan inträffar tidigt i sjukdomsförloppet, även före första inläggningen på sjukhus. När i insjuknandefasen den kognitiva försämringen sker är fortfarande okänt (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*), andra studier har visat på en gradvis försämring i sjukdomsförloppet medan andra har visat på kognitiv återhämtning om man inte återinsjuknar i ett nytt skov.

Under senare tid även neurokognitiva svårigheter visats hos personer med diagnoserna bipolärt syndrom och depression. Vid de bipolära tillstånden visar litteraturen på svårigheter med uppmärksamhet (då främst att byta uppmärksamhetsfokus) och visuo-spatialt minne, men även frontala funktioner av arbetsminne och vissa exekutiva funktioner exempelvis planering. (Kyte Z and Carlson G (2006), *Clinical and neuropsychological characteristics of child and adolescent bipolar disorder, Psychol Med 36:1197-1211*). Här finns även affektiva svårigheter att hantera negativt material, vilket sekundärt ger upphov till en rad andra svårigheter så som problemlösningsförmåga och ökad impulsivitet (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*). I uppföljningsstudier så ser man en koppling till recidiverade depressionsepisoder och neurokognitiv försämring (Bearden C (2001) *The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review, Bipolar Disorders : 3: 106–150*).

Då psykossjukdom drabbar ungdomens kognitiva förmåga så är utredning och kartläggning en avgörande faktor för återhämtning och rehabilitering. Så även för planeringen av den fortsatta skolgången och eventuella neurokognitiva hjälpmedel. Psykosen i sig påverkar på olika sätt och i olika grad ungdomens vardag och möjlighet att hantera den. Är psykossymtomen svåra blir man helt eller delvis beroende av sin omgivning för sitt fungerande i vardagen. Den kognitiva återhämtningstiden från psykossymtomen kan variera från individ till individ men har i en studie setts ta upp till ett år, om man inte återinsjuknar i psykos (ref. föredrag Jones P, 2nd Int Conf on Early Psychosis, New York, (2000)). Den neurokognitiva bilden har i en sammanställning visat sig vara den bästa prediktorn på sjukdomsprocessen (Green MF. (1996) *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?* *Am J Psychiatry*; 153: 321-330). Det blir därför också viktigt med en funktionsbedömning för den vidare behandlingsplanen.

**Definition av basnivå första linjen (hälsofrämjande insatser och sjukvårdande insatser);** ex. mödravård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin

För att spåra och upptäcka psykossjukdom/schizofreni tidigt har man i ett internationellt projekt, TIPS-projektet, (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*), sett vissa fördelar med tidig upptäckt. Det har visat sig vara fördelaktigt med tanke på negativa symptom, allvarligheten i sekundära tillstånd som depression och ångest men även behandlingsallians och behandlingsmedverkan. I analysen av "cost/benefit" har man i Journal American Academy of Child Adoles Psychiatry betonat vikten av snabba insatser vid insjuknandetillfället. Men man beskriver även behandlings- och utredningsinsatser för att säkra en god vårdkvalitet,. (Journal American Academy of Child Adoles Psychiatry Practice Parameters for assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia, 40:7 Suppl.July 2001).

På basnivå är det viktigt med en god baskunskap om psykiatriska problem och att det i organisationen finns en tydlighet mot nästa vårdnivå, i detta fall barnpsykiatrin. Detta oavsett om det gäller akuta ärenden eller så kallade remissärenden. Här skall det finnas tydliga riktlinjer när man skall remittera vidare.

För första linjens hälsofrämjande och sjukvårdande organisation är det viktigt att ha tillgång till konsultation och rådfrågning.

I de övriga diagnosgrupperna finns det beskrivningar av vad man kan förvänta sig av "den första linjen" och vad de skall göra och hur de skall agera. Vid misstanke om schizofreni eller bipolärt syndrom så är snabb vidareremittering till specialistnivå angelägen.

### **Definition av specialistnivå;**

Dessa diagnosgrupper skall alltid behandlas av Barn och ungdomspsykiatrin. Barn och ungdomsmedicin, barnrehabiliteringen, skola, social-förvaltningen med individ och familjeomsorg och LSS behövs ofta som samarbetspartners för vidare behandling. Vissa "psykosärenden" passar bäst i en habiliteringsorganisation, det vill säga när där är ett dominerande intellektuellt handikapp. Då är det fram för allt viktigt med konsultativ hjälp. I stort är samverkan mellan de olika organisationerna avgörande för barnets rehabilitering där var och ens bidrag ger möjlighet till en god rehabilitering. Anpassad skolgång ofta blir ofta startskottet till en ibland lång rehabiliterings-process.

Inom barnpsykiatri är det viktigt med en god kunskap om psykosjukdom och dess förlopp. I den första kontakten kan man använda sig av olika ”screening instrument” för att hjälpa till att strama upp bedömningen för psykosjuknande.

BCFPI är exempel på ett sådant instrument som använts. Mer info finns på deras hemsida [www.BCFPI.com](http://www.BCFPI.com)

I det andra skedet är det viktigt med en grundlig diagnostisk bedömning och där finns även olika hjälpmedel i form av halvstrukturerade intervjuer som kan vara till god hjälp för en noggrann bedömning. Exempel på sådana intervjuer är Kid-Scid (structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses) och K-Sads (kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia). Här bör alltid ett differentialdiagnostiskt ställningstagande äga rum. I den differentialdiagnostiska processen finns det även andra specifika instrument. Dessa instrument förutsätter gedigen psykiatrisk och diagnostisk kompetens. Andra instrument som kan användas tillsammans med den kliniska intervjun och det kliniska arbetet är: 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 prodromal-symtom SIPS (Structured interview for prodromal syndroms) och frågeformulär för det samma SOPS (scale of prodromal symptoms). (*Lemos S. et al. (2006), Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) Actas Esp Psiquiatr. Jul-Aug;34(4):216-23*). Oavsett instrument så är den kliniska kunskapen och erfarenheten den viktigaste delen för att komma till rätt diagnos. Därför är det viktigt att varje region bygger upp en enhet som ger förutsättningar för denna kunskapsutveckling.

På specialistnivå skall även en psykologutredning och en neurokognitiv beskrivning kunna göras och då möjligen i ett senare skede då de positiva symtomen avklingat. Det bör även göras en funktionsbeskrivning om de positiva psykosymtomen blir utdragna och ej försvinner helt men även om där blir en utveckling av de negativa symtomen i efterförloppet.

Det finns en mängd olika neuropsykologiska utredningsinstrument för dessa åtgärder. Metod och instrument bör väljas utifrån att nå det som i litteraturen beskrivits viktigt för att bidra med till en god vård och optimal rehabilitering, samt för att underlätta beskrivningar för eventuell anpassning av skolgång eller arbetsplanering.

I den psykologiska utredningen kan det vara viktigt att alltid ha ett WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) eller WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale). Hänsyn skall alltid tas till psykosens inverkan på prestation vilket gör att det är viktigt att avgöra individens ”testbarhet”. I övrigt behöver man utifrån psykosjukdomen välja ett neuroscreening batteri som skall innehålla möjligheter att uttala sig om exekutiva funktioner men även uppmärksamhet, minne, motorik och strategival. I psykologutredningen är det även av stor hjälp vid diagnostisering att göra en personlighetsbeskrivning. Instrument här som man kliniskt sett nytta med är TCI (temperament character inventory) (*Cloninger CR et al (1993) A psychobiological model of temperament and character, Arch Gen Psych, 50:975-990*) och KSP (karolinska scales of personality) (*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*)

Psykologutredningen kan ha två utgångspunkter dels som stöd för diagnostik och dels som del i en funktionsbeskrivning. Här är det också viktigt att en sådan görs för framtida rehabilitering och här finns även olika instrument. Exempel på sådana kan vara för äldre barn med 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.

## Organiseringen av basnivå/första linjen respektive specialistnivå avgörs lokalt.

Då prevalens utgör ett ”hot” mot utgångspunkten ”lika vård” gör vi här ändå ett inlägg som kanske rör en mer nationell hållning i organisationen av vård och behandling av psykossjukdom hos barn och ungdomar. Organisering av och uppbyggnad av kompetenscentra skulle vara avgörande dels för att säkra ”lika vård” men även att kunna erbjuda det som man internationellt anser vara behandling som är avgörande för att minimera risker för återinsjuknande men även för god rehabilitering och i vissa fall habilitering.

Det innehåll som den samlade forskningen idag anser vara avgörande för god vård och behandling är;

- Aдекват medicinering; här finns olika behandlingsbeskrivningar för psykos, schizofreni (AACAP; Practice parameters – 01) och bipolärt syndrom (*Kowatch RA, et al. (2005) Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mar;44(3):213-3*) (*Jarbin, H (2002). 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,*)

- Psykopedagogiskt arbete vilket innebär att behandlare/familjestödare förmedlar kunskap, undervisande intervention, samt bistår med vägledning till familjen, färdighetstränande intervention. Man bistår även nätverk och särskilt bör nämnas stöd och undervisning för ungdomens skola. Det psykopedagogiska arbetet kan delas upp i två delar. Dels en undervisande del som innehåller kunskap om; diagnos, symtom, beteendeförändringar, behandling, läkemedel, biverkningar, sårbarhet och stress, familjeklimatets betydelse (expressed emotion), etiologi (kända orsaksfaktorer/hypoteser), tidiga varningstecken, neuropsykologi och kognitiva funktioner, sociala rättigheter. Och dels en färdighetstränande del som bland annat innehåller kommunikationsträning och problemlösning. (*Leff J. (2000) Family work for schizophrenia: practical application. Acta Psychiatr Scand Suppl.;(407):78-82*) (*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*) (*Miklowitz DJ. (1997) Bipolar Disorder. A Family-focused treatment approach. Guildford*)

- Multifamiljebehandling beskrivs av McFarlane och dess effekt har visat sig vara mycket god. (*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*). Svårigheterna med att erbjuda denna behandlingsform på lokal nivå är för litet underlag, något som skulle bli möjligt om man har ett specialteam som kan arbeta med ett större upptagningsområde.

- Barn- och familje- fokuserad kognitiv-beteende terapi som i sitt ursprung kallas för RAINBOW-therapy. RAINBOW är ett akronym vilket tar upp sju olika delar som barn och ungdomar med bipolär sjukdom har svårigheter med. Arbetet sker i föräldra- och barn/ungdoms-grupp parallellt (*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*)

- Neurokognitiv rehabilitering och behandling (NKR) vilken är ett specifikt utformat träningsprogram för personer med diagnosen schizofreni och som har kognitiva svårigheter. (*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 and Reeder (2005) Cognitive Remediation Therapy For Schizophrenia*). Det finns även en hemsida som beskriver NKR ([nkr.nu](http://nkr.nu))

- Kognitiv beteendeterapi (*Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N, (2008) Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect sizes, Clinical Models, and methodological Rigor. Schizophrenia Bulletin, Vol. 34, no 3, pp. 523-537*) visar sig ha god effekt på positiva symptom men man behöver vara uppmärksam på metod.

TOP projektet (Tidigt Omhändertagande vid Psykos) 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)

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*).

