

Psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS

INSTITUTIONSVÅRD I FOKUS, NR 2 2025



FORSKNINGSRAPPORT

Camilla Jalling, Marianne Kristiansson & Lisa Rudolfsson

Referera till rapporten:

Jalling, C., Kristiansson, M., Rudolfsson, L. (2025). Psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS. I: *Institutionsvård i fokus* (2). Statens institutionsstyrelse.
ISBN: 978-91-89770-11-9

ISBN 978-91-89770-11-9

Forskningsrapport av Camilla Jalling, Marianne Kristiansson & Lisa Rudolfsson

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.

www.stat-inst.se

Engelsk titel: Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:

Statens institutionsstyrelse

Box 1062, 171 22 Solna

Copyright: Statens institutionsstyrelse

Produktion: Stibo Complete 2025



Förord

I denna rapport presenteras resultat från en kartläggning av psykiatriska vårdbehov hos barn och ungdomar som var placerade den 2 maj 2022, på särskilda ungdomshem inom Statens institutionsstyrelse, SiS. Undersökningen ingår i ett större forskningsprojekt, *Psykiatriska vårdbehov hos tvångsplacerade barn, ungdomar och klienter*, som genomförs med Karolinska Institutet (KI) som forskningshuvudman och samverkanspartner. Forskningsprojektet har tagit sin grund i en tidigare studie som Socialstyrelsen genomförde år 2018. Den här studien är genomförd av Camilla Jalling (med.dr), Lisa Rudolffsson (docent), och Marianne Kristiansson (professor emerita). Alla tre är verksamma på KI, och Camilla Jalling och Lisa Rudolffsson är också forskare på SiS.

Resultaten i föreliggande rapport tydliggör att SiS möter en psykiatriskt belastad grupp av barn och ungdomar, där samsjuklighet och akuta psykiatriska tillstånd, inklusive självskada och suicidalitet, är vanligt förekommande. Resultaten pekar på att flickor är en mer psykiatriskt belastad grupp i jämförelse med pojkar. Även flickors höga förekomst av PTSD är ett framträdande resultat. Forskarna trycker bland annat på vikten av ett holistiskt behandlingsupplägg samt differentialdiagnostik (metod att särskilja och diagnostisera tillstånd med lika symptom från varandra). De stora psykiatriska vårdbehoven sätter ljus på att vårdkedjan mellan socialtjänst, SiS och regioner, inklusive psykiatri, behöver stärkas för att kunna möta behoven.

Avslutningsvis visar jämförelserna mellan LSU- och LVU-placerade pojkar att de båda grupperna i stort sett har lika stora psykiatriska vårdbehov. Inför Kriminalvårdens övertagande av vården för dömda unga pojkar år 2026 behöver således vård och behandling som är avsedda för ungdomar planeras utifrån en komplex problembild, bestående av vad tidigare studier visat finnas i denna population: psykosociala svårigheter i kombination med kriminalitet, substansbrukssyndrom eller annat skadligt bruk och beroende, och annat socialt nedbrytande beteende. Föreliggande studie visar en hög förekomst av psykiatriska tillstånd samt psykiatrisk samsjuklighet; ett resultat som bidrar till att ytterligare beskriva komplexa vårdbehov hos placerade på SiS, och också blir ett viktigt inspel till utredningen av den statliga barn- och ungdomsvården.

Forskarna vill tacka utredarna Mariana Dufort (med.dr), och Jenny Jacobsson, vilka genomförde Socialstyrelsens studie år 2018, för generositet med material och erfarenheter inför föreliggande projektstart. Forskarna vill också rikta ett tack till Anna-Clara Hollander, docent vid KI, som har granskat ett utkast till rapporten och lämnat värdefulla synpunkter. Flera av medarbetarna vid SiS FoU-avdelning har bidragit med värdefulla synpunkter under arbetets gång – ett särskilt tack riktas till SiS forskningsledare Maria Grafström (docent), och Johanna Enö Persson (fil.dr).

Till datainsamlingen bidrog de kliniskt verksamma psykologerna på SiS och forskarna vill tacka för deras arbete. Ett stort tack riktas också till de barn och ungdomar som tillät att deras data samlades in till studien.

Jenny Kärrholm
Avdelningsdirektör forskning och utveckling

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning av studiens upplägg och resultat	6
English brief summary	8
Inledning	10
Verksamheter i Sverige som möter barns och ungas psykiska ohälsa.....	10
Social vård och tvångsvård av barn och unga i Sverige.....	12
Psykisk ohälsa i och utanför Sverige.....	14
Psykiatrisk belastning bland barn och ungdomar i samhällsvård.....	15
Föreliggande studie.....	16
Syfte och frågeställningar.....	17
Metod	18
Studiedesign.....	18
Deltagare och bortfall	18
Genomförande	19
Enkätfrågor.....	20
Databearbetning.....	22
Resultat	25
Information om forskningspersonerna.....	25
Psykiatriska tillstånd och kliniska symptom.....	26
Aktuell barn- och ungdomspsykiatri, akuta psykiatriska tillstånd och erhållna insatser.....	30
Jämförelser mellan LSU- och LVU-placerade pojkar år 2022	32
Jämförelse med Socialstyrelsens undersökning år 2018.....	34
Bortfallsanalys	36
Diskussion.....	37
ADHD/ADD och uppförandestörning	37
Posttraumatiskt stressyndrom.....	40
Substansbrukssyndrom	41
Psykiatrisk samsjuklighet	42
Samsjuklighet i föreliggande undersökning	43
<i>Samsjuklighet med ADHD/ADD.....</i>	<i>43</i>
<i>Samsjuklighet med PTSD.....</i>	<i>45</i>
Flickor – stor problematik med akuta tillstånd och insatser.....	46
Praktiska implikationer	49
Metodreflektioner	52
Referenser	54
Författarpresentation	66

Sammanfattning av studiens upplägg och resultat

I denna rapport presenteras resultaten från en kartläggning av psykiatriska vårdbehov hos barn och ungdomar som vårdas på Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. Kartläggningen utgår från en undersökning som Socialstyrelsen genomförde år 2018, vilken undersökte psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar som var placerade på SiS enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU; SFS, 1990:52). Undersökningen har nu upprepats och inkluderar även ungdomar som blivit dömda för brott, enligt brottsbalken (BrB 1962:700, 32 kap, 1 §), till att vårdas enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU; SFS, 1998:603). Undersökningen ingår i ett större forskningsprojekt, *Psykiatriska vårdbehov hos tvångsplacerade barn, ungdomar och klienter* (godkänd etikprövning, dnr 2022-00910-01), som genomförs med Karolinska Institutet som forskningshuvudman och samverkanspartner.

Kartläggningen genomfördes med en tvärsnittsdesign och avsåg alla intagna barn och ungdomar per den 2 maj, år 2022. Data samlades in med hjälp av en webbaserad enkät som fylldes i av psykologerna på SiS institutioner. En enkät för varje barn eller ungdom fylldes i, och totalt besvarades enkäter för 341 barn och ungdomar (56 procent av alla intagna barn och ungdomar). För de samtliga 194 intagna flickorna besvarades 117 enkäter (60 procent), och för de samtliga 412 intagna pojkarna besvarades 219 enkäter (53 procent). Genomsnittsålder för både flickorna och pojkarna i undersökningen var 17,3 år. Åttionio procent av de deltagande var placerade enligt LVU, och tio procent var LSU-placerade.

De övergripande resultaten visar att den psykiska ohälsan bland barnen och ungdomarna var hög. Resultatet var förväntat, eftersom även tidigare forskning från Nordamerika och Europa, inklusive Sverige, har belagt att en stor del av de barn och ungdomar som tvångsvårdas eller är frihetsberövade har fastställda psykiatriska diagnoser eller befinner sig i psykiatriska tillstånd (t.ex. Beaudry m.fl., 2021; Ståhlberg m.fl., 2010). Det är även vanligt med psykiatrisk samsjuklighet för dessa barn och ungdomar, vilket också framkom i föreliggande studie. Resultaten visade att cirka åtta av tio barn och ungdomar hade minst en fastställd diagnos, och fler än hälften hade minst två fastställda diagnoser. I genomsnitt hade barnen och ungdomarna 1,7 fastställda diagnoser. Den vanligaste diagnosen var ADHD/ADD, vilket sex av tio barn och ungdomar hade. ADHD/ADD var också den diagnos som förekom oftast tillsammans med var och en av de andra diagnoskategorierna – mellan 55 och 93 procent hade någon annan diagnos som förekom samtidigt med ADHD/ADD. Näst efter ADHD/ADD var PTSD, substansbrukssyndrom och autismspektrumtillstånd de vanligaste fastställda diagnoserna.

Några statistiskt säkerställda skillnader mellan flickor och pojkar avseende fastställda diagnoser framkom: en högre andel flickor hade autismspektrumtillstånd och/eller PTSD, medan en högre andel pojkar var diagnostiserade med uppförandestörning. Flickorna hade även uppvisat kliniska symptom (utan att ha några ställda diagnoser för tillståndet) på ADHD/ADD, borderline personlighetssyndrom, depression, PTSD och/eller ångestsyndrom i signifikant högre utsträckning än pojkarna. Andra statistiskt säkerställda könsskillnader som framträdde var att jämfört med pojkar så hade en högre andel flickor befunnit sig i samtliga av de efterfrågade akuta psykiatriska tillstånden (t.ex. suicidbeteende), och högre andelar flickor hade också erhållit akuta insatser på grund av psykiatriska tillstånd. I jämförelse med den tidigare kartläggningen av Socialstyrelsen år 2018 var det en statistiskt säkerställd lägre andel som hade befunnit sig i ett akut tillstånd av självskada – denna skillnad utgjordes av en säkerställd lägre förekomst bland flickor. Ingen av de LSU-placerade pojkarna hade befunnit sig i något akut psykiatriskt tillstånd, eller fått någon akut insats för psykiatriska tillstånd, medan cirka tio procent av de LVU-placerade pojkarna hade erfarit detta.

Sammantaget visar föreliggande undersökning på en hög förekomst av psykiatrisk belastning bland barn och ungdomar som vårdas på SiS, och därmed också att de psykiatriska vårdbehoven är stora. Det gäller framför allt bland de flickor som var placerade på SiS vid undersökningstillfället.

English brief summary

In this report the findings from a survey on the psychiatric care needs of children and adolescents in compulsory residential care run by the Swedish National Board of Institutional Care (SiS) are presented. The survey is based on a previous study conducted by the Swedish National Board of Health and Welfare in 2018, which examined psychiatric care needs among children and adolescents admitted at any of SiS' facilities under the legislative Care of Young Persons Act (LVU; SFS, 1990:52). The study has now been repeated and includes adolescents who have been sentenced for severe criminal offences, in accordance with the Penal Code (BrB 1962:700, Chapter 32, 1 §), to be cared for under the Secure Youth Act (LSU; SFS, 1998:603) on the enforcement of secure youth care. Another group included in the research project were clients treated under the Care of Substance Abusers Act (LVM; SFS, 1988:870). The research project title is "Psychiatric Care Needs of Children, Adolescents, and Clients in Compulsory Residential Care run by the Swedish National Board of Institutional Care" which has been reviewed and approved by the Swedish Ethical Review Authority (ref. no. 2022-00910-01). The project is conducted in collaboration with Karolinska Institute, which also is the research principal. This report focuses on children and adolescents treated under LVU and LSU at SiS; findings on psychiatric care needs among clients will be published in a separate report (SiS ref. no.: 1.1.3-4391-2023).

The survey was conducted using a cross-sectional study design, targeting all admitted children and adolescents at SiS as of May 2, 2022. Data were collected through a web-based questionnaire completed by psychologists at SiS' youth care facilities. One questionnaire per child or adolescent was completed. The overall response rate was 56% (N=341), covering 60% of the 194 admitted females, and 53% of the 412 admitted males. The mean age of both females and males in the study was 17.3 years. Almost nine out of ten were placed under the LVU Act, while 10% were placed under the LSU Act.

The overall results indicate a high prevalence of psychiatric conditions among the children and adolescents. This outcome was anticipated, as previous research in North America and Europe, including Sweden, has shown that a significant portion of children and adolescents in compulsory care or detention have mental disorders or display psychiatric conditions (e.g. Beaudry et al., 2021; Ståhlberg et al., 2010). The co-occurrence of psychiatric conditions is also common among these children and adolescents, as evidenced by this study.

Approximately eight out of ten children and adolescents had at least one confirmed mental disorder, and more than half had at least two, indicating psychiatric comorbidity. On average, the children and adolescents had 1.7 mental disorders. The most common

disorder was ADHD/ADD, affecting six out of ten children and adolescents. ADHD/ADD was also the disorder most frequently found in combination with each of the other diagnostic categories. Following ADHD/ADD, the most common disorders were PTSD, substance use disorders, and autism spectrum disorders.

Statistically significant differences between females and males in terms of mental disorders were found: a higher proportion of females had autism spectrum disorder and/or PTSD, while a higher proportion of males were diagnosed with conduct disorder. Females also exhibited clinical symptoms (without having been diagnosed) of ADHD/ADD, borderline personality disorder, depression, PTSD, and/or anxiety disorders to a significantly higher extent than males. Other statistically significant gender differences were that, compared to males, higher proportions of females had been in a state of all of the listed acute psychiatric conditions (e.g., suicidal behavior), and higher proportions of females had received acute interventions due to acute psychiatric conditions. In comparison to the previous survey conducted by the National Board of Health and Welfare in 2018, there was a statistically significant lower percentage of individuals in an acute state of self-harm, specifically among females. None of the LSU-placed males had been in a state of any acute psychiatric conditions, or received any acute interventions for this, while approximately 10% of the LVU-placed males had these experiences.

Overall, this study highlights a high prevalence of psychiatric conditions among children and adolescents within SiS' care, indicating significant psychiatric care needs, particularly among the females placed at SiS at the time of the study.

Inledning

I denna rapport presenteras en kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar som var placerade på särskilda ungdomshem inom Statens institutionsstyrelse, SiS. Kartläggningen utgår från en undersökning som Socialstyrelsen genomförde år 2018 (Socialstyrelsen, 2019a). I den undersöktes bland annat psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar som var placerade på SiS enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU; SFS, 1990:52). Resultaten bidrog med viktig information om psykiatrisk belastning hos dem som vårdades på SiS, och har legat till grund för planering och utveckling av vård- och behandlingsverksamheten inom myndigheten.

Det är viktigt att följa utvecklingen på området för SiS målgrupper och därför fanns ett behov av att genomföra undersökningen på nytt och av att inkludera ungdomar som med stöd av brottsbalken (BrB 1962:700, 32 kap, 1 §) dömts för brott till att vårdas enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU (SFS, 1998:603). Undersökningen omfattar också klienter som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (SFS, 1988:870). Myndigheten ansåg att uppdaterad kunskap på området psykiatrisk belastning, psykiatriska vårdbehov och insatser behövdes för att inför vidare verksamhetsutveckling öka kännedom om vad medarbetarna möter i sitt dagliga arbete och för att kunna erbjuda rätt kompetenshöjande insatser. Därutöver behöver myndigheten uppdaterade kunskapsunderlag för att fortsätta arbetet med att organisera vården och samverkan med regionerna. Mot bakgrund av detta har en uppdaterad kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn, ungdomar och klienter inom SiS genomförts, med data som samlades in under sommaren 2022. Denna delrapport handlar om barn och ungdomar, medan kartläggningens delar som rör psykiatriska vårdbehov hos klienter som vårdas enligt LVM har publicerats i en annan delrapport (SiS dnr: 1.1.3-4391-2023).

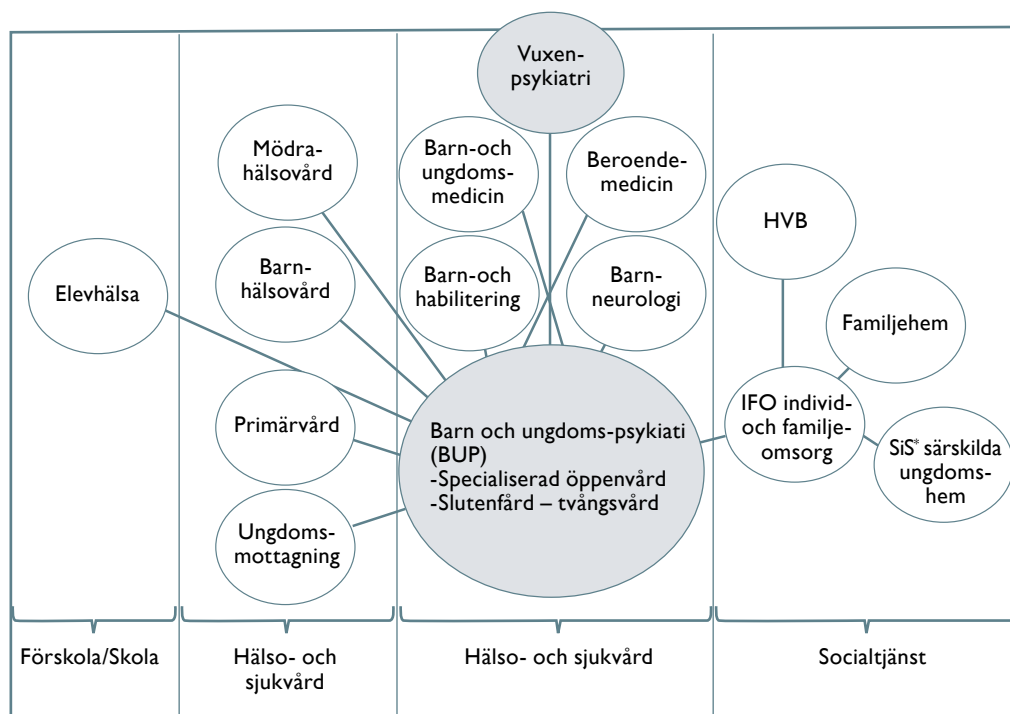
Undersökningen i sin helhet ingår i ett större forskningsprojekt, Psykiatriska vårdbehov hos tvångsplacerade barn, ungdomar och klienter (godkänd etikprövning, dnr 2022-00910-01), som genomförs med Karolinska Institutet som forskningshuvudman och samverkanspartner.

Verksamheter i Sverige som möter barns och ungas psykiska ohälsa

I det svenska samhället finns en rad olika verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa, där flera har möjlighet att erbjuda stöd och vård. Figur 1, som är lånat från Socialstyrelsens rapport Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik, visar bredden av sådana vårdmöjligheter (Socialstyrelsen, 2015). I den högra kolumnen finns verksamheter inom socialtjänsten, i vilken SiS, som tillhandahåller social

heldygnsvård, ingår. SiS har ingen lagstadgad skyldighet att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet, men SiS ungdomshem och LVM-hem ska ha tillgång till specialistläkare (ofta genom samverkan med exempelvis klinik) samt psykologisk expertis (ofta genom anställd psykolog på institution eller samverkan med klinik). Utöver detta är SiS skolor skyldiga att tillhandahålla elevhälsovård. Sammantaget innebär detta att vårdinnehållet i SiS uppdrag skiljer sig åt från exempelvis barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa



*SiS=Statens institutionsstyrelse

Figur 1. Från rapport: Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik (Socialstyrelsen, 2015).

