



Barn som överlevt tortyr

En systematisk litteraturoversikt
om screening, dokumentation och
behandling av tortyrskadade barn

Ronak Tamdjidi
Catarina Nahlén Bose



Barn som överlevt tortyr

ISBN: 978-91-983684-9-9

Projektgrupp: Ronak Tamdjidi, Catarina Nahlén Bose

Illustratör framsida: Klara Nordin Stensö

Illustratörer i rapporten: Klara Nordin Stensö

Tryck: Typografiska 2023

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Barn som överlevt tortyr

En systematisk litteraturöversikt om screening,
dokumentation och behandling av tortyrskadade barn



Röda Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Förord

Pojkarna var i trettonårsåldern – en av dem så aningslöst orutinerad i regimkritik att han signerade de revolutionära slagorden ”Folket kräver regimens fall”. Det var kanske så säkerhetstjänsten visste vilka som låg bakom det klottrade motståndet mot Syriens diktator som kunde ses på en skola i staden Deera, i mars 2011. Av kompisgänget som lekt arabisk vår, inspirerad av revolutionen i Tunisien, greps några snabbt – andra gömdes av förfärade föräldrar och klarade sig några dygn. Barnen torterades. Släkt och vänner bjöd motstånd och Deeras uppror drog med sig landet i inbördeskrig.

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala träffar patienter i alla åldrar. De som arbetar där har omfattande erfarenhet av psykologisk behandling för barn, men när FN:s manual för medicinsk tortyrskadedokumentation uppdaterades 2022 intensifierades en diskussion om varför så få av barnen identifierats som tortyröverlevare. Att det sker är viktigt, inte minst eftersom de är brottsoffer med omfattande rätt till rehabilitering och tortyrskadedokumentation för juridisk upprättelse. Initiativet till det treåriga forskningsprojektet ”Barn som överlevt tortyr” är därför brett och adresserar svårigheter i screening, dokumentation och behandling av tortyrskador.

De som arbetar vid Röda Korsets behandlingscenter vet hur traumatiska händelser i barndomen kan påverka ett helt liv. När barns tortyrskadedokumentation görs känner vi ännu inte tortyrens fulla slagkraft, den sträcker sig långt in i deras framtid. Projektet ska också parera att fysiska skador kan vara svårare att se hos dem som utsatts som barn. Hur dokumenterar vi att en tand plågsamt dragits ut, om det var en mjölktaand?

I rapporten framkommer att när tortyr dokumenteras hos barn görs det främst av läkare som visar på kroppsliga skador. I studier där frågor om tortyrupplevelser ställts är det i stället psykologiska ärr som nämns och den behandling barn får är framför allt psykologisk. Gränsdragningen mellan kroppsliga och psykiska tortyrmetoder och

dess konsekvenser är inte hjälpsam för patienterna som behöver många olika insatser. Därmed finns anledning att känna oro över att vården inte erbjuder det barnen behöver.

Litteraturstudien visar också att det inte är i ledande forskningsnationer som insatser för barn genomförs och utvärderas, att förövare sällan identifieras och att själva definitionen av vad som är tortyr för ett litet barn fortfarande är oklar. Ibland ifrågasätts det därför om det alls är möjligt att fråga barn om tortyr. Personer i myndighetspositioner eller inom vården funderar över hur barn ska kunna förstå frågan, när vissa är så vana vid våld. Hur ska barns upplevelse av skräck förstås av vuxna frågeställare, hur kan barnet veta om syftet med skadlig försummelse var att straffa snarare än följd av resursbrist? Kommer barn som utsatts för tortyr lita på vuxna nog för att berätta varför deras kroppar känns trasiga och de slutat leka?

Vårt forskningsprojekt inser svårigheterna men söker ändå lösningar för att identifiera patienter som är brottsoffer. Vi vet att barn utsätts för tortyr på grund av sin egen politiska aktivitet, som tonåringarna i Deera. I alla åldrar utsätts de för våld i syfte att tvinga fram vittnesmål mot andra, eller för att de tillhör en förbjuden religion eller folkgrupp – precis som vuxna. De exploateras också just för att de är barn. Vi vet att de skadas för att såra föräldrar, att barn föds i tortyrceller, ibland till följd av sexualiserad tortyr. Brutala regimer vet att det trovärdigt signalerar avskräckande brutalitet, att inte visa barn nåd.

Att det är svårt att fråga barn om tortyr får inte betyda att brottsoffer och patienter förlorar vårt stöd.



Frida Johansson Metso

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

Författare



Ronak Tamdjidi

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Uppsala

Leg. psykolog som arbetar kliniskt med psykologisk behandling för barn och vuxna samt tortyrskadeutredningar. Ronak är projektledare för Barn som överlevt tortyr.



Catarina Nahlén Bose

Röda Korsets Högskola

Leg. sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom hjärtsjukvård och medicine doktor. Catarina har agerat forskare i det aktuella projektet och ansvarat för den vetenskapliga kvalitén.

Vi vill tacka...

Stiftelsen Hildur Nordins Minnesfond som genom sin finansiering möjliggjort projektet. Stort tack för ert förtroende!

Frida Johansson Metso, samordnare vid Röda Korsets kompetenscenter, för ditt engagemang för frågan om tortyr mot barn och stöd längst arbetets gång.

Projektets referensgrupp för er tillgänglighet för våra frågor. Ett särskilt tack till Camilla Juhlin, jurist och migrationsrådgivare vid Svenska Röda Korset, för att du så tålmodigt och pedagogiskt delar med dig av kunskap och viktiga perspektiv.

Kollegor på Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala; den oändliga källan till kunskap, inspiration och skratt. Särskilt tack till verksamhetschef Niklas Möller för att du alltid är så generös med din tid och närvaro.

Kollegor på Röda Korsets Högskola för fint stöd, gemenskap och skratt. Särskilt tack till Professor Maria Jirwe som granskat rapporten.

Karin Löfroth vid Södertörns högskolebibliotek för din fina vägledning i sökprocessen.

Familj och vänner – tack för att ni har stått ut med oss under det senaste året. Ett alldeles särskilt tack till Alexander, Goutam, Thomas, Lamin och Inés.

Innehållsförteckning

Förord	2
Författare	4
Sammanfattning	8
Sammanfattning på lättare svenska	9
Abstract in English	10
Introduktion	11
Bakgrund	13
Definitioner	13
Statens ansvar: förbjuda, förhindra och gottgöra	15
Gränsdragning mellan tortyr och annat våld mot barn	15
Tortyrkonventionen ur ett barnperspektiv	16
Vad vet vi om tortyr mot barn?	18
Begränsade rättigheter försvårar identifiering	19
Vikten av upptäckt – screening och dokumentation av tortyrskador hos barn	20
Olika typer av tortyrskador	21
Risker och skydd under barndomen	22
Tortyrrehabilitering	23
Problemformulering	26
Syfte och frågeställningar	27
Definitioner av begrepp	28
Metod	29
Design	29
Urvalskriterier	29
Sökstrategi	29
Screeningprocessen för urval av litteratur	30
Kvalitetsgranskning	32
Dataextraktion och analys	32
Etiska överväganden	34
Resultat	35
Screening	35
Karakteristika av inkluderade studier	35

Screening för utsatthet av tortyr.....	36
Screening av psykologiska tortyrskador	38
Screening av fysiska tortyrskador.....	39
Vårdprogram med fokus på screening.....	39
Dokumentation.....	39
Karakteristika av inkluderade studier.....	39
Identifiering och genomförande	40
Riktlinjer och vårdprogram med fokus på dokumentation.....	41
Behandling.....	42
Karakteristika av inkluderade studier.....	42
Beskrivning av interventionerna.....	44
Uppföljningstid och utfallsvariabler	46
Kvalitetsgranskning.....	47
Effekt.....	48
Effekt av olika typer av interventioner	48
Riktlinjer och vårdprogram med fokus på behandling.....	60
Diskussion.....	61
Resultatdiskussion	61
Gemensamma nämnare för urvalen	61
Screening ger inte tillräckligt underlag för tillfredsställande bedömning av tortyr.....	62
Dokumentation med fokus på fysiska skador	64
Behandling visar positiva effekter	64
Metoddiskussion	68
Rekommendationer	70
Kliniska rekommendationer.....	70
Ytterligare forskning.....	70
Referenser	72
Bilagor.....	82

Sammanfattning

Syfte: Att syntetisera forskning och grå litteratur gällande screening, dokumentation och tortyrskadevård av tortyrskadade barn.

Metod: En systematisk litteraturstudie genomfördes. Studier genomsöktes i vetenskapliga databaser. Totalt screenades 4 795 titlar och/eller abstrakt varav 276 artiklar lästes i fulltext. Dessutom screenades 81 rapporter, riktlinjer och vårdprogram varav 12 lästes i fulltext. Totalt inkluderades 80 vetenskapliga artiklar och sex rapporter, riktlinjer och vårdprogram.

Resultat: Screening för tortyrutsatthet utgjordes i regel av frågor som ingick i skattningsformulär om traumatiska livshändelser, ofta kopplade till krig. Frågor om aktörer bakom de traumatiska händelserna saknades i mer än hälften av studierna. I 89 procent av studierna screenades det för psykiska och/eller psykosociala symtom medan endast 21 procent screenade för fysiska skador/symtom. Samtliga studier som utfört tortyrdokumentation rapporterade fysiska tortyrskador medan endast 43 procent av studierna rapporterade psykiska symtom. Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Narrative exposure therapy (NET) minskade PTSD signifikant från tre månader och upp till ett år efter avslutad behandling hos barn varibland vissa överlevt tortyr. Behandlingar med individ- och gruppbaseade format såväl som de med normal- och högintensiva upplägg visade sig ha effekt på PTSD.

Rekommendationer för klinik och forskning: Utveckling av ett generiskt screeninginstrument som kan underlätta identifiering av barn som överlevt tortyr, för samhällsaktörer som kommer i kontakt med målgruppen. Traumabehandling i gruppformat såväl som i en intensifierad form skulle kunna implementeras i klinik och även utvärderas ytterligare i forskning för den specifika målgruppen.

Sammanfattning på lättare svenska

Den här rapporten handlar om barn som överlevt tortyr. Rapporten har undersökt hur barn som överlevt tortyr upptäcks, hur man samlar bevis för skador och vilken sjukvård barnen får.

Rapporten visar att det inte finns något bra formulär som kan upptäcka om barn blivit torterade. Exempelvis saknas ofta frågor om vem som har torterat barnen. Det finns frågor om hur barnen mår, exempelvis om de är oroliga, men inte vilka skador de har på kroppen.

När man vill bevisa tortyr, exempelvis i en rättegång, är det tvärtom. Då letar man mer efter skador på kroppen, och frågar inte så ofta om barnens tankar och känslor.

Studien visar att sjukvård kan hjälpa barnen att må bättre. Både sjukvård som barnet får enskilt och sjukvård som barnet får tillsammans med andra barn kan hjälpa.

Det skulle vara bra att göra ett bättre formulär som kan upptäcka barn som varit med om tortyr. Det kan också vara bra att undersöka mer om vilka olika former av behandling som hjälper bäst.

Abstract in English

Aim: To synthesize research and grey literature regarding screening, documentation and torture injury treatment of torture-injured children.

Method: A systematic literature review was conducted. Studies were searched in scientific databases. A total of 4795 titles and/or abstracts were screened, of which 276 articles were read in full text. In addition, 81 reports, guidelines and care programs were screened, of which 12 were read in full text. A total of 80 scientific articles and six reports, guidelines and care programs were included.

Results: Screening for torture exposure usually consisted of questions that were included in questionnaires about traumatic life events, often linked to war. Questions about the actors behind the traumatic events were missing from more than half of the studies. In 89 percent of the studies screening for mental and/or psychosocial symptoms were done while only 21 percent screened for physical injuries/symptoms. All studies that performed torture documentation reported physical torture injuries, while only 43 percent of the studies reported psychological symptoms. Trauma focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) and Narrative exposure therapy (NET) significantly reduced PTSD from three months and up to one year after the end of treatment in children of whom some had survived torture. Treatments with individual and group-based formats as well as those with normal and high-intensity approaches were found to have an effect on PTSD.

Recommendations for clinic and research: Development of a generic screening instrument that can facilitate the identification of torture survivors of children in various social services that encounter the target group. Trauma treatment in a group format as well as in an intensified form could be implemented in clinic and be further evaluated in research for the specific target group.

Introduktion

Tortyr mot barn har en lång historia som åtminstone sträcker sig tillbaka till antikens Grekland varifrån de tidigaste dokumenterade fallen har hittats (1). Andra historiska nedslag omfattar systematiska övergrepp mot barn tillhörande ursprungsbefolkningar under kolonialismens tidsåldrar och våld mot barn inom utbildningens institutioner som förmodligen har förekommit lika länge som de tidigaste formerna av skolan (2). Mer än en miljon barn dödades under andra världskriget och under samma period blev minderåriga föremål för en rad medicinska experiment, ofta med dödliga utfall (3). Barn har utsatts för omfattande tortyr av representanter för militärdiktaturer i länder som Argentina, Chile och Filipinerna och mött liknande öden i krig och folkmord, bland annat i Jugoslavien och Rwanda (4).

Än idag utsätts barn över hela världen för tortyr. Barn på flykt misshandlas av gränspolis i Europa (5) och separeras med tvång från sina familjer vid den mexikanska gränsen till USA (6). Barn i hemlöshet utsätts för våld och dödas av polisen i länder som Brasilien, Colombia och Guatemala (4). Tvångsrekrytering av barnsoldater har tredubblats sedan 1900 (7) och flera organisationer rapporterar om förekomsten av mycket våldsamma förhörsmetoder inom rättsväsendet som drabbar barn i många delar av världen (8-10).

Inte heller barn i Sverige har varit förskonade från våld som skulle kunna likställas med tortyr. För några år sedan kunde den så kallade Vanvårdsutredningen visa omfattande grad av övergrepp på barn som varit placerade i fosterhem eller institution under 1900-talet (11). Sverige har även varit föremål för stark kritik från FN:s kommitté mot tortyr för isolering av barn som frihetsberövats och utdragna häkningsperioder med långtgående restriktioner för minderåriga (12). En annan granskning av svenska statliga ungdomshem

(Statens institutionsstyrelse, SIS) från 2023 kunde avslöja omfattande sexuella övergrepp och kränkningar mot barn inom statliga institutioner (13).

Tortyr mot barn är således ett globalt fenomen som dessutom förefaller att öka i omfattning (14). Ändå lyser frågan med sin frånvaro inom såväl forskning som samhällspolitisk debatt (15, 16). Barn som överlever tortyr får ofta leva med våldets skador och hälsokonsekvenser utan att identifieras och erbjudas behandling. Ledande experter inom området har därför pekat på ett akut behov av forskning och kunskapsunderlag som underlättar identifiering, dokumentation och behandling av barn som överlever tortyr (15, 16). Ett steg i denna riktning ägde rum 2022, då FN:s riktlinjer för tortyrdokumentation, det så kallade Istanbulprotokollet (IP), uppdaterades med avsnitt om barn (17).

Svenska Röda Korsets behandlingscenter vänder sig särskilt till människor som överlevt tortyr. Mottagningarna erbjuder främst behandling för den psykiska ohälsa som drabbar tortyröverlevare samt dokumentation av tortyrskador i enlighet med Istanbulprotokollet. Trots lång erfarenhet och betydande kunskap om tortyrskador inom organisationen är den allmänna kliniska upplevelsen att barns utsatthet för tortyr även här har hamnat i skymundan. Barns erfarenheter av tortyr har dokumenterats i lägre utsträckning än vuxnas och deras våldsutsatthet har mer sällan definierats som tortyr.

För att bryta detta mönster och ge fler av barnen chans till upprättelse och rehabilitering finns ett behov av ökad kunskap om tortyrskador hos barn. Initiativet till den aktuella litteraturstudien togs mot denna bakgrund och har som syfte att sammanställa befintlig internationell kunskap om screening, dokumentation och behandling av tortyrskador hos barn. Litteraturstudien kommer att ligga till grund för projektets två senare faser vars huvudsakliga målsättningar är utveckling av barnanpassade metoder och rutiner för screening,

dokumentation och behandling av tortyrskador. Kunskapsspridning sker löpande genom studiens samtliga faser i syfte att underlätta för olika samhällsaktörer att identifiera barn som utsatts för tortyr och erbjuda behandling till dem med behov.

Bakgrund

I den aktuella rapporten används begreppen barn som överlevt tortyr, barn som utsatts för tortyr och tortyrutsatta barn.

Definitioner

Tortyr är ett begrepp vars definitioner skiljer sig beroende på i vilken kontext de tillämpas. I dagligt språk associeras tortyr ofta med våld som varit av särskild grov eller grym karaktär. Psykologiska perspektiv på tortyr betonar framför allt det inre tillstånd som den tortyrutsatte försätts i som ofta präglas av intensiv skräck, hjälplöshet och total kontrollförlust (18). I juridiska sammanhang förekommer flera olika tortyrdefinitioner som på olika sätt utgår från särskilda kriterier för våldshandlingar och dess inverkan på de utsatta. Denna studie kommer att utgå från den mest vedertagna definitionen av tortyr vilken presenteras nedan.

Tortyrkonventionens definition av tortyr

TORTYR

FN:s definition

FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (19, 20), (hädanefter tortyrkonventionen), definierar i sin artikel 1 tortyr som: "varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på

anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna. Tortyr innefattar inte smärta eller lidande som uppkommer enbart genom eller är förknippade med lagenliga sanktioner.”

För att en handling, enligt tortyrkonventionen, ska utgöra tortyr behöver den ha utförts medvetet och orsakat någon *allvarlig smärta eller svårt fysiskt eller psykiskt lidande*. Syftet med handlingen behöver dessutom vara förenat med något av de syften som exemplifieras i definitionen. Slutligen krävs att förövaren har en direkt eller indirekt koppling till *det allmänna*; i många fall är det en statlig aktör. Det innebär att allvarliga övergrepp som begås av fristående privata aktörer inte utgör tortyr så länge den statliga företrädaren är omedveten om övergreppen eller arbetar för att förbygga dem. Enligt tortyrkonventionens definition innefattar tortyr inte heller smärta eller lidande som enbart uppkommer genom lagenliga sanktioner, exempelvis i samband med polisarresteringar (19, 20).