**Det finns på nätet tillgång till vårdprogram gjort på Sahlgrenska sjukhuset (*Gemensamt beslutsfattande – Samverkan för god behandling, Vårdprogram för utredning och behandling av patienter med schizofrenisjukdom och närliggande tillstånd, Psykossektionen, SU/Psykiatri Sahlgrenska Kompetenscentrum för Schizofreni, 2005*).**

**Dessutom finns en Kunskapsöversikt från Socialstyrelsen (*Vård och stöd till patienter med Schizofreni” 2003*).**

**Det har tidigare funnits ett vårdprogram för barn och ungdomar utarbetat på psykosteamet i Lund. Detta har tyvärr inte uppdaterats.**

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

## Steg 2:

### Vid första kontakt.

**Vad ska göras (oavsett aktör)? (det som ska ske inom vårdgarantin < dag 7)**

a) bedöma symtomet – art och grad (dvs. i hur hög grad symtomet/problemen påverkar barnets/den unges dagliga funktion),

b) bedöma risk-/skyddsfaktorer (dvs. tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation eller som tänkbar förklaring till symtomens uttryckssätt/bakgrund),

c) 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
Behov av specialiserad utredning och behandling (vägleds av text i Steg 1.		

Att diskutera: Ska (förväntas) aktörerna på olika nivåerna ha olika verktyg? Alla har samma primära uppgift men olika förutsättningar att ha en ”helhetsbild”?

## Steg 3.

Vidare utredning

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

- art och grad av barnets/den unges symtom/problem (lindrig/allvarlig)
- om det finns speciella faktorer (t.ex. barnets ålder vid debut av symtom, barnet lever i en komplicerad familjesituation, barnet har en skolsituation som inte är anpassad) som kan påverka vidare handläggning.

Utifrån detta föreslås

- vidare utredning som underlag för ställningstagande till lämpliga åtgärder (**Tabell 3**). Utredning ska ge underlag för att bedöma diagnos, differentialdiagnos, ”samsjuklighet”, risk/skydd, funktionsnivå.
- att egna verksamheten initierar åtgärder utifrån bedömningen i den första kontakten (Tabell4)
- 
- Här bör även göras ett ADL-status (finns olika instrument att välja bland beroende på barnets/ungdomens förmåga att delta)

### Tabell 3

**Utredning;** Hänvisa till tillgängliga vårdprogram.

Top-projektets riktlinjer för tidigt omhändertagande

Internationella riktlinjer för kliniska rutiner vid tidig psykos (Br J of Psych 2005, vol 187, suppl. 48, sid 120-124.

Beskriv vad som ingår i utredning med ex på instrument med evidens i särskild bilaga.

**Inom första linjen ingår en basnivå av hälsofrämjande insatser;** ex. mödravård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet **och en nivå av sjukvårdande insatser;** barnmedicin, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin.

**Definition av specialistnivå;** Barn och ungdomspsykiatri, Barn och Ungdomsmedicin, Barnhabiliteringen, Individ och familjeomsorg

Vårdnivå	Basnivå	Första linjen BUP-mottagn/ Telefonintervju Inom 7 dagar.	Specialist	Subspecialist
<b>Symptombeskrivning</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Funktionsbeskrivning</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Standardiserad diagnostisk bedömning</b>		<b>X</b> (ex v BCFPI eller någon annan standardiserad intervju)	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Psykiatrisk differentialdiagnostisk Bedömning</b>			<b>X</b>	<b>X</b>

Beskriv speciella omständigheter som påverkar innehåll i utredning:”

Vid första specialistbedömningen bör även ingå specifika diagnosinstrument.

Ex.v: K-sads, K.scid, men även riktade frågeformulär typ;

MDQ-A, CMRS-P, CHT, SOPS.

Där kan även finnas strukturerad intervju för prodromal-symtom SIPS.

På specialistnivå skall även göras en psykologutredning / neurokognitiv utredning. Om psykossjukdom skall även en funktionsbedömning göras. Alla med Bipolärt syndrom / Schizofreni bör bedömas av subspecialist.

#### Steg 4.

Utredningsresultat ska ge underlag för åtgärd.

**Tabell 4 a Evidensbaserade åtgärder**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år		
6 - 12 år		
12 – 18 år	Generellt finns det kliniska riktlinjer för behandling och utredning vilka bl a beskrivs i; Br.J.of Psych. 2005 samt Child & Adol. Psych 2001.  Ex.v Farmakologisk behandling Psykosociala interventioner Snabba insatser / god tillgänglighet Psykopedagogiska interventioner Neurokognitiv utredning / rehabilitering Kognitiv Beteendeterapi speciellt utformade för psykossjukdom Familje-gruppbehandling	

**Tabell 4 b God praxis/beprövad erfarenhet**

Åtgärder		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år		
6 - 12 år		
12 – 18 år	Generellt finns det kliniska riktlinjer för behandling och utredning vilka bl a beskrivs i; Br.J.of Psych. 2005 samt Child & Adol. Psych 2001.	

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

Behandling sker på specialistnivå / subspecialistnivå där man kan anpassa vården utifrån de individuella behoven och utifrån hur psykosen påverkat individen.

## Tabell 5

### Verktyg och tidpunkter för utvärdering

Ge exempel i särskild bilaga på verktyg och tidpunkter för att utvärdera om behandlingen har effekt på målsättningen med behandlingen och för den enskilda patientens symptom och funktionsnivå, upplevelse av livskvalité. Ta hänsyn till ålder.

Verktyg och tidpunkter för utvärdering		
Ålder	Lindrig	Allvarlig
Upp till 6 år		
6 - 12 år		
12 – 18 år	Vid farmaka behandling Kontinuerlig uppföljning genom blodprovstagning. Mätning längd och vikt och bukomfång. Metabola störningar eller andra kroppsliga påverkansrisker. Uppföljning av andra biverkningsrisker. Att göra symtomskattningsuppföljning med jämna mellanrum (positiva resp. negativa symtom). Även GAF, åtminstone varje år. Vid farmakabehandling skall man alltid utvärdera effekten efter 6-8 veckor.	

### **3.5 Barn som riskerar att fara illa och/eller har en utsatt social situation**

#### **Inledning**

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

Sådana skyddsåtgärder bör, på det sätt som kan vara lämpligt, innefatta effektiva förfaranden för såväl upprättandet av sociala program som syftar till att ge barnet och dem som har hand om barnet nödvändigt stöd, som för andra former av förebyggande och identifiering, rapportering, remittering, undersökning, behandling och uppföljning av fall av ovan beskrivna sätt att behandla barn illa samt, om så är lämpligt, förfarande för rättsligt ingripande. (Artikel 19).

Konventionsstaterna skall också vidta alla lämpiga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter. Sådan rehabilitering och sådan återanpassning skall äga rum i en miljö som befrämjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet (Artikel 39).

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

Detta innebär att många samhällsinstitutioner behöver ta sitt ansvar genom att organisera förebyggande insatser, att ge föräldrar stöd i sitt föräldraskap samt att erbjuda de barn som redan utsatts för skadlig behandling hjälp i form av behandling/rehabilitering.

Gruppen karakteriseras således av barn och ungdomar som växer upp och lever i en utsatt social situation där de riskerar eller redan har farit illa samt dem 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 med hög risk att uppvisa reaktiva psykiska tillstånd eller PTSD.

Barn i som lever i en utsatt social situation finns ofta i familjer som behöver stöd av socialtjänsten för att kunna tillgodose barnens grundläggande behov. Dessa familjer söker inte alltid hjälp själva inom barnpsykiatri och inte alltid heller från socialtjänsten. Istället görs ofta anmälningar av andra till socialtjänsten t.ex av förskola, skola eller andra på grund av oro för barnets situation och mående.

Tidig upptäckt och tidiga insatser på basnivån förebygger barnens psykiska ohälsa och bidrar till deras positiva utveckling. Därför behövs kunskap och behandlingsresurser redan på basnivån, närmare barnen vardag.

## Beskrivning av problemområdet

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

Risikfaktorer är att leva i en familj där barn bevittnar eller upplever våld, samt i familjer med andra familjeproblem. Risksituation kan vara att det i familjen förekommer omsorgsbrist, familjevåld, familjekonflikt, och brutna relationer. Samtidigt beskrivs att socialt stöd, såsom vänner, sociala relationer, stödjande familjemedlemmar skyddar mot de negativa konsekvenserna av utsatthet.

Ny forskning (Finkelhor, et al) beskriver att ett barn som utsatts för ett trauma löper en större risk än andra att drabbas av nya trauma, polyviktisering och att den psykiska ohälsan ökar med graden av polytraumatisering. Att de upplevelser som är traumatiska för barn spänner över ett stort fält, samt att polyviktisering riskerar att vara bestående. Mycket talar för att det är utsattheten för flera svåra livshändelser, fr.a, interpersonella sådana som orsakar allvarliga traumasymtom. Detta talar för att tidiga psykoterapeutiska insatser är av avgörande betydelse.

## Risikgrupper

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

1. Psykisk sjukdom, missbruk, kriminalitet, utagerande (våld)
2. Funktionshinder som utvecklingsstörning, dövhet/hörselnedsättning
3. Föräldrarnas egen konflikt som kommer till uttryck i långdragna vårdnads- och umgängestvister som kan pågå under hela barnets uppväxt
4. omsorgsbrist, brister i anknytning, oförmåga lösa konflikter
5. Hedersrelaterat våld

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

1. Fysisk misshandel, sexuella övergrepp, misshandel genom förfalskning av symtom, fysisk försummelse

2. Barn som utsätter andra barn för sexuellt aggressivt beteende
3. Psykiskt våld, psykisk försummelse, kränkningar
4. Allvarliga hotsituationer, krig
5. Sexuell exploatering, trafficking, handel med barn
6. Barn som kommer till Sverige utan vårdnadshavare (ensamkommande barn)
7. Mobbning, hot, våld, och andra övergrepp från jämnåriga
8. Onlinesituationer där barn råkar illa ut
9. Barn och ungdomar i destruktiva subkulturer
10. Failure to thrive

III. Ökad sårbarhet - sårbara barn, som t.ex.

1. Fysiska handikapp,
2. Intellectuella svagheter,
3. Neuropsykiatriska problem
4. Medicinska problem
5. Sexuell läggning (HBT-ungdomar)

Inte sällan är det så att flera riskfaktorer föreligger samtidigt varför problematiken förstärks i det som kan kallas en gene-environment-trauma modell.

Trauma blir således ett centralt begrepp och beskrivs bäst av Leonore Terr som Typ I trauma och Typ II trauma. Typ I trauma är ett enstaka trauma, symtom PTSD. Typ II trauma är upprepade trauma och är mer förknippade med symtom som förnekande, repression, dissociation, identifikation med aggressorn, personlighetsförändringar.

Barn som upplevt multipla trauma, polytraumatiserade, riskerar en ökad risk att negativt påverkas och dessutom försenas i sin utveckling.

## Hur och var visar sig behoven av insatser

Redan på MHV bör man ha god kännedom om hur man identifierar blivande föräldrar som kan ha behov av eller uttrycker egna svårigheter och behov av extra stöd på direkta eller indirekta sätt. Vuxenpsykiatrin känner ofta till blivande mödrar med stora psykiska svårigheter. Socialtjänsten kommer också i kontakt med blivande föräldrar med missbruksproblematik och sociala svårigheter (Gunilla Sydsjö).

