



Hur kan vi förebygga psykisk ohälsa hos barn?

Ledsna barn



Dokumentation från regional konferens i Göteborg 8 december 2011

arrangerad i samarbete mellan Göteborgsregionens kommunalförbund/FoU i Väst
och Länsstyrelsen Västra Götalands län

DEPRESSIONER HOS BARN var temat på en halvdagskonferens som lockade närmare 700 medarbetare, chefer och förtroendevalda inom socialtjänst, skola, hälso- och sjukvård och folkhälsa i Västra Götaland den 8 december 2011.

Föreläsare var **Mia Ramklint**, barn- och ungdomspsykiater, universitetslektor vid Uppsala universitet och tidigare verksam vid Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) vid Socialstyrelsen. Utgångspunkten var kunskapssammanställningen **Ledsna barn** som UPP-centrum har gett ut. Den har skrivits av **Agnes Hultén**, barn- och ungdomspsykiater,

verksam vid Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (NASP) och överläkare vid Stockholms Centrum för Ätstörningar. **Ledsna barn** är en av fem kunskapssammanställningar om barns psykiska hälsa. Samtliga finns att ladda ner från www.socialstyrelsen.se/publikationer.

Dagen leddes av Sven Ernstsson, verksamhetschef vid BUP Borås och medlem i styrgruppen för Västbus. Dessutom medverkade reflektörerna Karin Johansson, psykolog vid Bris i Göteborg, samt Heléne Lundqvist, rektor i Öckerö kommun.

Barn med psykisk ohälsa – vilka är de, vem ska hjälpa dem och hur?

”Vi måste upptäcka barnen där de finns”

Ökad metodmedvetenhet och mer samverkan. Det är nödvändigt om vi ska fånga upp barn med psykisk ohälsa i tid.

– Minst hälften söker ingen hjälp över huvud taget för sina problem. Därför måste vi ha metoder som hjälper oss att upptäcka barnen där de finns, beto- nade Mia Ramklint.

NÄR DE FYRA kunskapssammanställningarna, varav Ledsna barn är en, togs fram var författarna noga med att namnge dem efter problem, inte diagnos.

– Psykisk ohälsa har ett brett spektrum, från lite problem till väldigt mycket problem. Man kan säga att hälsa är frånvaro av symtom och gränsen mellan allvarlig ohälsa och sjukdom är inte tydlig, påpe- kade Mia Ramklint.

Psykisk ohälsa ger symtom som innebär svårigheter och lidande för det enskilda barnet, men symtomen är inte så uttalade att de stämmer överens med en psykiatrisk diagnos. Psykisk sjukdom däremot, har så tydliga symtom att de kan definieras enligt internationella klassifika- tionssystem för psykiatrisk diagnos.

MEN NÄR ÄR UPPELVELSER onormala eller sju- ka? Reallnorm är något som är onormalt jämfört med hur personen brukar bete sig eller tänka, alltså jämförd med sig själv. Det som är onormalt jämfört med de flesta andra kallas för statistisk norm. Och det som är onormalt jämfört med vad som är förväntat vid en viss ålder är utvecklings- norm.

– Detta är extra svårt när det gäller barn. Allt kan sättas i relation till åldern och ofta även till kön, sa Mia Ramklint.

Alla barn har då och då symtom på psykisk ohälsa och det går att se funk- tionsförlust eller lidande. Men det är först när dessa sammanfaller som den psykiska ohälsan utvecklas till en sjukdom och det går att ställa diagnos.

MEN ÄR DET ALLTID NÖDVÄNDIGT att ställa diag- nos? Ja, inom barnpsykiatrisk verksamhet, menade Mia Ramklint, man måste vara noga med diagnosen för att kunna sätta in rätt behandling. Diagnoser är kopplade till kunskap om vad som är effektiv behan- dling för respektive diagnos. Psykisk sjuk- dom kan leda till för tidig död och därför är en diagnos meningsfull. Men den måste också vara tillförlitlig och därför finns hjälpmedel för att bedöma kriterierna. Det är färdigskrivna, strukturerade intervjuer och frågeformulär, vilka används för att standardisera psykiaterns arbete så långt det är möjligt.

– Det är en laddad fråga, många tycker att det blir för instrumentellt. Kravet på tillförlitlighet ställer stora krav på psykia- tern som måste få tillfälle att sambedöma sig.

Det finns studier som visar att männis- kor som varit patienter inom barnpsykia- trin har hög dödlighet, sjuklighet och dålig anpassning och funktion som vuxna.

– Sjukligheten är både fysisk och psy- kisk och kan hänga ihop med att de lever med höga nivåer av stresshormon i krop- pen – kropp och själ hänger ihop, konsta- terade Mia Ramklint.