På Socialstyrelsens webbplats för kunskapsstöd och regler redogörs för vad som ligger till grund för heldygnsvård inom psykiatri. Här framgår att frivillig psykiatrisk heldygnsvård kan vara aktuell om individen *"riskerar att skada sig själv allvarligt, inte klarar att ta hand om sig själv på grund av till exempel psykotiska symptom, eller inte kan medverka till nödvändig behandling i öppen vård"*, samt att psykiatrisk tvångsvård kan beslutas om individen *"har en allvarlig psykisk störning och behöver psykiatrisk vård dygnet runt, men motsätter sig det"* (Socialstyrelsen (2022). Grund för placering inom socialtjänstens verksamheter (hem för vård eller boende (HVB), familjehem, individ- och familjeomsorg och SiS) utgörs av

psykosociala problem, missbruk och kriminalitet. Barn och ungdomar som placeras på SiS har olika erfarenheter av vård, behandling eller terapi för psykisk ohälsa, och vissa kan helt sakna tidigare sådana erfarenheter.

Social vård och tvångsvård av barn och unga i Sverige

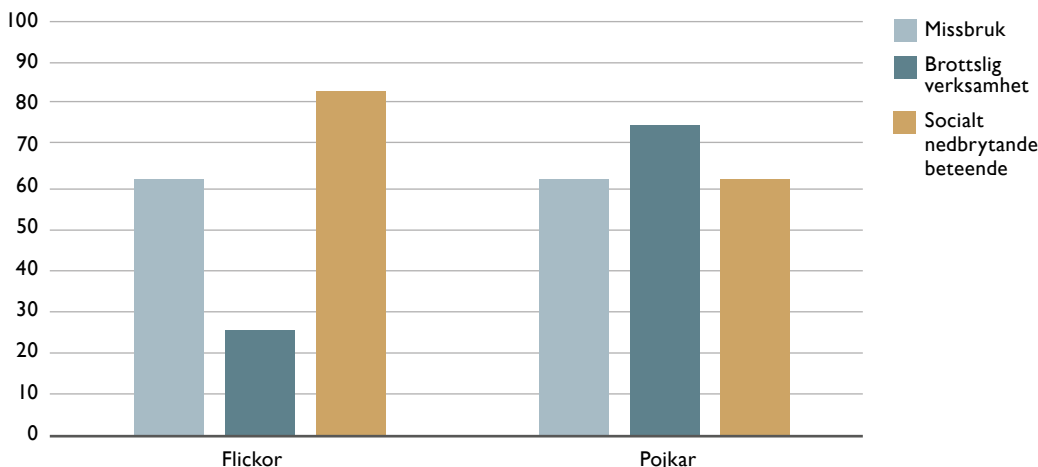
I Sverige placeras årligen cirka en procent av alla barn och ungdomar i någon form av social heldygnsvård utanför hemmet (Socialstyrelsen, 2023a). Under år 2022 erhöll 26 500 barn och unga social heldygnsvård någon gång under året (varav 53 procent var pojkar och 47 procent var flickor). Hälften av de placerade var över 15 år (Socialstyrelsen, 2023b). De flesta placeringarna i heldygnsvården under år 2022 var frivilliga (68 procent) och genomfördes med stöd av 4 § i socialtjänstlagen (2001:453), SoL (SFS, 2001:453), medan den resterande tredjedelen genomfördes med tvång enligt paragraferna 2, 3 eller 6 i LVU-lagen (1990:52).

För både frivilliga placeringar och tvångsplaceringar var under år 2022 familjehem den vanligaste placeringsformen (71 procent), med 19 200 placerade individer (hälften pojkar och hälften flickor). Den näst vanligaste formen (23 procent) var placering på HVB (av totalt 6 100 individer var 58 procent pojkar och 42 procent flickor). SiS bedriver en särskild form av HVB, som i enlighet med 12 § i LVU-lagen (1990:52) tillhandahåller individuellt anpassad social tvångsvård för barn och ungdomar som bedömts behöva stå under särskilt noggrann tillsyn. Fyra procent av alla barn och ungdomar som placerades på HVB under år 2022 placerades på SiS. Det som bland annat skiljer SiS HVB-hem från övriga HVB-hem är att personalen under vissa förutsättningar kan "använda tvångsåtgärder, så kallade särskilda befogenheter" (Socialstyrelsen, 2023a, s. 90).

Varje år placeras omkring 1 100 individer på SiS särskilda ungdomshem (ca 65 procent pojkar, 35 procent flickor). Vården kan pågå till 21 års ålder. Ungefär 30 procent av de placerade är under 15 år (SiS, 2023b). Ibland vårdas ungdomar på SiS av egen vilja med stöd av SoL (SFS, 2001:453), men det är relativt ovanligt. Rekvisiten för tvångsvård enligt 2 § LVU är omfattande missförhållanden i hemmet och enligt 3 § att ungdomen själv utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk, kriminalitet eller annat socialt nedbrytande beteende.¹ Ungdomar som placeras enligt 2 § på SiS måste även uppfylla rekvisiten i 3 § LVU (SFS, 1990:52; SiS, 2021). De rekvisit som anges för placering skiljer sig något åt för flickor och pojkar. För pojkar är placeringsorsaker främst brottslig verksamhet, missbruk och socialt nedbrytande beteende, enskilt eller tillsammans. För flickor är de främsta placeringsorsakerna socialt nedbrytande beteende, enskilt eller tillsammans med, missbruk och/eller kriminalitet (SiS, 2021), se *Figur 2*.

1. Om utredning från socialtjänsten påvisar vårdbehov i enlighet med 2 eller 3 §§ LVU, lyfter socialtjänsten frågan om tvångsvård till socialnämnden, som därefter ansöker om beslut hos förvaltningsrätten.

Placeringsorsaker, andel inom kön



Figur 2. Figur från rapport Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem 2021 (SiS, 2022b).

På SiS placeras också ungdomar i åldern 15 till 17 år som har begått allvarliga brott och som har blivit dömda för brott enligt brottsbalken, till att avtjäna påföljd som verkställs enligt LSU-lagen (SFS, 1998:603). En majoritet av dessa ungdomar är pojkar – andelen LSU-platser som är viktiga för flickor ligger på runt tre procent. Påföljd enligt LSU verkställs på särskilda behandlingsavdelningar och kan pågå upp till 21 års ålder.

SiS har avdelningar för mottagning och behovsbedömning (MBB),² där den unges vårdbehov kartläggs under åtta veckor, samt avdelningar för behandling där vårdtiden inte bestäms på förhand. Det är vanligt att barn och unga initialt placeras på MBB-avdelning, för att sedan gå vidare till vård på behandlingsavdelning. För närvarande har fyra institutioner behandlingsavdelningar som kallas Särskilt förstärkt avdelning (SFA) där barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd och/eller intellektuell funktionsnedsättning i kombination med utagerande beteende vårdas.³ Varje sådan avdelning tar emot maximalt fyra placerade.

2. Sedan 2022 kan ungdomar placeras på en avdelning för mottagning och behovsbedömning (MBB), som är en ny avdelningsform där SiS akut- och utredningsverksamhet integrerats i varandra. SiS akut- och utredningsavdelningar har fram till 2024 stegvis ersätts av avdelningar för MBB.

3. SFA riktas till en grupp med en "[...] kombination av autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning, ADHD, PTSD, självskadebeteende samt kraftigt utagerande beteende, där hot och våld även riktats mot behandlingspersonal. Vårdbehoven motsvarar delvis de som beskrivs inom LSS, personkrets 1, och återfinns både inom missbruksvården och ungdomsvården bland flickor och pojkar" (s. 2). SiS. (2022e). Utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA. En deltidsvärdering av implementering och vårdutfall vid SiS fem särskilt förstärkta vårdavdelningar. (Dnr I.1.4- 6462-2022). <https://www.stat-inst.se/globalassets/var-verksamhet/sfa/utvardering-av-arbetet-pa-de-sarskilt-forstarkta-avdelningarna-sfa.pdf>

Vårdbehoven ser olika ut för barn och ungdomar inom SiS olika vårdformer men oavsett är den psykiska ohälsan omfattande inom hela ungdomsvården, vilket tidigare undersökningar också lyft (SiS, 2022b; Socialstyrelsen, 2019a).

Psykisk ohälsa i och utanför Sverige

Psykisk ohälsa är ett utbrett folkhälsoproblem som kan orsaka lidande och nedsättning av både funktion och livskvalitet för den drabbade. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram en vägledning för enhetlig användning av begreppen på området psykisk hälsa och ohälsa (Socialstyrelsen m.fl., 2020). I vägledningen framgår att psykisk ohälsa betraktas som ett paraplybegrepp som innefattar allt från tillfälliga och lindriga psykiska besvär (t.ex. oro, sömnproblem eller nedstämdhet) till allvarlig psykisk sjukdom (t.ex. bipolär sjukdom och psykossjukdom). Vägledningen delar upp psykisk ohälsa i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd beroende på om tillståndet uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom (såsom ångest-, tvångs-, personlighets- och substansbrukssyndrom, schizofreni och psykossjukdom, samt depressiva syndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), utagerande beteende och impulskontrollstörningar) respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (såsom ADHD, autismspektrumsyndrom inklusive Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning, tics och Tourettes syndrom, specifika inlärningssvårigheter samt kommunikations- och språkstörningar). Psykisk sjukdom definieras vanligen som ett psykiskt tillstånd som kännetecknas av klinisk signifikant störning avseende kognition, beteende och känsloreglering, vilket medför lidande och nedsättning för individen i viktiga funktionsområden, såsom i sociala relationer, arbete och utbildning (World Health Organization, 2022a). Syndrom beskrivs inom medicin utgöras av en grupp symptom eller tecken som framträder samtidigt hos en individ, och som sammantaget pekar mot en viss diagnos (<https://dictionary.apa.org/syndrome>).

En undersökning från Världshälsoorganisationen, WHO, visar att under de tre senaste decennierna har andelen av världens befolkning som lever med psykisk sjukdom legat ganska stadigt runt 13 procent, och att det i höginkomstländerna är något högre andel (15 procent) (World Health Organization, 2022b). Också barn och unga riskerar att drabbas av psykisk sjukdom, och omkring åtta procent av världens barn och 14 procent av ungdomarna lever med minst en konstaterad psykisk sjukdom (World Health Organization, 2022b). I europeisk kontext framkommer samma höga förekomst av psykisk sjukdom. Enligt de 538 studier från 31 europeiska länder,⁴ som ingick i den årliga Lancet Global Burden of Disease Study (GBD), framkommer dessutom att förekomsten av psykisk sjukdom bland barn och unga har ökat under de senaste 30 åren (Castelpietra m.fl., 2022). Bland europeiska barn och ungdomar (10–19 år gamla) uppskattas förekomsten av psykisk sjukdom till mellan 16 och 17 procent (Castelpietra m.fl., 2022; UNICEF, 2021).

4. Europa/europeiska länder avser här medlemsstaterna i Europeiska unionen och åtta andra europeiska länder: Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz och Storbritannien.

Även i svenska studier har höga nivåer av psykiatriska diagnoser bland unga identifierats, och möjligen är nivåerna till och med något högre än de ovan beskrivna. En svensk registerstudie av drygt 1,4 miljoner ungdomar i åldern 15–20 år (födda mellan år 1985 och 1998), fann att 17 procent hade någon fastställd psykiatrisk diagnos – men i undersökningen ingick inte diagnoser ställda inom primärvården (Siponen m.fl., 2023). Socialstyrelsen, som löpande studerar svenska ungdomars psykiska hälsa, konstaterar att det mellan åren 2006 och 2016 skedde en fördubbling av antalet svenska ungdomar som hade minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för något psykiatriskt besvär (diagnostiserat eller odiagnostiserat), eller minst ett uttag av psykofarmaka (Socialstyrelsen, 2017). År 2016 hade runt tio procent flickor och pojkar (10–17 år) samt unga män (18–24 år) minst ett sådant vårdtillfälle, och för unga kvinnor (18–24 år) låg andelen på drygt 15 procent. Även andelen psykiatriska diagnoser som rapporterats in till Patientregistret i samband med psykiatrisk vård fördubblades under mätperioden 2008–2016, och vid den sista mätpunkten hade sex till sju procent vårdats för en registrerad diagnos (Socialstyrelsen, 2017). Bland barn och ungdomar i ålderskategorin 0–17 år hade 2,4 procent vårdats för psykiatrisk diagnos i psykiatrisk specialiserad öppenvård år 2017 (Socialstyrelsen, 2019b).

Sammantaget visar förekomsten av psykisk ohälsa bland ungdomar på vikten av att olika former av preventiva insatser tillhandahålls av olika verksamheter i samhället. För att utveckla rätt insatser och planera verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa krävs att man noga och löpande undersöker hur vanligt förekommande psykiatrisk belastning är i olika populationer och hur vanligt det är med multipla, samtidiga psykiatriska besvär, så kallad psykiatrisk samsjuklighet.

Internationella studier pekar på att den psykiatriska belastningen, på gruppnivå, bland barn och ungdomar i samhällsvård ofta är avsevärt högre än för ungdomar i normalpopulationen (Beaudry m.fl., 2021; Castelpietra m.fl., 2022; Fazel m.fl., 2008; UNICEF, 2021; World Health Organization, 2022b). För att kunna möta dessa ungdomars behov är det därför nödvändigt att verksamheterna har aktuell kunskap om förekomsten av psykiatriska tillstånd.

Psykiatrisk belastning bland barn och ungdomar i samhällsvård

I internationella studier framkommer att frihetsberövade (eng. detained) ungdomar lider av psykisk ohälsa i högre utsträckning än ungdomar i normalpopulationen. I en systematisk översikt, innehållande 47 vetenskapliga studier från 19 olika länder (Beaudry m.fl., 2021), framkom till exempel att psykisk sjukdom (psykossjukdom, uppförandestörning, ADHD, depression och PTSD) var väsentligt vanligare bland frihetsberövade ungdomar jämfört med ungdomar i normalpopulation. För flickor var depression (vilket en av fyra hade) och PTSD (en av fem) de vanligaste formerna av psykisk sjukdom, medan det för pojkar var vanligast med ADHD (vilket en av fem hade) och depression (en av tio). Översikten visade att frihetsberövade ungdomar, i jämförelse med normalpopulation, hade

högre nivåer av ADHD (17 procent mot 10 procent), depression (26 procent mot 5 procent för flickor, och 10 procent mot 5 procent för pojkar) och PTSD (18 procent mot 8 procent för flickor, och 9 mot 2 procent för pojkar). I översikten diskuterades också att andelen med ADHD och uppförandestörning var högre jämfört med en tidigare systematisk översikt och metaanalys av Fazel med kollegor (2008).

Resultat från svenska undersökningar är i linje med internationella studiers, och förekomsten av psykisk ohälsa bland ungdomar i svensk social vård förefaller vara högre än för ungdomar i normalbefolkningen. Till exempel visade en undersökning av skillnader i förskrivning av psykofarmaka mellan ungdomar som var placerade på HVB och icke-placerade ungdomar att bland HVB-placerade ungdomar i åldern 15–16 år hade sju procent fått psykofarmaka utskrivet, jämfört med två procent bland ungdomar som inte var placerade på HVB (Socialstyrelsen, 2021).

Utöver det personliga lidande som psykisk ohälsa ofta medför, för både de barn och ungdomar som är drabbade och för deras anhöriga, betungas också vården som helhet om de psykiatriska besvären lämnas obehandlade (Baker m.fl., 2007). Till exempel visade en redovisning av SiS utskrivningsintervjuer år 2021 att 75 procent av flickorna och 42 procent av pojkarna hade haft behov av vård för psykiska problem under tiden de var på SiS (SiS, 2022c).

I undersökningen av psykiatriska vårdbehov bland SiS-placerade barn och ungdomar som genomfördes av Socialstyrelsen 2018 (och som föreliggande kartläggning utgår ifrån) framkom att 71 procent av de LVU-placerade hade minst en psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsen, 2019a). Enligt undersökningen hade många barn och ungdomar uppvisat kliniska nivåer av symptom på en rad olika psykiatriska tillstånd, vilka behandlingspersonal på ungdomshemmen behöver kunna bemöta och hantera. Undersökningen visade också att 40 procent av barnen och ungdomarna någon gång under den senaste sexmånadersperioden hade befunnit sig i akuta psykiatriska tillstånd som krävt vård, där suicid- och/eller självskadebeteende var vanligast förekommande. Utöver detta hade en hög andel barn och ungdomar psykiatrisk samsjuklighet: 45 procent hade minst två ställda psykiatriska diagnoser och 20 procent hade tre eller fler (Socialstyrelsen, 2019a).

Föreliggande studie

Socialstyrelsens resultat från undersökningen av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar på SiS (Socialstyrelsen, 2019a) bidrog med viktig information för utveckling av verksamheten. Undersökningsresultat med några år på nacken tenderar dock att bli obsoleta, därför är det viktigt att uppdatera resultaten för att kunna använda aktuella uppgifter vid verksamhetsutveckling. Socialstyrelsens undersökning innefattade inte ungdomar som vårdas enligt LSU, vilket är en viktig grupp att ha kunskap om gällande psykiatrisk belastning. Föreliggande studie är en uppdaterad kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar på SiS, med målsättning att bidra till kunskapsutveckling och stärka förutsättningar för verksamhetsutveckling.

Syfte och frågeställningar

Syftet var att kartlägga psykiatriska vårdbehov och akuta vårdinsatser bland barn och ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem. Följande frågeställningar undersöktes:

- Hur vanligt förekommande är fastställda psykiatriska diagnoser och uppvisade kliniska nivåer av symptom, utan att det finns en fastställd diagnos för tillståndet?
- Hur vanligt förekommande är psykiatrisk samsjuklighet?
- Hur vanligt är det att barn och ungdomar befinner sig i akuta psykiatriska tillstånd, och erhåller akuta insatser för dessa?
- Hur vanligt är det att barn och ungdomar har pågående och planerad kontakt med BUP under tiden de vårdas på SiS?
- Är psykiatriska vårdbehov, akuta insatser och kontakt med BUP lika vanligt förekommande bland flickor och pojkar?
- Hur vanligt är det med samtidiga/parvisa fastställda diagnoser?
- Hur vanligt är det med samtidiga/parvisa kliniska symptom på psykiatriska tillstånd?
- Är psykiatriska vårdbehov och akuta insatser lika vanligt bland ungdomar som placerats enligt LSU, som bland ungdomar som placerats enligt LVU?
- Är psykiatriska vårdbehov och akuta insatser lika vanligt förekommande i föreliggande undersökning som i Socialstyrelsens undersökning år 2018?