Efter förlossningen är uppföljningen viktig för tidig upptäckt av omsorgssvikt. BHV-sköterskan bör göra regelbundna hembesök hos riskmödrar, vilket enligt beprövad erfarenhet har god effekt (Jan Olov Larsson). Hembesöken ger ett individuellt stöd till föräldrar som ofta har svårt att tillgodogöra sig föräldrautbildning i grupp och som kanske väljer bort stöd i form av gruppträffar. Hembesöken ger även möjlighet att upptäcka tidigt om spädbarnet uppvisar anknytningssvårigheter.

Även senare när barnet kommer till barnomsorg, förskola, dagbarnvårdare eller skola finns oftast goda kunskaper om barnets hemmiljö, föräldrarnas omsorgsförmåga och om barnet har behov av speciella stödåtgärder. Tidig identifiering av olika symtom kan kunnig BVC-personal, förskolepersonal och skolans elevvård göra. När barnet uppvisar lindriga symtom i

sitt samspel med omvärlden (se symtombeskrivningen) bör i första hand åtgärder sättas in i barnets vardagsmiljö både i familjen och i förskola/skola..

## Symtom

Barnet/ungdomen kan uppvisa en rad olika beteendeproblem och svårigheter i samspel med omvärlden, både med jämnåriga och vuxna. I småbarnsåldern dominerar symtom som är relaterade till en otrygg eller desorienterad anknytning. De lite äldre barnen uppvisar mer beteendestörningar av både utagerande och introvert art, olika psykiatriska symtom som förvirringstillstånd, ångestproblematik, depressivitet, självdestruktivitet.

Barnet/ungdomen uppmärksammas ofta i skolan pga koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, skolk och svårigheter att uppnå målen. På fritiden uppmärksammas barnet/ungdomen bla pga missbruk och kriminalitet. Ungdomsmottagningen möter ofta unga flickor som mår dåligt och har ett sexuellt destruktivt beteende.

Forskning visar att PTSD drabbar även barn, och eftersom symtomen diagnostiseras först efter tre månader måste man förebygga genom att erbjuda samtal och krisinsatser till barn och familj redan i samband med upptäckt/avslöjande.

### *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 i 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 förskoleklassen:

- Failure to thrive
- Psykomotoriska och kognitiva förseningar
- Svårigheter att föra en dialog med en vuxen och andra barn samt att stanna kvar i dialogen.
- Brister i det sociala samspelet
- Utagerande, aggressivt beteende eller passivt och tillbakadraget
- Passivitet och tillbakadragenhet
- .Försenad emotionell utveckling
- Desorienterat förhållningssätt
- Symtom på fysisk misshandel
- Symtom på övergrepp
- Patologisk lek
- Sexualiserat beteende
- se även Miogruppens ”varningstecken”

### *I skolåldern (7-12 år)*

Om barnet inte uppmärksammas och får adekvat stöd i förskolan påverkar svårigheterna barnets fungerande i skolan både i inläringen och i relationerna till jämnåriga och vuxna.

- Utagerande och aggressiva beteende
- Passivt beteende
- Oro och koncentrationssvårigheter i inläringssituationen

- Försenad emotionell utveckling
- Svårigheter med det sociala samspelet
- Inlärningsvårigheter,
- Dissociation
- Sexualiserat beteende
- PTSD

### *I tonåren (13-18 år)*

Ungdomen har nu kommit in i en negativ utveckling, om omgivningen inte har hittat adekvata stödåtgärder och förstått barnets problematik.

- Utagerande och aggressivt beteende.
- Självdestruktiviteten blir ett sätt att hantera ångest och självförakt.
- Ungdomen utsätter sig för risker att fara illa på olika sätt.
- Depression och ångest framkommer liksom saknad av framtidstro.
- Missbruk
- Kriminalitet
- PTSD
- Dissociation
- Sexualiserat beteende

## **Generella insatser**

Samhällets förebyggande insatser är viktiga så att barnen och familjerna inte hamnar i en situation som kräver omfattande insatser på specialist nivå. Dessutom måste det finnas tillgänglighet, kvalitet och kunskap, som skall vara lika i hela landet på alla vårdnivåer.

Problem och riskgrupper kan identifieras i samband med graviditet, som tidig upptäckt av mödrar/familjer som använder/brukar alkohol eller narkotika i en utsträckning att det kan skada fostret och/eller barnet. Barnhälsovården, BHV, har vid regelbundna kontroller och vid föräldrautbildning som bedrivs där möjlighet att identifiera riskgrupper. Förskolan, skolan och elevhälsan har en viktig roll i att identifiera barn som behöver extra insatser. Socialtjänsten har ansvaret för barn som far illa/har en utsatt social situation och ska göra bedömning av behov av skydd och kunna begära hjälp med t e x utredning av barnets psykiska tillstånd och svårigheter. BUP ska samverka och finnas tillgänglig om barnet uppvisar avvikande beteende och en bedömning av barnets psykiska hälsa behöver göras.

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

Anmälan till socialtjänsten enl SoL ska göras när misstanke om att barn far illa föreligger. Men för att det instrumentet 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 erforderlig hjälp samt att både barn, familj och de själva kommer att bemötas med respekt och nödvändig öppenhet. Ofta är det ett bra sätt att anmälare, familj och företrädare för socialtjänsten träffas och anmälan framförs vid gemensamt möte. BUP ska bistå socialtjänsten i arbetet med familjer med den svåraste och mest komplexa problematiken. Hög tillgänglighet och snabbt bemötande från BUP krävs.

**Tabell 1**

<b>Faktorer som avgör var fortsatt handläggning ska ske</b>	<b>Verktyg för att bedöma art och grad</b>	<b>Verktyg för att bedöma risk/skydd</b>
<i>Behov av specialiserad utredning, behandling och akutgrad bedöms av den instans dit familjen först har vänt sig och avgörs av ärendets komplexitet. Var fortsatt handläggning ska ske är avhängig den lokala organisationen. Beslut om fortsatt handläggning kan underlättas av konsultation/samråd mellan bas- och specialistnivå</i>	<i>Socialtjänsten eller basnivån måste avgöra när BUP behöver komma in. Basnivån och socialtjänsten använder i tillägg till den kliniska bedömningen de bedömningsinstrument som är relevanta i deras verksamhet, ex BBIC (barnens behov i centrum) inom socialtjänsten.</i>	<i>I första hand en klinisk bedömning, och utifrån denna ta ställning till utredning eller insats. Bedömning av barnets aktivitetsförmåga i vardagen.</i>

### **Basnivå/"Första linjen" – Förebygga/hälsöfrämjande insatser, MHV, BHV**

Socialtjänstens förebyggande verksamhet, Föräldra-spädbarnsverksamhet, familjecentraler. Verktuget anmälan till socialtjänsten behöver bli bättre, se socialdepartementets utredning som pågår nu. Flera personer med psykosocial kompetens bör finnas i olika sammanhang där barn är; förskola, skola, ungdomshälsan. Inom första linjen ingår en basnivå av hälsöfrämjande insatser; ex. mödravård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet.

### **Basnivå/"Första linjen" – sjukvårdande insatser**

Om föräldern med bristande omsorgsförmåga är positiv till stöd och/eller spädbarnet uppvisar lindriga anknytningsvårigheter bör en behandlare från BHV/MHV, ev. från socialtjänst kopplas in. Behandlingen riktas på att stärka förälderns förmågor i relationen till barnet. Exempel på sådana insatser är föräldra- spädbarnsverksamheter för tidigt identifierade riskgrupper som till exempel Hagadal i Linköping och andra verksamheter eller samarbetsformer, mellan landsting och kommun i syfte att förbättra anknytningen mellan förälder och barn.

Om barnets vardagstillvaro begränsar dess utveckling och riskerar barnets hälsa och utveckling kan riktade åtgärder användas i form av gruppbehandling, t ex så kallade temagrupper: barn till missbrukande, psykiskt sjuka föräldrar, barn som bevittnat våld osv. Gruppbehandling är vanligast förekommande i Nordiska länder. Föräldern bör gå parallellt i behandling, t ex föräldragrupp. Även syskon till barn som utsatts för trauma, barn som suiciderat etc eller har andra svårigheter bör erbjudas stöd tex i grupp. Inom första linjen ingår en basnivå av sjukvårdande insatser; barnmedicin, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin.

## Specialistnivå

Definition av specialistnivå; Barn och ungdomspsykiatri, Barn och Ungdomsmedicin, Barnhabiliteringen, Individ och familjeomsorg.

Om barnet/ungdomen 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. Behandlingen bör vara individualiserad och alltid kopplas till behandling av föräldern.

Specialistnivån för barn som far illa bör inte ha remisstväng, föräldrar ska kunna söka sig direkt.

Det är viktigt med ett snabbt bemötande då man söker hjälp på BUP. Familjen bör erbjudas en snabb första tid för samtal. Utifrån den kliniska bedömningen och överenskommelsen vid detta första samtal kan olika åtgärder sättas in. Om det i anamnesen framkommer en beskrivning som tyder på att barnet/ungdomen har egna svårigheter 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/ungdomens omgivning ska få en ökad förståelse (psykoedukation) för vad barnet behöver för att utvecklas positivt. Man överenskommer tillsammans om vilka stödåtgärder familjen behöver. Det är viktigt att stödja familjens egna resurser och förutsättningar och 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 upp familjesystemet. Samarbete med basnivån är mycket viktigt.

Barn som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser (både typ I och typ II trauma) ska få barnpsykiatrisk bedömning och behandling i anslutning till händelse och/eller avslöjande för att förbygga senare PTSD. PTSD diagnosen kan sättas först efter tre månader vilket innebär att man måste erbjuda behandling omedelbart och därefter följa upp efter tre respektive sex månader.

BUP's insatser ska rikta sig mot barnet/ungdomen och dess familj, mot socialtjänsten samt mot samverkansparter som kan behöva hjälp i form av konsultationer. Förutsättning för insatser är att barnet är skyddat vilket innebär att samarbete med socialtjänsten är viktigt. När man bedömer vilka insatser som ska göras tittar man först på barnets utveckling, man ser till att skapa en relation med barnet samt man tittar på i vilken kultur barnet och familjen befinner sig. De komponenter som ska ingå i behandlingen är integration av traumat, affekt reglering, undersöka kognitiva förvrängningar, psykoedukation och uppbyggnad av förmågor, samt bedömning av och samarbete med det system som barnet lever i.

Sexuella övergrepp är alltid en specialistangelägenhet och fordrar professionellt omhändertagande av specialister inom den somatiska såväl som psykiatriska vården och där ett samarbete kring barnets omhändertagande, tillsammans med sociala myndigheter och polis, snarast kommer till stånd (Ur Mio gruppen 2008).

Exempel på samarbete är Barnahus.

Ett annat exempel är Kris- och Konsultationsteamet på BUP i Eskilstuna (se bilaga).

Teamet består av psykologer och socionomer med familjeterapikompetens och en specialistläkare. Teamet bistår med barnpsykiatrisk kompetens vid förhör av barn, numera inom Barnhuset. Det går in i krissituationer när barn och ungdomar är drabbade, t ex vid familjevåld, suicid och suicidförsök, när det behövs snabba och intensiva insatser under en kort tidsperiod. De har samverkans överenskommelse med BUM, Akuten vid intoxer och socialtjänsten. Längre behandlingar förs över till öppenvårdsteamet.

### Subspecialisering/högspecialisering

Subspecialistnivå är aktuell när barnets svårigheter är av sådan grad att länsövergripande/specialistmottagningar med särskild kunskap behöver anlitas.

Ett exempel är barn med sexuellt aggressivt beteende/ som utsätter andra barn för sexuella övergrepp.