Kravet på förövarens koppling till det allmänna särskiljer tortyrkonventionens definition från flera andra centrala definitioner av tortyr. Något motsvarande krav ställs varken upp i Romstadgan eller i praxis från de internationella brottmålstribunalerna. Även i praxis från Europadomstolen har det ansetts att staten under vissa förhållanden kan hållas ansvarig även för tortyrhandlingar som utförts av andra än statliga företrädare (21). Vilka element som betonas eller saknas i olika definitioner beror bland annat på vilken funktion definitionen har kommit att fylla i de kontexter där den har tillämpats. Tortyrkonventionens krav på förövarens statliga representation kan förstås utifrån att konventionen har utarbetats inom ramen för arbetet med mänskliga rättigheter, där utgångspunkten är att staten endast kan hållas ansvarig för brott som har begåtts av dess aktörer (21).

ILLABEHANDLING

Illabehandling, eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (hädanefter enbart illabehandling), är närliggande begrepp till tortyr som bland annat förekommer i tortyrkonventionen. Begreppen saknar särskilda definitionskriterier och skillnaden mellan tortyr och illabehandling är i praktiken ofta otydlig (22). Med anledning av detta görs ingen åtskillnad mellan begreppen i den aktuella studien.

Statens ansvar: förbjuda, förhindra och gottgöra

Sedan andra världskrigets slut har tortyr fördömts som ett brott mot grundläggande mänskliga rättigheter (23). Idag regleras förbudet mot tortyr bland annat i tortyrkonventionen (19) och i FN:s konvention om barnets rättigheter finns ett särskilt förbud av tortyr mot barn (24). Enligt tortyrkonventionen (19) ska bland annat konventionsstaterna vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyrhandlingar inom dess territorium och därtill säkerställa att alla tortyrhandlingar utgör brott enligt inhemsk lagstiftning. Vidare förbinder sig stater till att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr genom bland annat informationsspridning, utbildning samt systematiska och oberoende granskningar av platser där tortyr kan ha förekommit. För den tortyrsatte ska staten enligt konventionen vidare säkerställa rätten till upprättelse och gottgörelse, vilket bland annat omfattar fysisk och psykisk rehabilitering för tortyrskadade individer (19).

Gränsdragning mellan tortyr och annat våld mot barn

Vad som utgör tortyr beror, som ovan nämnts, på hur definitionen i fråga tillämpas i relation till en särskild händelse. I vissa fall saknas minsta tvivel om att tortyr har förekommit medan bedömningarna i många andra fall kräver svåra avvägningar som rör sig i gränslandet mellan tortyr, våld och annan försummelse. De svårare gränsdragningarna, mellan exempelvis tortyr och våld i nära relationer, har varit ett område som inte minst FN:s särskilda rapportörer om tortyr har uttalat sig om. I en rapport framför den

tidigare FN-rapportören Juan Méndez att våld som sker i den privata sfären kan utgöra tortyr om staten allvarligt brister i sitt arbete med att förbygga och skydda sina medborgare från våldet (8). En väl underbyggd bedömning om vad som utgör tortyr förutsätter därför många gånger insyn i statens arbete och analys av dess roll i relation till de mekanismer som förklarar uppkomsten och fortsatt förekomst av våldet som inom statens territorium.

Tortyrkonventionen ur ett barnperspektiv

Tortyrkonventionens definition av tortyr gör ingen åtskillnad mellan vuxna och barn. Samtidigt lämnar definitionen utrymme för en kontextuell tolkning där individuella upplevelser kan spela en



En och samma handling kan leda till allvarlig smärta och lidande hos ett barn utan att utgöra samma allvarliga hot och skada för en vuxen person

avgörande roll för tolkning av vad som utgör tortyr. Det subjektiva perspektivet i tortyrdefinitionen är högst relevant för barn då ålder och utvecklingsnivå har stor betydelse för individers upplevelser, uppfattningar och därmed också deras smärtröskel (4, 8). En och samma handling kan leda till allvarlig smärta och lidande hos ett barn utan att utgöra samma allvarliga hot

och skada för en vuxen person. Exempel som ofta illustreras som särskilt hotfulla för barn är familjeseparationer, förbud mot kontakt med familjemedlemmar för exempelvis frihetsberövade barn, eller bevittnande av nära anhöriga som behandlas illa (8).

Trots det subjektiva barnperspektivets betydelse för tolkningen av tortyr enligt tortyrkonventionen har ett antal invändningar mot tillämpningen av tortyrdefinitionen identifierats ur ett barnperspektiv. Bland annat gäller det föreställningen om smärta och lidande som främst omedelbara upplevelser hos brottsoffret i anslutning till tortyrtillfället. Detta synsätt går tvärsenemot den forskning som entydigt pekar på sambandet mellan svåra upplevelser i barndomen och sjukdom och dödlighet senare i livet (25). Synen på smärta och

lidande medför även utmaningen att i efterhand mäta och bevisa upplevelser som ofta ligger långt bakåt i tiden. Hos vuxna individer används därför ofta långsiktiga hälsokonsekvenser som indikatorer för smärta och lidande vid tortyrtilfället. Trots att barn är särskilt sårbara för våld besitter många likväl en stark förmåga till återhämtning efter svåra händelser. Av den anledningen riskerar barnets upplevelser av våld att förminsкас om långsiktiga hälsokonsekvenser används för att uppskatta graden av smärta och lidande vid tortyrtilfället (15).

En annan aspekt som har mött kritik ur ett barnperspektiv har varit de syften som nämns i tortyrkonventionens definition: erhållande av information, bekännelse, straff, hot eller diskriminering. Kritiker menar att dessa syften inte speglar de viktigaste drivkrafterna bakom tortyr mot barn, nämligen exploatering och underkastelse, som när det rör sig om barnsoldater och barn som utsätts för sexuella övergrepp (15). Vidare lyfts svårigheterna med att utreda och fastställa exakta syften med handlingar (eller bristen på handlingar) som allvarligt försummar barns basala psykologiska och fysiska behov. Orsakas försummelsen delvis av bristfälliga levnadsvillkor och inte enbart med intentionen att tillfoga barnet smärta riskerar kriteriet för syfte att inte uppfyllas (8). Ytterligare kritik mot de syften som uttryckligen anges i tortyrdefinitionen är att det finns en risk att de utesluter handlingar som av förövaren motiveras utifrån barnets bästa, såsom bestraffningar inom utbildningsväsendet. Uppfattningen av själva syftet med en handling kan i dessa fall skilja sig åt mellan offer och förövare och leda till att en handling orsakar mer smärta och lidande än vad som varit det ursprungliga syftet eller intentionen (15).

Även kravet på förövares kopplingar till det allmänna har problematiserat utifrån risken för osynliggörande och legitimering av det omfattande våld som andra vuxna förövare, som per definition befinner sig i en maktposition, utsätter barn för (8, 26). En annan

grupp som riskerar att hamna i tortyrdefinitionens skugga är barn som är vittnen till tortyr (27).

Vad vet vi om tortyr mot barn?

Det är svårt att uppskatta antalet människor som utsätts för tortyr då utsattheten sällan dokumenteras (4). Uppskattningar av Amnesty International indikerar att tortyr förekommer i minst 141 länder i



Tortyr mot barn utförs i samma syften som när det gäller vuxna

världen (28). Tortyr mot barn sker i både tider av krig och fred (4), i både höginkomstländer och låginkomstländer (29). Barn utsätts för tortyr inom en rad olika situationer och samhällsarenor; i samband med polisgripanden, inom rättsliga institutioner som häkten och

förvar, inom statlig institutionsvård och andra vårdinrättningar, längst flyktvägar, inom utbildningsväsendet, armén och många gånger mitt bland allmänheten (10, 29).

Särskilt sårbara grupper

Även om vissa situationer och arenor i sig medför en förhöjd risk för barn att utsätts för tortyr finns det vissa grupper av barn som är särskilt utsatta. Till dessa hör barn i fattigdom och hemlöshet (30), ensamma barn på flykt (31, 32), barn med psykiska och fysiska funktionsvariationer, barn som lider av psykisk sjukdom eller befinner sig i missbruk, barn från etniska och religiösa minoriteter och barn som identifierar sig som HBTQI+ (29, 33).

Syftet med tortyr mot barn

Tortyr mot barn utförs i samma syften som när det gäller vuxna. De utsätts för tortyr för att avtvingas information eller bekännelse om sådant som rör dem själva eller andra i deras närhet. Barn riskerar att torteras som straff vid misstanke eller anklagelse, ibland falska, för brott. Tortyr mot barn används även som medel för

tvångsrekrytering av barnsoldater och som vapen i krig och politisk ockupation (29, 34).

Tortyr – inte en avgränsad handling

Tortyr är ingen avgränsad handling eller metod. I stället kan tortyr förstås som en situation i ett specifikt sammanhang som är mer eller mindre utdragen. Situationen involverar ofta kombinerade fysiska och psykologiska handlingar och metoder och leder till allvarlig fysisk och psykisk smärta hos den som utsätts (35). Vissa tortyrmetoder rapporterats som vanligare både mot barn och vuxna (9). Till dessa hör hot, förnedrande behandling, bevittnande av familjemedlemmar som torteras eller dödas, sparkar och slag med eller utan tillhyggen, knuffar, bränning, elchocker, hundbett, upphängning, sömn-, vatten- och matdeprivation, exponering för extrem hetta eller kyla och sexuellt våld. Ett gemensamt element för dessa händelser är att de försätter individer i tillstånd av hjälplöshet och maktlöshet, något som förstärks av att den som utsätter representerar det allmänna (4, 5, 29).

Begränsade rättigheter försvårar identifiering

Förövarna som utövat tortyr mot barn ställs sällan till svars för sina handlingar. Dels beror detta på acceptans och normalisering av våld mot barn som finns i många samhällen, dels begränsade förutsättningarna för många barn att komma till tals (26). Ett exempel är de barn som söker asyl med sina familjer, i till exempel Sverige, och sällan får möjligheten att komma till tals i asylintervjuer vilket leder till att eventuell tidigare tortyrutsatthet bland barnen i familjerna inte upptäcks (36).

En annan anledning till att tortyr mot barn fortgår är den bristfälliga insynen i många av de miljöer där barn utsätts, såsom inom låsta institutioner (26). Utan insyn eller andra vägar till upptäckt i efterhand är utsikterna för avslöjanden små. Barn har i regel svårare än vuxna att själva berätta om sin utsatthet vilket gör dem till lättare byten för

våld, manipulation och utnyttjande utan konsekvenser för förövarna (7, 37). Barns möjligheter att bryta tystnaden ligger därför i händerna på andra som frågar, lyssnar och driver deras ärenden.

Vikten av upptäckt – screening och dokumentation av tortyrskador hos barn

Ett avgörande steg i att förhindra nya fall av tortyr är att upptäcka och dokumentera tortyrens förekomst och skadeverkan. En metod för detta är så kallad screening som kan beskrivas som en systematisk och riktad testning (38) med syfte att, i detta sammanhang, identifiera barn som lider av symtom och skador till



Barn har i regel svårare än vuxna att själva berätta om sin utsatthet

följd av tortyr. En vanlig form av screening är skattningsskalor; formulär med frågor som antingen besvaras av individen själv eller viktiga personer runt individen, exempelvis vårdnadshavare. För att skattningsskalan ska

ge så bra underlag som möjligt för att identifiera tortyr bör frågorna täcka de centrala elementen i den tortyrdefinition som man väljer att utgå ifrån. En skattningsskala baserad på tortyrkonventionens definition bör således bland annat innehålla frågor om vilka aktörer som utfört en handling och vilka reaktioner handlingen väckt hos offret, både på kort och lång sikt. Det finns idag ingen känd samlad kunskap om screening av tortyrskador hos barn.

Dokumentation av tortyrskador kännetecknas många gånger av en mer omfattande utredning som syftar till att undersöka överensstämmelsen mellan patientens symtombild och beskrivning av hur skadorna har uppkommit (17). Dokumentation av tortyr är viktigt både ur ett juridiskt och medicinskt perspektiv, såväl för tortyröverlevaren som för samhället i stort. Dokumentation möjliggör lagföring av brott och förövare samt identifiering av brottsoffer i behov av upprättelse och rehabilitering för sina tortyrskador (9).

Istanbulprotokollet är FN:s internationellt erkända manual för medicinsk och psykologisk utredning och dokumentation av tortyr (17). Protokollet består av en psykologisk, psykosocial och medicinsk del som utmynnar i tolkningar och bedömningar av fynd som framkommit under utredningen. Dokumentationen kan användas som bedömningsunderlag i rättsliga processer för enskilda tortyröverlevare, såsom i en asylprocess, eller i rättegångar mot förövare, såväl individer eller stater, som utövat tortyr.

Tortyrdokumentation kan medföra en känsla av upprättelse för den tortyrutsatte och utgöra en viktig del i individens rehabiliteringsprocess. Den nya utgåvan av Istanbulprotokollet som publicerades 2022 innehåller barnspecifika riktlinjer för tortyrdokumentation och olika utmaningarna som det kan innebära att intervjua och utreda våldsutsatta barn. Riktlinjerna avser bland annat samtal med barn, förhållningssätt till barnets vårdnadshavare samt bedömning av psykologiska och somatiska fynd som framkommer i utredningen (17).

Olika typer av tortyrskador

Det finns ingen skadebild och inget sjukdomstillstånd som förenar alla individer som har varit utsatta för tortyr (39). Variationen i hur tortyrskador och annan ohälsa tar sig uttryck är stor inom gruppen och individer i behov av vård kan bli aktuella inom flera olika vårdsektioner, såsom psykiatri, neurologi, gynekologi, kirurgi, dermatologi, ortopedi och odontologi (40).

I den befintliga litteraturen om tortyrskador förekommer ibland distinktionen mellan fysiska och psykiska skador. Denna uppdelning kan anses något förenklad då det ofta är flera psykologiska, fysiska och sociala processer, i samspel med varandra, som påverkar hur skadorna tar sig uttryck och vidmakthålls (35). Nedan följer en uppräknig av dokumenterade tortyrskador hos barn som var och en omfattas av mer eller mindre fysiska och psykiska mekanismer. Till dessa hör neurologiska skador, smärttillstånd såsom huvudvärk och

smärtor i muskler och leder, ärrbildningar, skador på nerver och blodkärl, syn- och hörselskador, tandskador, hjärt- och kärlsjukdomar och lungvägsbesvär. Andra dokumenterade tortyrskador hos barn innefattar posttraumatisk stress, depression, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, emotionell dysreglering, separationsångest, komplicerad sorg och regressiva symtom såsom exempelvis sängvätning (4, 34, 41). Förekommande skador och hälsokonsekvenser efter sexuell tortyr innefattar könssjukdomar, önskade graviditeter, riskfyllda aborter och förlossningar, infertilitet och inkontinens (42).

POSTTRATUMATISKT STRESSYNDROM

PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) medför symtom på återupplevande av den traumatiska händelsen, undvikande av situationer eller sinnesintryck som påminner om den traumatiska händelsen, negativa tankar och sinnesstämningar samt överspändhet eller lättskrämthet. Hos barn kan symtomen ta sig andra uttryck än hos vuxna och bland annat yttras via lek och andra beteenden snarare än verbalt.

En del tortyrskador kan tydligare härledas till tortyrmetod medan uppkomsten av andra besvär är svårare att fastställa. Tillstånd som långvarig smärta eller psykisk sjukdom är ofta gemensamma för många tortyröverlevare oavsett vilka tortyrmetoder de har utsatts för (40). Tortyrskadors yttringar förändras även över tid och många, inte minst barn, läker och återhämtar sig från sina fysiska kroppsskador vilket försvårar upptäckten av dem vid fördröjd dokumentation. Samtidigt är de psykiska skadorna efter tortyr ofta mer svårläkta och kvarstår många gånger långt efter att kroppsskadorna har läkt (4, 15).

Risker och skydd under barndomen

Tortyrens inverkan på enskilda individer kommer att variera beroende på en rad olika faktorer kopplade till individen i fråga såväl

som dess omgivande miljö. Omständigheter innan, under och efter tortyren påverkar upplevelser av en händelse och den efterföljande återhämtningsförmågan. Risken för skador och ohälsa efter tortyrutsåthet, men också motståndskraften i denna process, förstås därför bäst utifrån så kallade risk- och skyddsfaktorer (9). Två avgörande faktorer i relation till barn som utsätts för tortyr följer här:

För det första kan utsatthet under själva barndomen i sig utgöra en betydande riskfaktor som är förenad med större skador och allvarigare hälsokonsekvenser, i jämförelse med utsatthet senare i livet (43). Barns kroppar och organ, inte minst deras hjärnor, befinner sig i intensiv utveckling under de första åren och de är därför särskilt mottagliga och känsliga för omgivningens påverkan (17). Ålder och mognad har dessutom stor betydelse för tolkning och förståelse av världen vilket, som tidigare nämnts, kan påverka upplevelser av hot och smärta och kan i sin tur öka risken för traumatisering (4, 8).

Huruvida den tidiga utvecklingen kommer att utgöra en riskfaktor avgörs i många fall av hur vuxna runt barnet, i synnerhet dess omsorgsgivare, reagerar och förhåller sig till barnet i anslutning till tortyrhändelsen. Barns återhämtningsförmåga är helt beroende av hur deras omsorgspersoner förmår ge dem trygghet och stöd. Detta gäller särskilt för yngre barn vars världsbild och överlevnadssystem utgörs av omsorgspersonernas närvaro och bekräftelse (29). Detta förklarar också den särskilt allvarliga skadan som det innebär för ett barn att bevittna hot och våld mot sina omsorgsgivare, något som har visat sig vara den enskilt starkaste riskfaktor för barn att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (44).

Tortyrrehabilitering

Tortyrrehabilitering kan definieras som alla insatser som har till syfte att reparera tortyrskador och underlätta återgången till ett så gott liv som möjligt för tortyrutsåtta individer, familjer och samhällen (45). Det ligger i sakens natur att insatserna som erbjuds inom ramen för

tortyrrehabilitering kommer att variera beroende på vad som behöver behandlas och vilka andra svårigheter som står i vägen för återgången till ett fullvärdigt liv. Den stora variationen i vad tortyrrehabilitering kan innebära för enskilda individer beror däremot inte enbart på skillnader i symtombild och behov mellan tortyröverlevare utan påverkas också av politiska och sociala skillnader mellan de sammanhang i vilka rehabiliteringen erbjuds (46). Det kan handla om faktorer såsom ekonomiska resurser, vårdpersonalens kompetens och vilka teoretiska preferenser som dominerar inom en särskild vårdinrättning (39, 47).