Psykisk sjukdom debuterar oftast tidigt, i 75–90 procent av fallen före 25 års ålder. Det är mycket tidigare än många andra sjukdomar. Allvarliga barnpsykia- triska syndrom ökar i puberteten, bland både pojkar och flickor. Ju tidigare man insjuknar, desto mer komplex brukar symtombilden bli. Finns det en samsjuklig- het med till exempel ångest, brukar den komma före depressionen. Och ju längre tid med symtom, desto större risk för att sjukdomen fortsätter.

EN FINSK UNDERSÖKNING VISAR att av pojkar som i 8-årsåldern hade diagnoserna upp- förandestörning och depression/ångest fick mer än 60 procent som unga vuxna problem med fortsatt sjuklighet och/eller kriminalitet. De utgjorde 4 procent av den manliga befolkningen, men stod för 26 procent av alla brott.

Orsakerna bakom psykisk sjukdom är en kombination av arv och miljö, en inter- aktion mellan risk- och skyddsfaktorer, och hur tålig man är för stress. Studerar man grupper kan man se att arv och miljö interagerar och ärftlig sårbarhet påverkar effekten av svåra händelser i livet.

– Men när vi kommer till individen finns det inga linjära samband mellan risk- faktorer och utfall. Även om ett barn till exempel har missbrukande föräldrar kan det klara sig bra, påpekade Mia Ramklint. Hon avslutade med att konstatera



Reflektörerna Heléne Lundqvist och Karin Johansson, Mia Ramklint, samt moderatören Sven Ernstsson.

att minst hälften av alla som har problem inte söker hjälp. En tredjedel av dem som söker hjälp vänder sig till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri medan två tredjedelar söker sig till skolhälsovården och primärvården.

– Därför måste vi ha metoder för att upptäcka barnen där de finns. Idag har vi inget bra sätt att fånga upp de här barnen. Vi måste också ha förebyggande arbete och åtgärder där barnen finns.

Stödet ges på olika nivåer – universellt till alla, selektivt till riskgrupper och indikerat till de drabbade – och av olika professionella kompetenser och organisationer.

– Vi måste samverka och bli mer metodmedvetna, så att en insats bygger på en tidigare insats. ■

REFLEKTIONER

Karin Johansson: Jag har försökt lyssna med ett barns öron och tänkt på hur det blir när ett barn som säger att "jag mår dåligt" möter experterna. De barn som kontaktar oss ber om mänskliga möten, om tid, att få de rätta frågorna om hur de har det. De vill inte alltid ha en diagnos, och de som får det förväntar sig att de snabbt ska bli bra.

Heléne Lundqvist: Om man i skolan har barn med symtom ska elevhälsan ha de professioner som behövs för att kunna möta problemen eller som kan remittera vidare vid behov.

När ledsnaden inte går över

Alla barn är ledsna eller lite låga till och från. Men när känslan finns där hela tiden och ingenting längre är roligt och barnet känner sig värdelöst, då finns det risk för att det handlar om en depression som måste behandlas.

DEPRESSIONER HOS BARN OCH UNGA är ett tungt och allvarligt område, men också viktigt att prata om, konstaterade Mia Ramklint.

– Depression kan beskriva en egen tillfällig känsla, ett sänkt stämningsläge, men också ett psykiatriskt sjukdomstillstånd.

Symtomen hos barn och unga med depression ser lite annorlunda ut jämfört med vuxna. Tonåringar bli ofta irriterade i stället för ledsna och många vill gärna bara sova – vilket är tvärt emot vuxnas symtom som oftast är sömnlöshet. Aptitförändringar förekommer också.

Det är viktigt att ta reda på om symtomen håller i sig och inte bara dyker upp då och då.

– Tanken att "det vore bättre för mamma och pappa om jag inte fanns" eller önskan att få dö är svåra symtom. Det räcker att självmordstankar dykt upp en gång för att ta det på största allvar, betonade Mia Ramklint.

Man behöver prata med barn och unga som är ledsna. För den som går länge och är lite ledsen ökar risken för att utveckla depression. Ett bra sätt att få en bild av hur symtomen utvecklats är att rita en tidslinje och fråga hur barnet kände sig vid olika tidpunkter. Är det en ung människa kan han eller hon också få insikter om att livsstilen påverkar hur man mår, till exempel om att när de festar mycket och sover lite så mår de sämre. Om man har som uppdrag att bedöma symtomen kan man få en bild av

barnets sårbarhet genom att fråga om hur det ser ut i släkten med psykisk ohälsa och andra riskfaktorer.