Subspecialist/högspecialist; specialmottagningar, seniora medarbetare.

### Vem ansvarar för vad?

I BUP:s uppdrag ingår inte bara att ta hand om de svåraste sjukdomstillstånden utan också att finnas tillgänglig för konsultation – samverkan med basnivån.

När socialtjänsten tar kontakt med BUP angående en familj som de uppfattar har en barnpsykiatrisk frågeställning måste BUP prioritera detta och finnas tillgänglig omgående för en gemensam bedömning om vem, vad och hur man ska gå vidare. Det kanske inte är en akut barnpsykiatrisk situation men den sammantagna problematiken är akut och därför bör BUP finnas tillgänglig för socialtjänsten. Barnets behov av skydd bedöms i huvudsak av socialtjänsten och barnets riskbeteende bedöms i huvudsak av BUP. I denna bedömning kan vi i vissa fall ta hjälp av andra aktörer, t ex polis, åklagare, barnmedicin.

Tabell 2

	Kommun	Kommun och Landsting	Landsting
Bas	Förskola Skola Socialtjänstens förebyggande verksamhet	Familjecentraler Ungdomsmottagning	Mödrahälsovård Barnhälsovård Primärvård: 1:a linjens hälso- och sjukvård
Specialistnivå	Socialtjänst: Individ- och familjeomsorg Handikappoms/LSS		Barn- och ungdomsmedicin Barn- och ungdomshabilitering Barn- och ungdomspsykiatri Vuxenpsykiatri
	•		

***OBS Undvik långa texter från olika verksamheter i dokumentet, kort sammanfattning samt hänvisning till bilaga.***

#### **Referenser/Bilagor:**

- Samverkansenheten Ungdomsenheten [vilhelm.masreliez@sodersjukhuset.se](mailto:vilhelm.masreliez@sodersjukhuset.se)
- Att tänka på... Rutiner för av ärenden som rör barnmisshandel och sexuella övergrepp, ([www.e.lst.se](http://www.e.lst.se)) Östergötland
- 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\\_varldprogram/RV\\_Misshandlade\\_barn.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala_varldprogram/RV_Misshandlade_barn.pdf)
- Hönan och ägget, Diagnostisering och gruppterapeutisk behandling av svårt störda barn i förskoleålder, Vårdutvecklingsrapport 2002:1, Eeva Tolvanen
- Rutiner för samverkan mellan NLL, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Gällivare kommun, Socialförvaltningen, Individ- och familjeomsorgen (IFO) Familjerätten
- 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.
- [http://lisa.lio.se/upload/30272/VP\\_BUP\\_%20posttraumatisk%20stressyndrom\\_%20dissociativa.pdf](http://lisa.lio.se/upload/30272/VP_BUP_%20posttraumatisk%20stressyndrom_%20dissociativa.pdf)
- <http://lisa.lio.se/upload/30272/Vardprogram%20vid%20barnmisshandel.pdf>
- **Barncenter Trauma och Utsatthet Maskrosen**
- **Kris- och Konsultationsteamet på BUP i Eskilstuna**
- **BUP, Gällivare sjukhus**

#### **Bedömning**

I bedömning av barn/ungdomar ingår barnets hälsa och behandlingsbehov, barnets emotionella och kognitiva utveckling samspels- och anknytningsmönster, barnets/ungdomens egen beskrivning av sig själv, uppfattning om omvärlden och relationerna, samt föräldrarnas förmåga att delta i behandling.

#### **Diagnoser man kan finna bland de barn som traumatiserats och/eller lever i utsatt social situation**

*(Förslag att inte ha denna lista med, dels är det en blandning av diagnoser som kan vara effekt av att fara illa och diagnoser som kan vara risk för att fara illa, dels utgör inte diagnosen skäl till kontakt med någon särskild av vårdnivåerna.)*

#### Vidare utredning

Den första kontakten har lett fram till en bedömning som innehåller beskrivning av barnets/ungdomens svårigheter

- art och grad av barnets/den unges symtom/problem (lindrig/allvarlig)

- om det finns speciella faktorer (t.ex. barnets ålder vid debut av symptom, barnet lever i en komplicerad familjesituation, barnet har en skolsituation som inte är anpassad) som kan påverka vidare handläggning.

Utifrån detta föreslås

- vidare utredning som underlag för ställningstagande till lämpliga åtgärder. Utredning ska ge underlag för att bedöma diagnos, differentialdiagnos, ”samsjuklighet”, risk/skydd, funktionsnivå.
- att egna verksamheten initierar åtgärder utifrån bedömningen i den första kontakten
- Planeringen av vidare handläggning av ärendet görs gemensamt på samverkansmöte där familjen är närvarande för att tydliggöra vad som är problemet, vem/vilka som är berörda och hur man ska gå vidare.

### **Exempel på Instrument och frågeformulär**

A-DES (komplement till DIS-Q)

Alabama; barns och förälders uppskattning av relationen

Asbergers syndrom, Historier från vardagslivet (Nils Kaland)

ASDI, Asperbers syndrom diagnostisk intervju (Gillberg, Gillberg & Ehlers)

Autism Spectrum Quotient, AQ (enl Simon Baron-Cohen)

Barns tillgång till skydd/grad av utsatthet, (Västra Götaland och Östergötland 20060213)

BDI

BECK som mäter barns ångest, depression, ilska, normbrytande beteende samt självbild

BROWN Attention-Deficit Disorder scales

CAT (Childrens Apperception Test)

CBCL child behaviour checklist

CDC Child Dissociative Checklist

C-GAS / GAF (funktionskala)

DIS-Q Sweden (dissociation),

FRT- familjerelationstest (Bene-Anthony)

HUTQ Harvard Uppsala Trauma Questionnaire

Jag tycker jag är, som mäter barns självvärdering

KASAM, (känsla av sammanhang)

K-SADS PTSD

LITE (Lifetime Incidence of Traumatic Events)

Livslinjer

Nätverkskarta

Ofullständiga meningar (Rotter)

PTSS-C skala (Posttraumatisk stressymtomskala för barn och ungdomar)

Satskompletteringstest (Anna-lise Kälvesten)

SDQ (barnets/ungdomens styrkor och svårigheter)

SDQ Strength and Difficulties som mäter prosocialitet, Hyperaktivitet/Uppmärksamhet,

Emotionalitet, Uppförande och kamratskap

TSCC trauma symptom checklist for children

TSCYC

WISC

WPPSI-III

## **Behandling**

Standardbehandling som erbjuds inom barnpsykiatrisk verksamhet är familjesamtal grundat på erfarenhetsbaserad kunskap. *(Det är viktig att inte endast beskriva evidensbaserade behandlingsmodeller, det finns många barn som behöver skraddarsydd insatser, dels finns modeller som ännu inte är utvärderade men som borde bli det).*

### *Evidens*

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)

Psykofarmaka

SIT (Stress Inoculation Training), genom att i grupp eller individuellt lära patienten bemästra trauma ”Copingstrategier”.

Symboldrama

TFCBT, traumafokuserad kognitiv beteendeterapi tillsammans med förälder eller individuellt

Övergreppsspecifik behandling ( för unga som förgriper sig på andra barn)

### *God praxis/Beprövad erfarenhet,*

Barngrupper för barn som bevittnat våld, BUP-Bågen, RB, m fl

BOF,

BUP-VASA barngrupper

MarteMeo

Samlek,

Theraplay, barn-/ungdomspsykoterapi med mentalisering i fokus med parallell föräldraterapi,

Barngrupper för barn till missbrukare,

## **Metoder när det gäller barn som bevittnat våld**

Trappan, ”Barn är också människor” en amerikansk modell, Nätverksarbete med barnet i fokus.

Verksamheter:

Alla kvinnors hus, BUP Bågen Stockholm, Frideborg i Norrköping, Grinden i Gävle,

Kriscentrum för våldutsatta kvinnor och deras barn i Malmö, Kriscentrum för kvinnor i

Stockholm, Kriscentrum för barn – Lysmasken i Lund, Cumulus och projekt Nyckelfrid i

Nyköping, trappan i Uppsala, Utväg Skaraborg.

## *Metoder när det gäller Stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri*

Beardslee familjeintervention

## **Goda modeller**

Familjecentraler, Barnahus, Samrådsgrupper, Kommun och landsting samverkar, Föräldraspädbarn verksamheter, länsrutiner, vårdprogram, Samverkansgrupp för psykiskt sjuka och sköra (Stockholm, Gällivare) se dokument, ungdomsenheten på Sachsska barnsjukhuset (13-18år), m fl.

Rädda Barnen, Fryshuset, mfl.

### **Verktyg och tidpunkter för utvärdering**

Ge exempel i särskild bilaga på verktyg och tidpunkter för att utvärdera om behandlingen har effekt på målsättningen med behandlingen och för den enskilda patientens symptom och funktionsnivå, upplevelse av livskvalité. Ta hänsyn till ålder.

### **Strategi för samverkan Socialstyrelsen, polisen, myndigheten för skolutveckling**

Socialstyrelsen har i samverkan med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen på uppdrag av regering och riksdag 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”.

Exempel på samverkan för tidiga insatser:

- Rutiner för ett aktivt och professionellt förhållningssätt i basverksamheter (förskola, skola, mödra- och barnhälsovård etc.) när barn och unga riskerar att fara illa.
- Tillgång till snabb konsultation från i första hand socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.
- Rutiner för att upptäcka och agera när barn och unga befinner sig i riskmiljöer utanför hemmet.
- Professionella nätverk för samråd och arbetsfördelning.
- Gemensamma preventiva program och öppna, lättillgängliga verksamheter för barn, ungdomar och föräldrar.”

Det är viktigt att hitta former för konkret samverkan i enskilda komplicerade ärenden.

Respekt för varandras kompetens, erfarenheter, resurser och begränsningar 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.

### ***Information till allmänheten***

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

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

1. Fastställ en garantinivå för vilka åtaganden en kommun har gentemot barn som riskerar att fara illa, i form av:

- a. lättillgänglig, öppen, förebyggande verksamhet för alla barn
  - b. riktat direktstöd, som gruppverksamheter för barn i riskzon.
2. Fastställ kompetenskrav för alla som arbetar med barn och unga i den sociala barn- och ungdomsvården genom föreskrifter från Socialstyrelsen.
3. Krav ska ställas på kunskaper om barnets rättigheter, barn i utsatta situationer, barns utveckling och om samtal med barn.
4. Stärk kunskapen om barnets rättigheter, om barn i utsatta situationer och om metodik för att samtala med barn i socionomutbildningen.
5. Kurser och moment som rör barns särskilda utsatthet ska vara obligatoriska för alla blivande socionomer.
6. Stärk barns rätt att komma till tals i den sociala barn- och ungdomsvården.
7. Prioritera förebyggande verksamhet i form av lätt tillgänglig, öppen verksamhet för barn, där kontakten med socialtjänsten kan ske enkelt och naturligt, såsom familjecentraler och ungdomsmottagningar.
8. Stärk samverkan kring barn som riskerar att fara illa. På många håll behövs bättre rutiner och närmare samarbete.