Tortyrrehabilitering är ett relativt nytt behandlingsfält som började ta form runt 1970-talet, bland annat som svar på de stora vårdbehoven som uppstått hos individer som överlevt tortyr under flera våldsamma politiska skeenden, främst i Sydamerika. Det var dock inte förrän i början av 2000-talet som ett större internationellt intresse för tortyrskaderehabilitering väcktes och fler rehabiliteringscenter för tortyrskadade öppnade runt om i världen (46, 47).

I ett större perspektiv är tortyrrehabilitering än idag eftersatt både som forskningsområde och klinisk praktik (47, 48) och som väntat gäller det särskilt rehabilitering för barn som överlevt tortyr (4, 33). Den andel barn som erbjuds vård för tortyrskador behandlas med interventioner som studerats på andra patientgrupper än de själva, då tortyröverlevare sällan har studerats inom forskningen (48). Med anledning av den begränsade tillgängligheten av kunskap om tortyrrehabilitering för barn följer nedan i stället ett kortare sammandrag av några vanligt förekommande komponenter inom tortyrrehabilitering för vuxna.

Tortyrrehabilitering för vuxna patienter

Tortyrrehabilitering för vuxna består inte av ett enhetligt koncept utan rymmer, som tidigare nämnts, av varierade insatser beroende på tortyrskadornas uttryck och vilka behandlingsbehov som föreligger.

Samtidigt råder en viss samstämmighet kring vilka skador och tillstånd som förenar tortyrskadade individer och vilka gemensamma komponenter som därför har kommit att ingå i många rehabiliteringsprogram för vuxna tortyröverlevare: socialt stöd, smärtrehabilitering och psykologisk traumabehandling (48).

Socialt stöd avser de insatser som har till syfte att minska svårigheter kopplade till den sociala samhällskontexten runt individer som överlevt tortyr. De sociala insatserna är många gånger avgörande för denna målgrupp vars liv ofta fortsätter att präglas av motgångar i asylprocesser, diskriminering och fattigdom, bland andra omständigheter (47).

Smärtrehabilitering behandlar ett mycket vanligt tillstånd hos individer som överlevt tortyr. Långvariga smärttillstånd är ibland lokaliserade i områden som utsatts för våld men smärtorna är i de flesta fall generaliserade, det vill säga utbredda i olika delar av kroppen. De behandlas i regel med fysioterapeutiska insatser som ibland kombineras med bland annat läkemedelsbehandling (34, 40).

Psykologisk traumabehandling är olika former av psykoterapier för individer som utvecklat psykisk ohälsa till följd av svåra och skrämmande livshändelser. Att utsättas för tortyr är i regel en mycket traumatiserande upplevelse som kan leda till att den utsatta individen bland annat utvecklar PTSD, en vanlig diagnos bland individer med psykisk ohälsa till följd av tortyr (39, 49). Många tortyröverlevare är i behov av traumabehandling för sina besvär och behandlas i regel med samma metoder som andra traumapatienter utan erfarenhet av tortyr (48). Den gemensamma nämnaren för många traumabehandlingar är att närma sig svåra minnen och få stöd i att hantera de reaktioner som minnena väcker, så kallad exponering (50).

Riktlinjer för behandling av trauma hos barn

I Sverige har Socialstyrelsen uppdraget att ta fram nationella riktlinjer för bland annat behandling av PTSD hos barn. I Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av PTSD hos barn (51) rekommenderas i första hand olika kognitiva beteendeterapier (KBT) med exponering. Två former som särskilt rekommenderas för barn kallas Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Narrativ exponeringsterapi för barn (KIDNET). Interventionerna uppges ha en liten till måttlig effekt på diagnosfrihet, symtom på PTSD och funktionsförmåga (51). Även om behandlingsmetoderna är välbeprövade behövs mer forskning som utvärderar effekten av dem för barn som överlevt tortyr.

TRAUMAFOKUSERAD KOGNITIV BETEENDETERAPI

TF-KBT

TF-KBT är en behandling för barn och tonåringar (3–17 år) som varit med om traumatiska händelser. Syftet med behandlingen är, bl a att genom exponering, minska symtom och svårigheter, såsom PTSD, depression eller ångest, som uppkommit till följd av traumatiska händelser. Behandlingen syftar även till att skapa en bättre relation mellan barnet och dess familj.

NARRATIV EXPONERINGSTERAPI FÖR BARN

KIDNET

KIDNET är den barnanpassade versionen av behandlingen NET som är en manualbaserad korttidsvariant av kognitiv beteendeterapi med fokus på exponering för traumaminnen.

Problemformulering

Trots att tortyr beskrivs som den yttersta kränkningen av ett människoliv upptäcks få barn som varit utsatta och ännu färre erbjuds behandling för sina tortyrskador. Tortyrrehabilitering är ett eftersatt område både inom forskning och klinisk praktik, i synnerhet för barn som överlevt tortyr. Ökad kunskap som underlättar

identifiering, dokumentation och behandling av tortyrskador hos barn är ett viktigt steg mot upprättelse för alla barn som har utsatts för tortyr och ett lika viktigt steg i det förebyggande arbetet som förhindrar att fler barn utsätts.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet var att syntetisera forskning och grå litteratur gällande screening, dokumentation och tortyrskadevård av tortyrskadade barn.

De specifika frågeställningarna var:

- 1) Hur identifieras och screenas tortyrskadade barn? Vilka screeninginstrument används för tortyrskadade barn?
- 2) Hur dokumenteras tortyrskador hos barn?
- 3) Vilka interventioner finns för tortyrskadade barn och vilken effekt har de?

Definitioner av begrepp

Begrepp	Definition
Barn	Varje människa under 18 år (Barnkonventionen artikel 1)
Dokumentation	Dokumentationen av tortyrskador kännetecknas av en utredning som syftar till att undersöka samstämmigheten mellan patientens symtombild och beskrivning av hur skadorna har uppkommit.
Funktionsnivå	Avser en individs övergripande förmåga att utföra uppgifter som vardagen kräver.
Icke-randomiserad interventionsstudie	Deltagarna randomiseras (slumpas) inte till någon grupp. I denna rapport används begreppet för studier där det enbart finns interventionsgrupp och ingen kontrollgrupp.
Inomgruppsanalys	Analys inom samma grupp till exempel före och efter en behandling.
Interpersonell psykoterapi (IPT)	En behandlingsform med fokus på relationer och sociala interaktioner.
Intervention	I denna rapport används begreppet intervention för att markera en behandling i syfte att åstadkomma en förändring.
Istanbulprotokollet (IP)	Medicinsk och juridisk utredning/dokumentation av tortyrskador.
Mellangruppsanalys	Analys mellan två grupper, interventionsgrupp och kontrollgrupp.
Prosocialt beteende	Beteenden som främjar sociala relationer.
Randomiserad kontrollerad studie (RCT)	En studie bestående av interventionsgrupp och kontrollgrupp där deltagarna randomiseras (slumpas) till antingen intervention eller kontroll.
Screening	Systematisk och riktad testing.
Psykosociala symtom	Symtom som tar sig psykiska såväl som sociala uttryck.
Tortyrskada	Fysiskt eller psykiskt lidande som konsekvens av tortyr.
Potentiellt traumatiserande händelse	En extremt påfrestande händelse innehållande hot, våld och/eller skräck och som kan orsaka skada.

Metod

Design

En systematisk litteraturöversikt.

Urvalskriterier

Inklusionskriterier: Originalartiklar skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Ingen tidsbegränsning. Barn <18 år som varit utsatta för tortyr enligt tortyrkonventionens definition skulle utgöra hela eller delar av urvalet i studierna. Även så kallad grå litteratur i form av rapporter och vårdriktlinjer inkluderades.

Exklusionskriterier: Översiktsartiklar och litteratur som enbart handlar om vuxna personer, studier som saknar nödvändigt underlag för bedömning av tortyr, till exempel information om huruvida handling har varit medveten, vilket syfte den har haft, och om staten i fråga allvarligt brister i sitt arbete med att förbygga och skydda barnen. Därmed har studier som handlar om trafficking och våld i nära relationer exkluderats. Eftersom det uppdaterade Istanbulprotokollet var startskottet för studien har det inte inkluderats i vårt resultat.

Sökstrategi

Vetenskapliga artiklar söktes i fem databaser; PubMed, Chinal, PsychInfo, Cochrane Library och AMED. Sökstrategin i databaserna utformades i samarbete med bibliotekarie. Sökord kombinerades med booleska operatoren OR för att bilda olika sökblock för tortyr, barn, screening och dokumentation samt behandling. Dessa sökblock kombinerades sedan med den booleska operatoren AND. För en fullständig redovisning av sökstrategin i databaserna, se Bilaga 1. En manuell sökning av referenser gjordes också om intressanta referenser påträffades vid fulltextläsningen av artiklar.

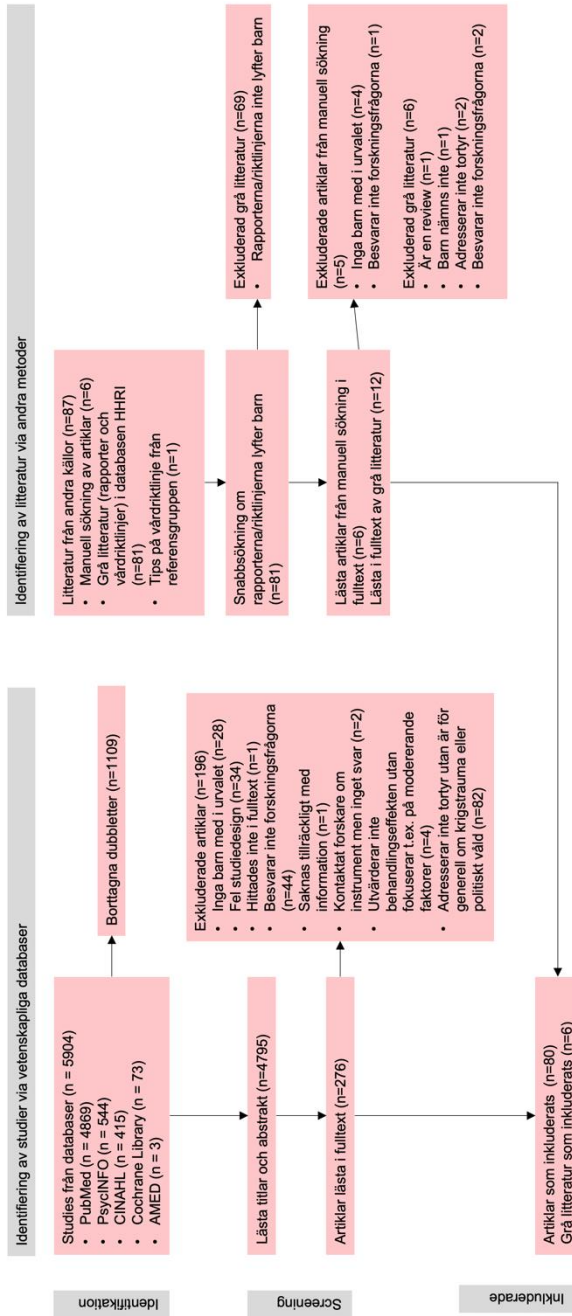
Rapporter och vårdriktlinjer söktes i resursdatabasen Mental Health and Human Rights Info (HHRI) med sökorden "torture" och "children". En avgränsning gjordes till "manual och guidelines". Tips om relevanta kontakter inom fältet togs även emot från studiens referensgrupp och ett flertal personer inom Svenska Röda Korset. Flera organisationer och experter inom ämnesfältet tortyr och/eller våld mot barn, både nationellt och internationellt, kontaktades via e-post. Flera av dem förmedlade i sin tur nya kontakter som följdes upp. I flera fall vidarebefordrade organisationen frågan till sina rehabiliteringscenter för tortyrskador. Samtliga kontakter följdes upp. De frågor som skickades varierade något beroende på vem som kontaktades men handlade alla om vilken erfarenhet som finns om barn som överlevt tortyr, i synnerhet gällande identifikation, dokumentation och/eller behandling. Sökning efter litteratur gjordes under november och december 2022.

Screeningprocessen för urval av litteratur

Alla träffar i de vetenskapliga databaserna importerades till Covidence, som är ett webbaserat verktyg för systematiska litteraturöversikter. Screeningprocessens alla steg utfördes av båda författarna som också var blindat för varandra. Eventuella konflikter löstes genom att efter en diskussion nå konsensus. Efter att dubletter tagits bort i Covidence återstod 4795 träffar där alla titlar och abstrakt screenades efter relevans för studiens frågeställningar. Efter det första steget återstod 276 referenser där alla artiklar behövde rekvireras i fulltext. Efter fulltextläsning av artiklarna exkluderades 197 artiklar. En manuell sökning i referenslistor genererade sex intressanta träffar varav en studie inkluderades. Därmed inkluderades totalt 80 vetenskapliga artiklar.

Sökning efter rapporter och vårdriktlinjer i databasen HHRI genererade 81 träffar varav 12 lästes i fulltext och slutligen inkluderades fem rapporter/vårdriktlinjer. En vårdriktlinje hittades via referensgruppen. Figur 1 visar flödet i screeningprocessen.

Figur 1. Flödesschema av screeningprocessen för urval av litteratur.



Barn som överlevt tortyr

Kvalitetsgranskning

De inkluderade behandlingsartiklarna genomgick en kvalitetsgranskning. Det som bedömdes var risk för snedvridning av studiernas resultat, så kallad risk för bias. Två olika kvalitetsbedömningsinstrument användes. De studier som var randomiserade kontrollerade studier (RCT) bedömdes med A revised tool to assess risk of bias in randomized trials (RoB2-tool) (52) och de interventionsstudier som inte hade en kontrollgrupp bedömdes med Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions (ROBINS-I) (53). RoB2-tool har fem domäner där risk för bias bedöms utifrån randomiseringsprocessen, avvikelser från tänkt intervention, bortfall av data, mätning av utfallsmåtten samt rapportering av resultatet. Därefter görs en helhetsbedömning av risk för bias enligt en 3-gradig skala: låg-medel-hög (52). ROBINS-I har sju domäner där risk för bias bedöms utifrån förväxlingsfaktorer, så kallade confounders som är andra faktorer än interventionen som kan påverka utfallet, urvalet av deltagare, klassificering av interventionen, avvikelser från tänkt intervention, bortfall av data, mätning av utfallsmåtten samt rapportering av resultatet. Därefter görs en helhetsbedömning av risk för bias enligt en 4-gradig skala: låg-medel-allvarlig-kritisk (53).

Dataextraktion och analys

Två av de 80 inkluderade vetenskapliga artiklarna kategoriserades som riktlinjer. Av de återstående 78 vetenskapliga artiklarna sorterades 56 till screening, 14 till dokumentation och 13 till behandling (n=13). Några artiklar (n=5) kategoriserades både under både screening och behandling. Den data som extraherades gemensamt för alla artiklar var följande: i vilket land som studierna var utförda, information om studiepopulationen såsom ålder, erfarenhet av flykt, krig och konflikt.

För de studier som kategoriserades som screeningstudier extraherades även följande data: vilka screeninginstrument som använts för att fråga om utsatthet för tortyr, psykiska/psykosociala skador/symtom, fysiska skador och somatiska symtom samt vem frågorna hade ställts till.

För de studier som kategoriserades som dokumentationsstudier extraherades följande data: hur urvalet aktualiserades för dokumentation, vilka aktörer som dokumenterade, vilken profession som genomförde dokumentationen, vem eller vilka som intervjuades, om protokoll såsom Istanbulprotokollet hade följts, hur många av studierna som innehöll en psykologisk bedömning och/eller medicinsk undersökning.

I de studier som klassificerades som behandlingsstudier extraherades följande data: design, typ av intervention och om den innehöll exponering, vad eventuell kontrollgrupp erhållit, formatet på interventionen (grupp eller individuell), antal, längd och hur ofta sessionerna gavs i interventionen, uppföljningstid, om inklusionskriterier var att ha PTSD eller annan psykisk ohälsa redan vid starten, vilka utfallsvariabler som mätts och med vilka instrument, samt effekten av interventionen. En jämförande analys av effekten gjordes mellan vilken typ av behandling som gavs, formatet på interventionen samt intensiteten på interventionen, där normalintensiv jämfördes med högintensiv behandling. Dessa jämförelser gjordes då det ansågs vara av intresse ur ett kliniskt perspektiv.

Vårdriktlinjerna kategoriserades också under screening (n=1) dokumentation (n=7) eller behandling (n=2) beroende på var mest fokus låg. Dock var det ett vårdprogram som kategoriserades in under både screening, dokumentation och behandling. Följande data extraherades: vilka de riktar sig till (till exempel barn, tortyrskadade) och vad som nämns angående barnen samt gjordes det en sammanfattning av innehållet.

Etiska överväganden

En litteraturstudie behöver inget etiskt godkännande från Etikprövningsmyndigheten då den data som samlas in består av publicerad litteratur. De vetenskapliga artiklarna som genomfört en behandlingsintervention har granskats om de erhållit etiskt godkännande från en etikkommitté. Nio av 13 interventionsstudier hade ett etiskt godkännande för att få genomföra studien. Informerat samtycke inhämtades från vårdnadshavare eller motsvarande när så behövdes och från barnen. I tre av studierna ansågs inte inhämtande av etiskt godkännande vara nödvändigt då datainsamlingen var en del av klinisk rutin. I en av studierna fanns ingen information om inhämtande av etiskt godkännande men det fanns information om att samtycke inhämtats samt att information givits om syftet, frivillighet samt konfidentialitet.



Resultat

Screening

Karakteristika av inkluderade studier

Totalt identifierades 56 artiklar som screeningstudier (30, 54-108). Studierna var utförda över hela världen men flest i Afrika, följt av Mellanöstern och USA. Urvalet i studierna utgjordes oftast av barn som flytt, barn i krigs- och konfliktområden och före detta barnsoldater. Av de studier där det var barn som flytt fanns det några studier där barn satt i flyktingförvar. Urvalen återspeglar även i vilka länder som studierna har genomförts såsom i väst när det gäller barn som flytt och i icke-västerländska länder när det gäller barn i krigs- och konfliktområden eller före detta barnsoldater.