Metod

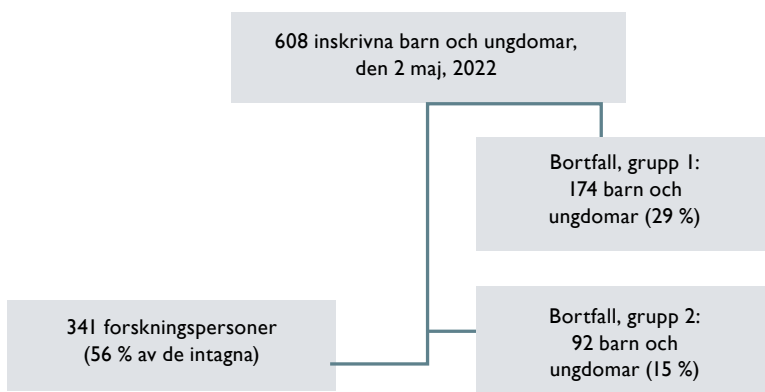
Studiedesign

Studien har en tvärsnittsdesign (eng. cross-sectional study design), vilket innebär att data inhämtas för en specifik tidpunkt. Data insamlades via webbenkäter med hjälp av psykologer på SiS.

Deltagare och bortfall

Det fanns 608 barn och ungdomar intagna vid det aktuella datumet, varav 196 (32 procent) var flickor och 412 var pojkar (68 procent). Sammanlagt besvarades enkäter för 341 forskningspersoner (en individ sorterades bort på grund av för hög angiven ålder). Bortfallet i undersökningen kan beskrivas i två grupper. Den första bortfallsgruppen bestod av 179 barn och ungdomar som psykologerna inte lämnade någon uppgift om (29 procent av de intagna barnen och ungdomarna). I denna grupp ingick ett ungdomshem med plats för 30 flickor (ca fem procent av de intagna) som avböjde medverkan på grund av underbemanning av psykologer, samt 60 barn och ungdomar som var avvikna (nära tio procent av de intagna) och som därför inte kunde informeras om studien eller neka medverkan. Den andra bortfallsgruppen bestod av 92 barn och ungdomar som aktivt avböjt medverkan, vilket motsvarade 15 procent av de intagna barnen och ungdomarna. För de barn och ungdomar som avböjt medverkan fyllde psykolog ändå i bakgrundsfrågorna, för att möjliggöra bortfallsanalys (se avsnittet Bortfallsanalys sist i Resultat). Flödesschema över inklusion och bortfall visas i *Figur 3*.

Flödesschema över studiens inklusion och bortfall



Figur 3. Antal intagna ungdomar som var aktuella för deltagande, och boxar till höger med hur många som uteblev från deltagande, och längst ner till vänster hur många som till slut deltog.

Genomförande

Data för forskningspersoner som var intagna på SiS den 2 maj 2022 samlades in via en webbenkät som psykologer anställda på SiS institutioner besvarade. Det innebär att inga barn eller ungdomar aktivt medverkade själva.

Undersökningen inleddes med att institutionschefer och psykologer på SiS särskilda ungdomshem informerades om den kommande undersökningen, samt om att den blivit godkänd av Etikprövningsmyndigheten. I informationen ombads institutionscheferna att utse en projektsamordnare på respektive institution. Psykologerna ombads att på två olika sätt informera barnen och ungdomarna om studien och dess genomförande. Dels informerades de vid ordinarie veckomöten på avdelningarna, dels genom att personal anslog ett kort informationsbrev avsett för barn och ungdomar på varje avdelning så att de kunde ta del av informationen när som helst under genomförandeperioden. Såväl i den muntliga som skriftliga informationen framgick att de barn och ungdomar som inte ville att deras data skulle samlas in till undersökningen kunde meddela detta till projektsamordnaren, eller direkt till psykologen. De forskningspersoner som psykologen bedömde hade särskilda behov fick information om studien via enskilt samtal. Om barnet/ungdomen inte bedömdes kunna föra sin egen talan informerades vårdnadshavare eller god man om studien.

För att alla avdelningar skulle hinna få ut information om undersökningen förlängdes den initiala tiden för information med en vecka. Så snart forskningspersonerna hade fått information om undersökningen tog projektsamordnarna fram listor med ärendenummer över de forskningspersoner som inte hade avböjt medverkan. Listorna gavs till respektive psykolog så att hen kunde påbörja ifyllandet av enkäterna. Enkäterna besvarades genom att psykologen via varje forskningspersons ärendenummer hämtade information från hälso- och sjukvårdsjournaler i TakeCare och SiS klientadministrativa journalsystem (KAJ). Inga uppgifter om namn, personnummer, adress, ärendenummer, namn på avdelning eller institution efterfrågades, varvid data som samlades in var avidentifierade. Inte heller efterfrågades uppgifter om den psykolog som fyllde i webbenkäterna.

Psykologerna hade drygt tre månader på sig att besvara enkäterna, efter det att datumet skjutits fram tre gånger på grund av hög arbetsbelastning på institutionerna. *Figur 4* visar tidslinjen för datainsamling.



Figur 4. Horisontell tidslinje för datainsamling i projektet

Enkätfrågor

Enkäten baserades på Socialstyrelsens version från år 2018, men med följande fem frågetillägg: vilket lagrum för placering som var aktuellt, om forskningspersonen befunnit sig i något akut psykiatriskt tillstånd (definierat som behov av omedelbar vård) de senaste sex månaderna, om forskningspersonen gjort något suicidförsök under tiden på SiS, hur många gånger forskningspersonen fått psykiatrisk vård för suicidförsök på SiS, samt antal vårddygn forskningspersonen varit inskriven på SiS. En fråga om akuta psykiatriska tillstånd justerades från Socialstyrelsens version, genom att ett av tillstånden delades upp i två: tidigare "suicidbeteende" delades upp till att efterfråga om forskningspersonerna hade haft något "suicidbeteende (utöver faktiska försök)" och något "suicidförsök".

Enkäten bestod av fyra delar. I den första delen efterfrågades bakgrundsinformation om forskningspersonens könsidentitet,⁵ födelseår och vårdform. Den andra delen avsåg frågor om förekomst av psykiatriska diagnoser och kliniska symptom. Psykologerna ombads att uppge forskningspersonens fastställda diagnoser och uppskatta i vilken grad forskningspersonen hade uppvisat psykiatriska symptom, i enlighet med diagnosmanualerna Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) och/eller International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10; World Health Organization, 2004). Förekomst av fastställda psykiatriska diagnoser undersöktes i relation till 15 olika diagnoskategorier med utgångspunkt i DSM-5 och ICD-10. Dessa manualer hanterar samma diagnoser och symptom, men använder ibland olika ord för samma tillstånd (till exempel anger DSM-5 "borderline

5. Individer som identifierar sig med annan könsidentitet än flicka eller pojke registreras vid placering hos SiS enligt sitt juridiska kön (flicka eller pojke). I föreliggande undersökning ombads psykologer att uppge ungdomens självupplevda kön.

personlighetssyndrom/BPD” medan ICD-10 anger ”emotionellt instabilt personlighets-syndrom/EIPS”). I föreliggande rapport används genomgående beteckningar enligt DSM-5 med samma formuleringar som efterfrågades i enkäten:

- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD eller ADD)
- Antisocialt personlighetssyndrom (APD)
- Autismspektrumtillstånd (AST)
- Bipolär sjukdom
- Borderline personlighetssyndrom (BPD)
- Depression
- Intellektuell funktionsnedsättning (IF)
- Missbruk/beroende (substansbrukssyndrom, SUD)
- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- Psykossjukdom
- Trotssyndrom (ODD)
- Tvångssyndrom, tics och Tourettes syndrom
- Uppförandestörning (CD)
- Ängestsyndrom-/tillstånd
- Ätstörning

För varje kategori ombads psykologen att ange eventuella fastställda diagnoser för forskningspersonen. Frågor kring symptom ställdes som om, och i vilken grad, forskningspersonen hade uppvisat symptom på någon av de 15 psykiatriska diagnoskategorierna under de senaste sex månaderna utan att någon sådan diagnos ställts. Svarsalternativen på dessa frågor var ”I mycket hög grad”, ”I hög grad”, ”I någon grad”, ”Nej”, ”Kan ej besvaras, dokumentation saknas”, och ”Kan ej besvaras av andra skäl”. Symptomskattningen baserades i första hand på information i journalsystemen TakeCare och KAJ i form av uppgifter från utredningar och utlåtanden, anteckningar med mera som upprättats inom SiS eller som inkommit från socialtjänsten eller andra vårdgivare. I de fall den dokumenterade informationen var knapphändig, ombads psykologen att uppskatta förekomst av symptom genom att väga samman befintliga uppgifter och sin kännedom om forskningspersonen.

Det tredje frågeområdet avsåg förekomst av akuta psykiatriska tillstånd under de senaste sex månaderna, samt erhållna akuta insatser inom SiS till följd av olika psykiatriska tillstånd. Akut psykiatriskt tillstånd definierades som tillstånd där barnet eller ungdomen behövt omedelbar vård. Här ombads psykologen fylla i dels om forskningspersonen befunnit sig i något akut psykiatriskt tillstånd under de senaste sex månaderna, dels vilka av följande akuta psykiatriska tillstånd det i så fall rörde sig om (suicidbeteende, suicidförsök, självskadebeteende, ätstörning, panikattack, dissociativt tillstånd, psykotiskt tillstånd, eller annat tillstånd där psykologen fick ange vad). I denna del av enkäten efterfrågades också om barnet eller ungdomen genomfört suicidförsök under placerings-

tiden på SiS, samt hur många gånger forskningspersonen hade erhållit följande insatser på SiS: suicidriskbedömning, periodisk tillsyn, ständig tillsyn, eller annan insats där psykologen uppmanades att ange vad ("Ingen gång", "1 gång", "2–5 gånger", eller "Fler än 5 gånger").

Databearbetning

Vissa av resultaten i föreliggande studie har tidigare publicerats i en promemoria (SiS, 2023a).⁶

I de första delarna i resultatavsnittet redovisas resultat för samtliga barn och ungdomar som ingår i studiepopulationen. Det innebär att både barn och ungdomar placerade enligt LVU och intagna LSU-dömda ungdomar ingår i denna redovisning. Beslutet att redovisa resultaten från de båda grupperna tillsammans baserades dels på att LSU-dömda inte är väsensskilda från den totala populationen, eftersom de ibland förekommer inom SiS ordinarie ungdomsvård i väntan på en LSU-vårdplats eller i väntan på en dom. Dels har en del av LVU-placerade ofta liknande allvarliga kriminella beteende som LSU-dömda, men utan att ha blivit dömda. I ett annat avsnitt jämförs dock LSU-dömda pojkar med LVU-placerade pojkar i samma åldersintervall, det vill säga i åldern 16–21 år.

I enkäten efterfrågades hur psykologen uppfattade att forskningspersonen identifierade sig avseende kön. I text och tabeller anges, för läsbarhetens skull, "kön", och inte könsidentitet.

Det finns ingen undre åldersgräns för barn att skrivas in på SiS, men den övre åldersgränsen är till och med 21 år och i enstaka fall kan någon ha hunnit fylla 22 år innan utskrivning verkställs. Den ålder som anges i resultaten är baserad på födelseår och hur många år forskningspersonen skulle ha fyllt innevarande kalenderår (år 2022).⁷

För diagnoskategorierna efterfrågades när forskningspersonen hade fått den aktuella diagnosen fastställd ("Under 2020–2022", "2019 eller tidigare", eller "Framgår ej när"). Ett uteblivet svar kodades som att forskningspersonen inte hade någon fastställd diagnos, medan de tre jakande svarsalternativen kodades som att det fanns en fastställd diagnos och slogs ihop till "ja". Med andra ord gjordes variabeln till en binär ja/nej-variabel.

6. Vissa resultat i föreliggande studie skiljer sig dock något åt från PM:et. Det beror på att i PM:et räknades svarsalternativ "Kan ej besvara frågan" – där psykologen av olika orsaker inte kunde besvara frågan – som "saknade värden". I föreliggande studie kategoriserades dessa svar i stället i binära variabler, exempelvis att diagnos "har angetts" och "har inte angetts", varför procentandelarna i denna rapport skiljer sig något åt från PM:et från SiS. (2023a). PM Resultatredovisning. Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS, år 2022. (Dnr I.1.3-4392-2023). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/kartlaggning-av-psykiatriska-vardbehov-bland-barn-och-ungdomar-inom-sis-ar-2022/>

7. För en del av populationen innebär det en överskattning av ålder, eftersom forskningspersoner som fyllde år efter den 2 maj då data samlades in ännu inte hunnit uppnå den faktiska åldern för den åldersgrupp som de kom att ingå i.

För att undersöka hur hög andel av forskningspersonerna utan fastställd diagnos som uppvisade kliniska nivåer av psykiatriska symptom slogs svarsalternativen "I mycket hög grad" och "I hög grad" ihop, och motsvarade klinisk nivå av uppvisade symptom. Alla symptomvariabler kodades om till ja/nej, där "ja" står för att det fanns information om att forskningspersonen hade uppvisat kliniska symptom, och "nej" för att det inte fanns någon sådan information ("nej" bestod av svarsalternativen "Nej" samt svar där psykologen av olika skäl inte kunde besvara frågan).⁸ Observera att i analyserna om kliniska psykiatriska symptom inkluderades endast forskningspersoner som inte hade en fastställd diagnos för det aktuella symptomområdet, exempelvis var forskningspersoner med ADHD/ADD-diagnos inte med i analysen för att undersöka hur vanligt förekommande det var att forskningspersoner uppvisade kliniska nivåer av ADHD/ADD-symptom, utan att ha fått en diagnos för tillståndet.

Vidare görs jämförelser med Socialstyrelsens resultat baserat på data från år 2018 (Socialstyrelsen, 2019a). Inför jämförelsen gjordes hopslagningar av vissa diagnoskategorier för att de skulle stämma överens med Socialstyrelsens diagnoskategorier. Dessa kategorier är *personlighetssyndrom*; antisocialt personlighetssyndrom och borderline personlighetssyndrom, *psykisk sjukdom*; psykosjukdom eller bipolär sjukdom, samt *övriga diagnoser* som inkluderar tvångssyndrom, Tourettes syndrom, tics och ätstörning. Uppförandestörning och trotssyndrom har slagits ihop med vad som i ICD-10 beskrivs som *uppförandestörningar* av olika slag. För att kunna jämföra resultat från år 2018 med år 2022 avseende psykiatriska tillstånd av suicid, gjordes en sammanslagning av svarsalternativen "suicidbeteende (utöver faktiska försök)", och "suicidförsök". Ätstörning och annat psykiatriskt tillstånd redovisas inte i detta avsnitt, då dessa kategorier inte fanns med i Socialstyrelsens rapport.

Alla resultat i denna studie redovisas i andelar, angivna i avrundade procent fördelat på rapporterat kön samt för hela studiepopulationen. Ett undantag är att könsidentitet "annan än flicka eller pojke" inte redovisas i tabellerna då för få individer i kategorin ökar risken för identifiering. Svar för dessa forskningspersoner ingår därför endast i redovisningen av hela studiepopulationen (anges som *Totalt* i tabellerna). Analyser för att signifikant testa eventuella skillnader mellan flickor och pojkar genomfördes med Pearson's Chi-tvåtest (för fastställda diagnoser, kliniska symptom, psykiatriska tillstånd, akuta insatser, samt vid jämförelser mellan LSU och LVU). Binära logistiska regressionser (med beroendevariabler som kan anta endast två värden) genomfördes för att undersöka sannolikhet för flickor och pojkar att vara diagnostiserade. Resultaten anges

8. I PM:et om psykiatriska vårdbehov räknades svarsalternativen gällande att psykologen av olika orsaker inte kunde besvara frågan som "saknade värden", varför procentandelarna i denna rapport skiljer sig något åt från PM:et. (SiS. (2023a). PM Resultatredovisning. Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS, år 2022. (Dnr I.1.3-4392-2023). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/kartlaggning-av-psykiatriska-vardbehov-bland-barn-och-ungdomar-inom-sis-ar-2022/>)

med signifikanta oddskvoter/sannolikheter. Vidare genomfördes Student's t -test för att undersöka eventuella könsskillnader av medelvärdet för antal fastställda diagnoser, och resultaten av analysen anges vid signifikant t -värde.

Analyser för att undersöka förekomst av parvisa/samtidiga diagnoser (exempelvis parvis/samtidig förekomst av autism och ångest), genomfördes med korstabuleringar. På samma sätt undersöktes också förekomst av parvisa/samtidiga kliniska symptom i diagnoskategorierna. Resultaten anges i tabeller med andelar. I dessa analyser ingick endast kategorier av fastställda diagnoser eller kliniska symptom om det var fler än fem individer per kategori (dvs. totalt tio individer vid två kategorier). Slutligen, för att jämföra resultat från Socialstyrelsens undersökning med denna studies gjordes z -värdestest med tvåsidigt hypotes-test av proportioner av exempelvis ställd diagnos i två olika undersökningspopulationer. Resultat som är signifikanta anges med z -värden.

Resultat

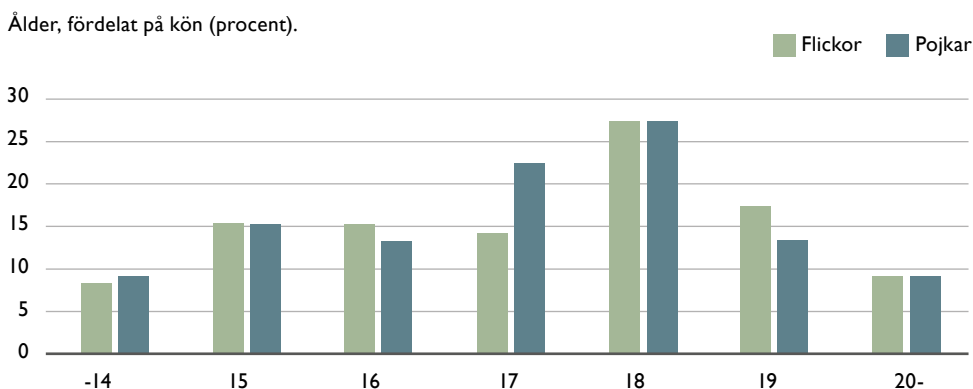
För att undvika risk för identifiering av enskilda individer återges inte resultat som rör fem individer eller färre i tabeller eller text. Resultaten räknas däremot in i totalen. Det innebär också att information som rör barn och ungdomar som psykologen uppfattade identifierade sig med annan könsidentitet än flicka eller pojke inte särredovisas, med undantag för *Tabell 1* (se nedan). För att indikera att det finns resultat som på grund av för lågt antal rapporterade individer inte redovisas annat än i totalen, anges (-). När resultat hänvisar till att ingen rapporterad individ förekommer, anges -.

Information om forskningspersonerna

Enkäter besvarades för 341 barn och ungdomar, vilket utgör 56 procent av alla intagna barn och ungdomar det aktuella datumet. För de intagna 194 flickorna besvarades enkäter för 117 (60 procent). För de 412 intagna pojkarna besvarades enkäter för 219 (53 procent).