## 4. Dokument som hänvisas till

### **Dokument inom Problemmråde; Ledsna barn**

Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordprevention,  
Landstinget i Östergötland  
Riktlinjer för suicidbedömning, Västra Götalandsregionen

Vårdprogram för barn- och ungdomar med depression inklusive självmordprevention,  
Landstinget i Östergötland  
Kvalitetsstjärnan BUP, Västra Götalandsregionen

\* Prioriteringsriktlinjer för depression och dystymi inkl evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland

\*\*Prioriteringsriktlinjer för självskadebeteende inkl evidensbaserade åtgärder, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland

\*\*\* Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens folkhälsoinstitut, 2001.  
Metoden går ut på att föräldrar lär sig att uppmärksamma barnets spontana aktivitet.

#### **Prioriteringsriktlinjer.**

Västra Götaland tillsammans med BUP Östergötland tagit fram prioriteringsriktlinjer kring:  
ADHD, Anorexia nervosa, Autismspektrumstörning, Avsiktligt självskadebeteende, Biopolär sjukdom, Bulimia nervosa, Depression Generaliserat ångestsyndrom, Panikångest  
Posttraumatiskt stresyndrom, Schizofreni/Akut psykos, Selektiv mutism, Separationsångest, Social fobi, Specifik fobi, Tvångssyndrom, Uppförandestörning  
[http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start\\_71253.aspx](http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start_71253.aspx)

#### **Vårdprogram från Östergötland:**

<http://www.lio.se/templates/Page.aspx?id=20798>

#### **Västbus:**

Riktlinjer och dokument om utredning.

[http://epi.vgregion.se/vgrtemplates/Start\\_5798.aspx](http://epi.vgregion.se/vgrtemplates/Start_5798.aspx)

### **Dokument inom Problemmråde; Oroliga och rädda barn**

#### **Missbruk**

- Ett konkret exempel på hur tonårsföräldrar kan involveras i det alkohol- och drogförebyggande arbetet: Resultat från Örebro Preventionsprogram. Kautakis N, Stattin H. 2004 Presentation vid konferens på Rosenbad Örebro universitet, Center for Developmental Reserch
- Festmetoden. Socialdepartementet, Alkoholkommittén  
[www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499](http://www.alkoholkommitten.se/default.asp?id=1499)
- Motiverande intervju [http://www.fhi.se/templates/Page\\_8674.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_8674.aspx)
- Haschprogrammet. Rådgivningsbyrån i Lund  
[www.droginfo.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm](http://www.droginfo.com/rgb/rgbhaschprogrammet.htm)

## Självskadebeteende

- Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Socialstyrelsen Artikelnummer 2004-107-1
- Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland – Prio\_Självskada
- Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörningar. SBU Alert-rapport nr 2005-07 [www.sbu.se/alert](http://www.sbu.se/alert)

## Ångestsyndrom

- SBU Rapport 171/ 1+2; Behandling av ångestsyndrom
- 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
- Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götaland – OCD
- Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland – Prio GenÅngestsynd, Prio Paniksyndrom, Prio Selektiv mutism, Prio Sep ångest, Prio Social fobi, Prio Specifik fobi
- [www.snorkel.se](http://www.snorkel.se)
- [www.ananke.se](http://www.ananke.se)

## Ätstörningar

- Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling Svensk Psykiatri Nr 8 2005, Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia
- Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar. Version 1 Lamminen M, Helgesson M. Barn och ungdomspsykiatri Östergötland
- Prioriteringsriktlinjer BUP Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland – Prio\_AN, Prio\_BN

## Dokument inom Problemområde; Barn med koncentrationssvårigheter....

### DSM-IV

#### Bilaga 1

*Kriterier för ADHD är enligt DSM-IV*

Kriterier för bristande uppmärksamhet	Kriterier för hyperaktivitet-impulsivitet
<ul style="list-style-type: none"><li>• Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet eller andra aktiviteter</li><li>• Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still</li><li>• Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal</li> <li>• Följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter</li> <li>• Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter.</li> <li>• Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)</li> <li>• Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker, etc.)</li> <li>• Är ofta lätt distraherad</li> <li>• Är ofta glömsk i det dagliga livet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen</li> <li>• Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla</li> <li>• Verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”</li> <li>• Pratar ofta överdrivet mycket</li> <li>• Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt</li> <li>• Har ofta svårt att vänta på sin tur</li> <li>• Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)</li> </ul>
---	---

För att diagnosen ADHD ska vara uppfylld krävs:

- Närvaron av symtom som avviker markant från vad man väntar sig utifrån barnets ålder, kön och utvecklingsnivå.
- Problemen ska ha visat sig redan under förskoleålder och är inte bara vara tillfälliga utan ska ha funnits under lång tid.
- Svårigheterna ska ha allvarlig inverkan på barnets sätt att fungera och ge betydande problem i olika typer av vardagssituationer, t.ex. i skolan och hemmet.

Om symtomen bättre förklaras av någon annan diagnos, som depression, utvecklingsstörning eller autism, ska inte diagnosen ADHD användas

*Kriterier för trotssymtom, (ODD) är enligt DSM-IV:*

För att använda diagnosen trotsyndrom ska det handla om beteende som blivit ett mönster i samvaron med vuxna (och kanske jämnåriga), som varat under längre tid (>6 månader) och som tydligt påverkar den unges fungerande i vardagen.

1. Tappar ofta besinningen
2. Grälar ofta med vuxna
3. Trotsar ofta aktivt eller vägrar underordna sig vuxnas krav och regler
4. Förargar ofta andra med avsikt
5. Skyller ofta på andra för egna misstag eller dåligt uppförande
6. Är ofta lättretlig och stingslig
7. Är ofta arg och förbittrad
8. Är ofta hämndlysten eller elak

*Kriterier för uppförandestörning, (CD) är enligt DSM-IV:*

De diagnostiska kriterierna för uppförandestörning är enligt DSM-IV ett varaktigt mönster av beteenden som ta sig uttryck i minst tre av följande kriterier under en tolv månadsperiod och med minst ett kriterium under de senaste sex månaderna:

1. Aggressivt beteende mot människor och djur
  - Hotar, trakasserar eller förödmjukar ofta andra

- Påbörjar ofta slagsmål
  - Har använt vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada på andra
  - Har visat fysisk grymhet mot någon människa
  - Har visat fysisk grymhet mot djur
  - Stöld under direkt konfrontation med offret (tex väskryckning, rån med eller utan fysiskt våld eller vapenhot)
  - Har tvingat någon till sexuellt umgänge
2. Skadegörelse
- Har stuckit något i brand i avsikt att orsaka allvarlig skada
  - Har avsiktligt förstört andras egendom
3. Bedrägligt beteende
- Har brutit sig in i någon annans bostad, lokal eller bil
  - Ljuger ofta i syfte att uppnå fördelar eller undvika skyldigheter mot andra (dvs. slår ”blå dunster” i ögonen på folk)
  - Har tillskansat sig värden utan direkt konfrontation med offret (t.ex. snatteri, förfalskning)
4. Allvarliga norm- och regelbrott
- Är ofta ute på nätterna (med början före 13 års ålder) trots förbud
  - Har rymt från hemmet och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rört sig om längre tid)
  - Skolkar ofta från skolan (med början före 13 års ålder)

I manualen DSM-IV beskrivs andra symtom som ofta är associerade med uppförandestörning. Det är symtom som vart och ett kan ha stor betydelse för hur problemen utvecklas:

- Låg empatisk förmåga, dvs den unge tycks inte bry om andras önskningar, vilja eller välbefinnande och är okänslighet för andras reaktioner.
- Misstolkar ofta andras intentioner som fientliga, särskilt i tvetydiga situationer.
- Lågt självförtroende men inte sällan en ”tuff” framtoning.
- Låg tolerans för frustration med snabba reaktioner i form av irritabilitet eller aggressiva utbrott.
- Depressiva känslor och till och med självmordstankar är vanligare än förväntat.
- Inlärningsproblem, läs- och skrivsvårigheter, lägre begåvning

#### *Kriterier för autistiskt syndrom enligt DSM-IV-TR*

A. Sammanlagt minst sex kriterier från (1), (2) och (3), varav minst två från (1), och ett från vardera (2) och (3):

(1) Kvalitativt nedsatt förmåga att interagera socialt, vilket tar sig minst två av följande uttryck:

(a) påtagligt bristande förmåga att använda varierande icke-verbala uttryck såsom ögonkontakt, ansiktsuttryck, kroppshållning och gester som ett led i den sociala interaktionen

(b) oförmåga att etablera kamratrelationer som är adekvata för utvecklingsnivån

- (c) brist på spontan vilja att dela glädje, intressen eller aktiviteter med andra (t ex visar inte, tar inte med sig eller uppmärksammar inte andra på sådant som är av intresse)
- (d) brist på social eller emotionell ömsesidighet

(2) Kvalitativt nedsatt förmåga att kommunicera, vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

- (a) försenad talutveckling eller talar inte alls (gör inga försök att kompensera för detta via andra kommunikationssätt, t ex gester eller pantomim)
- (b) hos personer med adekvat utvecklad talförmåga en påtagligt nedsatt förmåga att inleda eller upprätthålla samtal med andra
- (c) stereotypt tal med många upprepningar eller idiosynkratiskt språk
- (d) brist på varierad, spontan låtsaslek eller socialt imitativt lekbeteende som är adekvat för utvecklingsnivån

(3) Begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

- (a) omfattande fixering vid ett eller flera stereotypa och begränsade intressen som är abnorma i intensitet eller fokusering
- (b) oflexibel fixering vid specifika, oändamålsenliga rutiner eller ritualer
- (c) stereotypa och upprepade motoriska manér (t ex vifta eller vrida händerna eller fingrarna, komplicerade rörelser med hela kroppen)
- (d) enträgen fascination inför delar av saker

B. Försening eller abnorm funktion inom minst ett av följande områden med debut före tre års ålder: (1) social interaktion, (2) språk som syftar till social kommunikation, (3) symboliska lekar eller fantasilekar.

C. Störningen förklaras inte bättre med Retts syndrom eller desintegrativ störning hos barn.

#### *Kriterier för Autismliknande tillstånd enligt DSM-IV-TR*

Denna kategori används vid svår och genomgripande störning i utvecklingen av förmågan till ömsesidig social interaktion *i förening med* nedsatt förmåga till verbal och icke-verbal kommunikation eller stereotypa beteenden, intressen och aktiviteter, men där kriterierna inte är uppfyllda för någon specifik genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni, schizotyp personlighetsstörning eller fobisk personlighetsstörning. Kategorin kan t ex användas vid ”atypisk autism” – autistiska störningar som inte uppfyller kriterierna för autistiskt syndrom på grund av sen debutålder eller atypisk eller subklinisk symtomatologi.

#### *Förslag på operationalisering för diagnosen autismliknande tillstånd enligt C Gillberg*

C Gillbergs forskargrupp i Göteborg har föreslagit följande operationalisering av diagnosen autismliknande tillstånd: 4 eller 5 av de 12 kriterierna som ingår i kriterierna för diagnosen autistiskt syndrom ska sammantaget vara uppfyllt, varav minst 2 från område 1 (social interaktion).