De flesta studier hade ett blandat urval av barn som upplevt krig och konflikt där en del av barnen varit utsatta för tortyr men inte alla. Endast två studier hade ett urval där samtliga deltagare överlevt tortyr, och de hade både barn och vuxna med i urvalet (104, 105). Åldersspannet var brett i urvalet där en del studier enbart hade barn med, och andra blandade barn med unga vuxna eller vuxna. 17 studier hade de yngsta barnen, 0 till <7 år, representerade i urvalet. Tabell 1 visar karaktäristikan av inkluderade screeningstudier.

Screeningfrågorna var ställda framför allt direkt till barnen (n=22) (55, 58-61, 65, 68, 70, 72, 74, 76, 77, 84-86, 89-93, 98, 99) men även till barnen tillsammans med förälder (n=11) (30, 54, 69, 78, 79, 81, 82, 87, 95, 100, 101) och/eller lärare (n=5) (66, 75, 83, 102, 103). I tre av dessa studier riktades frågorna enbart till föräldrar om barnen ansågs vara för unga för att delta, men de äldre barnen kunde svara på frågor utan sina föräldrar (54, 69, 81). I två studier ställdes frågor enbart till föräldrarna (73, 88). Tre studier var retrospektiva där vuxna besvarade men som hade varit utsatta för tortyr som barn (56, 57, 96). En studie ställdes frågorna till en kliniker som träffat personer

som kommit från flyktingförvar (71). I övriga studier (n=12) framgick det inte till vem frågorna hade ställts.

Tabell 1. Karakteristika av screeningstudierna.
n står för antal studier.

Var studien är utförd

- Afrika: n=18 (Demokratiska Republiken Kongo:4, Rwanda:1, Sierra Leone:2, Sudan:1, Uganda:10)
- Europa: n=5 (Albanien/ Makedonien:1, Italien:1, Storbritannien:2, Tyskland:1)
- Mellanöstern: n=7 (Irak:1, Libanon:1, Palestina:5)
- Nordamerika: n=7 (USA)
- Norden: n=6 (Danmark:2, Norge:1, Sverige:3)
- Nya Zeeland/Australien: n=3 (Australien: 2, Nya Zeeland:1)
- Sydamerika: n=1 (Peru)
- Sydostasien: n=6 (Nepal: 3, Thailand:2, Östtimor:1)
- Flera olika länder: n=2
- Framgång ej: n=1

Studiepopulation

- Alder
 - 0–18 år: n=29
 - Barn och unga vuxna, 0–25 år: n=7
 - Barn och vuxna blandat i urvalet: n=16
 - Retrospektiva studier där urvalet varit barn vid den inträffade tortyren: n=4
- Bakgrund
 - Flykt
 - Barn som flytt väst (Europa/USA/Australien): n=15
 - Barn som flytt (till icke-västländska delar av världen): n=4
 - Barn i flyktingförvar i väst: n=5
 - Krig/konflikt
 - Barn i krigs- och konflikttrabbade områden: n=17
 - Barn som förts bort/tvångsrekryterats som barnsoldater: n=11
 - Barn i krigs-och konflikttrabbade områden som var utsatta för sexuellt våld: n=2
 - Barn som överlevt folkmord: n=1
 - Barn i hemlöshet: n=1
- Studier där samtliga deltagare överlevt tortyr: n=2

Vem screeningfrågorna ställdes till

- Direkt till barnen: n=22
- Barnen och föräldrar: n=11
- Barn och förälder/lärare: n=5
- Retrospektiva studier (vuxna svarade): n=3
- Förälder: n=2
- Kliniker som besvarade: n=1
- Framgång ej: n=12

Screening för utsatthet av tortyr

Metoden för att screena för utsatthet för tortyr var antingen genom screeninginstrument (66 procent) (30, 55, 56, 59-61, 63-65, 67, 68, 70-79, 83-86, 89-93, 96, 100-103, 106, 108) eller med intervjuer som inte utgått från ett screeninginstrument (30 procent) (54, 62, 69, 81, 82, 87, 88, 94, 95, 97, 98, 104, 105, 107). Frågor om förövaren förekom i 41 procent (n=23) av studierna, varav i n=13 studier som

utgått från screeninginstrument (55, 59, 60, 63, 67, 73, 83-85, 93, 100, 102, 103) och i n=7 studier som utgått från intervjuer (69, 88, 94, 95, 97, 104, 107) (se tabell 2).

Av de 56 inkluderade screeningstudierna var det 25 studier som det gick att extrahera totalt 18 screeninginstrument från där frågor om tortyr var inkluderade (Se bilaga 2). 12 av instrumenten som används i studierna ställer frågor om förövaren eller ger annan information kring kontexten i vilken våldet ägt rum som anses tillräcklig för att misstänka tortyr, till exempel att det rör sig om barnsoldater. I tre instrument används termen tortyr i frågeställningarna utan att termen förklaras vilket kan leda till risk att tortyr både underrapporteras och överrapporteras. Risk för underrapportering kan ske i de fall där barn (och vuxna) inte förstår begreppet, och risk för överrapportering i fall där andra händelser likställs med tortyr.

Det var också vanligt att instrumentet antingen hade utvecklats specifikt för studien eller att frågorna hade anpassats i ett redan vedertaget instrument för den kontext som studien genomfördes i.

Tabell 2. Metod för att fråga om utsatthet för tortyr och om förövaren efterfrågats

Metod (n=antal studier)	Antal studier där förövaren har efterfrågats
Screeninginstrument (n=37) <ul style="list-style-type: none"> • Mätinstrumenten har en titel och frågorna finns att tillgå: n=26 • Har använt mätinstrument men finns inget angivet namn på formuläret, dock framgår frågorna i tabell i artikeln: n=9 • Redovisat namn på mätinstrument men inte de specifika frågorna: n=2 	Totalt: n=16 <ul style="list-style-type: none"> ○ n=13 ○ n=3
Intervjuer (som inte utgått från mätinstrument) (n=17) <ul style="list-style-type: none"> • Utgått från intervjuguide: n=13 • Intervju som sedan kodats efter ett protokoll: n=3 • Intervju som utgått från framtaget protokoll av Danska Röda Korset: n=1 	n=7
Framgår ej men anger att screening har utförts (n=2)	n=0

Screening av psykologiska tortyrskador

Majoriteten av screeningstudierna (n=50) motsvarande 89.3 procent, screenade för psykiska och/eller psykosociala symtom (54-73, 75-79, 81-93, 96-98, 100-106, 108). Det vanligaste att screena för var PTSD (n=40) (54, 56-58, 61, 63-65, 67, 68, 70-72, 76-79, 81, 82, 84-93, 96-98, 100-106, 108) följt av depression/ångest (n=19) (55, 56, 60, 61, 76-79, 81, 84, 85, 89, 90, 92, 93, 96-98, 104, 106) beteendeproblem (n=11) (66, 77, 78, 81-83, 88, 92, 98, 102, 103) samt allmänt psykiska/kognitiva symtom (n=7) (55, 73, 75, 76, 88, 90, 107). Endast tre studier screenade funktionsnivå (79, 104, 108).

Den vanligaste metoden var att använda screeningformulär men i några studier så gjordes en klinisk bedömning där kliniska intervjuer utfördes utan att hänvisa till något instrument eller att de hade egenutvecklade studiespecifika formulär. I en studie hade kortisolnivå i saliv mätts (59). Tabell 3 visar vilka screeninginstrument som användes för de psykologiska och psykosociala symtomen som screenades mest frekvent.

Tabell 3. Screeninginstrument för att mäta PTSD, depression/ångest och beteendeproblem

Variabel	Mätinstrument (n=antal studier)
PTSD	Impact of Events Scale-Revised (IES-R) (n=7), Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) symptom checklist (n=7), UCLA-PTSD-RI (n=4), Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTSD-RI) (n=4), Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version (PCL-C) (n=3), Child PTSD Symptom Scale (n=2), CAPS, revised version for DSM-IV (n=1), Children's PTSD Inventory (n=1), Detention symptom checklist (n=1), MINI-KID (n=1), PTSD module of the Composite International Diagnostic Interview version 2.1(n=1), Post Traumatic Stress Symptoms for Children (PTSS-C) (n=1), Revised Impact of Event Scale-13 item; RIES-13 (n=1), Rwandan PTSS Scale (n=1), Trauma Questionnaire (TQ, partly based on HTQ) (n=1)
Depression och/eller ångest	Hopkins Symptom Checklist 25-item version (HSCL-25) (n=5), HSCL-15 (n=1), Acholi Psychosocial Assessment Instrument (APAI) (n=3), Child Depression Inventory (n=3), Depression Self Rating Scale (n=2), African Youth Psychosocial Assessment Instrument (AYPA, formerly known as the Acholi Psychosocial Assessment Instrument) (n=1), Birlerson Depression Self-Rating Scale (DSRS) (n=1), Parent version of the Diagnostic System for Psychological Disorders (DISYPS-KJ) (n=1), Johns Hopkins Depression Symptom Checklist (JHD) (n=1), Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-5) (n=1), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (n=1)
Beteendeproblem	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (n=5), Youth Self-Report (YSR) (n=2), Rutter Scale A2 for completion by parents och Rutter Scale B2 for completion by teachers (n=2), Connor's Teacher Rating Scale (CTRS) (n=1), IRC/Oxford Psychosocial Instrument (n=1)

Screening av fysiska tortyrskador

Endast 12 av studierna motsvarande 21,4 procent hade screenat för fysiska skador (54, 68, 72, 80, 81, 93-95, 97, 104, 105, 107). De flesta (n=10) hade utfört screeningen genom medicinska undersökningar såsom röntgen, medicinsk undersökning av könsorgan/ändtarm, test av TBC, Hepatit B, C, BMI och blocktryck (54, 80, 81, 93-95, 97, 104, 105, 107). Två studier hade genom frågeformulär frågat efter symtom som magsmärtor, huvudvärk eller urininkontinens (68, 72). En studie hade även använt ett instrument, the Nfer-Nelson Schedule of Growing Skills II för barn 0–4 år, som i huvudsak bedömer barns fysiologiska utveckling inom områden såsom grov- och finmotorik, syn och hörsel (81).

Vårdprogram med fokus på screening

Ett regionalt vårdprogram för vård och stöd efter tortyr har ett avsnitt specifikt om vikten av att upptäcka tortyrutsatthet bland barn genom att ställa specifika, barnanpassade frågor om dessa erfarenheter och upplevelser. Vårdprogrammet ger även exempel på en formulering för att fråga om utsatthet för tortyr hos barn (109). Vidare nämner vårdprogrammet två screeninginstrument som stöd i att upptäcka om barnet varit utsatt för tortyr, Child and Adolescent Trauma Screen CATS (110) och Linköping Youth Lifetime Event Scale LYLES (111) men dessa instrument är inte specifika för att fråga om utsatthet för tortyr. Däremot finns frågor som rör andra traumatiska händelser och våld (110, 111).

Dokumentation

Karakteristika av inkluderade studier

Totalt identifierades 14 artiklar som dokumentationsstudier (112-125). Studierna var spridda över hela världen där flest var utförda i Sydostasien och Afrika. Majoriteten av studierna hade en blandning av barn och vuxna i urvalet och endast tre av studierna hade enbart barn med. Urvalet i studierna utgjordes av barn som flytt, barn i

krigs- och konfliktområden och före detta barnsoldater. Tabell 4 visar karaktistikan av inkluderade dokumentationsstudier.

Tabell 4. Karakteristika av dokumentationsstudierna.
n står för antal studier.

Var studien är utförd

- Afrika: n=3 (Demokratiska Republiken Kongo:1, Sudan:1, Uganda:1)
- Europa: n=3 (Frankrike:1, Italien:1, Turkiet:1)
- Mellanöstern: n=1 (Jordanien:1)
- Nordamerika: n=2 (Kanada:1, USA:1)
- Norden: n=1 (Danmark:1)
- Sydostasien: n=4 (Bangladesh:1, Kashmir:1, Nepal: 3)

Studiepopulation

- Ålder
 - 0–18 år: n=3
 - Barn och vuxna blandat i urvalet: n=11
 - Studier hade med barn från 6 mån till <7år: n=7
- Bakgrund
 - Flykt
 - Barn som flytt väst (Europa/USA/Australien): n=6
 - Barn som flytt (till icke-västländska delar av världen): n=5
 - Krig/konflikt
 - Barn i krigs- och konfliktdrabbade områden: n=1
 - Barn som förts bort/tvångsrekryterats som barnsoldater: n=2
- Studier där samtliga deltagare överlevt tortyr: n=3

Identifiering och genomförande

Personer som överlevt tortyr identifierades i flyktingläger (n=2) (121, 122), via granskningar av patientdata (n=2) (117, 119), via rehabiliteringscenter (n=3) (113, 120, 125), via jurist i asylprocess (n=1) (112) och via gräsrotsorganisation (n=1) (115). I fem av studierna framgick det inte hur identifikationen skett (114, 116, 118, 123, 124).

Granskning av patientdata utgjordes av rättsmedicinska patientutredningar och patientdatabaser innehållande bland annat hälsodata och diagnoser (117, 119). Vidare hade en studie som identifierat tortyröverlevare via ett rehabiliteringscenter granskat dokumentation från centret (125). Det var blandade professioner som genomförde dokumentationen där det i vissa studier fanns ett team med olika professioner (115, 125). Följande professioner

genomförde dokumentationen: Psykolog (n=1) (115), Läkare (n=8 varav en psykiatriker) (112, 115-118, 121, 122, 125), Jurist (n=1) (125), Socialarbetare (n=1) (125). I sex av studierna framgick det inte vem som utfört dokumentationen (113, 114, 119, 120, 123, 124).

I tre av studierna intervjuades enbart barnen (113, 115, 120) och i ytterligare två studier barn tillsammans med förälder (116, 122). I en studie intervjuades yngre barn tillsammans med förälder och äldre barn utan förälder om de ansågs tillräckligt gamla för att kunna besvara frågorna själva (116). I flertalet av studierna framgår det dock inte vem som intervjuats (n=9) (112, 114, 117-119, 121, 123-125).

I sex av dokumentationsstudierna framgår det att en psykologisk bedömning har gjorts (112, 113, 115, 116, 118, 123) medan det i alla studier har gjorts en dokumentation av fysiska skador. Åtta studier uppger att de har följt ett protokoll vid tortyrdokumentationen (114-118, 123-125) där de flesta följt IP (n=7) (114-117, 123-125). Av de studier som följde IP hade tre följt protokollets samtliga tre delar, psykologisk, psykosocial och somatisk (115, 116, 123), och fyra studier hade enbart genomfört den somatiska bedömningen (114, 117, 124, 125).

Riktlinjer och vårdprogram med fokus på dokumentation

Flera riktlinjer innehöll avsnitt om barn med fokus på genomförande av intervjuer med barn som bland annat varit utsatta för tortyr (26, 126-130). Några gemensamma punkter som lyftes i dessa riktlinjer var:

- Vikten av att inhämta samtycke från vårdnadshavare samt ta beslut om vårdnadshavare närvaro i varje enskilt fall.
- Vikten av att dokumentation utförs av personal med barnkompetens.
- Vikten av att anpassa miljön och ramarna för intervjun efter barnets behov och utvecklingsnivå (till exempel material, språk, frågor, tidsplan).

En av dessa riktlinjer rörde specifikt sexuell tortyr av barn (130). Områden som togs upp i den riktlinjen var:

- Bemötande, där vikten av respekt, konfidentialitet och inhämtande av samtycke betonades
- Ramar för intervjun, anpassning av frågor och språk efter barnets ålder.
- Undersökning: Hur helkroppsundersökning går till, hur skador ska dokumenteras, information om skador på mödomshinna, andra delar av kvinnligt könsorgan samt anala skador som kan förkomma, och att test för DNA från cellulärt material och/eller sperma från förövaren och sexuellt överförbara sjukdomar ska tas.

Ett regionalt vårdprogram i Skåne för vård och stöd efter tortyr beskriver hur läkarintyg för *misstanke* om tortyr ska utformas (109). Läkarintyget ligger sedan till grund för att tortyrskadeutredning ska ske enligt IP. Barn nämns inte specifikt i detta avsnitt men lyfts i andra delar i rapporten och tillvägagångssättet för ett läkarintyg skiljer sig inte mellan vuxna och barn (109).

Behandling

Karakteristika av inkluderade studier

Totalt identifierades 13 artiklar som behandlingsstudier (66, 67, 70, 84, 92, 131–138). Karakteristika och effekt för respektive behandlingsstudie presenteras i en artikelmatris i bilaga 3. En sammanställning av karakteristika visas också i tabell 5. Majoriteten av studierna var utförda i Afrika (n=10). Resten av studierna var utförda i Europa (n=3) och Mellanöstern (n=2) varav en studie utfördes i både Mellanöstern och Afrika.

Tabell 5. Karakteristika av behandlingsstudierna.
n står för antal studier.

Var studien är utförd
<ul style="list-style-type: none">• Afrika: n=10 (Demokratiska Republiken Kongo:4, Nigeria:1, Rwanda:1, Sierra Leone:2, Uganda:2)• Europa: n=3 (Bosnien:1, Storbritannien:2, Tyskland:1)• Mellanöstern: n=2 (Irak:1, Palestina:1)
Studiepopulation
<ul style="list-style-type: none">• Alder<ul style="list-style-type: none">○ 0–18 år: n=8 varav n=7 från 7 år○ Barn och unga vuxna, 0–25 år: n=5 varav n=4 från 12 år• Bakgrund<ul style="list-style-type: none">○ Flykt<ul style="list-style-type: none">• Barn som flytt väst (Europa/USA/Australien): n=2• Barn som flytt (till icke-västländska delar av världen): n=1○ Krig/konflikt<ul style="list-style-type: none">• Barn i krigs- och konfliktdrabbade områden: n=4• Barn som förts bort/tvångsrekryterats som barnsoldater: n=3• Barn i krigs- och konfliktdrabbade områden som var utsatta för sexuellt våld: n=1• Barn som överlevt folkmord: n=1• Inklusionskriterier att ha PTSD eller annan psykologisk stress redan vid starten: n=6
Design
<ul style="list-style-type: none">• RCT: n=8• Icke-randomiserade interventionsstudier n=5

Urvalet i studierna utgjordes av barn som flytt, barn i krigs- och konfliktområden, före detta barnsoldater och barn som överlevt folkmord. Ingen av studierna hade ett urval med enbart barn som varit utsatta för tortyr, men en del av barnen i alla studier hade varit utsatta för tortyr. Åtta studier hade enbart barndeltagare och fem studier hade blandat barn med unga vuxna. Endast två studier hade med de yngsta barnen, åldrarna 0–1 år.