Trettiofyra procent av de besvarade enkäterna var för flickor och 64 procent för pojkar. Eftersom flickor utgör 35 procent av alla barn och ungdomar som placeras på SiS speglar svarsfrekvensen på 34 procent den aktuella könsfördelningen väl (SiS, 2023). Den sammantaget något låga svarsfrekvensen medför att resultaten bör tolkas med viss försiktighet gällande generalisering till SiS hela barn- och ungdomspopulation.

Åldersfördelningen för flickor och pojkar var snarlika, men det vanligaste åldersspannet för pojkar var 17–18 år, medan spannet för flickor var något mer utspritt mellan 15 och 19 år. Medelåldern för både flickor och pojkar var 17,3 år. *Figur 5* visar forskningspersonernas ålder, fördelat på kön.



Figur 5. Forskningspersoners ålder, fördelat på kön.

De allra flesta forskningspersonerna (89 procent) var placerade på SiS enligt LVU. *Tabell 1* visar lagrum för placering fördelat på kön.

Tabell 1. Placering enligt lagrum, fördelat på kön. Antal och andelar (procent).

Lagrum	LVU	LSU	Totalt/kön
Flickor	115 (98)	2 (2)	117 (34)
Pojkar	184 (84)	35 (16)	219 (64)
Annan könsidentitet	5 (100)	-	5 (1)
Totalt	304 (100)	37 (100)	341 (100)

När datainsamlingen genomfördes hade cirka tio procent av forskningspersonerna varit intagna på SiS i mindre än 14 dygn, medan 41 procent hade varit intagna i fyra månader eller längre (153 vård dygn eller fler). Nära hälften av forskningspersonerna var placerade på en behandlingsavdelning. Nära sex procent var placerade på Särskilt förstärkt avdelning (SFA), inom ramen för behandlingsplacering. Jämfört med flickor, var mer än dubbelt så hög andel pojkar placerade på en akutavdelning, medan en betydligt högre andel flickor (fem gånger så hög) stod under mottagnings- och behovsbedömning (MBB). *Tabell 2* visar avdelningstyp som barnen och ungdomarna var placerade på, fördelat på kön.

Tabell 2. Avdelningstyp, fördelat på kön (procent).

Avdelning	Flicka	Pojke	Totalt
Akut	12	30	23
Utredning	10	7	8
Behandling	47	53	51
Särskilt förstärkt avdelning (SFA)	4	5	6
Mottagning och behovsbedömning (MBB)	27	5	12
	100	100	100

Psykiatriska tillstånd och kliniska symptom

Den allra vanligaste fastställda diagnosen både för flickor och pojkar var ADHD/ADD-diagnos (tre av fem barn och ungdomar hade denna diagnos), följt av diagnos för substansbrukssyndrom, PTSD och autismspektrumtillstånd. I samtliga dessa kategorier hade fler flickor än pojkar en ställd diagnos, pojkarna hade endast högre förekomst avseende uppförandestörning. Pearson's Chi-tvåtester visade statistiskt säkerställda skillnader (eg. signifikanta skillnader) mellan flickor och pojkar avseende autismspektrumtillstånd och PTSD, där flickor i båda fallen i högre grad hade dessa diagnoser, samt att högre andel pojkar än flickor var diagnostiserade med uppförandestörning.

Vidare visar resultaten att mellan cirka 20 och 30 procent av barnen och ungdomarna hade uppvisat kliniska symptom på diagnoskategorierna ADHD/ADD, substansbrukssyndrom, uppförandestörning, trotssyndrom och PTSD, utan att vara diagnostiserade för tillståndet.

Det fanns några signifikanta skillnader mellan flickor och pojkar, där högre andelar flickor hade uppvisat kliniska symptom på ADHD/ADD, borderline personlighetssyndrom, depression, PTSD och ångestsyndrom.

I Tabell 3 visas fastställda diagnoser, samt uppvisade kliniska symptom i samma diagnos-kategorier som forskningspersonerna hade uppvisat under de senaste sex månaderna utan att vara diagnostiserade för det aktuella tillståndet.

Tabell 3. Psykiatriska fastställda diagnoser och uppvisade kliniska symptom för gruppen utan fastställd diagnos, fördelat på kön och totalt (procent), samt Pearson's Chi-tvåtester för könsskillnader.⁹

Psykiatrisk diagnos och symptom	Flickor		Pojkar		Totalt	
	Diagnos	Symptom	Diagnos	Symptom	Diagnos	Symptom
ADHD eller ADD	63	29**	59	11	60	17 (n=134)
Antisocialt personlighetssyndrom	(-)	9	(-)	7	(-)	8 (n=331)
Autismspektrumtillstånd	25*	8	14	3	18	6 (n=276)
Bipolär sjukdom	-	(-)	-	-	-	(-) (n=336)
Borderline personlighetssyndrom	5	23***	-	(-)	2	9 (n=330)
Depression	14	20***	8	3	10	9 (n=303)
Intellektuell funktionsnedsättning	9	(-)	6	(-)	7	(-) (n=314)
PTSD	28**	36**	14	14	19	21 (n=272)
Psykossjukdom	(-)	(-)	(-)	-	(-)	(-) (n=332)
Substansbrukssyndrom	22	30	17	29	19	29 (n=273)
Trotssyndrom	12	18	7	12	9	14 (n=307)
Tvångssyndrom, tics, Tourettes syndrom	(-)	(-)	(-)	(-)	3	(-) (n=327)
Uppförandestörning	7	19	14*	22	12	21 (n= 297)
Ångestsyndrom	12	43***	7	11	9	22 (n=307)
Ätstörning	(-)	(-)	-	-	(-)	(-) (n=332)

Notera. Substansbrukssyndrom inkluderar missbruk/beroende. n=antal i analysen. I totalen ingår även gruppen med annan könsidentitet än flicka eller pojke. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer: - anges när ingen rapporterad individ förekommer. Nivåer för signifikanta för skillnader mellan kön: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

9. Pearson's Chi-tvåtest (χ^2) för könsskillnad i ställda diagnoser:

autism (χ^2 (df 1) = 5.88, $p < .05$), PTSD (χ^2 (df 1) = 9.73, $p < .01$) (χ^2 (df 1) = 5.88, $p < .05$), uppförandestörning (χ^2 (df 1) = 3.98, $p < .05$), och kliniska symptom:

ADHD/ADD (χ^2 (df 1) = 7.06, $p < .01$), borderline (χ^2 (df 1) = 48.07, $p < .001$), depression (χ^2 (df 1) = 22.14, $p < .001$), PTSD (χ^2 (df 1) = 15.98, $p < .001$), ångest (χ^2 (df 1) = 41.36, $p < .001$).

Bland forskningspersonerna hade 79 procent minst en psykiatrisk diagnos. Psykiatrisk samsjuklighet förekom bland 70 procent av flickorna och bland 47 procent av pojkarna. För flickor var det vanligast att ha två diagnoser, medan det för pojkar var vanligast att ha en diagnos. I genomsnitt hade barn och ungdomar 1,7 diagnoser ($sd = 1,4$). Flickors genomsnittliga antal fastställda psykiatriska diagnoser var signifikant högre ($m = 2,1$, $sd = 1,4$) jämfört med pojkars ($m = 1,6$, $sd = 1,3$).¹⁰

I Tabell 4 visas antal fastställda psykiatriska diagnoser, angivet i andelar för flickor, pojkar och totalt.

Tabell 4. Antal fastställda psykiatriska diagnoser, fördelat på kön (procent).¹¹

Antal diagnoser	Flickor	Pojkar	Totalt
0	16	23	21
1	14	30	24
2	33	23	27
3	19	13	15
4	13	8	10
5	(-)	3	3
6	(-)	(-)	(-)

Notera. I totalt ingår också gruppen med annan könsidentitet än flicka eller pojke. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer.

För att undersöka om det var högre sannolikhet att något av könen hade fler fastställda diagnoser jämfört med det andra könet, genomfördes en logistisk regressionsanalys. Resultaten visade att det var signifikant högre odds att flickor hade flera diagnoser, jämfört med pojkar.¹²

Resultaten visar att många diagnoser förekom tillsammans med andra diagnoser. Sådana parvisa/samtida diagnoser var vanliga inom både neuropsykiatriska tillstånd, internaliserade tillstånd och externaliserade tillstånd, men även mellan dessa diagnosgrupperingar.

ADHD/ADD var det vanligaste samtida tillståndet: hos forskningspersonerna med autismspektrumtillstånd, depression, intellektuell funktionsnedsättning, substansbruksyndrom, PTSD, uppförandestörning, trotssyndrom eller ångestsyndrom hade 55 till 93 procent även ADHD/ADD.

10. Test för medelvärdesskillnad mellan flickor och pojkar: Student's t-test: $t = 3.47$, $df = 333$, konfidensintervall (0.23, 0.84), $p < .001$.

11. På grund av beräkningsfel i SiS. (2023a). PM Resultatredovisning. Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS, år 2022. (Dnr I.1.3-4392-2023). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/kartlaggning-av-psykiatriska-vardbehov-bland-barn-och-ungdomar-inom-sis-ar-2022/>, har andelarna här räknats upp med någon procentenhet per antal diagnoser.

12. Logistisk regression för test av sannolikhet att flickor hade fler ställda diagnoser än pojkar: $OR = 1.33$, $p = .001$ (CI ExP (B) 1.11 – 1.53), Nagelkerke $R^2 = .04$.

Tabell 5 visar parvis/samtidig förekomst av diagnostiserade psykiatriska tillstånd. Tabellen läses radvis från vänster, och visar exempelvis att bland forskningspersonerna med depression hade 76 procent även ADHD, och att 42 procent av dem med depression även hade substansbrukssyndrom.

Tabell 5. Samtidiga förekomster av fastställda diagnoser (procent).

Diagnos-kategorier	ADHD/ADD	Autism	Depression	IF	SUD	Trauma/PTSD	CD	Trots	Ångest
ADHD/ADD		23	12	7	17	23	14	13	10
Autism	77				16	23	16		
Depression	76				42	30			39
IF	56								
SUD	55	16	22			27			23
PTSD	73	22	16		27				
CD	71	24							
Trots	93								
Ångest	67		43		50				

Notera. Endast diagnoskategorier där det fanns samtidig förekomst med över tio individer redovisas, sålunda ej antisocialt personlighetssyndrom, bipolär sjukdom, borderline personlighetssyndrom, psykosjukdom, tvångssyndrom eller ätstörningssyndrom.

Förkortningar i tabellen: Autism=autismspektrumtillstånd. IF=intellektuell funktionsnedsättning. SUD=missbruk/beroende. PTSD=posttraumatiskt stressyndrom. CD=uppförandestörning. Trots=trotssyndrom.

Ångest=ångestsyndrom.

På samma sätt som för fastställda diagnoser undersöktes samtidiga förekomster av uppvisade kliniska symptom. Vissa kliniska symptom förekom oftare samtidigt med andra kliniska symptom, än andra. Dessa var PTSD, ångestsyndrom, uppförandestörning, trotssyndrom och substansbrukssyndrom. PTSD och ångestsyndrom (två av diagnoskategorierna inom internaliserade symptom) förekom samtidigt med de flesta andra kliniska symptomen, såsom substansbrukssyndrom, depression och uppförandestörning. Även trotssyndrom och uppförandestörning, som bland annat utgör externaliserade symptom, förekom ofta samtidigt med substansbrukssyndrom. Tre framträdande samtidiga förekomster var kliniska symptom på borderline personlighetssyndrom och ångestsyndrom (68 procent), ADHD/ADD och PTSD (65 procent) samt samtidig förekomst av depression och PTSD (67 procent). Tabell 6 visar samtidig förekomst av uppvisade kliniska symptom.

Tabell 6. Samtidig förekomster av uppvisade kliniska symptom (procent).

Diagnos-kategorier	ADHD/ADD	APD	BPD	Depression	Trauma/PTSD	SUD	Trots	CD	Ångest
ADHD/ADD					65				
APD								50	
BPD									68
Depression					67				61
PTSD	46			26		36	32	36	56
SUD					27		19	39	26
Trots					42	36		58	27
CD		16			33	48	41		23
Ångest			27	25	63	34	20	23	

Notera. Endast samtidig förekomst av kliniska symptom med fler än tio individer redovisas, sålunda ej autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning, psykosjukdom, tvångssyndrom eller ätstörningssyndrom. Förkortningar i tabellen: APD=antisocialt personlighetssyndrom. BPD=borderline personlighetssyndrom. SUD=missbruk/beroende. PTSD=posttraumatiskt stressyndrom. CD=uppförandestörning. Ångest=ångestsyndrom. På grund av för få individer med bipolära symptom redovisas inte dessa.

Aktuell barn- och ungdomspsykiatri, akuta psykiatriska tillstånd och erhållna insatser

Drygt 44 procent flickor och 24 procent pojkar hade en pågående och planerad eller regelbunden kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP), en könsskillnad som var signifikant.¹³ Det var högre sannolikhet att både flickor och pojkar hade kontakt med BUP, ju fler ställda diagnoser de hade.¹⁴

Drygt en av fem (22 procent) forskningspersoner hade befunnit sig i minst ett akut psykiatriskt tillstånd som krävt vård, under de senaste sex månaderna. När resultatet fördelades på kön framkom några signifikanta skillnader: bland flickor hade 47 procent befunnit sig i ett sådant tillstånd det senaste halvåret, och bland pojkar var det tio procent.¹⁵ Även för varje enskilt akut psykiatriskt tillstånd (suicidbeteende och -försök, självskada, panikattack, dissociativt tillstånd och psykotiskt tillstånd) var det signifikant högre andelar flickor som hade befunnit sig i akuta tillstånd, jämfört med pojkar. Sammantaget visar resultaten könsskillnader där flickor, i signifikant högre utsträckning än pojkar, befunnit sig i akuta psykiatriska tillstånd. Tabell 7 visar andelar (procent) forskningspersoner som befunnit sig i akuta psykiatriska tillstånd, fördelat på kön och totalt.

13. Pearson's Chi-tvåtest (χ^2) för könsskillnad av pågående och planerad kontakt med BUP (χ^2 (df 2) = 15.64, $p < .001$).

14. Logistisk regressionstest för sannolikhet för BUP-kontakt med antal diagnoser som prediktor (OR = 1.30, $p < .001$ [konfidensintervall 1.11, 1.53], $R^2_N = .044$).

15. Pearson's Chi-tvåtest (χ^2) för könsskillnad av att ha befunnit sig i akut psykiatriskt tillstånd, de senaste sex månaderna (χ^2 (df 1) = 59.11, $p < .001$).

Tabell 7. Akuta psykiatriska tillstånd under de senaste 6 månaderna, fördelat på kön (procent).

Akut tillstånd	Flickor	Pojkar	Totalt
Suicidbeteende	19***	(-)	7
Suicidförsök	16***	(-)	6
Självskada	15***	(-)	6
Ätstörning	(-)	-	
Panikattack	7*	(-)	3
Dissociativt tillstånd	5*	(-)	2
Psykotiskt tillstånd	8***	(-)	3
Annat psykiatriskt tillstånd	4	(-)	3

Notera. I totalt ingår också gruppen med annan könsidentitet än flicka eller pojke. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer. - anges när ingen rapporterad individ förekommer. Nivåer för signifikanta skillnader: * $p < .05$. och *** $p < .001$.

Det var signifikant fler flickor än pojkar som hade erhållit akuta insatser på grund av psykiatriskt tillstånd.¹⁶ Totalt hade 38 procent flickor och sju procent pojkar fått någon sådan insats. Tabell 8 visar hur stor andel av och hur ofta forskningspersonerna erhållit någon av de listade akuta insatserna inom SiS, till följd av psykiatriska tillstånd under de senaste sex månaderna.

16. Chi-tvåtest för könsskillnad, erhållit akut insats (χ^2 (df 1) = 49.8, $p < .001$).

Tabell 8. Akuta psykiatriska insatser på SiS, fördelat på kön (procent), samt Pearson's Chi-tvåtest för könsskillnader.^{17 och 18}

Typ av insats	Antal tillfällen	Flickor	Pojkar	Totalt
Suicidbedömning	1	16	(-)	6
	2–5	14	3	6
	>5	5	-	2
Totalt, suicidbedömning		35***	5	15
Periodisk tillsyn	1	11	(-)	4
	2–5	9	(-)	4
	>5	6	(-)	2
Totalt, periodisk tillsyn		26***	2	11
Ständig tillsyn	1	(-)	(-)	(-)
	2–5	7	(-)	3
	>5	5	(-)	3
Totalt, ständig tillsyn		15***	3	7
Annan vårdinsats	1	(-)	(-)	2
	2–5	(-)	-	-
	>5	5	(-)	2
Totalt, annan vårdinsats		9*	(-)	4
Totalt, insatser på SiS		38***	7	18

Notera. I totalt ingår också gruppen med annan könsidentitet än flicka eller pojke. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer: - anges när ingen rapporterad individ förekommer.

Nivåer för signifikanta skillnader: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ och *** $p < 0.001$.

Jämförelser mellan LSU- och LVU-placerade pojkar år 2022

Vid datainsamling var det 64 intagna ungdomar som var dömda till vård enligt LSU. Av dessa var tre avvika eller frånvarande, varvid 61 ungdomar kunde informeras om studien. Enkäter besvarades för 37 ungdomar, varav två var flickor vilka inte ingår i redovisningen på grund av risken för identifiering. Enkäter för 35 pojkar (59 procent av den intagna LSU-populationen) ingår därför i redovisningen.

Resultaten för 35 LSU-placerade pojkar jämförs här med resultaten för 148 LVU-placerade pojkar, som var inom samma åldersspann (16–21 år). Medelåldern för LSU-placerade var 18,6 år ($sd = 1,14$) och för LVU-placerade 17,6 år ($sd = 1,18$). Den högsta andelen LVU-pojar var placerade på behandlings- eller akutavdelning. LSU-dömda verkställer alltid påföljd på behandlingsavdelning. *Tabell 9* visar vilken avdelningstyp som pojkar inom LSU och LVU var placerade på.

17. I ett tidigare publicerat PM (SiS. (2023a). PM Resultatredovisning. Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS, år 2022. (Dnr 1.1.3-4392-2023). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/kartlaggning-av-psykiatriska-vardbehov-bland-barn-och-ungdomar-inom-sis-ar-2022/>), förekommer ett fel i tabellen om akuta psykiatriska insatser på SiS, där siffrorna för periodisk respektive ständig tillsyn felaktigt bytt plats. Siffrorna som presenteras i denna tabell är korrekta.

18. Pearson's Chi-tvåtest (χ^2) för könsskillnad av att ha fått akuta insatser på SiS, under de senaste sex månaderna: suicidbedömning (χ^2 (df 1) = 55.02, $p < 0.001$), periodisk tillsyn (χ^2 (df 1) = 46.73, $p < 0.001$), ständig tillsyn (χ^2 (df 1) = 16.62, $p < 0.001$), annan insats (χ^2 (df 1) = 8.63, $p < 0.05$), totalt, insatser på SiS (χ^2 (df 1) = 49.84, $p < 0.001$).