#### *Kriterier för Aspergers syndrom enligt DSM-IV-TR*

A. Kvalitativt nedsatt förmåga att interagera socialt, vilket tar sig minst två av följande uttryck:

1. påtagligt bristande förmåga att använda varierande icke-verbala uttryck såsom ögonkontakt, ansiktsuttryck, kroppshållning och gester som ett led i den sociala interaktionen
2. oförmåga att etablera kamratrelationer som är adekvata för utvecklingsnivån
3. brist på spontan vilja att dela glädje, intressen eller aktiviteter med andra (t ex visar inte, tar inte med sig eller uppmärksammar inte andra på sådant som är av intresse)
4. brist på social eller emotionell ömsesidighet

B. Begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

1. omfattande fixering vid ett eller flera stereotypa och begränsade intressen som är abnorma i intensitet eller fokusering
2. oflexibel fixering vid specifika, oändamålsenliga rutiner eller ritualer
3. stereotypa och upprepade motoriska manér (t ex vifta eller vrida händerna eller fingrarna, komplicerade rörelser med hela kroppen)
4. enträgen fascination inför delar av saker

C. Störningen orsakar kliniskt signifikant nedsättning av funktionsförmågan i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Ingen kliniskt signifikant försening av den allmänna språkutvecklingen (t ex enstaka ord vid två års ålder, kommunikativa fraser vid tre års ålder).

E. Ingen kliniskt signifikant försening av den kognitiva utvecklingen eller i utvecklingen av åldersadekvata vardagliga färdigheter, adaptivt beteende (utöver social interaktion) och nyfikenhet på omgivningen i barndomen.

F. Kriterierna för någon annan specifik genomgripande störning i utvecklingen eller för schizofreni är inte uppfyllda.

ADHD hos barn och vuxna.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2002/2131/2002-110-16.htm>

BUS i Stockholm:

<http://www.ksl.se/Bus/bus.html>

Barnpsykiatriska föreningen.

Har dokument om Barn med antisocialt eller aggressivt utagerande beteende och om Barn med suicidalt beteende samt länkar till andra dokument:

<http://www.slf.se/templates/AssociationStartPage.aspx?id=6538>

## 5. Diskussionsmaterial

Här har vi bifogat material som kommit in från grupperna utöver det som rymdes i den ordinarie mallen. Se det som bidrag till diskussionen.

### **Bedömningar och åtgärder, som arbetsterapeuten kan bidra med**

#### ***Barns psykiska hälsa***

Enligt "Ambition och ansvar" (SOU, 2006) innebär psykisk ohälsa hos barn och ungdom att individen inte upplever att hon/han har tillräckligt god förmåga att möta utmaningarna i livet. Skall detta uppnås krävs att det barnpsykiatriska teamet kompletteras med arbetsterapeuter, som är den profession som arbetar med vardagslivets aktiviteter konkret, det vill säga där aktiviteterna utförs. Specialistpsykiatri i Sverige har lång väntetid och handhar ibland ärenden som istället borde ligga på primärvårdsnivå. Det kan medföra att bedömning och behandling kommer för sent för barnet och barnets familj. Tillgång till psykosocial kompetens behövs enligt SOU (2006) som nödvändig förstärkning inom primärvården och en av de yrkeskategorierna som behövs är arbetsterapeuten.

#### ***Arbetsterapeutens kompetens***

Arbetsterapeuten genomför utredningar av olika funktioner, aktivitet och delaktighet inom de aktiviteter som förekommer i vardagen. Utredningar sker i samråd med barnet/ungdomen och/eller hans/hennes familj. Utredningen bildar underlag för arbetsterapeuten att ställa upp mål och föreslå/genomföra åtgärder, som kan var både förebyggande, kompenserande (anpassning av miljön och kognitiva hjälpmedel) och/eller förbättrande. Arbetsterapeuten arbetar både individuellt med barnet/ungdomen och/eller tillsammans med närstående, men också med grupper av barn/ungdomar. Fokus för arbetsterapeuten i mötet med barnet/ungdomen och familjen är aldrig en specifik diagnos utan på de begränsningar och resurser individen och/eller familjen har i sitt aktivitetsutförande och möjligheter att vara delaktig i sin vardag. Det väsentligt att möta och hjälpa barn och ungdomar i ett så tidigt skede som möjligt, och så nära individens dagliga miljö som möjligt. Därför skall satsningar framför allt ske inom elevhälsovård och primärvård men inom dessa verksamheter saknas det arbetsterapeutisk kompetens och den måste etableras

Vad innebär det för barnet/ungdomen att delta i vardagens aktiviteter?

Barnet/ungdomen behöver uppleva att ingå i ett sammanhang tillsammans med andra människor och kunna utföra de aktiviteter som barn/ungdomar gör. Aktiviteter gör oss också rustade att överleva och att uppleva såväl fysisk som psykisk hälsa. Barn/ungdomar med psykisk ohälsa eller psykiska funktionshinder behöver så långt som möjligt kunna vara delaktiga i de för barn vanliga aktiviteter både i hemmet, skolan och på fritiden (Kroksmark, 2005).

Ett exempel på hur en arbetsterapeut arbetar med barn/ungdom och deras familjer finns i Linköping. Där arbetar en arbetsterapeut i ett psykiatriskt mellanvårdsteam med hur barn och

ungdomar via bland annat arbetsterapi kan bli mer delaktiga i sin egen vardag.<sup>21</sup> Insatserna, som barnet/ungdomen och/eller familjen behöver, sker på den tid man önskar och vid de tillfällen som har identifierats där svårigheter föreligger. Det kan förutom i hemmet vara besök i skola, sociala sammanhang samt fritidsaktiviteter (Lundenmark, 2006).

Arbetsterapeuten utgår från barnets och familjens egna möjligheter och försöker arbeta med helheten utifrån barnets perspektiv. Behandlingen inriktar sig på att förse både barnet/ungdomen och familjen med redskap på att klara av sin vardag. Arbetsterapeuten tillför rehabiliteringen ett aktivitetsperspektiv och tänker i konkreta mål som till exempel vad barnet/ungdomen måste klara av för att kunna ta sig till skolan, hur han/hon ska interagera med andra samt vad han/hon behöver klara för att kunna gå i skolan och delta i fritidsaktiviteter<sup>22</sup>. Eftersom barnet och/eller familjen är delaktiga i att sätta upp mål, kan de själva se konkreta framsteg i vardagen även om de är små<sup>23</sup>.

Leken är exempel på aktivitet som kan användas som arbetsterapeutisk intervention tillsammans med barnet/ungdomen och hans/hennes närstående. Leken innehåller olika moment, som kan beskrivas som aktiv lek, stillsam lek, fantasifull lek (rollekar), ”stim och stoj” (som kan innehålla riskmoment) och ”lära av kamrater och andra vuxna” (regellekar) (Kroksmark, 2005). Skapande aktiviteter är ett annat exempel på aktivitet, som kan användas som utgångspunkt för att individen ska kunna uttrycka känslor och tankar, men också få möjlighet att dela dessa med andra. Detta kan i sin tur ge nya perspektiv, som kan användas i hans/hennes vardagliga miljö (Thompson & Blair, 1998).

---

### **Bedömning/Utredning**

**ACIS (Assessment of communication and interaction skills)** (Haglund & Kjellberg, 1998) används för bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter. ACIS används i observation vid samspel i aktivitet. Bedömningen görs utifrån tre olika områden:

- Fysisk kontakt (kontaktar, ser på, gestikulerar, placerar sig, vänder sig, intar kroppsställning)
- Informationsutbyte (artikulerar, hävdar sig, frågar, tar initiativ, uttrycker sig, anpassar sig, delar med sig, talar, upprätthåller)
- Relationer (samarbetar, rättar sig, riktar sig, förhåller sig till, visar hänsyn).

**AMPS (Assessment of motor and process skills)** (Fisher, 1990; 1992) används vid bedömning av en persons motoriska och processfärdigheter utifrån observation i valda aktiviteter.

#### **De motoriska färdigheterna bedöms utifrån:**

- Hållning (stabiliserar, rätar upp, placerar sig)
- Rörlighet (går, når, böjer)
- Koordination (koordinerar, manipulerar, har flyt)

---

<sup>21</sup> Mellanvårdens uppdrag är behandling och/eller utredning av patienter med svår psykiatrisk problematik och stor funktionsnedsättning där öppenvårdsresurser inte är tillräckliga och slutenvårdens omhändertagandenivå är för hög. Uppdragen varar under högst tre månader. Mellanvården har intensiv kontakt med familjen vilket innebär kontakter flera gånger i veckan och under längre tid än en timme varje tillfälle

<sup>22</sup> Det kan handla om att barnet inte vill gå hemifrån utan sina föräldrar, arbetsterapeuten kan då vara den ledsagande handen. Det handlar mycket om att träna aktivitet.

<sup>23</sup> Ofta handlar problemen om att familjerna saknar daglig struktur vilket blir stora svårigheter för barnet. Detta har familjen svårt att själva se och tror att det är ”fel” på barnet.

- Styrka och ansträngning (flyttar, transporterar, lyfter, kalibrerar, greppar)
- Energi (orkar, håller tempo, uppmärksammar).

**Processfärdigheterna bedöms utifrån:**

- Använder kunskap (väljer, använder, hanterar, är målinriktad, frågar)
- Tidsorganisation (inleder, fortsätter, gör i logisk ordning, avslutar)
- Rum och föremål (söker/lokaliserar, samlar ihop, organiserar, återställer, navigerar)
- Adaption (lägger märke till/agerar, anpassar beteende, anpassar miljö, tar lärdom av).

**BAS (Bedömning av anpassningar i skolmiljön)** (FSA, 1998) är ett intervjuinstrument som består av tre delar; erfarenheter från tidigare skola, skolmiljön i den nuvarande skolan samt planerade anpassningar.

Barnet/ungdomen berättar om:

- Sin tidigare skola
- Skriva
- Läsa
- Säga något
- Komma ihåg saker
- Räkna
- Göra läxor
- Prov
- Praktiskt/estetiska ämnen
- Klassrummen
- Raster, håltimmar
- Studiebesök
- Att få hjälp
- Skolans lokaler
- Skolans personal.

**Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency 2<sup>nd</sup> edition (BOT 2)** ( Bruininks, R, & Bruininks, B. 2005) är ett normrefererat standardiserat test med fin och grovmotoriska uppgifter. Testet är beskrivande och utvärderande. Testet består av 8 deltest med totalt 53 uppgifter. Innehåll:

- Finmotorisk precision
- Finmotorisk integration
- Finmotorisk smidighet och snabbhet
- Koordination övre extremitet
- Bilateral koordination
- Balans
- Springa, snabbhet och smidighet
- Styrka

Testet är utarbetat för en normalpopulation barn och ungdomar 4 – 21 år. Reliabilitet och validitet moderat till hög.

**COPM (Canadian Occupational Performance Measure)** (Law et al., 1998) är en metod för bedömning av personens egen uppfattning av problem i samband med utförande av dagliga aktiviteter. Via en semistrukturerad intervju skattar personen sitt utförande samt hur tillfredsställd han/hon är med utförandet. COPM fokuserar på personliga dagliga aktiviteter (personlig vård, förflyttning, att klara sig i samhället), produktivitet (sköta hushållet,

utbildning/skola, lek) samt fritid (stillsam fritid, aktiv fritid, social samvaro). COPM är inte avsett för riktigt små barn, men har visat sig användbar för barn redan vid 5-6 års ålder.

**DOA (Dialog om arbetsförmåga)** (Linddahl & Norrby, 2001) är ett självskattningsinstrument där personen skattar sina färdigheter relaterat till behandlingens mål och genomförande samt dialog med arbetsterapeut om skattningsresultat.

Instrumentet har rubriker med underliggande frågor rörande:

- Självkännedom, intressen och värderingar
- Roller och vanor
- Fysisk förmåga
- Organisations- och problemlösningsförmåga
- Förmåga till samspel och kommunikation.