I fyra av studierna var inklusionskriterierna att barnen skulle ha PTSD (67, 136-138) och i två studier inkluderades barn som bedömdes ha psykisk ohälsa (66, 132), varav en specificerar psykisk ohälsa till PTSD, depression och signifikant funktionell nedsättning till exempel i relationer och skolprestation (132).

Designen bestod av åtta RCT-studier (67, 84, 92, 131, 132, 135, 137, 138) och fem icke-randomiserade interventionsstudier (66, 70, 133, 134, 136). Av de fem icke-randomiserade interventionsstudierna var tre prospektiva interventionsstudier utan

kontrollgrupp (66, 70, 136) och två var retrospektiva interventionsstudier utan kontrollgrupp (133, 134).

Beskrivning av interventionerna

I två studier bestod interventionen av kontextuellt anpassade TF-KBT (84, 92) och i fyra studier bestod behandling av Narrativ exponeringsterapi (NET) (67, 136-138) varav två hade den barnanpassade versionen KIDNET (136, 137). Två studier innehöll behandling som bestod av mer etablerade och omfattande program för psykisk hälsa i Läkare Utan Gränsers regi (133, 134), varav en studie bestod delvis av traumafokuserad terapi (133) och den andra av ett Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)-program med psykologiska interventioner som exempelvis psykoedukation och psykologisk första hjälpen (134).

Fem studier hade interventioner med varierande traumafokuserade inslag där interventionen bestod av:

- Ett psykosocialt behandlingsprogram med fokus på reintegrering i samhället (135).
- En gruppbehandling för stabilisering och färdighetsträning med inslag av interpersonell psykoterapi (IPT), en behandlingsform med fokus på relationer och sociala interaktioner, och KBT. I den studien randomiserades alla deltagarna om efter given intervention till antingen ett subventionerat utbildningsprogram eller väntelista (131).
- En behandling med trauma- och sorgfokuserad terapi för ungdomar (132).
- En behandling med traumaterapeutiska behandlingskomponenter som kombinerades med praktiska stödinsatser efter individernas behov. Fokus på traumanarrativ, familjebehandling och kognitiv terapi (66).
- En traumabearbetande intervention bestående av bland annat att dela krigserfarenheter och ge korrekt information

om kriget, normalisera barnens reaktioner, inge hopp samt kreativa övningar (sång, dans, rita, skriva, rollspel, spela instrument) (70).

I två av dessa interventioner med varierande traumaterapeutiska inslag framkom det att delar av behandlingen innehöll exponering (70, 132).

Formatet för interventionerna var antingen individuellt (n=7) (66, 67, 133, 134, 136-138) eller i grupp (n=6) (70, 84, 92, 131, 132, 135) där vissa gruppinterventioner var klassrumsbaserade.

Intensiteten på interventionerna grupperades i antingen normal eller högintensiv behandling där vår definition av högintensiv utgår från en jämförelse med standarsupplägg för TF-KBT som är en gång i veckan i 90 minuter. Allt utöver det, både antal sessioner och minuter, räknades som en intensifiering av standardupplägget.

Fyra behandlingar hade normal intensitet (131, 132, 136, 137) och fyra bedömdes ha hög intensitet (67, 70, 135, 138). I fem studier fanns inte tillräckligt med information för att göra en bedömning.

Två studier hade kortare interventioner på 4–6 sessioner (136, 138). Fyra studier hade åtta sessioner (67, 70, 135, 137). Fyra studier hade längre interventioner på 10–17 sessioner (84, 92, 131, 132). I en studie var längden på interventionen olika då det fanns olika behandlingsmodaliteter att välja på (66) och i en annan studie varierade antalet sessioner utefter behov (133). En studie hade ingen information (134). Samtliga interventioner saknade boostersession.

I flera av interventionerna gavs sessionerna veckovis men några gavs mer intensivt med två till tre sessioner/vecka (67, 70, 135). I några av studierna fanns ingen information om intensiteten på sessionerna (66, 84, 92, 133, 134). Sessionerna varade vanligtvis runt 60–90 minuter. I två interventioner varade sessionerna 2–2,5

timme (135, 138). De studier som gavs mer intensivt gavs i max åtta sessioner.

I fem studier stod kontrollgruppen på en väntelista (67, 84, 92, 135, 137). Tre studier hade en aktiv kontrollgrupp (67, 132, 138) där en studie hade två kontrollgrupper, väntelista och aktiv kontroll (67). Den aktiva kontrollen bestod av klassrumsbaserad psykoedukation (132), stödjande rådgivning kombinerat med ett akademiskt "komma i kapp"-program (67) samt interpersonell psykoterapi i grupp (138).

Uppföljningstid och utfallsvariabler

Den längsta uppföljningstiden i respektive studie var följande: postintervention (direkt efter avslut): n=2 (133, 134), 1–1,5 månad: n=2 (70), tre månader: n=3 (84, 92, 135), fyra månader: n=1 (132), sex månader: n=2 (131, 138), nio månader: n=1 (136) och 12 månader: n=2 (67, 137). Väntelistan förkortades dock för kontrollgruppen i fyra studier på grund av etiska skäl, att inte undanhålla en fördelaktig behandling för barn som var i behov av den. Det medförde att jämförande analyser mellan kontroll och intervention inte kunde utföras vid följande uppföljningar: Alla tre studier med tre månaders uppföljning (84, 92, 135) utfördes jämförande analyser endast post-intervention. I en studie med 12-månadersuppföljning utfördes jämförande analyser fram till halvårsuppföljning (137).

Utfallsvariabler och i hur många studier de mättes visas i tabell 6. Det vanligaste utfallsmålet som mättes var PTSD följt av depression, ångest och beteendeproblem.

Tabell 6. Utfallsvariabler i behandlingsstudierna.

Utfallsvariabel (n=antal studier)

- PTSD (n=12)
- Depression (n=9) *
- Ängest (n=5) *
- Beteendeproblem (n=5)
- Prosocialt beteende (n=4)
- Generell psykisk ohälsa (n=3)
- Funktionsnivå (n=3)
- Kognitiva funktioner (n=2)
- Skuld (n=2)
- Somatoforma syndrom (n=2)
- Emotionsreglering (n=1)
- Socialt stödjande beteende (n=1)
- Komplicerad sorg (n=1)
- Stigmatisering (n=1)
- Självordstankar (n=1)
- Barnets känslor (allmänt) (n=1)
- Psykosrelaterade symtom (n=1)
- Psykiatrisk samsjuklighet (n=1)

** Tre studier mätte depression och ängest tillsammans utan att särskilja dem vid rapportering.*

Kvalitetsgranskning

Alla RCT-studier bedömdes ha "some concern" gällande bias utifrån en tregradig skala låg-medel-hög (low-some concern-high) (67, 84, 92, 131, 132, 135, 137, 138). Eftersom studierna genomför olika former av psykologiska behandlingar kan inte interventionen blindas för mottagare och behandlare. Utvärderingarna genomfördes med självskattningsformulär vilket också kan leda till bias. I några studier fanns det mer än fem procent bortfall (missing data) eller att det saknades information om bortfall (131, 132).

Av interventionsstudierna utan kontrollgrupp bedömdes fyra studier (66, 70, 134, 136) ha allvarlig risk för bias och en studie (133) kritisk risk för bias. Till exempel så kunde inte risken för confounding effekt (förväxlingsfaktorer) som påverkar effekten uteslutas. Bortfallet var också ganska högt i en del studier. De flesta utvärderingar genomfördes med självskattningsformulär som kan leda till bias.

Bilaga 4 (Kvalitetsgranskning av RCT-studier) och bilaga 5 (Kvalitetsgranskning av interventionsstudier utan kontrollgrupp) visar mer detaljerad information om kvalitetsgranskningen.

Effekt

Effekten för respektive behandlingsstudie redovisas i bilaga 3 (artikelmatrisen) där signifikansvärden och effektmått finns redovisade i det fall det rapporterats i artikeln.

Effekt av olika typer av interventioner

Interventionerna kategoriserades enligt följande; TF-KBT, NET, Omfattande program för psykisk hälsa i regi av Läkare Utan Gränser, Interventioner med varierande traumafokuserade inslag (både olika typer av inslag och grad av traumafokus). En jämförelse görs av de utfallsmått som finns rapporterade i minst två av de kategoriserade grupperna vilket är följande utfallsmått; PTSD, Depression/ångest, Psykisk ohälsa, Beteendeproblem, Prosocialt beteende (beteenden som främjar sociala relationer) och Funktionsnivå (en individs övergripande förmåga att utföra uppgifter som vardagen kräver). Figur 2 visar effekten på PTSD och depression/ångest av de olika typerna av interventioner.

PTSD

TF-KBT minskade PTSD-symtom signifikant direkt efter behandlingen jämfört med kontrollgrupp. Efter tre månader sågs en fortsatt signifikant minskning av PTSD-symtom jämfört med innan start av behandlingen när analys utfördes inom interventionsgruppen (84, 92). Likaså visades NET minska PTSD-symtom signifikant jämfört med kontrollgruppen över en 6–12-månadersperiod (67, 137, 138) eller vid inomgruppsanalys för interventionsgruppen över en nio månadersperiod (136). Interventioner med varierande traumafokuserade inslag visade blandade resultat, där två behandlingar minskade PTSD-symtom signifikant jämfört med kontrollgruppen direkt efter avslutad behandling (135) eller vid

inomgruppsanalys efter 4–6 veckor (70) och efter tre månader (135). Två interventioner hade ingen statistiskt signifikant skillnad jämfört med kontrollgruppen (131, 132) men en inomgruppsanalys visade en signifikant minskning i både interventionsgruppen och den aktiva kontrollgruppen för en av dessa studier (132).

Depression och ångest

Symtom på depression och ångest minskade signifikant efter TF-KBT i båda studierna direkt efter avslutad behandling jämfört med kontrollgrupp (84, 92). Ingen jämförande långtidsuppföljning finns men en inomgruppsanalys efter tre månader visade fortsatt signifikant minskning av PTSD-symtom inom TF-KBT-gruppen (84, 92). Efter NET-behandling sågs olika utfall där både en signifikant minskning av depression efter sex månader jämfört med kontrollgrupp sågs (138) och där ingen signifikant skillnad mellan grupperna fanns (67). Interventioner med varierande traumafokuserade inslag kunde inte påvisa någon minskning av depression jämfört med kontrollgrupp (132, 135) men vid en inomgruppsanalys för en interventionsgrupp sågs en signifikant minskning av symtom på ångest och depression efter tre månader i en studie (135).

Beteendeproblem

Beteendeproblem minskade signifikant efter genomgången TF-KBT jämfört med kontrollgrupp i en studie. Efter tre månader sågs inom TF-KBT-gruppen en signifikant minskning av beteendeproblem men ingen jämförande analys med kontrollgruppen utfördes (92). Bland övriga studier med interventioner med varierande traumafokuserade inslag sågs ingen signifikant skillnad i beteendeproblem jämfört med kontrollgrupp (135). Däremot visade inomgruppsanalyser i behandlingsgruppen en signifikant minskning av beteendeproblem direkt efter avslutad behandling (66) och efter tre månader (135).

Ingen av studierna med NET som behandling hade beteendeproblem som utfallsmått.

Prosocialt beteende

Prosocialt beteende ökade signifikant efter avslutad TF-KBT jämfört med kontrollgrupp i en studie. Ingen jämförande analys mellan grupperna utfördes vid tremånadersuppföljningen men en analys inom TF-KBT-gruppen visade en signifikant förbättring av prosocialt beteende efter tre månader (92). För interventioner med varierande traumafokuserade inslag sågs både signifikant förbättring i prosocialt beteende (131) och ingen signifikant skillnad jämfört med kontrollgrupp (135). Den positiva förbättringen sågs direkt efter avslutad behandling men fanns inte kvar efter sex månader (131). En inomgruppsanalys visade positiv förbättring efter tre månader för interventionsgruppen (135). Ingen av studierna med NET som behandling hade prosocialt beteende som utfallsmått.

Funktionsnivå

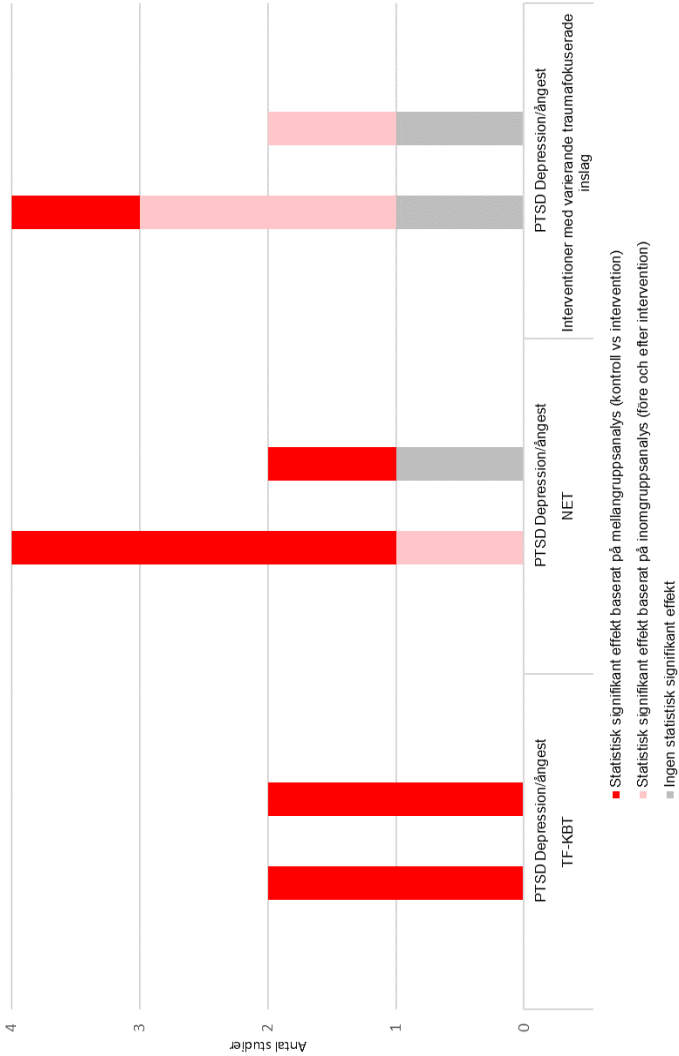
Funktionsnivån ökade signifikant i två studier med NET som intervention jämfört med kontrollgrupp över en 6–12-månadersperiod efter avslutad behandling (67, 137). I en studie med intervention med varierande traumafokuserade inslag ökade också funktionsnivån signifikant efter avslutad behandling jämfört med kontrollgrupp men efter sex månader fanns ingen skillnad mellan grupperna (131). Ingen av studierna med TF-KBT som behandling hade funktionsnivå som utfallsmått.

Psykisk ohälsa (generellt)

För psykisk ohälsa generellt sågs en signifikant minskning av symtom för de som genomgått TF-KBT jämfört med kontrollgrupp efter avslutad behandling. Ingen jämförelse med kontrollgruppen utfördes vid tremånadersuppföljningen men i en jämförande analys inom TF-KBT-gruppen före och tre månader efter behandling visar en signifikant minskning av symtom på psykisk ohälsa (84). I en studie med interventioner med varierande traumafokuserade inslag

sågs ingen skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp (131). Ingen av studierna med NET som behandling hade psykisk ohälsa som utfallsmått.

Figur 2. Effekt av olika typer av interventioner.



Effekt av normal och hög intensitet av interventionen

Fyra studier hade interventioner som gavs med hög intensitet (67, 70, 135, 138). I fyra studier gavs interventionen med normal intensitet (131, 132, 136, 137). I övriga studier var informationen för bristfällig för att göra en bedömning av intensiteten. En jämförelse görs på de utfallsmått som finns rapporterade i båda grupperna. Figur 3 visar effekten på PTSD och depression/ångest av normal- respektive högintensiv behandling.

PTSD

Bland de interventioner som gavs mer intensivt hade samtliga signifikant minskat PTSD-symtom jämfört med kontroll (67, 135, 138) eller vid utförd inomgruppsanalys (70). En signifikant minskning av PTSD-symtom sågs också vid tre av fyra av de interventioner som gavs med normal intensitet jämfört med kontrollgrupp (137) eller vid inomgruppsanalys (132, 136). Två studier visade ingen skillnad mellan grupperna (131, 132).

Depression och ångest

Depression mättes i tre högintensiva (67, 135, 138) och en normalintensiv interventionsstudie (132). Ångest mättes tillsammans med depression i en högintensiv intervention (135). Bland de högintensiva interventionerna sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna (67, 135), dock sågs en signifikant minskning vid en inomgruppsanalys i en av studierna (135). En högintensiv intervention visade signifikant minskning av symtom på depression mellan grupperna till fördel för interventionsgruppen efter sex månader (138). I den studien som hade normal intensitet på interventionen fanns det ingen signifikant skillnad mellan grupperna (132).