Tabell 9. Avdelningstyp som pojkar var placerade på, fördelat på LSU och LVU (procent).

Vårdform	LSU	LVU
Akuttjänst	-	37
Utredning	-	10
Behandling	100	49
Mottagning och behovsbedömning (MBB)	-	3
	100	100

Den vanligaste fastställda diagnosen för båda grupperna var ADHD/ADD, vilket nära hälften av LSU-placerade och drygt hälften av LVU-placerade hade. Lika stora andelar bland LSU- och LVU-placerade var diagnostiserade med uppförandestörning. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan LSU- och LVU-pojar avseende andelar med fastställda diagnoser.

Avseende kliniska symptom, visar resultaten att det var vanligare att LVU-placerade hade uppvisat kliniska symptom på psykiatriska tillstånd, förutom för antisocialt personlighetsyndrom där en något högre andel bland LSU-placerade hade uppvisat kliniska symptom. *Tabell 10* visar andelar psykiatriska diagnoser och kliniska symptom för LSU- respektive LVU-placerade pojkar.

Tabell 10. Fastställda psykiatriska diagnoser, och uppvisade kliniska symptom för gruppen utan fastställd diagnos, fördelat på LSU respektive LVU (procent).

Psykiatrisk diagnos	LSU		LVU	
	Diagnos	Symptom	Diagnos	Symptom
ADHD eller ADD	49	(-)	60	8
Antisocialt personlighetsyndrom	(-)	16	(-)	7
Autismspektrumtillstånd	(-)	-	15	(-)
Bipolär sjukdom	-	-	-	-
Borderline	-	-	-	(-)
Depression	14	(-)	7	4
IF	-	-	7	(-)
PTSD	(-)	(-)	16	10
Psykosjukdom	-	-	(-)	-
Substansbrukssyndrom	23	(-)	16	33
Trotssyndrom	(-)	-	3	(-)
Tvångssyndrom, tics, Tourettes syndrom	(-)	(-)	7	12
Uppförandestörning	14	20	14	20
Ångesttillstånd	(-)	(-)	6	10
Ätstörning	(-)	(-)	-	-

Notera. IF=intellektuell funktionsnedsättning. Substansbrukssyndrom inkluderar missbruk/beroende. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer: - anges när ingen individ förekommer.

Bland LSU-placerade pojkar hade 69 procent minst en fastställd diagnos, medan motsvarande andel för LVU-placerade pojkar var 78 procent. Psykiatrisk samsjuklighet förekom hos 46 procent av både LSU- och LVU-placerade pojkar. Jämfört med LSU-placerade, var det en högre andel LVU-placerade som hade fyra eller fler diagnoser. I genomsnitt hade LVU-placerade 1,7 diagnoser ($sd = 1,4$) och LSU-placerade pojkar hade 1,5 fastställda diagnoser ($sd = 1,4$). *Tabell 11* visar andelar LSU- respektive LVU-placerade pojkars antal diagnoser. Det var ingen signifikant skillnad mellan LSU-dömda och LVU-placerade avseende antal fastställda diagnoser.

Tabell 11. Antal psykiatriska diagnoser för LSU- respektive LVU-placerade pojkar (procent).

Antal diagnoser	LSU	LVU
0	31	22
1	23	32
2	26	20
3	11	14
4	(-)	8
5	(-)	(-)
6	-	(-)

Notera. IF=intellektuell funktionsnedsättning. Substansbrukssyndrom inkluderar missbruk/beroende. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer. - anges när ingen individ förekommer.

Bland LVU-placerade hade var tionde pojke under de senaste sex månaderna erfart minst ett akut psykiatriskt tillstånd som krävt omedelbar vård – en signifikant högre andel jämfört med LSU-pojkar (0%),¹⁹ vilka heller inte hade erhållit akuta insatser inom SiS för olika psykiatriska tillstånd. Bland LVU-placerade pojkar hade nio procent fått någon akut insats från SiS på grund av akut psykiatriskt tillstånd under de senaste sex månaderna. Fem eller färre LVU-placerade pojkar hade genomfört suicidförsök under tiden de var placerade på SiS, vilket ingen av LSU-placerade pojkar hade gjort.

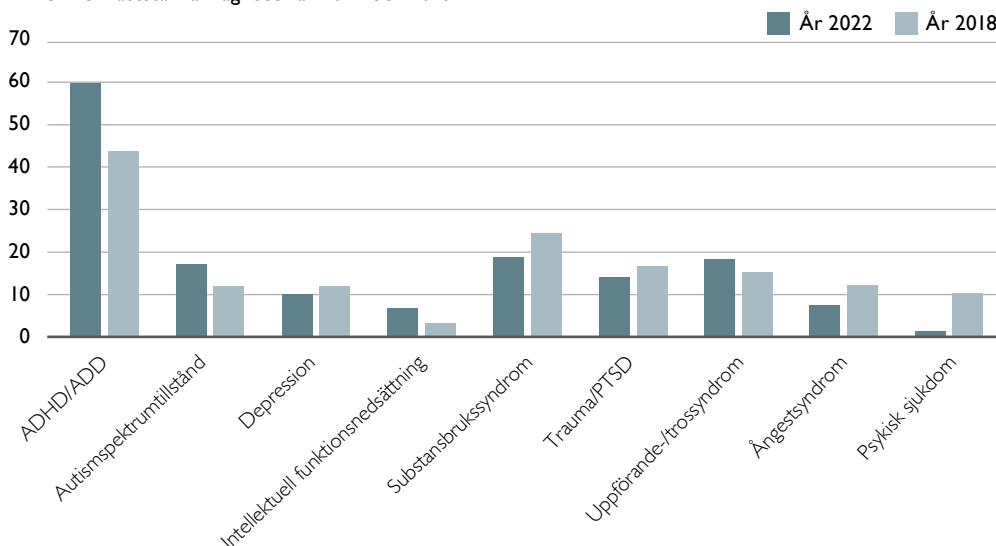
Jämförelse med Socialstyrelsens undersökning år 2018

För att undersöka om andelar barn och ungdomar med fastställda diagnoser år 2018 skiljde sig signifikant åt från år 2022, per diagnoskategori samt avseende psykiatrisk samsjuklighet, genomfördes z-värdestester med tvåvägs hypotest. Resultaten visar att det inte fanns några signifikanta skillnader i den totala gruppen ungdomar. En signifikant högre andel flickor hade diagnosen uppförandestörning år 2022: 7 procent år 2022 mot 0 procent år 2018.²⁰ Det fanns inga signifikanta skillnader mellan år 2018 och år 2022 avseende ungdomar med minst en fastställd diagnos, pojkar med fastställda diagnoser, eller ungdomar med psykiatrisk samsjuklighet. *Figur 6* visar andelar forskningspersoner med ställda psykiatriska diagnoser och kliniska symptom, år 2018 och 2022.

19. Pearson's Chi-tvåtest för skillnad mellan LVU och LSU (χ^2 (df 1) = 3.87, $p < .05$).

20. Z-värdestester med tvåvägs hypotest för skillnader mellan flickor år 2018 och 2022 ($z = 2.53$, $p = .011$).

Andel med fastställda diagnoser år 2022 och 2018



Figur 6. Fastställda diagnoser år 2018 och år 2022 (procent).

År 2018 hade 40 procent barn och ungdomar befunnit sig i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna, medan detta rapporterades för 22 procent år 2022. Denna skillnad, det vill säga att det var 18 procentenheter lägre andel år 2022 jämfört med år 2018, var signifikant.²¹ Överlag rapporterades lägre förekomst av de listade akuta tillstånden år 2022 jämfört med år 2018. Signifikant färre ungdomar hade haft akut psykiatriskt tillstånd med självskada år 2022: 17 procent år 2018 jämfört med 6 procent år 2022.²² Denna skillnad utgjordes av att andelen flickor som självskadat var lägre: 35 procent jämfört med 15 procent.²³ Det fanns inga övriga signifikanta skillnader. *Tabell 12* visar akuta psykiatriska tillstånd år 2018 och år 2022, totalt samt fördelat på kön.

21. Z-värdestest med tvåvägs hypotestest för skillnader mellan år 2018 och 2022: något akut tillstånd ($z = 2,88$, $p < .05$).

22. Z-värdestest med tvåvägs hypotestest för skillnader mellan år 2018 och 2022: självskada ($z = 2,58$, $p < .01$).

23. Z-värdestest med tvåvägs hypotestest för skillnader mellan flickor år 2018 och 2022: självskada ($z = 3,69$, $p < .05$).

Tabell 12. Akuta psykiatriska tillstånd år 2018 och år 2022, uppdelat på flickor och pojkar (procent).

Akut psykiatriskt tillstånd	Flickor		Pojkar		Totalt	
	2018 a	2022	2018 a	2022	2018 a	2022
Suicidbeteende och -försök	31	35	10	(-)	17	13
Självskada	35*	15	8	(-)	17**	6
Panikattack	14	7	6	(-)	9	3
Dissociativt tillstånd	(-)	5	(-)	(-)	6	2
Psykotiskt tillstånd	(-)	8	(-)	(-)	6	3

Notera. ^a 2018 avser Socialstyrelsens rapport (publicerad år 2019). I totalt ingår också gruppen med annan könsidentitet än flicka eller pojke. (-) anges när resultatet är kopplat till under fem individer. Nivåer för signifikanta skillnader: * $p < .05$. och ** $p < .01$.

Bortfallsanalys

Bortfallet i undersökningen består dels av individer som inte velat att deras data ska ingå i undersökningen och som psykologen registrerat bakgrundsinformation för i svarsformuläret, dels av intagna individer som det helt saknas information om. Nedan redovisas den del av bortfallet som det finns data för, det vill säga data från bakgrundsfrågorna i enkäten.

Bortfallet bestod av 29 flickor (31,5 procent) och 63 pojkar (68,5 procent). Könsfördelningen i bortfallet speglar både studiepopulationen och barn- och ungdomspopulation på SiS. Det var inga signifikanta skillnader mellan bortfallet och studiepopulationen. I studiepopulationen var 23 procent 15 år eller yngre, och i bortfallet nio procent. Skillnaden mellan studie- och bortfallspopulationen var inte signifikant.

Det var inga signifikanta skillnader mellan bortfalls- och studiepopulation avseende kön och placering enligt LVU eller LSU. Däremot var en signifikant högre andel ungdomar i studiepopulationen placerade på SFA-, utrednings- eller behandlingsavdelning, jämfört med bortfallspopulationen.²⁴

Sammantaget skiljde sig bortfalls- och studiepopulationerna åt då det gällde vilken avdelningstyp de var intagna på, medan kön, ålder och lagrum för placering fördelade sig någorlunda lika i de båda populationerna.

24. Pearson's Chi-tvåtest för jämförelse mellan bortfalls- och studiepopulation avseende vilken tjänst de var vid: $\chi^2 (df=4) 12.67, p < .05$.

Diskussion

Denna rapport har presenterat resultaten från en kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem år 2022. Det var psykologerna på SiS ungdomshem som via webben besvarade en enkät per barn/ungdom. Totalt besvarades enkäter för 56 procent av de barn och ungdomar som var intagna (60 procent av de intagna flickorna och 53 procent av de intagna pojkarna). Den något låga svarsfrekvensen, särskilt gällande pojkar, medför att resultaten bör tolkas med viss försiktighet avseende generalisering till SiS hela barn- och ungdomspopulation.

Både internationella och svenska mätningar visar på en förekomst av psykisk ohälsa på runt 8–17 procent bland barn och ungdomar i normalpopulation (Castelpietra m.fl., 2022; Socialstyrelsen, 2017, 2019b; UNICEF, 2021; World Health Organization, 2022b). Studier av frihetsberövade barn och unga tydliggör att den psykiska ohälsan förekommer i högre utsträckning bland dem jämfört med barn och unga i normalpopulation (se till exempel översiktsstudierna av Beaudry m.fl (2021); Colins m.fl (2010); Fazel m.fl (2008) och Seker m.fl (2022)). Baserat på tidigare forskningsresultat var det därför väntat att andelen barn och ungdomar med psykiatriska tillstånd i denna studie skulle vara hög. Resultaten visar att en stor del av de barn och ungdomar som vårdas på SiS har omfattande psykiatriska vårdbehov. Fyra av fem hade minst en fastställd diagnos och psykiatrisk samsjuklighet förekom hos tre av fem. För LSU- och LVU-placerade pojkar i åldern 16–21 år förekom psykiatrisk samsjuklighet hos nästan hälften. Jämfört med pojkar var det vanligare att flickor både hade fastställda diagnoser och uppvisade kliniska nivåer av symptom, utan att vara diagnostiserade. Flera av dessa skillnader var signifikant säkerställda. Endast avseende uppförandestörning var det signifikant fler pojkar som både hade en fastställd diagnos och uppvisade kliniska nivåer av symptom. Flickor hade också erhållit merparten av akuta insatser på SiS.

Jämfört med de tidigare redovisade översiktsstudierna skiljer sig merparten av diagnoskategorierna endast med några få procentenheter från denna studie – men i vissa diagnoskategorier är nivåerna påtagligt olika. I följande avsnitt diskuteras studiens resultat och sätts i relation till tidigare svensk och internationell forskning. I internationella studier skiljer sig populationerna till viss del åt från populationen i denna studie, då tvångsvård för barn och ungdomar är organiserad på olika sätt i olika länder.

ADHD/ADD och uppförandestörning

Ett framträdande resultat i föreliggande studie är den höga förekomsten av ADHD/ADD – 60 procent av de LVU-placerade och 49 procent av de LSU-placerade ungdomarna hade diagnostiserats med ADHD/ADD. Hög förekomst av ADHD/ADD bland barn och

ungdomar på SiS har identifierats tidigare, till exempel i Socialstyrelsens resultat från 2018 och i en studie av Ståhlberg med kollegor från år 2010 (44 respektive 48 procent; Socialstyrelsen, 2019a; Ståhlberg m.fl., 2010).

Ur ett globalt perspektiv är det välbelagt att förekomsten av ADHD bland barn och ungdomar har legat stabilt över tid, på strax under sex procent de senaste tre decennierna (exempelvis sammanfattat i The World Federation of ADHD International Consensus Statement; Faraone m.fl., 2021; Polanczyk m.fl., 2014).²⁵ Förekomsten innefattar såväl diagnostiserad som odiagnostiserad ADHD. Avseende diagnostiserad ADHD i normalpopulation har en ökande trend identifierats i såväl större svenska studier (Giacobini m.fl., 2018; Rydell m.fl., 2018) som i stora amerikanska studier (Xu m.fl., 2018). Även internationella studier av frihetsberövade populationer har funnit en ökning av andelen med diagnostiserad ADHD över tid (Beaudry m.fl., 2021; Colins m.fl., 2010; Fazel m.fl., 2008). I den systematiska översikten och metaanalysen av Beaudry med kollegor (2021) diskuteras att andelen med diagnostiserad ADHD var högre jämfört med resultaten i den systematiska översikten av Fazel med kollegor (2008) samt att jämförelser indikerar att ökningen av ADHD bland frihetsberövade inte återfanns inom normalpopulation (Beaudry m.fl., 2021).

Sammanfattat så förefaller förekomsten av ADHD i normalpopulation inte ha ökat över tid, men däremot har sannolikheten att bli diagnostiserad med ADHD ökat, vilket även bekräftas i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

I en rapport från Socialstyrelsen år 2014 diskuteras den förmodade ökningen av diagnostiserad ADHD bland annat utifrån samhällsförändringar, förändrade arbetssätt i skolan samt ökade krav på diagnos för extra resurs till elever, ökad klinisk medvetenhet, lanseeringsaktiviteter för nya läkemedel samt förändrade diagnoskriterier mellan manualerna DSM-5 och DSM-IV (Carlberg, 2014). Även inom forskningen diskuteras en förmodad ökning av diagnostiserad ADHD utifrån förändringar i klinisk praxis och administration – också inom tvångsvårdande institutioner (Beaudry m.fl., 2021; Giacobini m.fl., 2018). En kombination av ett förbättrat arbete med att både registrera diagnoser och överlag ökad kunskap om ADHD, samt förändrade diagnoskriterier beskrivs ofta som anledningen till

25. Förekomst av odiagnostiserade tillstånd mäts vanligen med validerade skattningsskalor som besvaras av exempelvis föräldrar eller lärare, eller genom standardiserade diagnostiska procedurer/utredningar på slumpmässiga eller representativa grupper. Se exempelvis:

Polanczyk, G.V., m.fl. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>, eller Rydell, M., m.fl. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 863–871. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.12882>, eller Ståhlberg, O., m.fl. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 893–903. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0137-1>.

ökningen, snarare än en faktisk ökning av förekomsten av ADHD (Carlberg, 2014; Rydell m.fl., 2018; Willcutt m.fl., 2012). Sveriges förhållandevis tillgängliga allmän- och specialistvård torde åtminstone bidra till förståelsen av den höga andelen av ungdomar med diagnostiserad ADHD generellt (Giacobini m.fl., 2023), och även inom SiS ungdomsvård. Eftersom individer med ADHD har en ökad risk för negativa konsekvenser inom en rad områden är diagnostisering viktig, då diagnosen i många fall är avgörande för att individen ska få rätt behandling och stöd. Exempelvis visade en stor, svensk studie en trefaldig risk för individer med ADHD att utveckla substansbrukssyndrom (delvis påverkat av hem- eller familjesituation; Sundquist m.fl., 2015). Ytterligare en svensk studie, en registerbaserad sådan, visade att barn och ungdomar med diagnostiserad ADHD och samtidigt substansbrukssyndrom hade en två- till femfaldigt förhöjd risk att dömas för våldsbrott eller icke våldsbrott, jämfört med individer utan diagnostiserad ADHD, eller substansbrukssyndrom (Siponen m.fl., 2023).

En annan framträdande skillnad mellan de resultat som framkommit i denna studie och tidigare studier av frihetsberövade barn och unga är andelen med diagnostiserad uppförandestörning. Ståhlberg med kollegor (2010) genomförde psykiatriska bedömningar på SiS särskilda ungdomshem med flertalet psykometriska instrument utifrån DSM-IV. De fann att hela 77 procent uppfyllde diagnoskriterierna för uppförandestörning (Ståhlberg m.fl., 2010). Internationella översiktsstudier har också funnit höga andelar med uppförandestörning bland frihetsberövade ungdomspopulationer: runt 60 procent var diagnostiserade med uppförandestörning (Beaudry m.fl., 2021). I föreliggande studie fann vi att andelen diagnostiserade totalt var tolv procent, och för LVU- och LSU-placerade pojkar var det 14 procent. Det var med andra ord en betydligt lägre andel i jämförelse med vad internationella studier av frihetsberövade pojkar tidigare funnit (se exempelvis Beaudry m.fl., 2021; Fazel m.fl., 2008). Det är oklart vad denna skillnad kan bero på, men möjligen kan det till viss del ha att göra med föreliggande studies höga förekomst av diagnostiserad ADHD/ADD, som delvis återfanns i studien av Ståhlberg med kollegor (2010), men som inte återfunnits i internationella studier i liknande populationer. Då just normbrytande beteende och kriminalitet utgör den största placeringsgrunden bland SiS-placerade pojkar, så är det inte osannolikt att resultaten i föreliggande studie speglar en underdiagnostisering av uppförandestörning.