**OCAIRS (Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale)** (Henriksson & Haglund, 2005) ger en bild av personens aktivitetssituation och deltagande i dagliga livet samt beskriver hans/hennes egna uppfattning om delaktighet och förmåga att klara dagliga aktiviteter.

Frågor ställs utifrån begreppen:

- Intressen
- Roller
- Vanor
- Uppfattning om sin egen förmåga
- Värderingar
- Utförande
- Kortsiktiga mål
- Långsiktiga mål
- Tolkning av tidigare erfarenheter
- Fysisk miljö
- Social miljö
- Beredskap för anpassning.

**PDMS -2 (Peabody Developmental Motor Scale 2nd ed.)** (Folio & Fewell 1998)

Normrefererat, standardiserat instrument som bedömer förskolebarns fin- och grovmotoriska förmåga. Utvecklad för mindre barn (1 – 71 mån) med misstänkt motorisk försening.

Testet innehåller följande delar:

- Reflexer
- Balans
- Rörelseförmåga
- Objekt manipulation
- Grepp
- Visuomotorisk integration

Hög reliabilitet och validitet.

**PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)** (Haley et al. 1992, svensk översättning och manualsuppletet: Nordmark & Orban) är ett normrefererat strukturerat intervjuformulär innehållande tre delar:

- Funktionella färdigheter,
- Hjälptbehov
- Anpassningar

Varje del innefattar de tre områdena:

- Personlig vård,
- Rörelseförmåga
- Social förmåga.

PEDI intervjun görs med vårdnadshavare eller annan vårdgivare och är normrefererat för förskolebarn men kan även användas för äldre barn. PEDI har god reliabilitet och i huvudsak god validitet. En nyligen gjord studie i Norge visade dock att dagens skandinaviska förskolebarn är mindre självständiga när det gäller personlig vård än amerikanska barn.

**PRPP (Perceive, Recall, Plan, Perform)** är en bedömningsmetod som bygger på aktivitetsanalys och observation av aktivitetsutförande. Det erbjuder en strukturerad metod för att undersöka problem med kognitiv informationsbearbetning i utförande av vardagliga aktiviteter och ger riktlinjer för lämplig behandling. Bedömningen kan göras individuellt eller i grupp och i relevanta situationer i vardagslivet (t ex hemma, i skolan).

**TVPS III (Test of Visual Perceptive Skills, 3<sup>rd</sup> edition)** (Martin 2006 bygger på TVPS och TVPS-R av Gardner)

Normrefererat test för åldrarna 4 – 18 år. Testar visuell perception och består av svartvita abstrakta testbilder. Innehåller 7 deltest med 16 uppgifter i varje.

- Visuell diskrimination
- Visuellt minne (arbetsminne)
- Visuell spatial förmåga
- Formkonstans
- Visuellt sekvensminne
- Figurbakgrunduppfattning
- Helhetsuppfattning

Testet har hög reliabilitet och validitet.

## Referenser

- Bruininks, R., & Bruininks, B., (2005) *Bruininks- Oseretsky Test of Motor Proficiency 2<sup>nd</sup> edition*. Tillgängligt från Assessio
- Chapparo, C., & Ranka, J. *The Perceive Recall Plan Perform (PRPP) System of Task Analysis*. Tillgängligt från:  
<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*.
- 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 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.
- 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.
- Thompson, M., Blair, S.E.E. (1998). Creative arts in occupational therapy: Ancient history or contemporary practice. *Occupational Therapy International* 5(1), 48-64.

## **Autismspektrumtillstånd**

### ***Symtombeskrivning***

Stora svårigheter med social interaktion bottnande i svårigheten att avläsa och förstå andras ickeverbala (mimik inkl ögonkontakt, gester, kroppshållning) och verbala (tonfall, abstrakt/konkret mening) kommunikation som visar sig i brister i användandet av ickeverbal kommunikation och missförstånd i den verbala. Ofta entonig röst. Bristande fantasi och förmåga att sysselsätta sig varierat, kan dock fungera inom begränsade områden. Oftast annorlunda kroppshållning och rörelsemönster. Samspelssvårigheter, fr a med jämnåriga, kvarstår hela livet. Exekutiva svårigheter att skifta uppmärksamhet, vara flexibel och tänka om, planera, organisera och genomföra, ofta att komma igång och att avsluta uppgifter. Svårigheter att reglera sömn, mat och tonus. Ofta inlärningssvårigheter, dyslexi, dyskalkyli. Motoriska och perceptuella svårigheter liksom utbrott och en oförmåga att reglera affekter vanligt. Självskadande eller våldsamma beteenden inte ovanliga.

### ***Symtomutveckling***

Eftersom tillstånden i princip är medfödda finns oftast symtom redan från födseln, ibland märks svårigheten med ögonkontakt från början. De motoriska svårigheterna visar sig efterhand som motoriken utvecklas. Kommunikativt saknar man oftast intresse för joller och att träna mimik, vilket resulterar i en språklig försening. Vid normal begåvning kommer språket ofta starkt vid ett par års ålder och det är vanligt att man pratar mycket men har stora svårigheter att be om saker eller i egentlig mening kommunicera, något som oftast kvarstår. Ofta tillkommer självskadande eller våldsamma beteenden vilka oftast bottnar i de kommunikativa svårigheterna

### ***Atypiska symtom***

Finns egentligen inga men däremot förekommer symtomfattiga och passiva varianter.

### ***Hur och var visar sig behoven av insatser***

Förskola och skola: att vistas i och tillgodogöra sig vistelse i grupp. Behov av särskild pedagogik, särskilda instruktioner. Utveckla kommunikativa färdigheter liksom färdigheter överhuvud.

### ***Prevalens***

0,6 – 1,2 %

### ***Funktionsnedsättning***

Nedsättningen av funktioner är ofta omfattande, innefattande alla livets områden. Utöver de definierande svårigheterna med socialt samspel, fr a med jämnåriga, kommunikation och fantasi är inlärningssvårigheter, motoriska och perceptuella svårigheter mycket vanliga och funktionsnedsättande.

### ***Behov av specialiserade insatser och komorbiditet.***

Ett upptäckt och okompenserat autismspektrumtillstånd innebär mycket stor risk för depression, ångesttillstånd, våldsamma och självskadande beteenden liksom för att utvecklingen ska avstanna eller inte fortgå i sådan riktning att personen kan leva självständigt och produktivt som vuxen. Det är därför av yttersta vikt att upptäckt görs så tidigt som möjligt för att adekvata insatser ska kunna sättas in så snabbt som möjligt.

Ett autismspektrumtillstånd innebär alltid stor risk för utvecklingsavvikelser och förseningar inom livets alla områden. Därför behöver alla misstänkta fall så snabbt som möjligt komma till specialistnivån för utredning och bedömning. En fullständig funktionsbeskrivning behöver göras för att få igång individuellt anpassade pedagogiska, psykologiska, arbetsterapeutiska, sjukgymnastiska mm insatser.

### **Definition av basnivå första linjen (hälsofrämjande insatser och sjukvårdande insatser);**

ex. mödravård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagning, socialtjänstens förebyggande verksamhet, allmänmedicin och psykosociala insatser inom allmänmedicin. Barn och Ungdomsmedicin och Individ och familjeomsorg är när det gäller autismspektrumtillstånd att betrakta som första linjen eller möjligen andra.

Första linjens uppgift är att känna igen symtom på AST för att så snabbt som möjligt kunna remittera till specialistnivån. De instrument som finns för att upptäcka AST finns beskrivna av ADHD-gruppen.

För autismspektrumtillstånd är **Barn och ungdomspsykiatri och Barnhabiliteringen specialistnivå**. Det är viktigt att man bygger upp en specialisering inom BUP där några blir särskilt kunniga på att känna igen och behandla AST (ordet subspecialisering är direkt felaktigt i detta sammanhang, det är inte en underspecialisering utan en högspecialisering som avses)

Här genomförs utredning och bedömning och tas ställning till vilka åtgärder som ska sättas in och vem som kan utföra dem. Specialistnivån behöver också fungera som kunskapsbank för övriga nivåer. Kunskapspridning är en oerhört viktig uppgift som dock oftast inte räknas som barnpsykiatrians ansvar.

Utredningen ska vara multiprofessionell och inkludera psykologutredning, pedagogisk, arbetsterapeutisk, sjukgymnastisk och vid behov logopedisk utredning, alternativt att man gör en första utredning med psykolog och psykiater för att fördjupa den när AST konstaterats. Differentialdiagnostiskt ställningstagande och ställningstagande till ev komorbida tillstånd måste göras. Utredningen måste också innehålla en god anamnes. Utredningen ska utmynna i rekommendationer om pedagogiskt och annat stöd, samt vilken behandling som kan vara aktuell. Vid nätverksmöte bestäms vem som ska göra vad och vem som har ansvaret för att det blir gjort, dvs vårdprogram upprättas med specialistnivån. Utförare är för de flesta insatser kommun medan habilitering och barnpsykiatri bidrar med sakkunskap, behandling och habiliterande insatser.

Behandling av komorbida tillstånd som ADHD, Tourette syndrom, depression, ångest, beteendeproblem, utförs av barnpsykiatri och habilitering i samverkan med de kommunala instanser som har ansvar för barnets förskola/skola/fritids och LSS-insatser.

För små barn med misstanke om autism, se dokumentet autism prioriteringar.

Referenser:

- Attwood, T. (2007). *The Complete Guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley.
- ADHD hos barn och vuxna*. Socialstyrelsens kunskapsöversikt, 2004.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

## INSATSER VID INFANTIL AUTISM

### **Generella insatser.**

Riskgruppen skall fångas upp så tidigt som möjligt på BVC.

Vid autism finns det stor anledning till tidig upptäckt eftersom det finns effektiv behandling som fungerar bäst om den sätts in tidigt. När kunskapen sprids om att det finns bra behandling som bör sättas in tidigt så finns det en stor erfarenhet av att föräldrar och allmänhet tar till sig kunskap

Idag finns det tillgång till effektiva media för att beskriva tidiga tecken på autism på ett sådant sätt att föräldrar, släkt och vänner kan se om det finns anledning att kontrollera på BVC. Den presentation av tidiga tecken i form av små filmsekvenser som är framtaget av Autism Speaks är universell och räcker långt för en sådan självscreening.

### **Basverksamheten**

Utöver den riskgrupp som kan tas fram genom ökad kunskap hos allmänheten bör det ingå att barnhälsovården speciellt följer barnen med motorisk och/eller språklig försening. Många som inte identifierats tidigare av föräldrar som fått kunskap om tidiga tecken bör kunna fångas upp av BVC på 18-månaderskontrollen. Samma rekommendation som från American Academy of Pediatrics bör gälla i Sverige dvs. kontroll av mental utveckling vid 9, 18 och 30 månader och speciell autismscreening vid 18 och 24 månader. Syskon till barn med autismspektrumstörning är en riskgrupp som speciellt bör uppmärksammas.

De screeningformulär som finns är dåligt utvärderade och innehåller många kategoriska frågor som ger många falskt negativa. Vid välgrundad misstanke om autism bör specialistnivån kopplas in

Tecken på autism har i många fall ha stort prognosvärde från ett års ålder och beredskapen bör vara hög så att behandlingen med intensiv beteendeterapi kan vara igång från 2 års ålder.