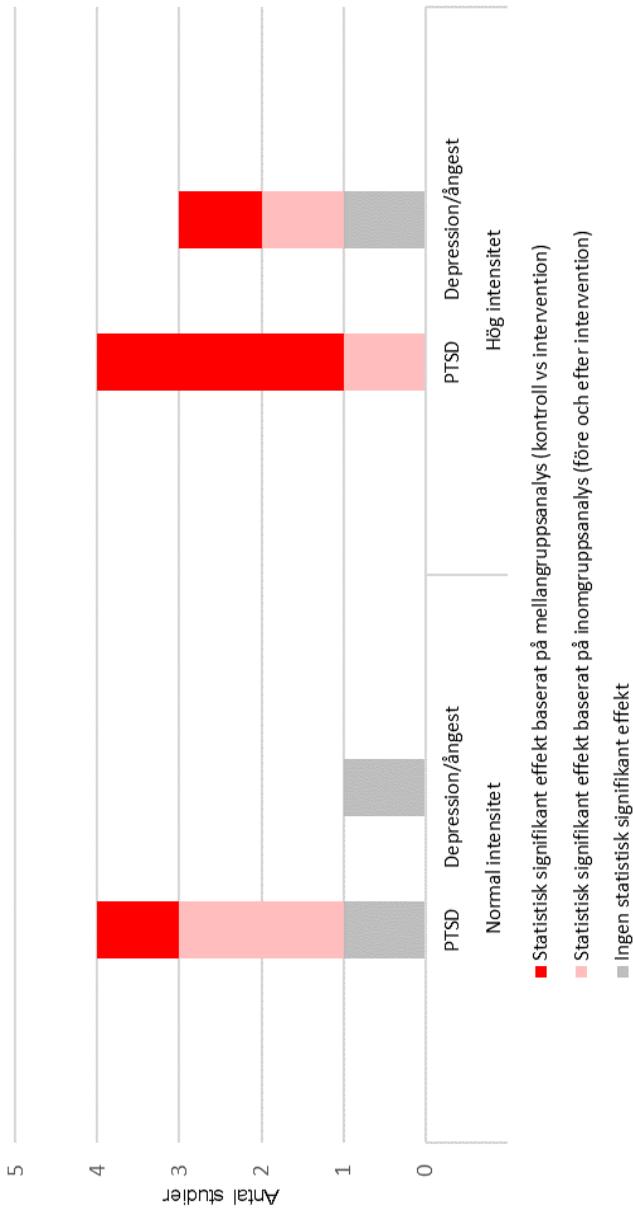
Prosocialt beteende

Prosocialt beteende mättes i en högintensiv interventionsstudie (135) och en normalintensiv interventionsstudie (131). Den högintensiva interventionen visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna men vid en inomgruppsanalys efter tre månader sågs en signifikant förbättring (135). För den normalintensiva interventionen sågs en signifikant förbättring i prosocialt beteende postintervention men inte efter sex månader (131).

Funktionsnivå

Funktionsnivå mättes i en högintensiv interventionsstudie (67) samt i en normalintensiv interventionsstudie (131). Båda studierna visade signifikant förbättring i funktionsnivå mellan grupperna varav i den högintensiva fanns det en signifikant skillnad över en 12-månadersperiod (67) och i den normalintensiva sågs en signifikant skillnad postintervention men inte efter sex månader (131).

Figur 3. Effekt av olika intensitet på interventionen.



Effekt av individuell och gruppbaserad intervention

En jämförelse gjordes mellan behandlingsformatet grupp och individuellt på de utfallsmått som mättes i de båda kategorierna; PTSD, depression/ångest, beteendeproblem och funktionsnivå. Exempelvis så mättes prosocialt beteende endast i de studier där interventionen gavs i grupp. Figur 4 visar effekten på PTSD och depression/ångest av individuell- respektive gruppbaserad behandling.

PTSD

Bland de interventioner som gavs individuellt sågs en signifikant minskning av PTSD-symtom i samtliga studier jämfört med kontrollgrupp (67, 137, 138) eller vid jämförelse inom interventionsgruppen före och nio månader efter avslutad behandling (136). För de interventioner som gavs i grupp visades en signifikant minskning av PTSD-symtom jämfört med kontrollgrupp i tre studier (84, 92, 135) medan två studier inte visade någon skillnad mellan kontroll- och interventionsgrupp (131, 132). Vid en jämförelse inom interventionsgruppen före och efter behandling sågs en signifikant minskning av PTSD-symtom i två studier där interventionen gavs i grupp (70, 132).

Depression och ångest

Depression mättes endast i en studie där interventionen gavs individuellt och det fanns ingen signifikant minskning av symtom på depression (67). Fem studier där interventionen gavs i grupp mätte depression eller depression/ångest där tre studier visade en signifikant minskning jämfört med kontroll (84, 92, 138). I två studier sågs ingen skillnad mellan kontroll- och interventionsgrupp (132, 135) men däremot vid en inomgruppsanalys sågs en signifikant minskning av symtom på depression och ångest för interventionsgruppen i en av studierna (135).

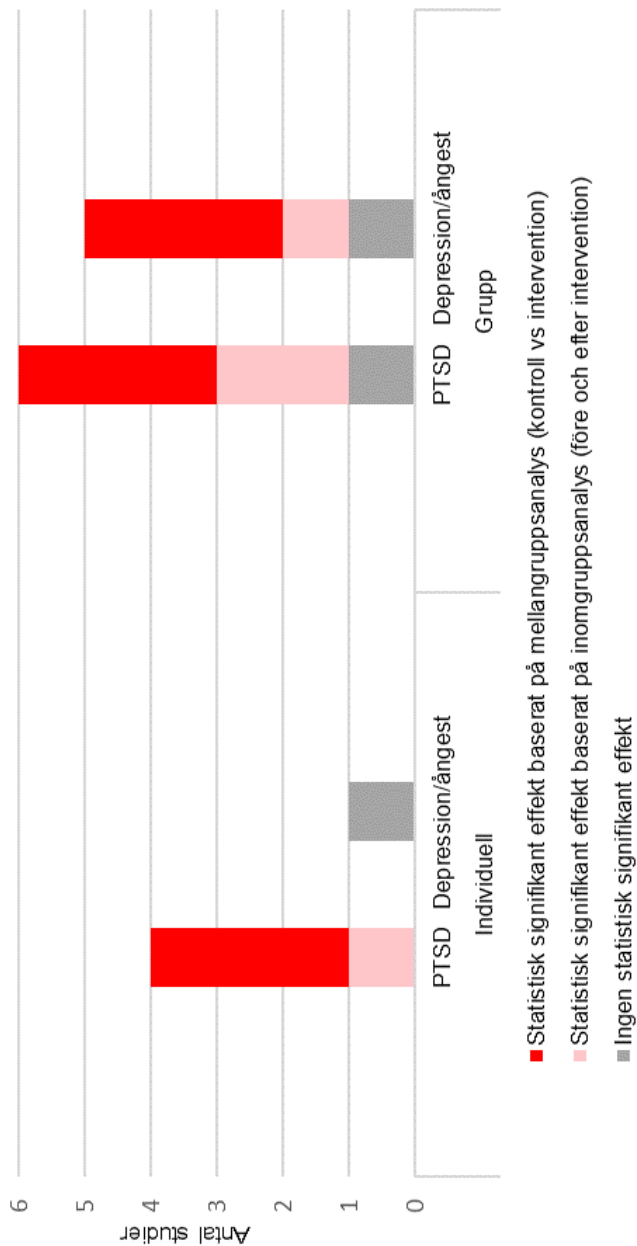
Beteendeproblem

Beteendeproblem minskade signifikant i en studie där interventionen gavs individuellt. Jämförelse gjordes inom gruppen före och efter behandling (66). För de interventioner som gavs i grupp visade en studie signifikant minskning av beteendeproblem jämfört med kontrollgrupp (92) och en studie visade ingen skillnad mellan kontroll- och interventionsgrupp (135). För den studien som inte visade någon skillnad mellan grupperna fanns det däremot en signifikant minskning när jämförelse gjordes inom interventionsgruppen före och tre månader efter avslutad behandling (135).

Funktionsnivå

Funktionsnivån förbättrades signifikant jämfört med kontrollgrupp över en 6–12-månadersperiod efter avslutad behandling i två studier där interventionen gavs individuellt (67, 137). Endast en studie hade mätt funktionsnivå där interventionen gavs i grupp och där sågs en signifikant förbättring direkt efter avslutad behandling men inte efter sex månader (131).

Figur 4. Effekt av olika format på interventionen.



Effekt på övriga utfallsmått

En del utfallsmått har inte jämförts mellan olika typer av interventioner, format eller olika intensitet på interventionerna på grund av att de antingen endast har rapporterats i en studie eller att de endast fanns rapporterade inom samma kategori, alltså typ av intervention, format eller intensitet. Det gäller följande utfallsmått: kognitiva funktioner, skuld, fysiska/somatiska symtom, emotionsreglering, socialt stödjande beteende, komplicerad sorg, stigmatisering, självmordstankar, barnets känslor (allmänt), psykosrelaterade symtom, psykiatrisk samsjuklighet.

Skuld mättes i två studier med NET-intervention där båda studierna signifikant minskade skuld jämfört med väntelistkontrollgrupp och aktiv kontrollgrupp som erhöll IPT (67, 138). En av studierna hade två kontrollgrupper där det inte fanns någon signifikant skillnad jämfört med aktiv kontrollgrupp som erhöll stödjande rådgivning kombinerat med akademisk "komma i kapp"-program (67). Effekten fanns efter tre månader men inte efter sex månader i den ena studien (138) och den andra studien visade effekt efter 12 månader (67).

Kognitiv funktion finns rapporterat i en studie där NET gavs som intervention och där sågs en signifikant förbättring för icke-verbal kognitiv funktion till fördel för de som genomgått NET över en sexmånadersperiod (137). Samma studie mätte också psykiatrisk samsjuklighet där ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna (137). I en annan studie som också hade NET som intervention mättes stigmatisering och självmordstankar där ingen signifikant skillnad mellan grupperna fanns över en 12-månadersperiod (67).

I en studie där interventionen bestod av gruppbehandling för stabilisering och färdighetsträning med inslag av IPT och KBT samt

senare ett subventionerat utbildningsprogram mättes
emotionsreglering, socialt stödjande beteende och skolprestation.



Signifikanta förbättringar för emotionsreglering och socialt stödjande beteende sågs direkt efter avslutad intervention men inte efter sex månader samt förbättrad skolprestation avseende närvaro i skolan och akademisk prestation efter åtta månader jämfört med kontrollgrupp (131).

I en annan studie där interventionen var trauma- och sorgterapi för ungdomar innehållande traumaterapeutiska komponenter så mättes komplicerad sorg. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. En inomgruppsanalys visade dock att komplicerad sorg, det vill säga intensiva och utdragna sorgereaktioner som kan behöva behandlas, hade minskat signifikant för interventionsgruppen men inte för den aktiva kontrollgruppen som erhållit psykoedukation före jämfört med avslutad behandling (132).

Slutligen, en studie med en traumabearbetande intervention hade mätt barnets känslor men där utfördes inget signifikantstest och det fanns ingen kontrollgrupp. Resultatet visade bland annat att majoriteten av barnen som deltog i traumabearbetande interventionen rapporterade att de kände sig mycket bättre (22,3 procent) eller bättre (73,4 procent) efter att ha delat sina svåra minnen från kriget (70).

Riktlinjer och vårdprogram med fokus på behandling

En internationell fältmanual med fokus på rehabilitering efter tortyr, DIGNITY (34) och ett regionalt vårdprogram i Sverige för vård och stöd efter tortyr (109) har avsnitt specifikt för barn men är inte exklusiva för barn. I DIGNITY:s fältmanual finns barnspecifik information med beskrivningar av hur flera fysiska och psykiska tortyrskador yttras hos barn samt vägledning i bedömning och rehabilitering av tortyrskador hos barn (34). I det regionala vårdprogrammet är fokus på remissförfarande, till exempel vid långvarig smärta och psykisk ohälsa hos barn (109).

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med den aktuella studien var att syntetisera forskning och grå litteratur gällande screening, dokumentation och behandling av tortyrskador för barn som överlevt tortyr. Utifrån författarnas kännedom har ingen liknande systematisk litteraturstudie tidigare genomförts inom detta område. Studien utgör ett viktigt första steg i ett långsiktigt arbete mot målet att bättre kunna identifiera barn som utsatts för tortyr, genomföra dokumentation och erbjuda tortyrskaderehabilitering till fler som är i behov av detta. Resultatet visar att många befintliga screeningsinstrument för trauma är bristfälliga för identifiering av tortyr, bland annat då många saknar frågor om aktörer bakom traumatiska händelser. Vidare visar forskning att det finns en viss variation i interventioner vad gäller metod, format och intensitet. Studiens resultat indikerar att traumabehandlingar med exponering, som TF-KBT och NET, har positiv effekt på såväl PTSD som andra psykologiska utfallsmått hos barn varav vissa utsatts för tortyr.

Gemensamma nämnare för urvalen

En generell tendens som utmärker sig för studiernas urval är att de sällan enbart utgörs av barn som överlevt tortyr. Urvalens sammansättning har i första hand baserats på andra nämnare som varit gemensamma för individerna, som psykisk ohälsa (i regel PTSD), ofta till följd av krig och/eller flykt, men inte tortyr. Förutom de metodologiska begränsningarna som urvalens mångfald medför leder sammanblandningen till att barns särskilda erfarenheter och behandlingsbehov efter tortyr förblir utforskade och därtill riskerar att inte bli tillgodosedda. Med det sagt har frågan om huruvida tortyröverlevare ska studeras som en distinkt grupp varit föremål för diskussion sedan en tid tillbaka (39, 46). En invändning som ibland lyfts i sammanhanget är risken att isolera tortyr från sin kontext och

därmed förbise det faktum att tortyr många gånger sammanfaller med annat våld och annan utsatthet (46).

En annan iakttagelse gäller sambandet mellan studiernas urval och ursprungsland. Sammantaget representerade studierna som genomförts i låginkomstländer ett bredare urval av kontexter. Urvalen i studierna från höginkomstländer var däremot ofta begränsade till en flyktingpopulation där vissa av barnen ska ha upplevt tortyr innan flykten. Det förefaller med andra ord som om tortyr mot barn, åtminstone vad gäller screening, dokumentation och behandling, har studerats som en företeelse som främst förekommer i låginkomstländer, en föreställning som utmanas av flertalet organisationer (139, 140). Representationen av studiernas ursprungsland bör heller inte tolkas som en spegling av den verkliga förekomsten av tortyr mot barn i världen. Avsaknaden av studier genomförda i länder med känd förekomst av tortyr mot barn, såsom exempelvis Iran (141), förklaras mer sannolikt av bland annat de säkerhetsrisker som forskningen skulle medföra. Mycket av arbetet för tortyruddsatta individer i länder med repressiva regimer bedrivs i det tysta (142).

Screening ger inte tillräckligt underlag för tillfredsställande bedömning av tortyr

Nästan samtliga screeninginstrument i studierna utgjordes av skattningsformulär och ingen annan typ av testning. De formulär som var avsedda för att identifiera svåra och skrämmande livshändelser, däribland tortyr, saknade i regel frågor som gav tillräckligt underlag för att identifiera tortyruddsatthet. I synnerhet saknades frågor om vem eller vilka som varit aktörerna bakom de skrämmande livshändelserna. Detta försvårar identifieringen av statlig inblandning vilket är ett centralt kriterium för tortyr enligt tortyrkonventionens definition. Frågorna i flera av formulären innehöll dessutom begreppet tortyr vilket ökar risken för snedvridna utfall både i form av falska positiva svar, bland de som exempelvis likställer andra

händelser med tortyr, och falska negativa svar, exempelvis bland tortyrutsatta som inte känner till begreppet tortyr.

Bland de skattningsformulär som var avsedda för identifiering av symtom, däribland skador efter tortyr, fanns en majoritet av frågor om psykiska symtom följt av psykosociala och psykosomatiska besvär. Ytterst få instrument screenade för mer distinkta fysiska tortyrskador, somatiska symtom eller allmän funktionsnivå. Screeningen för psykiska symtom dominerades av skattningsformulär för PTSD. Även om PTSD är en vanlig diagnos bland individer som överlevt tortyr riskerar ett nästintill uteslutande fokus på diagnosen att överskugga andra uttryck för smärta och lidande som inte ryms i diagnosen (39, 46).

Generisk screening för identifiering av tortyr mot barn behöver utvecklas både vad gäller frågornas formuleringar och innehåll. Barnanpassade frågor som ger information om förövare men också adresserar olika uttryck och förlopp för smärta och lidande hos barn blir därför väsentliga när tortyr ska identifieras enligt tortyrkonventionens definition (19, 20).

Många skattningsformulär var särskilt utformade eller anpassade för studierna. Kunskap om vad anpassningen hade inneburit gick inte alltid att tillgå. I vissa studier framgick dock att kontextuella anpassningar av vedertagna skattningsformulär för identifiering av barn med trauma hade gjorts. Flera av fallen gällde skattningsformulär som ursprungligen utformats för en krigskontext som vidare hade anpassats till ett sammanhang som varit mer relevant för före detta barnsoldater. Kontextuella anpassningar av skattningsformulär har framförts som något eftersträvänt för att mer träffsäkert lyckas identifiera formulärens primära målgrupp (39). I linje med detta bedömdes de formulär i studierna som anpassats till sammanhang relevanta för exempelvis före detta barnsoldater, frihetsberövade barn eller barn under politisk ockupation, ge bredast underlag för identifiering av tortyr bland dessa grupper. Detta

berodde framför allt på att frågorna i formulären gav kontextspecifik information om bland annat aktörerna bakom olika händelser.

Information om särskilda barnanpassningar av skattningsformulären fanns inte att tillgå. Kommunikationsstöd i form av exempelvis bilder rekommenderas i flera av de riktlinjer som inkluderades i den aktuella studien (26, 126-130).

Dokumentation med fokus på fysiska skador

Till skillnad från studierna inom screening som dominerades av frågor om psykiska symtom fanns en tydlig tonvikt på fysiska tortyrskador i de studier som innehöll en mer omfattande tortyrdokumentation. Detta kan delvis förklaras av att flera studier exkluderat den psykologiska bedömningen från dokumentationen eller överlätit den till en läkare att genomföra. I ett av fallen där hela dokumentationen genomfördes av enbart läkare bedömdes noll procent av urvalet som var mellan noll och tio år uppvisa traumatiska reaktioner samtidigt som hela 73 procent i samma urvalsgrupp hade dokumenterade ärr från tidigare skottskador (116). Avsaknaden av psykologer vid tortyrdokumentation ökar risken för felbedömningar av tortyröverlevares psykiska hälsa vilket i sin tur riskerar att förvränga kunskapen om tortyrens hälsokonsekvenser för barn. I förlängningen kan detta försvåra identifiering av såväl tortyrutsatthet som vårdbehov bland barnen. En gedigen tortyrskadedokumentation av ett barn förutsätter förutom den professionsspecifika kompetensen även barnspecifik kunskap om bland annat utvecklingsrelaterade uttryck och reaktioner för smärta och lidande (17).

Behandling visar positiva effekter

Resultatet från behandlingsstudierna visade att TF-KBT och NET, två exponeringsbaserade traumabehandlingar, minskade PTSD signifikant från tre månader och upp till ett år efter avslutad behandling (67, 84, 92, 136-138). Av samtliga behandlingar med

varierande traumafokuserade inslag var det enbart två behandlingar som innehöll exponering och båda minskade PTSD signifikant inom behandlingsgruppen (70, 132). Resultaten visar att exponering kan utgöra en viktig komponent för behandlingsframgång med psykologisk behandling av PTSD för denna grupp.