Eftersom uppförandestörning ofta förekommer hos individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom ADHD (American Psychiatric Association, 2013), kan utredning av ADHD ha prioriterats framför uppförandestörning. Under de senaste tio åren har ADHD varit mycket uppmärksammat i Sverige, vilket kan ha bidragit till den ovan beskrivna ökade kliniska medvetenheten – därför är det inte omöjligt att utredningar av ADHD bland populationen av barn och ungdomar som placeras på SiS kan ha prioriterats framför utredningar av uppförandestörning. Det kan även finnas en uppfattning hos kliniker att diagnostiserad uppförandestörning kan vara stigmatiserande för individen, vilket möjligen kan medföra att detta tillstånd utreds mer sällan (Fadus m.fl.,

2020). De senaste årens så kallade "snabbspår" för ADHD-utredning i Sverige kan bland annat leda till att symptom på andra tillstånd, som till exempel uppförandestörning, förbises eller felaktigt tolkas som ADHD-symptom. I grupper med omfattande samsjuklighet bör ett differentialdiagnostiskt förfarande (en metod att särskilja och diagnostisera tillstånd med lika symptom från varandra) alltid tillämpas, där den utredande klinikern systematiskt kontrollerar för samsjuklighet (Rettew m.fl., 2009).

Posttraumatiskt stressyndrom

I föreliggande studie var andelen barn och ungdomar med fastställd diagnos eller odiagnostiserade kliniska symptom för PTSD hög – 53 procent av flickorna och 26 procent av pojkarna. Diagnosmanualen DSM-5 definierar en traumatisk händelse som att bli hotad till livet, allvarlig fysisk skada eller att utsättas för sexuellt våld (American Psychiatric Association, 2013). De flesta människor kommer någon gång under sitt liv att utsättas för minst en traumatisk händelse (i utvecklade länder varierar andelen individer som utsätts för minst en traumatiserande erfarenhet mellan 28 och 90 procent; Benjet m.fl., 2016). Att utsättas för trauma är dock inte detsamma som att utveckla PTSD – i tidigare studier beräknas prevalensen av PTSD i normalpopulation till mellan 1,3 och 8,8 procent (Atwoli m.fl., 2015). Diskrepansen mellan att utsättas för trauma och att utveckla PTSD har i tidigare forskning beskrivits utifrån i vilken ålder som traumat sker och typ av trauma – upprepade traumatiska erfarenheter, erfarenhet av interpersonellt våld, krigsupplevelser, samt att utsättas för sexuellt våld kopplas alla till en högre risk för utvecklandet av PTSD (OR mellan 1,3 och 4,5; Liu m.fl., 2017).

Tidigare forskning har funnit ett samband mellan upprepade traumatiska barndoms-erfarenheter och utvecklandet av psykiatrisk problematik. Utöver PTSD, innefattar det depression, ångest, psykos/vanföreställningssyndrom, substansbrukssyndrom, uppförandesyndrom och personlighetssyndrom (Green m.fl., 2010; Norman m.fl., 2012; Teicher & Samson, 2013; van Der Kolk m.fl., 2019). Upprepade traumatiska barndoms-erfarenheter är också starkt associerade till både internaliserade beteendeproblem (t.ex. ångest) och till externaliserade beteendeproblem (t.ex. aggression) hos såväl ungdomar i normalpopulation som i kliniska och frihetsberövade populationer (Briggs-Gowan m.fl., 2010; Ford m.fl., 2011; Hoogsteder m.fl., 2022). I tidigare internationella studier beskrivs också att så många som 30 till 50 procent av frihetsberövade ungdomar rapporterar flertalet traumatiserande erfarenheter (D'Andrea m.fl., 2012).

I föreliggande studie rapporterades att signifikant fler flickor än pojkar hade diagnostiserats med (och uppvisade kliniska symptom på) PTSD. Högre förekomst av PTSD och depression bland frihetsberövade flickor kan kopplas till att kriminalitet bland flickor är starkare associerat med internaliserade symptom och diagnoser än det är för pojkar (Beaudry m.fl., 2021). I epidemiologiska studier, framkommer att flickor och kvinnor generellt uppvisar en högre förekomst av PTSD än pojkar och män gör (Atwoli m.fl., 2015). En förklaring till den högre PTSD-förekomsten bland flickor kan vara att flickor

generellt löper högre risk än pojkar att utsättas för potentiellt traumatiserande erfarenheter, framför allt är risken att utsättas för sexuellt våld högre bland flickor (Brottsförebyggande rådet, 2022; Nagtegaal & Boonmann, 2022). Ett robust fynd av tidigare forskning är att individer som har blivit utsatta för sexuellt våld löper högre risk att utveckla PTSD, i jämförelse med individer som utsatts för andra typer av trauma (Brewin m.fl., 2000; Dworkin m.fl., 2023; Liu m.fl., 2017). I en epidemiologisk studie som bygger på WHO:s undersökningar om psykisk hälsa (eng. World Mental Health Surveys) framkommer att i gruppen som utsatts för sexuellt våld utvecklade 19 procent PTSD (jämfört med fyra procent som hade utsatts för andra, icke-sexuella, typer av interpersonella trauman; Liu m.fl., 2017). Utöver PTSD kopplas också erfarenheter av sexuellt våld till en generellt ökad risk för psykopatologi, inkluderande en ökad risk för utvecklandet av ångestproblematik, depression, ätstörningar och substansbrukssyndrom (Dworkin m.fl., 2017).

Såväl resultaten i föreliggande rapport, som tidigare forskning, indikerar därför ett behov av utökad traumabehandling på SiS, både för flickor och pojkar men i synnerhet för den större gruppen flickor. I jämförelse med behandlingar utan traumafokus, beskriver internationella kunskapsöversikter hur traumafokuserad KBT (TF-KBT) är den mest effektiva behandlingen för barn och unga med PTSD, där symptom på såväl PTSD, depression och ångest minskat efter behandling (Bastien m.fl., 2020; Thielemann m.fl., 2022). Detta resultat stöds också i tidigare kvalitativa studier, där norska ungdomar som behandlats enligt TF-KBT rapporterat positiva erfarenheter (Dittmann & Jensen, 2014). I jämförelse med KBT-behandlingar utan traumafokus, beskriver också SBU i en sakkunnigkommentar att TF-KBT troligen har bättre effekt på PTSD hos barn (från sju års ålder) och unga. Individuell KBT-behandling med traumafokus har troligen också effekt när det gäller att minska såväl internaliserade som externaliserade symptom, och SBU slår fast att behandlingen dessutom är kostnadseffektiv (SBU, 2019).

Substansbrukssyndrom

I föreliggande studie rapporteras en hög förekomst av substansbrukssyndrom – 22 procent flickor och 17 procent pojkar hade diagnostiserats med substansbrukssyndrom. Bland LSU-placerade pojkar var 23 procent diagnostiserade med substansbrukssyndrom och bland LVU-placerade pojkar var det 16 procent. Cirka 30 procent av både flickor och pojkar hade uppvisat kliniska symptom på substansbrukssyndrom utan att ha en diagnos för tillståndet. Tidigare forskning bekräftar den höga förekomsten av skadligt bruk och beroende bland frihetsberövade ungdomar (Smith & Udo, 2022), vilket skiljer sig en hel del från snittet för den europeiska normalpopulationen av ungdomar där strax under fyra procent beräknas ha substansbrukssyndrom (Castelpietra m.fl., 2022). Även om föreliggande studie inte undersökte forskningspersonernas primära substans råder det inga tvivel om att alla former av substanser är särskilt skadliga under barn- och ungdomsåren. Bland annat visar tidigare longitudinella studier att skadligt bruk och beroende av alkohol under tonåren är associerat till försämrad kognitiv funktion inom flera områden, såsom inlärning, uppmärksamhet, minnesfunktion, affektreglering och impulsivitet (t.ex. Ewing

m.fl., 2014). Skadligt bruk och beroende under tonåren är också associerat till en högre risk att utveckla substansbrukssyndrom (t.ex. Grant & Dawson, 1997; Gray & Squeglia, 2018). Utöver detta har skadligt bruk och beroende under barn- och ungdomsåren kopplats till förändringar i flera av de områden i hjärnstrukturen som kontrollerar impulsivitet och risktagande, vilket ökar risken att den unge kommer att utsätta sig för risk och försätas i farliga situationer (t.ex. Pérez-García m.fl., 2022).

Substansbrukssyndrom förekommer ofta tillsammans med andra psykiatriska tillstånd (Liu m.fl., 2019; Teplin m.fl., 2021). Tidigare forskning indikerar därför att det finns ett behov av att screena för psykiatrisk samsjuklighet, eftersom samsjuklighet generellt är förknippat med sämre behandlingsutfall och behandling av det andra tillståndet kompliceras om ett substansbrukssyndromtillstånd förblir obehandlat (Bihlar Muld m.fl., 2013; SAMHSA, 2021). Likväl som rekommendationerna är att screena personer med substansbrukssyndrom för andra psykiatriska tillstånd (Crockford, 2021), är vår bedömning att SiS-placerade barn och ungdomar med psykiatriska tillstånd även bör screenas för substansbrukssyndrom och skadligt bruk och beroende.

Psykiatrisk samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet har studerats ur olika perspektiv, ofta med syfte att bidra till ökad förståelse bland vårdande personal om hur olika syndrom utvecklas och hur sådan personal bäst kan identifiera och arbeta med personer med psykiatrisk samsjuklighet. I ett flertal studier framkommer att många psykiatriska tillstånd samexisterar hos individer, inte minst bland institutionsplacerade ungdomar (Jozefiak m.fl., 2016). Bland annat har tillstånden ångest och depression undersökts och funnits samvariera (Brady & Kendall, 1992; Canals-Sans m.fl., 2018; Sánchez Hernández m.fl., 2021; Seligman & Ollendick, 1998) – ett resultat som bekräftas i föreliggande studie, där 39 procent av de barn och unga som hade depression också hade ångest. Men även andra överlappande psykiatriska tillstånd har studerats, till exempel förekomst av överlappande internaliserade eller externaliserade tillstånd.

I en studie av McGrath med kollegor (2020) framkom att individer som hade diagnostiserats med ett psykiatriskt tillstånd, hade ökad risk att diagnostiseras med ytterligare ett tillstånd. Beroende på vilket psykiatriskt tillstånd det rörde sig om observerades en 5 till 111 gånger ökad risk för att diagnostiseras med ytterligare tillstånd, jämfört med diagnostisering för individer utan någon tidigare diagnos (McGrath m.fl., 2020). Risken att ha två eller fler psykiatriska tillstånd förefaller dessutom vara högre om tillstånden liknar varandra (t.ex. hetsättningsstörning och bulimia nervosa; McGrath m.fl., 2020). Med andra ord förefaller ett internaliserat tillstånd öka sannolikheten att utveckla ett annat internaliserat tillstånd (Kessler m.fl., 2009). Andra studier har visat på andra typer av samsjuklighet, exempelvis visade en studie från Finland att individer med intellektuella funktionsnedsättningar hade två gånger så hög risk att utveckla ätstörning jämfört med dem utan diagnos (Plana-Ripoll m.fl., 2019).

I forskningslitteraturen – dock inte specifikt gällande barn och ungdomar – diskuteras att en generell faktor skulle kunna visa hur psykiatriska tillstånd korrelerar och utgör samsjuklighet, det vill säga att två eller fler psykiatriska tillstånd förekommer samtidigt hos en individ. Denna faktor, p-faktorn, kommer från ett snarlikt koncept för intelligens, g-faktorn (står för generell intelligensfaktor, eng. the general factor for intelligence) och innebär att en person som får höga poäng på ett frågeområde i intelligenstag tenderar att också få höga poäng på de andra frågeområdena. P-faktorn (generell faktor för psykopatologi, eng. the general factor for psychopathology) förklarar på liknande sätt det konceptuella antagandet att individer som har höga poäng på olika egenskaper för vissa typer av psykisk sjukdom också får höga poäng på andra (Caspi m.fl., 2014; Lahey m.fl., 2012). Detta har bland annat visats genom faktoranalyser, där data bygger på olika frågeområden i psykometriska instrument, men även inom genetikforskning där det föreslås att psykiska sjukdomar kan ha gemensamma genetiska faktorer för psykiatrisk samsjuklighet (Plomin m.fl., 2016). En systematisk översikt och metaanalys av 31 artiklar baserade på tvillingstudier fann att ett sådant förhållande åtminstone delvis kan vara genetiskt, då forskarna fann att det hos individer med ADHD förekom överlappande tillstånd inom externaliserade, internaliserade och andra neuro- och utvecklingsrelaterade dimensioner (Andersson m.fl., 2020). Forskarna menar att resultaten pekar på att det kan finnas genetiska överlappningar för dessa fenotyper (drag eller uttryck hos individer som kommer av genetik och miljö), resultat som återfanns för både barn, ungdomar och vuxna.

Samsjuklighet i föreliggande undersökning

Den psykiatriska samsjukligheten i föreliggande undersökning var mycket hög. Drygt hälften av barnen och ungdomarna i denna studie hade minst två fastställda diagnoser. En signifikant könsskillnad identifierades: 70 procent bland flickor och 45 procent bland pojkar hade två eller fler samtidiga diagnoser. Det var högre odds för flickor att ha fler diagnoser (OR 1.33, 95% KI =1.11, 1.53). Var femte flicka och var tionde pojke hade fyra eller fler samtidiga diagnoser.

Oavsett hur olika psykiatriska tillstånd hänger ihop, är det viktigt att förstå att de ofta hänger ihop. Tänkbara förklaringar till psykiatrisk samsjuklighet kan diskuteras utifrån resonemanget om både p-faktorn och genetik- och miljöfaktorer. Tillstånd som förekommer samtidigt med andra tillstånd kan ha olika förklaringar – i det resterande avsnittet belyses några av de samtidiga tillstånd samt förklaringar som diskuterats i forskningslitteraturen, satt i relation till fynden i föreliggande studie.

Samsjuklighet med ADHD/ADD

ADHD/ADD var den vanligaste fastställda diagnosen i föreliggande undersökning, och var den diagnos som i högst utsträckning förekom samtidigt med andra tillstånd. I åtta av de 15 undersökta diagnoskategorierna hade individerna även ADHD/ADD. Barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning, trotssyndrom och uppförandestörning hade i hög utsträckning även diagnostiserats med ADHD/ADD.

Utöver detta, var internaliserade tillstånd (depression, PTSD och ångestsyndrom) vanligt förekommande med ADHD/ADD. I litteraturen, som exempelvis i en systematisk översikt och meta-analys av Andersson m.fl. (2020) och i det internationella konsensusuttalandet om ADHD (Faraone m.fl., 2021), beskrivs ADHD vara vanligt förekommande tillsammans med alla dessa tillstånd, samt några till, i både kliniska och normalpopulationer (American Psychiatric Association, 2013; Andersson m.fl., 2020; Faraone m.fl., 2021). Många av tillstånden har överlappande symptom vilket tydliggör komplexiteten med att diagnostisera och vikten av differentialdiagnostik.

Att PTSD-diagnos var vanligt överlappande med ADHD/ADD-diagnos hos forskningspersonerna, är ett resultat som är i linje med tidigare studier där samsjuklighet med PTSD och ADHD noterats inom flera olika ungdomspopulationer (Adler m.fl., 2004; Konstenius m.fl., 2017; Miodus m.fl., 2021). Samsjuklighet med PTSD och ADHD har kopplats till svårare symptom för båda tillstånden, och till försämrade såväl akademiska som sociala utfall (Miodus m.fl., 2021). Till viss del kan sambandet mellan de olika tillstånden förklaras av liknande symptom, till exempel koncentrationssvårigheter, men det finns också studier som pekar mot att ungdomar med ADHD löper högre risk att utsättas för trauma och därigenom utveckla PTSD (Konstenius m.fl., 2017). En förklaring till detta resultat är att barn och unga med ADHD kan ha en högre grad av impulsivitet och därigenom löper högre risk att hamna i riskabla och farliga situationer, vilket i sin tur ökar risken för att utsättas för trauma (Adler m.fl., 2004) – en risk som ytterligare förhöjs om den unge har ett samtidigt skadligt bruk och beroende (Pérez-García m.fl., 2022).

I föreliggande studie visade resultaten också att mer än hälften av de som var diagnostiserade med substansbrukssyndrom även var det med ADHD/ADD. Tidigare forskning bekräftar att samsjuklighet med dessa två tillstånd är vanligt (Luderer m.fl., 2021; Rohner m.fl., 2023; Sundquist m.fl., 2015). En systematisk översikt summerade att de två tillstånden tillsammans är den vanligast förekommande psykiatriska samsjukligheten (Choi m.fl., 2022). Kombination av substansbrukssyndrom och ADHD antas förekomma vid skadligt bruk och beroende av flertalet substanser, till exempel visar en svensk tvillingstudie att ju fler ADHD-symptom en individ har, desto högre är risken för skadligt bruk och beroende av narkotika (OR 2.54) och av alkohol (OR 3.58) (Capusan m.fl., 2016). Tidigare forskning noterar också att det kan finnas könsskillnader avseende samsjuklighetsfaktorer. Till exempel visade en studie att bland unga vuxna kvinnor medförde ADHD en högre risk för skadligt bruk och beroende i högre grad än för unga män (Elkins m.fl., 2020). Annan forskning har funnit att skadligt bruk och beroende och ADHD tillsammans utgör en avsevärd ökad risk för utveckling av andra typer av externaliserade tillstånd (Siponen m.fl., 2023; van Emmerik-van Oortmerssen m.fl., 2014).

För att ta reda på hur sambandet mellan substansbrukssyndrom och ADHD ser ut, utöver att statistiska test i epidemiologiska studier visar på starka samband, har medicinsk forskning undersökt vilka delar av hjärnan som berörs av tillstånden. Sambandet mellan

substansbrukssyndrom och ADHD har förklarats exempelvis med att ADHD, som är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, tillsammans med olika påverkande miljöfaktorer kan bidra till utveckling av substansbrukssyndrom. Eftersom ADHD är vanligt förekommande hos individer med skadligt bruk och beroende, är en av de främsta rekommendationerna från forskning att alla klienter med skadligt bruk och beroende behöver screenas för ADHD-symptom eller utredas för eventuell diagnostisering (Bihlar Muld m.fl., 2013). Utredning behöver genomföras för att säkerställa att eventuella medicinska preparat för ADHD inte stör substansmissbruksbehandlingen (Plemenitas, 2020). Dock saknas tillräcklig forskning för att kunna dra säkra slutsatser om effekter av läkemedel vid ADHD och andra samtidiga beroendetillstånd (SBU, 2023). Likväl är det viktigt att känna till en individs olika psykiatriska tillstånd för att kunna följa utfall av behandling. Dessutom indikerar tidigare forskning att det finns ett behov av att screena för psykiatrisk samsjuklighet, eftersom samsjuklighet generellt är förknippat med sämre behandlingsutfall då endast ett tillstånd behandlas (Bihlar Muld m.fl., 2013; SAMHSA, 2021).