### **Specialistnivå**

#### **A. Utredning med ett inslag av behandling**

Om det finns välgrundad anledning att misstänka autism från ett års ålder, och hörselnedsättning uteslutits, bör föräldrarna få börja träna barnets bristande kommunikation av personal som är skolade i beteendeanalys. Specialiserade team för tidig behandling av autism blir de som bäst kan bedöma om det handlar om autism eller inte.

ADI-R, ADOS-G eller DISCO är användbart.

Oberoende om orsaken till bristande kommunikationen är utvecklingstörning eller autism så har föräldrarna och barnet nytta av kommunikationsträning, eftersom tillämpad beteendeanalys tar fram övningar på den nivå som barnet uppnått. Eftersom det är av stor vikt att behandlingen sätts in så tidigt så möjligt är det viktigt att lokalt komma överens så att det autistiska barnet kan tas om hand av team med tillgång till både behandling och utredning.

#### **B. Behandling**

Den behandling som har visat de överlägset bästa resultaten är tidig intensiv beteendeterapi. Behandlingen utförs genom en kombination av träning utförd av personer skolade i operant psykologi vid autism och ett stort inslag av handledd träning utförd av patientens nätverk. Svensk utbildning av handledare bör säkras så att alla barn med infantil autism får insatsen.

## **Resonemang till stöd för ovanstående insatser på de tre nivåerna:**

### **Generella insatser**

När går det att hitta autism? En nödvändighet för tidig identifikation är lättillgänglig kunskap om tidiga tecken och instruktioner till föräldrar så att de själva kan komma till BVC med sina misstankar. Ett exempel på när kunskap sprids både inom vård och till allmänhet är när 4-årskontrollen genomfördes i Sverige. Då hade redan föräldrarna och BVC-personalen sett till att nästan allt som skulle fångas upp vid kontrollen redan var åtgärdat. Ett bra exempel är spridningen av kunskapen att skelning ofta lätt kan botas om barnet fortast möjligt får komma till en ortoptist. En del av 4-årskontrollen där föräldrarna dåligt innan hade signalerat avvikelse var det som fångades i det enkla språktestet.

De filmvinjetter som finns på Autism Speaks hemsida kan föräldrarna uppmuntras att filma själva (om inte annat finns det någon ungdom som kan göra det med mobilen) med samma enkla försök till samspel och distraktion som visas där. Det blir sedan en snabb väg för barnhälsovården att skaffa sig en uppfattning om det finns anledning att gå vidare med autismbehandling/utredning. Speciellt när kunskapen sprids att många barn kan förbättras avsevärt om de får tidig intensiv beteendeterapi så lär det vara lätt att få in sådant material.

### **Basverksamheten**

Ett problem med DSM-IV-definitionen av autism är att diagnoskriterierna definierades från 3 års ålder. Många av de instrument som används för att hitta autism utgår i sin tur ifrån den struktur på beteendeavvikelser som är tydliga från 3 år. De barn som hittas tidigt är de som har de största utvecklingsförseningarna. T.ex. M-CHAT innehåller många kategoriska frågor som en del föräldrar har svårt att besvara. Själva skillnaden i att barnet mer slumpvis, och utan rätt timing i ett socialt samspel, klarar ögonkontakt, använder pekande osv, saknar föräldrarna kunskap om, så de svarar ofta jakande i screening. På så sätt har dessa test en stor specificitet men också en stor del negativa utfall.

Aktuell forskning visar på bättre sätt att hitta en stor del av de med autism tidigt. Cirka 80 % av föräldrar till barn med autismspektrumstörning uppmärksammar en störning vid 2 års åldern. Det handlar ofta om språkförseningar, problem med sömn, mat och uppmärksamhet, men mer sällan sensoriska-motoriska avvikelser och svårigheter med samspel och lek. (De Giacomo, Eur Child Adolesc Psychiatr 1998;7:131-36, Charman, Cogn Dev 2000;15:481-498)

Som orsak till autism har en hel mängd faktorer visats som bidrar till en ökad risk. En stor del av riskökningen handlar om genetiska faktorer och en annan del är negativa faktorer under graviditet och kring förlossningen. Ofta finns det en samverkan mellan skadefaktorer både på grund av anlag och miljö som i många fall ger tidiga indikationer. Den forskning och klinik som letar efter vilka av dessa indikatorer som har tillräckligt stor sensitivitet är bara i sin början. Det utgör inget hinder för att på bästa sätt utnyttja den kunskap som finns idag, och som hela tiden kompletteras då resultaten av de studier av tidig upptäckt som pågår publiceras.

En svårighet då det gäller tidiga symtom är att en del av spädbarnets kommunikationsförmågor är så outvecklade att svårigheterna inte får samma uttryck som senare. En annan svårighet är att en del av svårigheterna inte finns tidigt eftersom de hänger ihop med senare avvikande utveckling av hjärnan. National Institut of Child Health and Development satsar 11.3 miljoner \$ på att University of Washington i Seattle skall kunna fånga upp och tidigt behandla barn med autism.

Det som varit lättast att komma åt genom forskning har varit att följa syskon till barn med autism. Eftersom det finns en förhöjd genetisk risk så går det att longitudinellt följa dessa syskons symtomprofil. Denna forskning visar att det ofta börjar ske avvikande saker hos de som utvecklar autism kring ett års ålder. Då det sker en mycket stor utveckling av de funktionellt uppkopplade hjärncellernas antal och mängd förgreningar. Normalt växer hjärnan kraftigt vid denna ålder, men hos många barn med autism, som hade ett normalt huvudomfång vid födseln, sker en abnorm ökning av huvudomfånget. En ökning av både grå och vit substans i stora hjärnan syns också vid magnetkameraundersökning. (Piven Arch Gen Psych 2005;62:1366-76) Lonnie Zwaigenbaum vid McMaster University har också sett hur de autistiska beteendena börjar utkristalliseras kring ett års åldern. (Int J Dev Neuroscience 2005;23:143-52) Dessa fynd stöds också av molekylärbiologisk forskning (bl.a. vid fragile-X) som visar på den stora omvandlingen av synapskontakter som sker under denna period så att funktionella nätverk stabiliseras medan överskott av dem som inte behövs elimineras. (Neuron 1996;17:567-570) Mindre obduktionsstudier har visat på en autoimmun reaktion med aktiverad neuroglia och ökad cytokinaktivitet som skulle kunna ha med detta att göra. (Int Rev Psychiatry 2005;17:485-495, Pediatr Neurol 2005;33:195-201)

Genom att studera videofilmer som föräldrar tagit på det barn som sedan visat sig ha autism har samma ungefärliga tidpunkt för debut framkommit. Före 9 månaders ålder är det vanligt med undvikande av blickkontakt, bristande känslouttryck och brist på sociala initiativ. En undersökning visade att 87 % hade symtom före ett års ålder. ((Psychopathology 2005;1:26-31) Vid ett års ålder skilde sig de med autism från de med mental retardation genom att sämre lystra på sitt namn och se på andras ansikten. (Dev Psychopathology 2002;14:239-251) Till skillnad från normala barn hade de autistiska barnen svårt att peka och att dela intresse och uppmärksamhet. (Arch Gen Psychiatry 2005;62:889-895) En studie från NIMH (se Landa , Arch of Gen Psych July 2007:853-64) visade att hälften av barn med autism kunde diagnostiseras strax efter att de fyllt ett år.

En nackdel med för tidig diagnos är naturligtvis att mängden falsk positiva är hög. En rimlig tidig insats är att ge stöd till föräldrarna att uppmuntra socialt samspel och sedan följa upp. En undersökning av barn som fyllde preliminära kriterier för autism vid 14 månader, men inte vid 36 månader, hade trots allt oftast en nedsatt social kommunikationsförmåga, så en stimulerande föräldrainsats är viktig ändå. (En undersökning som gjorts för att se hur ofta en autismdiagnos vid 2 års ålder inte är stabil vid 4 års ålder har visat på en avvikelse på 68%. (J Child Psychol Psychiatr 2007;48:793-802) Mellan 10 och 50% av de med autism visar på regression, speciellt vad gäller språk, vid i medeltal 19 månaders ålder.

Det finns inte något hinder för träning byggd på beteendeanalys. Oberoende på etiologiska faktorer bakom barnets svårigheter är träning utifrån symtom det bästa. Sämre utfall av träningen blir i sig en viktig indikator på att det rör sig om en mer omfattande hjärnskada. Tester av barn med betydande kommunikationssvårigheter i denna ålder är dåliga på att klargöra graden av utvecklingsstörning och prognosen av autism. Den samlade bilden av hur det går med beteendeterapin och vad som kommer fram vid den medicinska utredningen med genetik, hjärnabbildning och psykometriska test är därför det bästa sättet att få de svar en utredning syftar till.

Det är väl dokumenterat, och säkerligen representativt för Sverige, hur dåligt det gått för personerna med autism i Göteborg från 60 till 80-talet. (Billstedt, Gillberg :J Autism Dev Dis 2005: 351-6)

Tidigt insatt intensiv beteendeterapi (här betecknat ABA) har visat de överlägset bästa resultaten. New York State beslutade rekommendera denna metod redan 1999 och Sverige bör slå fast samma rättighet.

Huvuddelen av evidensunderlaget för delinterventionerna är insamlat sedan 1950-talet genom single-case-studier. På <http://rsaffran.tripod.com/IBIrefs.html> finns referenser på hur den vetenskapliga basen för metoden utvecklats redan från 60-talet. Mycket av det specifikt utforskade teknikerna för att få bort beteenden som enkoperes, aggressivitet och självdestruktivitet och skapa lek, ögonkontakt och klara ADL finns inte med i översikter men utgör de verkliga byggstenar som metoden består av.

Sedan Lovaas epokgörande studie 1987 har ett flertal kontrollerade gruppstudier visat att metoden är det effektivaste som finns för närvarande. Habiliteringen i Uppsala har implementerat metoden för länet sedan 1991. Redan från början var de aversiva elementen som fanns i Lovaas version uteslutna. Habiliteringen beskriver hur det fungerar på sin hemsida och deras material finns att köpa. [http://www.lul.se/templates/page\\_697.aspx](http://www.lul.se/templates/page_697.aspx) Farhågorna att det inte skulle gå att genomföra intensiv beteendeterapi för små barn i Sverige besannades inte och föräldra- och personalenkäten från 2004 visar hur uppskattad behandlingen är. Sveriges habiliteringschefers förening har ställt sig bakom att rekommendera denna metodik och evidensen uppdateras kontinuerligt på [www.evidensbaseradhabilitering.se](http://www.evidensbaseradhabilitering.se)

- 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  
IntensiveBehavioral 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.

(Trots att det i genomsnitt gavs 25.6 timmar istället för rekommenderade 40 så var framstegen på samma sätt som i Lovaas ursprungliga studie förvånansvärt stora.)

Vid så gott som alla neuropsykiatriska störningar är kombinationen av farmaka och beteendeterapi det som ger bäst resultat vid svårare fall. Framtida studier av farmaka vid autism måste utgå ifrån att ABA ges som en bas som för en del kompletteras med farmaka, oxytocin eller annat. Ett första sådant försök har gjorts i Japan med bättre resultat med låg dos SSRI och ABA.

Szatmari och medarbetare vid McMaster startar en stor studie för att se vilken grupp som svarar bäst på ABA och det vore naturligtvis bra om sådan behandlingsforskning kom igång även i Sverige.