Även om underlaget i aktuella studien är begränsat går resultatet i linje med Socialstyrelsens riktlinjer som menar att behandling av PTSD bör innehålla exponering hos både barn och vuxna (51). National Institute for Health and Care excellence (NICE) har genomfört en systematisk översikt över behandling av PTSD hos barn som ger stöd till att traumafokuserad KBT minskar PTSD-symtom hos barn upp till ett år efter avslutad behandling (143). Vidare visar en Cochraneöversikt att det finns visst stöd för att KBT minskar PTSD jämfört med andra psykologiska behandlingar upp till en månad efter avslutad behandling hos barn och ungdomar som lider av trauma (144).

Ingen av behandlingsstudierna i föreliggande systematiska översikt innehöll traumabehandlingen Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR). Enligt NICE kan EMDR erbjudas som ett andrahandsval efter att TF-KBT har prövats hos barn (143). EMDR för barn med PTSD rekommenderas i DIGNITY:s fältmanual (34), något som baseras på en vetenskaplig studie som visat positiva resultat (145).

Resultatet visar att högintensiv traumabehandling för barn kan ge effekt på PTSD bland ett urval som delvis gjordes av tortyrutsatta barn (67, 70, 135, 138). Utifrån författarnas kännedom har högintensiv traumabehandling för barn ännu inte framhållits i några riktlinjer eller systematiska översikter. I forskning finns samtidigt stöd för att högintensiv behandling med EMDR och Prolonged Exposure (PE) kan minska PTSD hos barn mellan 12 och 18 år (146, 147). Det finns även ett växande stöd för högintensiv traumabehandling hos vuxna (148-150). Ytterligare behandlingsformat som undersöktes i den aktuella studien var effekten av individuell- och gruppbehandling. Resultatet visar att behandlingar med båda formaten har en effekt på minskad PTSD. I den systematiska översikten av NICE ges dock endast stöd för individuella behandlingar för traumafokuserade KBT (143).

Traumabehandlingar för barn inkluderar i regel barnets vårdnadshavare eller andra viktiga vuxna runt barnet (151). Röster inom traumafältet efterfrågar ett ännu mer kollektiverat perspektiv på traumabehandling för barn och menar att individuell traumabehandling och medicinering inte ensamma svarar på de behov som ofta föreligger hos målgruppen. Relationella och kollektiva aspekter av rehabiliteringsprocessen såsom reparation av sociala relationer och förstärkning av en kollektiv motståndskraft är viktiga aspekter att ta hänsyn till (152).

Resultatet visar vidare att flera av de psykologiska behandlingarna i studierna gav signifikanta effekter på andra utfallsmått än PTSD hos barn varav vissa hade överlevt tortyr. Bland annat sågs minskning i depressiva symtom och/eller ångest

(84, 92, 135, 138), beteendeproblem (66, 92, 135) samt ökning i prosociala beteenden, beteenden som främjar sociala relationer (92, 131, 135) och funktionsnivå (67, 137). Sannolikt



Trots breda sökningar kunde inga behandlingar för fysiska tortyrskador eller smärtrehabilitering för barn identifieras

föreligger en samvariation mellan utfallsmåtten som gör att behandlingsframgång kopplat till ett utfallsmått också påverkar utfallet i de andra. Det är inte svårt att föreställa sig hur minskade symtom på PTSD hos barn kan främja deras sociala relationer eller öka den generella funktionsnivån bland barnen.

Samtliga behandlingsstudier i den föreliggande litteraturstudien har utgjort av psykologisk och psykosocial behandling. Trots breda sökningar kunde inga behandlingar för fysiska tortyrskador eller smärtrehabilitering för barn identifieras. Behandlingsinterventioner inom dessa områden är samtidigt något som lyfts i vårdprogram och DIGNITY:s fältmanual (34, 109).

Behandlingsstudiernas urval utgjordes i regel av barn från sju års ålder. Undantaget gäller två studier med omfattande program för psykisk hälsa i regi av Läkare Utan Gränser, som inkluderade barn under 7 år men där ingen effekt av enskilda utfallsmått rapporterades (133, 134). Detta innebär att behandling för yngre barn som bland annat har överlevt tortyr ännu är ett obeforskat område. Detta styrks även i den systematiska översikten av NICE där behandlingseffekt endast kunde fastställas för barn mellan sju och 17 år (143).

I flera av de randomiserade kontrollerade studierna fick uppföljningstiden förkortas då kontrollgruppen som stod på väntelista erbjöds interventionen tidigare än planerat. Detta gjordes av etiska skäl då forskarna inte ville undanhålla en gynnsam behandling från

barnen (84, 92, 135, 137). Ett etiskt dilemma uppstår mellan att antingen randomisera svårt traumatiserade individer till en kontrollgrupp och därmed neka dem aktiv behandling och att av den anledningen avstå från att genomföra RCT trots den låga evidensen för behandling som finns för barn som överlevt tortyr. Liknande dilemman har tidigare lyfts i forskningen av tortyröverlevare (47) och kan även diskuteras mot forskning som visar att tidig tillgång till behandling för tortyröverlevare inneburit färre depressiva symtom (153).

Metoddiskussion

Den aktuella studien har inneburit svåra gränsdragningar mellan tortyr och bredare definitioner av våld och utsatthet bland barn. Beslut om huruvida studiernas urval utgjordes av tortyröverlevare togs mot tortyrkonventionens definition av tortyr. Trots att ramarna för bedömning utgjordes av tortyrdefinitionen lämnades ett utrymme kvar för svårare avväganden och tolkningar. Beslut om att exempelvis exkludera offer för trafficking, som visade sig vara ett relativt välbeforskat område, kan diskuteras och problematiseras i efterhand. Många studier saknade dessutom tillräckligt med information för att möjliggöra bedömning av huruvida delar av urvalet hade varit utsatta för tortyr. En väl underbyggd gränsdraging hade varit avhängig individuella bedömningar av tortyr bland studiernas urval vilket det saknades förutsättningar för att kunna genomföra i den aktuella studien. En fördjupande och heltäckande analys av tortyrens definitioner i relation till barns utsatthet sträcker sig bortom det centrala syftet för den aktuella studien. Med detta sagt har ett stort antal studier inkluderats i den aktuella litteraturstudien där breda sökningar minskade risken för att relevanta studier missades men medförde att många irrelevanta studier exkluderades.

Studiens båda författare var delaktiga i urvalsprocessens samtliga steg. De initiala bedömningarna gjordes var för sig och därefter löstes eventuella konflikter genom att diskutera och uppnå

konsensus. Båda författarna var också delaktiga i dataextraktionen från den inkluderade litteraturen. Detta förfarande kan sägas öka tillförlitligheten av det urval som studien inkluderat och det resultat som presenterats. Hur sökningarna gått till redovisas tydligt i en bilaga med alla sökord, sökblock och kombinationer. Vidare visas urvalsprocessen i ett flödesschema. Detta ökar transparensen och därmed även reproducerbarheten.

Kvalitetsbedömningen av behandlingsartiklarna visade att ingen av behandlingsstudierna uppnådde hög kvalitet. RCT-studierna bedömdes ha viss risk för bias och de icke-randomiserade studierna hade allvarlig eller kritisk risk för bias. Detta innebär att resultatet från behandlingsstudierna ska tolkas med viss försiktighet.

Urvalen i både screening-, dokumentation- och behandlingsstudierna var heterogena. Få studier hade urval som enbart utgjordes av en tortyrpopulation, i synnerhet med endast barn. Urvalen i många studier utgjordes även av blandade åldersgrupper med barn, unga vuxna och vuxna. I behandlingsstudierna fanns dessutom en mångfald av metoder, komponenter, varierade utfallsmått och skattningsformulär. Detta påverkar överförbarheten av resultatet till gruppen barn som överlevt tortyr. Det försvårar även möjligheten att dra tydliga slutsatser om vilka behandlingar som är mest effektiv för målgruppen. Trots detta bidrar litteraturstudien till att ändå ge visst stöd för vissa typer av behandlingsformer.

Rekommendationer

Kliniska rekommendationer

En klinisk rekommendation är att tortyr mot barn mer konsekvent uppmärksammas inom olika samhällsinstanser som kommer i kontakt med barn, såsom exempelvis vården, socialtjänsten, elevhälsan, barnvårdscentralen och Migrationsverket. Riktade kompetenshöjande insatser som ökar kunskapen om tortyr mot barn kan dels underlätta identifiering av målgruppen, via exempelvis screening, dels leda till en ökad kännedom om var barnen med behov av tortyrskadebehandling och/eller dokumentation kan hänvisas.

Då föreliggande studie inte hittade ett vårdprogram specifikt för barn som överlevt tortyr är en rekommendation att ett sådant vårdprogram utformas framöver.

Vad gäller behandling för barn som överlevt tortyr ger den föreliggande studien visst stöd för de metoder, TF-KBT och KIDNET, som redan finns i riktlinjer för traumatiserade barn, och används i klinisk praxis. Vidare har studien visat att traumabehandling i gruppsformat såväl som i en intensifierad form också kan minska PTSD vilket skulle kunna implementeras i klinik.

Ytterligare forskning

Behovet av fortsatt forskning finns inom flera områden som rör barn som överlevt tortyr. Ett förslag är att närmare studera tortyr bland de yngsta barnen, under sex år, då de yngre barnen oftare exkluderas från studierna. Områden som med fördel kan utforskas är utsattheten för tortyr bland de yngsta barnen, de påföljande hälsokonsekvenserna, behandlingsbehoven och behandlingsutfallen inom gruppen.

Ytterligare forskningsförslag gäller utvecklingen av ett generiskt screeninginstrument för bättre identifiering av tortyr mot barn. Instrumentet bör rymma frågor om olika kontexter i vilka barn riskerar att utsättas för tortyr samt frågor som täcker relevanta kriterier för den tortyrdefinition man utgår från.

Vidare finns behov av forskning som kan utröna särskiljande såväl som gemensamma svårigheter mellan barn som överlevt tortyr och de som saknar den erfarenheten men har en liknande symtombild till följd av andra svåra livshändelser. Identifiering av eventuella svårigheter och behov som är särskilt framträdande för målgruppen kan i sin tur svara på frågor om vilka behandlingsanpassningar som behöver göras och vilka utfallsmått som bäst indikerar behandlingsframgång för barn som överlevt tortyr. Möjliga utfallsmått, utöver reduktion av psykiska symtom, skulle kunna vara funktionsnivå och variationer i anknytningskvalitet.

Andra förslag på behandlingsstudier för barn som överlevt tortyr är psykologiska behandlingar i gruppformat där olika upplägg prövas och utvärderas. Ytterligare förslag är studier som utvärderar intensifierade behandlingar med långtidsuppföljningar för målgruppen. Mot bakgrund av att det saknades studier om behandling av fysiska skador och smärtrehabilitering för barn som varit utsatta för tortyr rekommenderas att forskning bedrivs även inom dessa fält.

Slutligen finns behov av forskning som närmare studerar olika former av utsatthet bland barn i relation till tortyrkonventionen. Det kan exempelvis handla om studier som analyserar begrepp som "det allmänna" och "staters ansvar" i relation till olika former av våld mot barn i både en nationell och internationell kontext. Tortyr mot barn skulle kunna studeras i ljuset av migrationspolitiska och rättspolitiska lagförändringar som påverkar många barn i Sverige, Europa och resten av världen.

Referenser

1. Evans R. The Ethics of Torture: Definitions, History, and Institutions. Oxford University Press; 2020.
2. Durrant JE. Corporal Punishment: From Ancient History to Global Progress. In: Geffner R, White JW, Hamberger LK, Rosenbaum A, Vaughan-Eden V, Vieth VI, editors. Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV). Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 343-65.
3. Weindling P, von Villiez A, Loewenau A, Farron N. The victims of unethical human experiments and coerced research under National Socialism. Endeavour. 2016;40(1):1-6.
4. Quiroga J. Torture in children. Torture. 2009;19(2):66-87.
5. Burgund Isakov A, Husremović D, Krsić B, Marković V, Milic N, Ristić T, et al. Wherever we go, Someone does us Harm: Violence against refugee and migrant children arriving in Europe through the Balkans. Belgrad: Save the Children International, Save the Children North West Balkans. 2022. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/Wherever-we-go-someone-does-us-harm-WEB.pdf>
6. Oberg C, Kivlahan C, Mishori R, Martinez W, Gutierrez JR, Noor Z, et al. Treatment of Migrant Children on the US Southern Border Is Consistent With Torture. Pediatrics. 2021;147(1).
7. Kamøy K, Podieh P, Salarkia K. Stop the War on Children: A crisis of recruitment. Save the Children International. 2021. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/SWOC-5-5th-pp.pdf>
8. Mèndez J. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. UN General Assembly Human Rights Council. 2015. [citerad 8 oktober]. Hämtad från: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FHRBodies%2FHRC%2FRegularSessions%2FSession28%2FDocuments%2FA_HRC_28_68_E.doc&wdOrigin=BROWSELINK
9. The World Organisation Against Torture (OMCT). Best Practices to Protect Children against Torture in Detention. 2021. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: [OMCT_Global-Guide-Children.pdf](#)
10. UNICEF. Children in Israeli Military Detention: Observations and Recommendations. UNICEF Bulletin. 2015(2).
11. Vanvårdutredningen. Vanvård i social barnavård. Slutrapport. (SOU 2011:61). Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2011.
12. United Nations. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 2014. [citerad 8 oktober]. Hämtad från: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsgoCAybB14jXgl%2Fik29WwDKb6%2F6dgXmvCYvU3rNdDbM5izF7bnKXByOJACNTGJFxz64JwscNhZck8ThldGwDPjzgWwNXSOBUChAY8gTS35xD>
13. Barnrättsbyrån. Vem ska tro på mig? – En granskning av sexuella övergrepp på de statliga ungdomshemmen. Barnrättsbyrån & World Childhood Foundation. 2023. [Citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: https://barnrattsbyran.se/app/uploads/2023/03/SiS_rapport_digital_pdf_uppslag.pdf

14. UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Worrying trend shows increased number of child torture victims - Worrying trend [press release]. UN. 2016. [citerad 8 oktober 2023]. Tillgänglig via: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2016/04/worrying-trend-shows-increased-number-child-torture-victims>
15. Pérez-Sales P. Documentation of torture in children and young adults: Time to reflect. *Torture*. 2019;29(1):1-15.
16. den Otter JJ, Smit Y, dela Cruz LB, Ozkalipci O, Oral R. Documentation of torture and cruel, inhuman or degrading treatment of children: A review of existing guidelines and tools. *Forensic Sci Int*. 2013;224(1-3):27-32.
17. UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 2022. 8/Rev. 2. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf
18. Başoğlu M. 3A Theory- and Evidence-Based Approach to the Definition of Torture. In: Başoğlu M, Başoğlu M, editors. *Torture and Its Definition In International Law: An Interdisciplinary Approach*: Oxford University Press; 2017. p. 0.
19. UN General Assembly. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, (1984). United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85
20. Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. SÖ 1986:1. (1986). [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/a780c57f9a084149bc42d28ca84f359b/konvention-mot-tortyr-och-annan-grym-omansklig-eller-fornedrande-behandling-eller-bestraftning-so-19861/>
21. Justiti.edepartementet. Ett särskilt tortyrbrott? (Ds 2015:42), (2015). Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/740d39e2a0c640158b74198b7e760ce0/ds-2015-42-ett-sarskilt-tortyrbrott.pdf>
22. Asia Pacific Forum, Association for the Prevention of Torture. Preventing Torture An Operational Guide for National Human Rights Institutions - Updated Edition. 2022. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://www.apf.ch/sites/default/files/publications/APF%20APT%20Guide%20on%20Torture%20Prevention.pdf>
23. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War (Fourth Geneva Convention). August 12, 1949, (1949).
24. United Nations. Convention on the Rights of the Child, (1989). UN General Assembly.
25. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
26. National Human Rights Institutions OHCHR APT and APF. Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions. 2010. Hämtad från: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/PreventingTorture.pdf>

27. Baro D. Children witnessing atrocities against parents or caregivers, a human rights perspective. *Torture*. 2006;16(3):190-219.
28. Amnesty International. *Torture*: Amnesty International; u.å. [citerad 8 oktober 2023]. Tillgänglig från: <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/torture/#:~:text=To%20take%20just%20a%20couple,International%20campaigned%20hard%20to%20create>.
29. Marc B. *Torture: Child Torture*. In: Payne-James J, Byard R, editors. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. 4. 2 ed: Elsevier; 2016. p. 565-71.
30. Taib NI, Ahmad A. Boys who work on the streets of Iraq are exposed to more traumatic events such as torture than schoolboys of the same age. *Acta Paediatr*. 2019;108(4):725-30.
31. Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(7):723-32.
32. El Baba R, Colucci E. Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: A systematic review. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2018;11(2):194-207.
33. O'Donnell D, Liwski N. *Child Victims of Torture and Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*. Florence; 2010.
34. Dansih Institute Against Torture. *DIGNITY. Field Manual of Rehabilitation 2013*. Hämtad från: <https://dignity.dk/wp-content/uploads/Dignity-field-manual-rehabilitation.pdf>
35. Reyes H. The worst scars are in the mind: psychological torture. *International Review of the Red Cross*. 2007;89(867):591-617.
36. Barnombudsmannen. Betänkandet En långsiktigt hållbar migrationspolitik (SOU 2020:54) samt kompletterande promemoria till betänkandet (dnr Ju2020/03215) (Ju2020/03215). Remissvar., (2020). [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument/remissvar/barnombudsmannens-remissvar-en-langsigtigt-hallbar-migrationspolitik.pdf>
37. Dinardi C, Lie B, Sveaass N, Weiss N. *Torturutsatte i den norske asylprosessen. En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis.*; 2021. Contract No.: 2021:18.
38. Dominitz JA, Levin TR. What Is Organized Screening and What Is Its Value? *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2020;30(3):393-411.
39. Patel N, Williams A, Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors: Conceptual, methodological and ethical Issues. *Torture*. 2016;26(1):2-16.
40. Region Skåne. *Tortyrskada. AKO Skåne-riktlinje för primärvården utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd.*: Region Skåne; 2021. [citerad 8 oktober 2023]. Tillgänglig via: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/psykiatri-och-psykisk-ohalsa/ako/tortyrskada/>.
41. Alayarian A. Children, torture and psychological consequences. *Torture*. 2009;19(2):145-56.
42. Stevens AJ. The invisible soldiers: understanding how the life experiences of girl child soldiers impacts upon their health and rehabilitation needs. *Arch Dis Child*. 2014;99(5):458-62.
43. Bosquet Enlow M, Egeland B, Blood EA, Wright RO, Wright RJ. Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(11):1005-10.