Samsjuklighet med PTSD

Resultat i föreliggande studie visar att det förekom samsjuklighet mellan substansbrukssyndrom och PTSD. Detta fynd bekräftas också av tidigare forskning, och de senaste 25 årens forskningsresultat tyder på att det finns ett starkt samband mellan att utsättas för trauma under barndomen och substansbrukssyndrom (t.ex. Grummitt m.fl., 2022). I metastudier som har undersökt sambandet mellan traumatiska barndomserfarenheter och substansbrukssyndrom framhålls substansbruk som en coping-strategi i individens försök att undvika känslor av lågt självvärde, depression och skam som härrör från barndomstraumat, vilka stört individens förmåga till känsloreglering och minskat individens förmåga till inhibering. Såväl internaliserade symptom (t.ex. depression, ångest och PTSD) som externaliserade symptom (t.ex. beteendemässigt utagerande) har funnits påverka (mediera) sambandet mellan trauma och skadligt bruk och beroende (Grummitt m.fl., 2022; Meadows m.fl., 2023). Sambandet mellan barndomstrauma och skadligt bruk och beroende innefattar substansbruk som coping-strategi, men också neurologiska, genetiska, psykologiska och miljömässiga faktorer. Den kroniska stress som traumatiska barndomserfarenheter kan ge upphov till påverkar individens kognitiva, sociala och emotionella fungerande under barndoms- och tonårstiden och kan tillsammans skapa en stresskänslighet, vilket utgör en sårbarhet för att utveckla skadligt bruk och beroende (Grummitt m.fl., 2022). Oavsett utvecklingsvägar, kvarstår att bland personer med skadligt bruk och beroende är förekomsten av tidigare traumatiska erfarenheter hög (Grummitt m.fl., 2022; Leza m.fl., 2021; Madigan m.fl., 2023; Meadows m.fl., 2023; Santo m.fl., 2021), framför allt bland kvinnor (Grummitt m.fl., 2022). Detta samband bekräftas också i föreliggande studie av att flickor hade en högre grad av såväl PTSD som substansbrukssyndrom.

I tidigare forskning framkommer också ett samband mellan traumatiska barndomserfarenheter och utvecklandet av annan psykiatrisk problematik (D'Andrea m.fl., 2012; Norman m.fl., 2012; Teicher & Samson, 2013). Utöver PTSD, innefattar det depression,

ångest, psykos/vanföreställningssyndrom, substansbrukssyndrom, uppförandesyndrom och personlighetssyndrom (t.ex. borderline personlighetssyndrom; Green m.fl., 2010; van Der Kolk m.fl., 2019). Traumatiska barndomserfarenheter är också starkt associerade till både internaliserade beteendeproblem (t.ex. ångest) och till externaliserade beteendeproblem (t.ex. aggression), och hos såväl ungdomar i normalpopulation som i kliniska och frihetsberövade populationer (Briggs-Gowan m.fl., 2010; Ford m.fl., 2011; Hoogsteder m.fl., 2022). I föreliggande studie förekom PTSD samtidigt som flertalet andra psykiatriska tillstånd, ett resultat som stöds av tidigare forskning (van Der Kolk m.fl., 2019). Tidigare studier har också relaterat traumatiska barndomserfarenheter till sämre behandlingsutfall vid behandling av andra tillstånd, till exempel vid depressionsbehandling (Nanni m.fl., 2012) och vid behandling för substansmissbruk (Santo m.fl., 2021). Sammantaget indikerar detta ett behov av att upptäcka och erbjuda behandling till barn och ungdomar med PTSD.

Flickor – stor problematik med akuta tillstånd och insatser

I föreliggande studie framkom att diagnostiserade och odiagnostiserade tillstånd, och akuta psykiatriska tillstånd var vanligare bland flickor, samt att flickor hade signifikant högre psykiatrisk samsjuklighet, jämfört med pojkar. De hade haft fler akuta psykiatriska tillstånd, erhållit signifikant fler insatser på SiS, och andelen flickor som hade en planerad och pågående kontakt med BUP var signifikant högre än för pojkar. I jämförelse med resultaten från Socialstyrelsen (2019a) hade en signifikant högre andel flickor år 2022 en fastställd diagnos för uppförandestörning. Även andra skillnader mellan flickor år 2022 och 2018 noterades: år 2022 hade en signifikant lägre andel haft något akut psykiatriskt tillstånd under det senaste halvåret. Denna skillnad utgjordes till stor del av den signifikant lägre andelen barn och ungdomar som hade befunnit sig i ett akut tillstånd med självskada år 2022. Både år 2018 och 2022 var det flickor som stod för den största delen av självskada, i jämförelse med pojkar, och könsskillnaderna var signifikanta.

I föreliggande studie framkom även att flickor i högre utsträckning än pojkar hade borderline personlighetssyndrom (BPD), både diagnostiserad (fem procent bland flickor, ingen bland pojkar) och signifikant högre andel med uppvisade kliniska symptom (23 procent bland flickor – färre än fem pojkar). Resultaten är i linje med tidigare forskning, som visar att det jämfört med pojkar och män är högre förekomst av BPD bland flickor och kvinnor (Livanou m.fl., 2019), och i DSM-5 framhålls att gruppen med BPD till 75 procent utgörs av flickor och kvinnor (American Psychiatric Association, 2013). Sambandet mellan utsatthet för sexuella övergrepp i barndomen och senare BPD kan vara en förklaring till den högre förekomsten av flickor och kvinnor med BPD, eftersom flickor och kvinnor oftare än pojkar och män utsätts för sexuella övergrepp (Brottsförebyggande rådet, 2022; Nagtegaal, 2022). Att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp i barndomen utgör en stark riskfaktor för BPD, och dessa individer har funnits ha en tiofaldigt förhöjd risk för suicidförsök, jämfört med BPD-patienter utan erfarenhet av sexuella övergrepp i barndomen (de Aquino Ferreira m.fl., 2018). Annan forskning framhåller att pojkar och män sannolikt är underdiagnostiserade (Tate m.fl., 2022).

I jämförelse med frihetsberövade flickor i internationella studier var det en väsentligt lägre andel flickor i föreliggande studie som var diagnostiserade med såväl BPD som antisocialt personlighetssyndrom, trotsyndrom (Livanou m.fl., 2019) och uppförandestörning (Beaudry m.fl., 2021).²⁶ Dessa skillnader kan härröra från att flickpopulationerna i de olika studierna sannolikt inte är helt jämförbara. I studien av Beaudry med kollegor (2021) var studierna i många fall gjorda på populationer som var dömda, eller i väntan på att bli dömda, för brottslighet (studierna var gjorda på alltifrån säkerhetsanstalter, ungdomsfängelser, häkten, och uppfostringsanstalter till social tvångsvård). En möjlig förklaring till skillnaderna kan vara att flickor i Sverige trots allt placeras relativt tidigt enligt LVU, innan de blivit diagnostiserade, och innan de hunnit utveckla ett allvarligt kriminellt beteende för vilket de blivit dömda. Detta stöds också av att det är få flickor under 18 år i Sverige som blir dömda för allvarlig brottslighet. En annan förklaring skulle kunna vara att flickorna som tvångsvårdas på SiS är underdiagnostiserade, förutom då det gäller ADHD/ADD – av flickorna i Beaudrys studie var 17 procent diagnostiserade med ADHD (Beaudry m.fl., 2021), i Livanous studie 27 procent (Livanou m.fl., 2019), och i föreliggande studie 63 procent.

SiS har sedan en tid haft god vetskap om flickors psykiska ohälsa (SiS, 2021, 2022c). Den psykiska ohälsan har visats genom förhöjda avskiljningstal, suicidbeteende och -försök (SiS, 2020), och högre grad av upplevd otrygghet. Utöver utbildningsinsatser för att öka kunskapen om flickors behov har myndigheten även tillskapat särskilt förstärkta avdelningar (SFA), samt genomfört en satsning år 2021 som avsåg minskad gruppstorlek på ett antal flickavdelningar (till högst sex flickor per avdelning), en satsning som visade på goda resultat (SiS, 2022a, 2023b). På grund av platsbrist har dock de mindre avdelningarna för flickor behövt stå tillbaka sedan år 2023. Det är inte omöjligt att den minskning av akuta psykiatriska tillstånd mellan år 2018 och 2022 som noterats i föreliggande studie åtminstone delvis härrör från den beskrivna flicksatsningen, eller från projektet *Integrerad vård* som startade år 2021.²⁷ Arbetssättet kan ha haft en förebyggande effekt och kan åtminstone delvis ha bidragit till att en lägre andel flickor befunnit sig i akuta psykiatriska tillstånd år 2022. Andra möjliga anledningar kan vara personalbrist, eller avsaknad av annan kapacitet att föra in uppgifter om akuta tillstånd i journalen.

26. BPD: SiS flickor fem procent, frihetsberövade flickor 42 procent

Antisocialt personlighetssyndrom: SiS flickor 12 procent, frihetsberövade 42 procent

Trotsyndrom: SiS flickor 12 procent, frihetsberövade flickor 28 procent

Uppförandestörning: SiS flickor 7 procent, frihetsberövade flickor 59 procent

27. Integrerad vård genomför SiS i samverkan med Socialstyrelsen och Region Skåne, Region Stockholm, Region Västra Götaland och Region Östergötland. Projektet avser ett utvecklingsarbete för att samordna den sociala och psykiatriska vården kring barn och ungdomar med komplexa psykiatriska vårdbehov. Syftet är att på ett effektivt sätt tillgodose barnens och ungdomarnas sammantagna vårdbehov. Socialstyrelsen. (2023c). Integrerad vård på SiS ungdomshem – Socialstyrelsen. (2023c) <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barns-psykiska-halsa/integrerad-var-d-pa-sis-ungdomshem/>.

För att kunna möta flickors psykiska ohälsa bättre har SiS tidigare genomfört litteraturstudier, och även tillfrågat och samverkat med SBU i en förstudie, över effektiva eller lovande behandlingsprogram framtagna för flickor och unga kvinnor i social och psykiatrisk tvångsvård, samt kriminalvård, men i studierna konstateras att det saknas sammanställd vetenskaplig kunskap om effektiva behandlingsprogram för flickor och unga kvinnor inom tvångsvård (Jalling m.fl., 2021; SBU, 2021). Denna kunskapslucka ska dock inte tolkas som att det saknas behandlingar och interventioner som är effektiva för flickor. Det finns en rad olika interventioner som fungerar för flickor utan att vara specifikt framtagna för flickor. Ett sådant exempel är TF-KBT, som visat på stor effekt för flickor (Bastien m.fl. 2022; SBU 2019; Thielemann m.fl. 2022).

Utöver vad myndigheten redan har kännedom om bidrar föreliggande studie med en uppdaterad, fördjupad kunskap om såväl flickors som pojkars psykiatriska vårdbehov, och även om flickor var mer psykiatriskt belastade inom i stort sett alla våra frågeområden, så har pojkar liknande vårdbehov om än i något lägre utsträckning. Utöver föreliggande studie pågår såväl interna som externa forskningsstudier om flickors upplevelse av vård och behandling på SiS, vilka ytterligare kommer att belysa de åtgärder som behöver vidtas inom myndigheten och i samverkan med barn- och ungdomspsykiatri.

Praktiska implikationer

Som förväntat var andelen barn och unga med psykiatriska tillstånd i denna studie hög – fyra av fem barn och ungdomar hade minst en fastställd diagnos, och psykiatrisk samsjuklighet förekom hos tre av fem. Liksom tidigare forskning rekommenderar vi att screena för eventuell förekomst av samtidiga psykiatriska tillstånd, eftersom förekomst av flera psykiatriska tillstånd är förknippat med sämre behandlingsutfall vid behandlingar som endast avser ett av tillstånden. För att verksamheterna ska kunna möta barns och ungdomars behov framhålls vikten av att ha ett holistiskt förhållningssätt och beakta hela problembilden vid behandlingsplanering. Det innebär bland annat att när en individ har externaliserade anpassningsproblem behöver även internaliserade problem beaktas.

Ett framträdande resultat var att 60 procent av LVU-placerade barn och ungdomar och nära 50 procent av LSU-placerade pojkar var diagnostiserade med ADHD/ADD. Eftersom individer med ADHD löper ökad risk för negativa konsekvenser inom en rad områden är en hög grad av diagnostisering i samhället viktig då diagnosen i många fall är avgörande för att den drabbade individen ska få rätt behandling och stöd, så även inom SiS. I jämförelse med tidigare forskning på frihetsberövade ungdomar är andelarna med ADHD och uppförandestörning i föreliggande studie de omvända. Eftersom många symptom inom de båda diagnoskategorierna är desamma indikerar våra resultat att differentialdiagnostisering bör tillämpas, inte minst vid misstanke om och vid utredning av ADHD. I föreliggande studie framkom också att en hög andel ungdomar hade samtidigt substansbrukssyndrom och ADHD/ADD – ett resultat som bekräftas av tidigare forskning (Hildebrand Karlén m.fl., 2020; Konstenius m.fl., 2017). Det kan därför finnas ett behov av att barn och ungdomar med skadligt bruk och beroende också screenas för ADHD-symptom eller utreds för eventuell diagnostisering, samt att barn och ungdomar med ADHD screenas för symptom på skadligt bruk och beroende och utreds för eventuellt substansbrukssyndrom.

Föreliggande studie visar att 19 procent av forskningspersonerna var diagnostiserade med substansbrukssyndrom och att 30 procent hade uppvisat kliniska symptom på substansbrukssyndrom utan att vara diagnostiserade. Eftersom skadligt bruk och beroende är associerat till flertalet negativa konsekvenser på såväl kort som lång sikt, är det viktigt att upptäcka och behandla detta tillstånd tidigt. Vi rekommenderar därför att SiS bör utöka och stärka screening av barn och ungdomar med lämpliga, validerade instrument för att identifiera individer med skadligt bruk och beroende av substanser, samt vid misstanke om substansbrukssyndrom samarbeta för eventuell diagnostisering. Det finns också ett behov av screening för psykiatrisk samsjuklighet, eftersom samsjuklighet generellt är förknippat med sämre behandlingsutfall dels för substansbrukssyndromet, dels då behandling av det andra tillståndet kompliceras om ett substansbrukssyndrom

förblir obehandlat. Utöver vikten av att screena och utreda, visar föreliggande studie på vikten av att SiS tillhandahåller och erbjuder behandlingsinsatser och återfallsprevention för skadligt bruk och beroende på ungdomshemmen. Detta inte minst då två av fem placerade barn och ungdomar riskerar att förbli i livslånga substansberoenden, och tidigare forskning visar att unga som vårdas enligt LVU har förhöjd risk att i vuxen ålder tvångsplaceras för livshotande substansbruk enligt LVM (Grahm m.fl., 2015). Barn och ungdomar behöver få kunskap om strategier för att motstå alkohol och/eller droger, samt bli motiverade till ett liv utan substansberoende. Att barn och ungdomar inte ges tillgång till substanser under placeringstiden på SiS räcker således inte, utan SiS behöver förstärka arbetet med att screena, utreda och behandla barn och ungdomar som har legat eller ligger i riskzonen för substansbrukssyndrom.

Resultaten visar att många barn och ungdomar som är placerade på SiS skulle vara hjälpta av traumabehandling som ett komplement till behandling för andra psykiatriska tillstånd. I linje med tidigare forskning (t.ex. D'Andrea m.fl., 2012; Hoogsteder m.fl., 2022), framkom i föreliggande studie att förekomsten av PTSD var signifikant högre bland flickor jämfört med pojkar. Eftersom tidigare studier relaterat obehandlade traumasymptom till sämre utfall vid behandling av andra psykiatriska tillstånd (Gil-Rivas m.fl., 2009), indikerar den höga förekomsten av PTSD i föreliggande studie, framför allt bland flickor, även ett behov av screening för PTSD innan annan psykiatrisk behandling påbörjas. I jämförelse med andra typer av traumabehandlingar (t.ex. Narrative Exposure Therapy/NET) visar tidigare forskning att TF-KBT är den mest effektiva behandlingen för barn och unga med PTSD (Bastien m.fl., 2020). TF-KBT är också den behandling som rekommenderas i flertalet riktlinjer, såväl i Sverige som internationellt (Forbes m.fl., 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; SBU, 2019), varför möjligheter att erbjuda sådan behandling inom SiS bör utredas.

I föreliggande undersökning framkommer att en signifikant lägre andel flickor hade befunnit sig i ett akut tillstånd av självskada, jämfört med i Socialstyrelsens tidigare undersökning. Möjligen speglar detta resultat åtminstone delvis de satsningar som SiS vidtagit för att bättre möta flickors rapporterade psykiska ohälsa, eller exempelvis genom projektet Integrerad vård. För att verksamheten ska kunna möta flickornas behov, framhålls vikten av att beakta hela problembilden (externaliserade och internaliserade symptom) vid behandlingsplanering med flickor, samt att satsningar för flickor fortsätter. För att bidra till rehabilitering av ungdomar med kriminalitet bör utredning av uppförandestörning och relaterade antisociala tendenser och tankemönster genomföras, företrädesvis med differentialdiagnostik för att kunna utesluta andra diagnoser med närliggande eller liknande symptombild.

Jämförelserna mellan LSU- och LVU-placerade pojkar i föreliggande studie visar att de båda grupperna i stort sett hade lika stora psykiatriska vårdbehov. Vård och behandling som är avsedda för ungdomar behöver planeras utifrån en komplex problembild, bestående av vad tidigare studier visat finnas i denna population: psykosociala svårigheter i kombination med kriminalitet, substansbrukssyndrom eller annat skadligt bruk och beroende, och annat socialt nedbrytande beteende. Dessutom, föreliggande studie visar en hög förekomst av psykiatriska tillstånd samt psykiatrisk samsjuklighet – ett resultat som bidrar till att ytterligare beskriva komplexa vårdbehov inom populationen. Kriminalvårdens övertagande av vården för dömda unga pojkar år 2026 är ett paradigmskifte, där barn och ungdomar som begått kriminella handlingar och som tidigare erhållit social vård och behandling – nu i stället ska beredas vård inom rättsväsendet. Utöver att planera en verksamhet avsedd för barn och ungdomar behöver även den ovan beskrivna sammansatta problembilden beaktas vid planering av vård och behandling, och även vid samverkan med exempelvis socialtjänst, skola och regioner.

Avslutningsvis, i tidigare forskning betonas vikten av ett holistiskt behandlingsupplägg, till exempel genom att integrera olika psykiatriska behandlingar (de Andrade m.fl., 2019), eller att behandla vissa specifika tillstånd före andra för att möjliggöra positiva behandlingsutfall. Eftersom barn och ungdomar som är placerade på SiS inte sällan har ett socialt nedbrytande beteende, vilket även är ett av rekvisiten för att placeras på SiS, är denna aspekt viktig att inkorporera tillsammans med den psykiska ohälsan. Det vill säga: sjukdomsbilden bör beaktas utifrån både den medicinska, psykologiska och den sociala aspekten. Givet den omfattande psykiatriska belastningen inom SiS bör utredning och behandling av psykiatriska tillstånd genomföras med differentialdiagnostiskt förfarande av regionernas expertis. Samtliga insatser bör planeras i samråd mellan SiS, regionerna och socialtjänsten för att säkra en stabil vårdkedja med ändamålsenliga insatser i rätt tid.