NÄR SPÄDBARN OCH SMÅBARN upp till tre års ålder drabbas kallas det för anaklitisk depression. Det är inte ovanligt att det för så små barn finns en bakomliggande sjukdom eller att barnet far illa på något sätt på grund av föräldravikt. Barn som inte knyter an känslomässigt till vuxna blir ofta ledsna och nedstämda och kan då dessutom lättare drabbas av infektioner.

– Här måste man vara uppmärksam eftersom symtomen faktiskt också kan vara tecken på en kroppslig sjukdom. En liten flicka som alla trodde var deprimerad på grund av bråk och skilsmässa i familjen visade sig ha urinvägsinfektion! När riktigt små barn bli kroppsligt sjuka kan de alltså få depressiva symtom.

De lite äldre barnen med depression, de mellan 3 och 12 år, säger sällan att de är ledsna eller nedstämda. De klagar i stället på huvudvärk, ont i magen eller benen. Hos tonåringar liknar symtomen de hos vuxna. Det är vanligt med samsjuklighet, till exempel ångest eller beteendestörningar som finns samtidigt med depressionen. Mellan 40 och 70 procent av barn med depression har ytterligare någon psykiatrisk diagnos.

Depressioner förekommer hos 1–2 procent av skolbarnen före puberteten. Sedan ökar förekomsten till 5–6 procent, med en



– Men det är också viktigt att prata med barnet, säga att ”jag ser att du inte mår bra, vad tror du att det beror på?”



kraftig dominans av flickor. Man räknar med att så många som 15–20 procent av befolkningen har varit deprimerad någon gång i slutet av tonåren.

DET TAR I GENOMSnitt NIO MÅNADER att blir frisk från en depression i ungdomen. Har den pågått längre än ett år ökar risken för att den kommer att pågå under flera år.

– Nio månader är lång tid, nästan ett helt skolår, när man är tonåring, påpekade Mia Ramklint.

Studier talar för att den psykiska ohälsan har ökat bland barn och unga. Säkert är att fler söker hjälp och de som kommer har större problem.

– Jag ser mycket mer självskadebeteende och jag tror inte att det var lika vanligt förr.

Bland dem som haft depressioner under uppväxten är det vanligt att de som unga vuxna utvecklat fobiska personlighetsdrag. Det innebär att de undviker sociala

situationer på grund av dålig självkänsla och rädsla för misslyckande, något som är viktigt att uppmärksamma.

Även den fysiska hälsan påverkas av att ha depression eftersom höga halter av stresshormon försämrar immunförsvaret och ökar risken för infektioner. Dessutom finns det en ökad risk för problem med alkohol och droger hos dem med depression. Tidig graviditet är också vanligare, kanske beroende på att den unga kvinnan inte är lika rädd om sig.

DEPRESSION ÖKAR OCKSÅ RISKEN för självmordsförsök och nästan hälften av alla med depression har gjort ett eller flera försök i ungdomen. Runt 30 barn per år lyckas ta sitt liv och 1 300 vårdas på sjukhus på grund av självdestruktiv handling.

Riskfaktorerna för att i unga år drabbas av depression är bland annat ärftlighet, kroppslig sjukdom, inlärningssvårigheter, förluster av viktiga personer, dålig

förmåga att lösa konflikter i familjen, ekonomiska problem, kriminalitet, våld och missbruk i familjen.

– Men det är också viktigt att lyfta fram de skyddande faktorerna. Att en stark familj, ett socialt nätverk och god förmåga att skapa sociala relationer hjälper ett barn att klara av sin sjukdom.

För att kunna upptäcka depression hos barn och unga måste man se tecknen. Det kan vara dramatiska förändringar i ett barns beteende, att det stannar upp eller går tillbaka i sin utveckling, drar sig undan, får sämre skolresultat.

– Men det är också viktigt att prata med barnet, säga att ”jag ser att du inte mår bra, vad tror du att det beror på?”.

För att kunna hjälpa barnet krävs kontakt och samarbete med föräldrarna. Barnet kan behöva mer stöd och avlastning i skolan, kanske slippa vara ute på rasterna. Särskilt viktigt är det att skydda barnet om det är utsatt för mobbning. Elevhälsan bör göra en utredning om ett barn ter sig deprimerat. Och finns det misstanke om att barnet far illa i hemmet måste anmälan göras till socialtjänsten.

EFTER BEDÖMNING AV SYMTOMBILDEN ska behandlingen skräddarsys efter det enskilda barnets behov. Det kan handla om information, psykosocialt stöd, psykoterapi eller medicinering.

– Medicinering är kontroversiellt, men det finns studier på hur medicinerna fungerar på barn. Det som är hoppfullt är att placeboeffekten på barn är hög. Cirka 60 procent av barnen blir bättre av det strukturerade, stödjande omhändertagande utan läkemedel som man kallar placebo, och som är kontrollbetingelsen i läkemedelsstudier, konstaterade Mia Ramklint.