44. Kronick R, Rousseau C, Cleveland J. Asylum-seeking children's experiences of detention in Canada: A qualitative study. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(3):287-94.
45. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). Torture victims in Europe. IRCT. 2011. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/62924/att_201111014ATT29324-7758376540987027891.pdf
46. van Willigen LHM. Organization of care and rehabilitation services for victims of torture and other forms of organized violence: A review of current issues. *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1999. p. 277-98.
47. Montgomery E, Patel N. Torture rehabilitation: reflections on treatment outcome studies. *Torture*. 2011;21(2):141-5.
48. Sjölund BH, Kastrop M, Montgomery E, Persson AL. Rehabilitating torture survivors. *J Rehabil Med*. 2009;41(9):689-96.
49. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537-49.
50. Kooij LH, van der Pol TM, Daams JG, Hein IM, Lindauer RJL. Common elements of evidence-based trauma therapy for children and adolescents. *European journal of psychotraumatology*. 2022;13(1):2079845.
51. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. 2021. [citerad 8 oktober 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
52. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898.
53. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
54. Abdalla K, Elklit A. En landsdækkende screeningsundersøgelse af flygtningebørn fra Kosovo. *Psykologisk Paedagogisk Rådgivning*. 2001;35(5):339-48.
55. Amone-P'Olak K. Mental states of adolescents exposed to war in Uganda: finding appropriate methods of rehabilitation. *Torture*. 2006;16(2):93-107.
56. Amone-P'Olak K, Dokkedahl SB, Elklit A. Post-traumatic Stress Disorder among child perpetrators and victims of violence from the Northern Uganda civil war: Findings from the WAYS study. *Journal of Psychology in Africa*. 2017;27(3):235-42.
57. Amone-P'Olak K, Elklit A, Dokkedahl SB. PTSD, mental illness, and care among survivors of sexual violence in Northern Uganda: Findings from the WAYS study. *Psychol Trauma*. 2018;10(3):282-9.
58. Amone-P'olok K, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires: cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *J Adolesc*. 2007;30(4):655-69.
59. Asia MR. The relationship of level of traumatic exposure, perceived stress, and resilience with salivary cortisol and salivary alpha-amylase diurnal rhythm in Palestinian children 10-12 years exposed to chronic war violence 2010.

60. Betancourt TS, Borisova, II, de la Soudière M, Williamson J. Sierra Leone's child soldiers: war exposures and mental health problems by gender. *J Adolesc Health*. 2011;49(1):21-8.
61. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, et al. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress*. 2012;25(6):682-90.
62. Brunvatne R, Lysgård KH, Hjortdahl P. [Psychosocial preventive work among war refugees. A task for primary health care?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1995;115(1):23-6.
63. Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(5):890-7.
64. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001;286(5):555-62.
65. Derluyn I, Broekaert E, Schuyten G, De Temmerman E. Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers. *Lancet*. 2004;363(9412):861-3.
66. Durà-Vilà G, Klasen H, Makatini Z, Rahimi Z, Hodes M. Mental health problems of young refugees: duration of settlement, risk factors and community-based interventions. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013;18(4):604-23.
67. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011;306(5):503-12.
68. Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD, Lloyd-Travaglini C, Lustig S, Landgraf JM, et al. The "lost boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(6):585-91.
69. Goldin S, Levin L, Persson LA, Hägglof B. Stories of pre-war, war and exile: Bosnian refugee children in Sweden. *Med Confl Surviv*. 2001;17(1):25-47.
70. Gupta L, Zimmer C. Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):212-6.
71. Hampton K, Mishori R, Griffin M, Hillier C, Pirrotta E, Wang NE. Clinicians' perceptions of the health status of formerly detained immigrants. *BMC Public Health*. 2022;22(1):575.
72. Hashemi B, Ali S, Awaad R, Soudi L, Housel L, Sosebee SJ. Facilitating mental health screening of war-torn populations using mobile applications. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(1):27-33.
73. Hjern A, Angel B, Jeppson O. Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scand J Soc Med*. 1998;26(1):18-25.
74. Iacopino V, Frank MW, Bauer HM, Keller AS, Fink SL, Ford D, et al. A population-based assessment of human rights abuses committed against ethnic Albanian refugees from Kosovo. *Am J Public Health*. 2001;91(12):2013-8.
75. Jordans MJ, Komproe IH, Tol WA, De Jong JT. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(4):514-23.
76. Kizilhan JI, Noll-Hussong M. Post-traumatic stress disorder among former Islamic State child soldiers in northern Iraq. *Br J Psychiatry*. 2018;213(1):425-9.

77. Klasen F, Oettingen G, Daniels J, Post M, Hoyer C, Adam H. Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child Dev.* 2010;81(4):1096-113.
78. Kohrt BA, Jordans MJ, Tol WA, Perera E, Karki R, Koirala S, et al. Social ecology of child soldiers: child, family, and community determinants of mental health, psychosocial well-being, and reintegration in Nepal. *Transcult Psychiatry.* 2010;47(5):727-53.
79. Kohrt BA, Jordans MJ, Tol WA, Speckman RA, Maharjan SM, Worthman CM, et al. Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *JAMA.* 2008;300(6):691-702.
80. Loko Roka J, Van den Bergh R, Au S, De Plecker E, Zachariah R, Manzi M, et al. One size fits all? Standardised provision of care for survivors of sexual violence in conflict and post-conflict areas in the Democratic Republic of Congo. *PLoS One.* 2014;9(10):e111096.
81. Lorek A, Ehntholt K, Nesbitt A, Wey E, Githinji C, Rossor E, et al. The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention center: a pilot study. *Child Abuse Negl.* 2009;33(9):573-85.
82. MacLean SA, Agyeman PO, Walther J, Singer EK, Baranowski KA, Katz CL. Mental health of children held at a United States immigration detention center. *Soc Sci Med.* 2019;230:303-8.
83. Massad S, Khammash U, Shute R. Political violence and mental health of Bedouin children in the West Bank, Palestine: a cross-sectional study. *Med Confl Surviv.* 2017;33(3):188-206.
84. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(11):1231-41.
85. McMullen JD, O'Callaghan PS, Richards JA, Eakin JG, Rafferty H. Screening for traumatic exposure and psychological distress among war-affected adolescents in post-conflict northern Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(9):1489-98.
86. Mels C, Derluyn I, Broekaert E, Rosseel Y. Screening for traumatic exposure and posttraumatic stress symptoms in adolescents in the war-affected eastern Democratic Republic of Congo. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(6):525-30.
87. Modvig J, Pagaduan-Lopez J, Rodenburg J, Salud CM, Cabigon RV, Panelo CI. Torture and trauma in post-conflict East Timor. *Lancet.* 2000;356(9243):1763.
88. Montgomery E. Refugee children from the Middle East. *Scand J Soc Med Suppl.* 1998;54:1-152.
89. Morgos D, Worden JW, Gupta L. Psychosocial effects of war experiences among displaced children in southern Darfur. *Omega (Westport).* 2007;56(3):229-53.
90. Möhlen H, Parzer P, Resch F, Brunner R. Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39(1-2):81-7.
91. Neugebauer R, Fisher PW, Turner JB, Yamabe S, Sarsfield JA, Stehling-Ariza T. Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *Int J Epidemiol.* 2009;38(4):1033-45.

92. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(4):359-69.
93. Ovuga E, Oyok TO, Moro EB. Post traumatic stress disorder among former child soldiers attending a rehabilitative service and primary school education in northern Uganda. *Afr Health Sci.* 2008;8(3):136-41.
94. Petersen HD, Lykke J, Hougen HP, Mannstaedt M. Results of medical examination of refugees from Burma. *Dan Med Bull.* 1998;45(3):313-6.
95. Petersen HD, Worm L, Olsen MZ, Ussing B, Hartling OJ. Human rights violations in Burma/Myanmar. A two year follow-up examination. *Dan Med Bull.* 2000;47(5):359-63.
96. Pham PN, Vinck P, Stover E. Returning home: forced conscription, reintegration, and mental health status of former abductees of the Lord's Resistance Army in northern Uganda. *BMC Psychiatry.* 2009;9:23.
97. Poole GE, Galpin G. Prevalence of victims of torture in the health screening of quota refugees in New Zealand during 2007-2008 and implications for follow-up care. *N Z Med J.* 2011;124(1338):18-24.
98. Saigh PA. The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behav Res Ther.* 1991;29(3):213-6.
99. Sanfelici M, Wellman B, Mordeglija S. Unaccompanied minors' needs and the child welfare response. *Journal of Social Work.* 2021;21(6):1533-52.
100. Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove DM, Everson N, et al. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2004;28(6):527-36.
101. Sundelin-Wahlsten V, Ahmad A, von Knorring AL. Traumatic experiences and post-traumatic stress reactions in children from Kurdistan and Sweden. *Acta Paediatr.* 2001;90(5):563-8.
102. Thabet AA, Vostanis P. Post-traumatic stress reactions in children of war. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40(3):385-91.
103. Thabet AA, Vostanis P. Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse Negl.* 2000;24(2):291-8.
104. Tol WA, Komproe IH, Thapa SB, Jordans MJ, Sharma B, De Jong JT. Disability associated with psychiatric symptoms among torture survivors in rural Nepal. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(6):463-9.
105. Tran A, Brickman S, Jordan J, Samuelson KW. Predictors of Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression Symptoms in Survivors of Torture Living in the United States. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(8):593-9.
106. Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *Int J Soc Psychiatry.* 2009;55(5):449-63.
107. Willard CL, Rabin M, Lawless M. The prevalence of torture and associated symptoms in United States Iraqi refugees. *J Immigr Minor Health.* 2014;16(6):1069-76.
108. Young P, Gordon MS. Mental health screening in immigration detention: A fresh look at Australian government data. *Australas Psychiatry.* 2016;24(1):19-22.
109. Region Skåne. Vårdprogram om vård och stöd efter tortyr. Region Skåne. 2022. Hämtad från: [https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-wardprogram---fillistning/wardprogram-om-var-doch-stod-efter-tortyr.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-vardprogram---fillistning/vardprogram-om-var-doch-stod-efter-tortyr.pdf)

110. Sachser C, Berliner L, Holt T, Jensen TK, Jungbluth N, Risch E, et al. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*. 2017;210:189-95.
111. Nilsson D, Gustafsson PE, Larsson JL, Svedin CG. Evaluation of the linköping youth life experience scale. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(10):768-74.
112. Allodi F, Cowgill G. Ethical and psychiatric aspects of torture: a Canadian study. *Can J Psychiatry*. 1982;27(2):98-102.
113. Amone P'Olak K. Torture against children in rebel captivity in Northern Uganda: physical and psychological effects and implications for clinical practice. *Torture*. 2009;19(2):102-17.
114. Clément R, Lebossé D, Barrios L, Rodat O. Asylum seekers alleging torture in their countries: Evaluation of a French center. *J Forensic Leg Med*. 2017;46:24-9.
115. Guy KM. Child soldiers as zones of violence in The Democratic Republic of Congo: three cases of medico-legal evidence of torture. *Torture*. 2009;19(2):137-44.
116. Haar RJ, Wang K, Venters H, Salonen S, Patel R, Nelson T, et al. Documentation of human rights abuses among Rohingya refugees from Myanmar. *Confl Health*. 2019;13:42.
117. Keten A, Akçan R, Karacaoglu E, Odabasi AB, Tümer AR. Medical forensic examination of detained immigrants: is the Istanbul Protocol followed? *Med Sci Law*. 2013;53(1):40-4.
118. Lykke J, Timilsena MN. Evidence of torture in the mid west region of Nepal. *Dan Med Bull*. 2002;49(2):159-62.
119. Mateen FJ, Carone M, Nyce S, Ghosn J, Mutuerandu T, Al-Saedy H, et al. Neurological disorders in Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *J Neurol*. 2012;259(4):694-701.
120. Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scand J Public Health*. 2006;34(5):496-503.
121. Petersen HD, Larsen M, Mannstaedt M, Skytt GL, Vedel OM, Wandall JH. [Documentation of violence against civilians in a civil war. Examples from Kashmir]. *Ugeskr Laeger*. 1998;160(29):4302-6.
122. Petersen HD, Wandall JH. Evidence of physical torture in a series of children. *Forensic Sci Int*. 1995;75(1):45-55.
123. Ruchman SG, Green AS, Schonholz S, Hersh E, Sikka N, Baranowski KA, et al. A toolkit for building medical programs for asylum seekers: Resources from the Mount Sinai Human Rights Program. *J Forensic Leg Med*. 2020;75:102037.
124. Russo MC, Azzalini E, Rossetti C, Maghin F, Antonietti A, Verzeletti A. Asylum seekers: Forensic remarks regarding 185 cases. *Med Sci Law*. 2020;60(1):30-6.
125. Tsai AC, Eisa MA, Crosby SS, Sirkin S, Heisler M, Leaning J, et al. Medical evidence of human rights violations against non-Arabic-speaking civilians in Darfur: a cross-sectional study. *PLoS Med*. 2012;9(4):e1001198.
126. Tepina P, Giffard C. The Torture Reporting Handbook: How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights. Human Rights Centre, University of Essex. 2015. 2nd edition. Hämtad från: <https://www1.essex.ac.uk/hrc/documents/practice/torture-reporting-handbook-second-edition.pdf>

127. Peel M, Lubell N, Beynon J. Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals. Human Rights Centre, University of Essex. 2005. Hämtad från: https://repository.essex.ac.uk/13102/1/fco_humanrights_medicaltorture.pdf
128. Thakkar MJ, Jaffe AM, Vander Linden RS. Guidelines for Conducting a Victim-Sensitive Interview. *J Child Sex Abus.* 2015;24(7):717-30.
129. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response. UNHCR. 2003. Hämtad från: <https://www.unhcr.org/media/sexual-and-gender-based-violence-against-refugees-returnees-and-internally-displaced-persons>
130. Volpelliier M. Physical forensic signs of sexual torture in children. A guideline for non specialized medical examiners. *Torture.* 2009;19(2):157-66.
131. Betancourt TS, McBain R, Newnham EA, Akinsulure-Smith AM, Brennan RT, Weisz JR, et al. A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(12):1288-97.
132. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L, Burlingame GM, Pasalić A, Duraković E, et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(9):1048-62.
133. Lokuge K, Shah T, Pintaldi G, Thurber K, Martínez-Viciano C, Cristobal M, et al. Mental health services for children exposed to armed conflict: Médecins Sans Frontières' experience in the Democratic Republic of Congo, Iraq and the occupied Palestinian territory. *Paediatr Int Child Health.* 2013;33(4):259-72.
134. Martínez Torre S, Carreño C, Sordo L, Llosa AE, Ousley J, Waziri A, et al. Severity, symptomatology, and treatment duration for mental health disorders: a retrospective analysis from a conflict-affected region of northern Nigeria. *Confl Health.* 2022;16(1):41.
135. O'Callaghan P, Branham L, Shannon C, Betancourt TS, Dempster M, McMullen J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse Negl.* 2014;38(7):1197-207.
136. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, et al. Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry.* 2005;5:7.
137. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress.* 2010;23(4):437-45.
138. Schaal S, Elbert T, Neuner F. Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother Psychosom.* 2009;78(5):298-306.
139. Amnesty International. USA: Policy of separating children from parents is nothing short of torture: Amnesty International; 2018. [citerad 21 oktober 2023]. Tillgänglig via: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2018/06/usa-family-separation-torture/>
140. United Nations. Vatican must step up measures to end child abuse after Pope's secrecy ruling, says UN expert [press release]. 2019. [citerad 21 oktober 2023].

Tillgänglig via: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/12/vatican-must-step-measures-end-child-abuse-after-popes-secrecy-ruling-says>

141. Amnesty International. Iran 2022: Amnesty International; 2022. [citerad 21 oktober 2023]. Tillgänglig från: <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/iran/report-iran/>.
142. Başoğlu M. Behavioural and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems. *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1999. p. 402-29.
143. National Guideline A. NICE Evidence Reviews Collection. Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people: Post-traumatic stress disorder: Evidence review B. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2018.; 2018.
144. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10(10):Cd012371.
145. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(3):127-32.
146. Hendriks L, de Kleine RA, Heyvaert M, Becker ES, Hendriks GJ, van Minnen A. Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(11):1229-38.
147. van Pelt Y, Fokkema P, de Roos C, de Jongh A. Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*. 2021;12(1):1917876.
148. Alting van Geusau VVP, Mulder JD, Matthijssen S. Predicting Outcome in an Intensive Outpatient PTSD Treatment Program Using Daily Measures. *J Clin Med*. 2021;10(18).
149. Auren TJB, Klæth JR, Jensen AG, Solem S. Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European journal of psychotraumatology*. 2022;13(2):2128048.
150. Van Woudenberg C, Voorendonk EM, Bongaerts H, Zoet HA, Verhagen M, Lee CW, et al. Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*. 2018;9(1):1487225.
151. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). Riktlinje trauma & stress. SFBUP. 2019. [citerad 27 oktober 2023]. Hämtad från: <https://slf.se/sfbup/app/uploads/2022/03/Trauma-och-stress.-webb.pdf>; 2019.
152. Wessells M. Healing and reintegration of former child soldiers: A relational resilience perspective. *Torture*. 2022;32(1,2):172-6.
153. Member Centers of the National Consortium of Torture Treatment Programs (NCTTP). Descriptive, inferential, functional outcome data on 9,025 torture survivors over six years in the United States. *Torture*. 2015;25(2):34-60.

Bilagor

Bilagorna finns att hämta på www.rkh.se/kompetenscenter

Bilaga 1. Sökord och sökblock

Bilaga 2. Screeninginstrument där frågor om tortyr finns inkluderade

Bilaga 3. Artikelmatris behandlingsartiklar

Bilaga 4. Kvalitetsgranskning av RCT-studier med RoB2

Bilaga 5. Kvalitetsgranskning av interventionsstudier utan kontrollgrupp med ROBINS-I

Svenska Röda Korset

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

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på sex platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Stockholm, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade i Stockholm 1985.

Röda Korsets Högskola

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi klinisk forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



Röda Korsets Högskola Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | info@rkh.se | www.rkh.se