Metodreflektioner

Vissa fastställda diagnoser kan ha underskattats. Det beror på att i föreliggande studie ombads psykologer på SiS ungdomshem att ange de diagnoser som fanns registrerade i hälso- och sjukvårdsjournaler i TakeCare och i SiS klientadministrativa journalsystem (KAJ). Ett sätt att fånga upp också de psykiatriska tillstånd som inte fanns registrerade var genom att psykologerna också ombads att skatta grad av symptom, utan att klienten hade en fastställd diagnos för det aktuella tillståndet. Det är dock viktigt att uppmärksamma att diagnoser som oftare sätts i primärvården, såsom depression, kan ha överförts i lägre utsträckning till SiS dokumentationssystem än andra diagnoser.

Det finns en risk att vissa barn och ungdomar, mer än andra, kan ha valt att tacka nej till medverkan vilket kan ha orsakat bias i studiepopulationen. Det forskningsetiska beslutet att på förhand informera forskningspersoner om studien, i stället för att genomföra en registerstudie utan information till forskningspersoner, grundade sig i etiska hänsynstaganden och viljan att hörsamma en redan utsatt klientgrupp rätten till självbestämmande avseende medverkan i forskning. I föreliggande studie kunde en del av bortfallet också härröras till att ett ungdomshem med plats för 30 flickor tackade nej till medverkan (p.g.a. underbemanning). Det finns ett behov av diskussion kring om SiS i framtida studier bör använda ett mer tvingande tillvägagångssätt i de interna studier som ledningen fattat beslut om ska genomföras.

En begränsning i föreliggande studie är att den enkät som användes inte fångar upp en bredare bild av psykiatriska vårdbehov, utöver fastställda diagnoser och symptom. Skulle kartläggningen upprepas skulle den med fördel kunna inkludera fler variabler, såsom skattningar av kognitiv förmåga och funktionsnivå. En ytterligare begränsning är att den enkät som användes inte efterfrågade information om vilken/vilka substanser som barnen och ungdomarna brukade. I tidigare forskning framkommer skillnader, till exempel avseende psykiatriska tillstånd beroende på vilken/vilka substanser som individen använder. Om kartläggningen ska genomföras igen kan den med fördel inkludera information om vilken/vilka specifika substanser barn och ungdomar har ett skadligt bruk och beroende av.

Referenser

- Adler, L. A., et al. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 11–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10870547040080010>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersson, A., et al. (2020). Research Review: The strength of the genetic overlap between ADHD and other psychiatric symptoms – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(11), 1173–1183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13233>
- Atwoli, L., et al. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Baker, K. D., et al. (2007). Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Australasian Psychiatry: bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 41(11), 896–902. <https://doi.org/10.1080/00048670701634986>
- Bastien, R. J.-B., et al. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598–1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>
- Beaudry, G., et al. (2021). An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 46–60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.015>
- Benjet, C., et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>

- Bihlar Muld, B., et al. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. *BMC Psychiatry*, 13(336). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-336>
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244–255. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.244>
- Brewin, C. R., et al. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.5.748>
- Briggs-Gowan, M. J., et al. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: Differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(10), 1132–1140. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x>
- Brottsförebyggande rådet (2022). *Nationella Trygghetsundersökningen 2022* (9). Brottsförebyggande rådet (Brå). <https://bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2022-10-11-nationella-trygghetsundersokningen-2022.html>
- Canals-Sans, J., et al. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Capusan, A. J., et al. (2016). Comorbidity of adult ADHD and its subtypes with substance use disorder in a large population-based epidemiological study. *Journal of Attention Disorders*, 23(12), 1416–1426. <https://doi.org/10.1177/1087054715626511>
- Carlberg, I. (2014). *En diagnos det stormat kring. Adhd i ett historiskt perspektiv* (ISBN 978-91-7555-228-6). Socialstyrelsen.
- Caspi, A., et al. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Castelpietra, G., et al. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health. Europe*, 16, 100341–100341. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>

- Choi, W. S., et al. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PLoS One*, 17(11), e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Colins, O., et al. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 255–263. <https://doi.org/10.1177/070674371005500409>
- Crockford, D. (2021). Current challenges with comorbid psychiatric and substance use disorders. *The Canadian Journal of Addiction*, 12(3), 4–6. <https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000121>
- D’Andrea, W., et al. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- de Andrade, D., et al. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031>
- de Aquino Ferreira, L. F., et al. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth – Experiences with trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1221–1230. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.008>
- Dworkin, E. R., et al. (2023). PTSD in the year following sexual assault: A meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 497–514. <https://doi.org/10.1177/15248380211032213>
- Dworkin, E. R., et al. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Elkins, I. J., et al. (2020). Differential implications of persistent, remitted, and late-onset ADHD symptoms for substance abuse in women and men: A twin study from ages 11 to 24. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, 107947. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107947>

- Ewing, S. W. F., et al. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *NeuroImage: Clinical*, 5, 420–437. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.06.011>
- Fadus, M. C., et al. (2020). Unconscious bias and the diagnosis of disruptive behavior disorders and ADHD in African American and Hispanic youth. *Academic Psychiatry*, 44(1), 95–102. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01127-6>
- Faraone, S. V., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Fazel, S., et al. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010–1019. <https://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817eefc3>
- Forbes, D., et al. (2020). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (3rd ed.)*. The Guilford Press.
- Ford, J. D., et al. (2011). History of interpersonal violence, abuse, and non victimization trauma and severity of psychiatric symptoms among children in outpatient psychiatric treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(16), 3316–3337. <https://doi.org/10.1177/0886260510393009>
- Giacobini, M., et al. (2023). Epidemiology, treatment patterns, comorbidities, and concomitant medication in patients with ADHD in Sweden: A registry-based study (2018–2021). *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1309–1321. <https://doi.org/10.1177/10870547231177221>
- Giacobini, M., et al. (2018). Prevalence, patient characteristics, and pharmacological treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with ADHD in Sweden. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1087054714554617>
- Gil-Rivas, V., et al. (2009). Substance use after residential treatment among individuals with co-occurring disorders: The role of anxiety/depressive symptoms and trauma exposure. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 303–314. <https://doi.org/10.1037/a0015355>
- Grahn, R., et al. (2015). Repeated entries to the Swedish addiction compulsory care system: A national register database study. *Evaluation and Program Planning*, (49), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.12.014>

- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103–110. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(97\)90009-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(97)90009-2)
- Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 618–627. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Green, J. G., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Grummitt, L., et al. (2022). An umbrella review of the links between adverse childhood experiences and substance misuse: what, why, and where do we go from here? *Substance Abuse and Rehabilitation*, 13, 83–100. <https://doi.org/10.2147/SAR.S341818>
- Hildebrand Karlén, M., et al. (2020). A bad start: The combined effects of early onset substance use and ADHD and CD on criminality patterns, substance abuse and psychiatric comorbidity among young violent offenders. *Journal for Person-Oriented Research*, 6(1), 39–54. <https://doi.org/10.17505/jpor.2020.22045>
- Hoogsteder, L. M., et al. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66 (6–7), 735–757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Jalling, C., et al. (2021). *Behandlingsprogram utvecklade för flickor i social tvångsvård – en litteraturgenomgång våren 2021* (FoU-rapport, Issue Dnr: 1.1.4-5019-2021.). Statens institutionsstyrelse.
- Jozefiak, T., et al. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25 (1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Kessler, R. C., et al. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart)*, 6(1), 5–9.
- Konstenius, M., et al. (2017). Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addictive Behaviors*, 65, 118–124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.016>

- Lahey, B. B., et al. (2012). Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 971–977. <https://doi.org/10.1037/a0028355>
- Leza, L., et al. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): a scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 108563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>
- Liu, H., et al. (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Liu, Y., et al. (2019). Is (poly-) substance use associated with impaired inhibitory control? A mega-analysis controlling for confounders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 288–304. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.07.006>
- Livanou, M., et al. (2019). Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: A meta-analysis of 30 studies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 18(4), 400–414. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1619636>
- Luderer, M., et al. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>
- Madigan, S., et al. (2023). Adverse childhood experiences: A meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22, 463–471. <https://doi.org/10.1002/wps.21122>
- McGrath, J. J., et al. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/s2045796020000633>
- Meadows, A. L., et al. (2023). Adverse childhood experiences and early initiation of substance use: a survival analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59(2), 1–14. <https://doi.org/10.1177/00912174231195751>
- Miodus, S., et al. (2021). Childhood ADHD symptoms in relation to trauma exposure and PTSD symptoms among college students: Attending to and accommodating trauma. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(3), 187–196. <https://doi.org/10.1177/1063426620982624>

- Nagtegaal, M. H., & Boonmann, C. (2022). Child sexual abuse and problems reported by survivors of CSA: A meta-review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 31(2), 147–176. <https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1985673>
- Nanni, V., et al. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. Retrieved 10-08 from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Norman, R. E., et al. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Pérez-García, J. M., et al. (2022). Effects of binge drinking during adolescence and emerging adulthood on the brain: A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (137), 104637. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104637>
- Pettersson, E., et al. (2016). Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 21(5), 717–721. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.116>
- Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents*. Retrieved 10-08 from <http://phoenixaustralia.org/resources/ptsd-guidelines/>
- Plana-Ripoll, O., et al. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Plemenitas, A. I. (2020). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: A systematic review of the literature. In K. H. Gregorič (Ed.), *ADHD*. IntechOpen. <https://doi.org/https://doi.org/10.5772/intechopen.93799>
- Plomin, R., et al. (2016). Top 10 replicated findings from behavioral genetics. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/1745691615617439>
- Polanczyk, G. V., et al. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>

- Rettew, D. C., et al. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.289>
- Rohner, H., et al. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among substance use disorder (SUD) populations: meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>
- Rydell, M., et al. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 863–871. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.12882>
- SAMHSA. (2021). *Advisory: Addressing the specific needs of women for treatment of substance use disorders*. (Publication ID PEP20-06-04-002). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://store.samhsa.gov/product/advisory-addressing-specific-needs-women-treatment-substance-use-disorder/pep20-06-04-002?referer=from_search_result
- Sánchez Hernández, M. O., et al. (2021). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Santo, T., et al. (2021). Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependency* (219), 108459. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108459>
- SBU. (2019). *Psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och unga*. Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU). https://www.sbu.se/2019_04
- SBU. (2021). *Förstudie – Behandlingsinsatser för flickor i tvångsvård*. (Förstudie, Issue SBU 2021/239). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/social-och-psykologisk-behandling-i-tvangsvard-av-flickor/>
- SBU. (2023). *Behandling och sociala stödinsatser vid samsjuklighet mellan beroende och andra psykiatriska tillstånd: En systematisk översikt och utvärdering av läkemedelsbehandling, psykologiska och psykosociala insatser samt hälsoekonomiska aspekter (Del 1 Läkemedelsbehandling)*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/372>

- Seker, S., et al. (2022). Mental disorders into adulthood among adolescents placed in residential care: A prospective 10-year follow-up study. *European Psychiatry*, 65(1), e40. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.30>
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 125–144. <https://doi.org/10.1023/A:1021887712873>
- SFS. (1988:870). *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Svensk författningssamling. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870
- SFS. (1990:52). *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Svensk författningssamling. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-var-d_sfs-1990-52
- SFS. (1998:603). *Lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård*. Svensk författningssamling. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998603-om-verkstallighet-av-sluten_sfs-1998-603
- SFS. (2001:453). *Socialtjänstlag (2001:453)*. Svensk författningssamling. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Siponen, R., et al. (2023). Psychiatric diagnoses and criminal convictions in youth: A population-based study of comorbidities of diagnoses. *Journal of Criminal Justice*, 88, 102114. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2023.102114>
- SiS. (2020). Genomlysning av suicidförsök inom SiS under 2017. In: (Dnr 1.1.3-2067-2020) Statens institutionsstyrelse.
- SiS. (2021). *SiS i korthet – 2021*. Statens institutionsstyrelse. http://sisdocs/Dokument_/%C3%85sredovisning/SiS%20i%20korthet_SIK/SIS%20i%20korthet%202021.pdf
- SiS. (2022a). *Minskad gruppstorlek och förstärkt vårdorganisation på vissa avdelningar för flickor – en ettårsuppföljning*. (Dnr 1.1.4-6463-2022), Issue. Statens institutionsstyrelse.

- SiS. (2022b). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2021. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju* (Institutionsvård i fokus, Issue 9). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/9-2021-ungdomar-intagna-pa-sis-sarskilda-ungdomshem-under-2021/>
- SiS. (2022c). *Ungdomar utskrivna från SiS särskilda ungdomshem 2021. En sammanställning av ADAD utskrivningsintervjuer*. (Institutionsvård i fokus, Issue 7). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/7-2022-ungdomar-utskrivna-fran-sis-sarskilda-ungdomshem-2020/>
- SiS. (2023a). *PM Resultatredovisning. Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS, år 2022*. (Dnr 1.1.3-4392-2023). Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/webbshop/kartlaggning-av-psykiatriska-vardbehov-bland-barn-och-ungdomar-inom-sis-ar-2022/>
- SiS. (2023b). *Årsredovisning 2022*. Statens institutionsstyrelse. <https://www.stat-inst.se/om-sis/arsredovisningar/>
- Smith, M., & Udo, T. (2022). The relationship between age at incarceration and lifetime suicide attempt among a nationally representative sample of US adults. *Community Mental Health Journal*, 58(7), 1403–1415. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00952-8>
- Socialstyrelsen. (2015). *Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik*. Socialstyrelsen. <https://books.google.se/books?id=YnXOjwEACAAJ>
- Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förut-sättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019b). *Öppna jämförelser 2019. Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Öppna jämförelser 2020 – placerade barns utbildning och hälsa. (Öppna jämförelser)* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2021-2-7222.pdf>

- Socialstyrelsen. (2022). Socialstyrelsens kunskapsstöd och regler för heldygnsvård. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/heldygns-var-d-och-tvangsvard/>
- Socialstyrelsen. (2023a). *Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2023-10-8806.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023b). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga – 2022*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-9-8737.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023c). Integrerad vård på SiS ungdomshem - Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barns-psykiska-halsa/integrerad-var-d-pa-sis-ungdomshem/>
- Socialstyrelsen, et al. (2020). *Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 1.1*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9186.pdf>
- Ståhlberg, O., et al. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 893–903. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0137-1>
- Sundquist, J., et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study. *Psychological Medicine*, 45(5), 977–983. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001986>
- Tate, A. E., et al. (2022). Borderline personality disorder: associations with psychiatric disorders, somatic illnesses, trauma, and adverse behaviors. *Molecular Psychiatry*, 27(5), 2514–2521. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01503-z>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Teplin, L. A., et al. (2021). Prevalence, comorbidity, and continuity of psychiatric disorders in a 15-year longitudinal study of youths involved in the juvenile justice system. *JAMA Pediatrics*, 175(7), e205807–e205807. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5807>

- Thielemann, J. F. B., et al. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105899. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- UNICEF. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. United Nations Children's Fund (UNICEF). New York <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- van Der Kolk, B., et al. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(10). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., et al. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262–272. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/add.12370>
- Willcutt, E. G., et al. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991–1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
- World Health Organization. (2004). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision. In (2nd ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022a). *Mental Disorders*. Retrieved 17-02 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2022b). *World mental health report: transforming mental health for all*. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
- Xu, G., et al. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997–2016. *JAMA Network Open*, 1(4), e181471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>

Författarpresentation



Camilla Jalling är kriminolog och medicine doktor i psykiatri. Hon arbetar som forskare vid Statens institutionsstyrelse, och är anknuten till Institutionen för klinisk neurovetenskap och Centrum för psykiatriforskning vid Karolinska Institutet. Hennes forskning har främst varit fokuserad på barn och ungdomar med risk för antisocial beteendeutveckling och utvärderingar av relaterade interventioner. Camilla har även medverkat i internationella och nationella forskningsprojekt rörande utvärderingar av alkohol- och drogförebyggande interventioner i samhället (s.k. community based interventions).



Marianne Kristiansson är legitimerad läkare, specialist i rättspsykiatri, specialist i anesthesiologi, specialist i smärtlindring och docent i rättspsykiatri. Hon har tidigare varit anställd som avdelningschef, verksamhetschef, chefsöverläkare och senast som överläkare vid Rättsmedicinalverket, samt som adjungerad professor vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Som expert har Marianne deltagit i olika statliga utredningar inom rättsväsendet. Hon har också varit huvudhandledare för sex doktorander som disputerat och bihandledare för fem doktorander som disputerat. Numera är hon anknuten till Karolinska Institutet som professor emerita. Vidare är hon vetenskaplig rådgivare för Kriminalvården och Socialstyrelsen. Hon har också rådgivande funktion avseende ungdomar med hög risk för antisocialt beteende vid Statens institutionsstyrelse samt Stockholms stad. Marianne Kristianssons forskningsområde utgörs av riskbeteenden för brott samt biopsykosociala mekanismer bakom utveckling av antisocialt beteende. Hon ingår också i en grupp som har fokus på våld i nära relation och som också omfattar virtuella tekniker.



Lisa Rudolfsson är docent i psykologi och arbetar som forskare på Statens institutionsstyrelse. Hon är också anknuten till Karolinska Institutet (Institutet för Miljömedicin). Lisas forskning har främst fokuserat psykologiska traumareaktioner, sexuellt våld och mäns våld mot kvinnor. Hon har bland annat publicerat flera arbeten om bemötande av kvinnor som har utsatts för våldtäkt, samt om hur sådana möten påverkar den professionella.

Det är vanligt att barn och ungdomar som tvångsvårdas inom SiS har behov av insatser för psykiatriska tillstånd. De psykiatriska tillstånden kan dels medföra ett stort lidande för den drabbade, dels medföra att den sociala vården som syftar till att återanpassa och rehabilitera barn och ungdomar till en vardag efter tvångsvården, inte fungerar tillfredställande. Det är viktigt att SiS har uppdaterad kunskap om hur vanligt det är med psykiatriska vårdbehov bland de placerade barnen och ungdomarna, för att veta hur vården behöver utvecklas.

I den här rapporten presenteras resultaten från en kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar som vårdades på SiS den 2 maj, 2022. Med hjälp av SiS psykologer samlades data in via webbenkäter för 341 barn och ungdomar. Resultaten visar att barn och ungdomar på SiS är en psykiatriskt belastad grupp, där samsjuklighet och akuta psykiatriska tillstånd är vanligt förekommande. Resultaten visar också flickor är en mer psykiatriskt belastad grupp än pojkar. De stora psykiatriska vårdbehoven sätter ljus på vikten av en stark vårdkedja mellan socialtjänst, SiS och regioner.