Men för att en specifik behandling ska ha en vetenskapligt bevisad effekt måste den förstås ge effekt utöver placebo.

Mia Ramklint betonade att barn med depression behöver stöd i skolan och vuxna som förmedlar till hopp till barnen att det kommer att bli bra och avslutade med ett konkret tips:

– Läs Barbro Lindgrens ”Jättehäftigt”!



Ulla-Britt Caping Salas, samordnare, sektor Individ- och familjeomsorg, råd och stöd, Lerum

– Det jag främst fick med mig var att också små barn kan bli deprimerade och att man bör vara uppmärksam på att depression kan börja med ledsna perioder. Jag tror att det är viktigt att jobba mer med förskolorna för att kunna komma in ännu tidigare. När det gäller samverkan blev jag också påmind om det är viktigt att alltid berätta för barnen vilka som är med och vet om deras bekymmer. SMS-frågor är ett bra sätt att ställa frågor – men det är lite frustrerande att inte få svar på alla. Fast jag vet inte hur man ska lösa det problemet...



Andreas Wik, skolkurator, Burås-skolan, Göteborg

– Det var bra att belysa att depressioner tar tid att bryta och att vi måste upptäcka symtomen så tidigt som möjligt. Vi

inom skolan har ju alla barn hos oss och vi måste våga ställa frågor. För många barn som mår dåligt kan skolan vara den tryggaste miljön för dem att vara i. Det var också bra att få barnets perspektiv, som Karin Johansson förmedlade. Det är så lätt att tänka hur vi ska hjälpa utifrån vårt vuxenperspektiv. Vi måste skapa förtroende hos barnen så att de vågar prata och vi måste samverka mellan olika verksamheter så att inga barn faller mellan stolarna.

Vad fick du med dig från konferensen?

Några deltagare kommenterar.

Jan Alexandersson, 1:e vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Norra Bohuslän

– Det kändes bra att prata om ledsna barn i stället för deprimerade barn. Det blir på något sätt lättare att förstå att det rör så många barn. Att förebygga, se problemen tidigt och i den omfattning de har är viktigt. Som politiker ser jag att samverkan behöver utvecklas. Det kan vi göra genom att utveckla familjecentralerna, elevhälsan och ungdomsmottagningar. Elevhälsan kan bli kittet mellan familjecentralerna och ungdomsmottagningarna. Idag finns oftast inget fungerande arbetssätt mellan de verksamheterna.



”Vi måste skapa förtroende hos barnen så att de vågar prata och vi måste samverka mellan olika verksamheter så att inga barn faller mellan stolarna.”



Elisabeth Rutfors, fältassistent, Resursforum, Trollhättan

– För mig var det en matnyttig uppdatering av hur depressioner tar sig uttryck hos barn, och hur arv och miljö interagerar. Jag och en kollega arbetar med metoden Disa, som bygger på kognitiv beteendeterapi och går ut på att förebygga stress och nedstämdhet hos unga. Vi arbetar med eleverna i årskurs 8 som får en ”verktygslåda” som kan hjälpa dem att minska stressen. Vi utbildar också andra gruppledare och sprider metoden vidare. Föreläsningen gav mycket energi till att jobba vidare på generell nivå.





Om förtroende och skolans insatser

Vid den avslutande uppsamlingen av reflektioner och frågor gavs korta svar på några av publikens många sms-frågor.

KARIN JOHANSSON: När barnen hör av sig till oss vågar de berätta saker för oss som de inte berättar för er. Och anledningen till att de inte vågar berätta är anmälningsskyldigheten. Barnen har hört att det finns något sådant, men vet inte riktigt vad det är. Det blir ett hinder för många barn att berätta. Om barnet berättar något i förtroende och vi ringer hem och pratar med föräldrarna kan barnet bli straffat när det kommer hem. Vi måste prata med barnet innan vi tar samtalet med föräldrarna.

HELÉNE LUNDQVIST: Jag känner igen det och det är svårt att veta hur man ska gå vidare. Ett sätt är att kontakta familjen och träffa socialtjänsten tillsammans, så att man ansöker om hjälp tillsammans.

KARIN JOHANSSON: Det är inte bra om det finns en konflikt mellan medicinsk och psykologisk/social behandling. Många barn kan behöva både och. När det gäller samverkan är det viktigt att åtminstone de lite äldre barnen får veta om hur det går till och vilka som vet något om dem. Det är obehagligt för barnen när de känner att ”det pratas om mig” och de inte vet vilka som vet.

MIA RAMKLINT: Barnpsykiatri har ett biopsykosocialt perspektiv. Men vi har också barn med svåra sjukdomar som kan leda till självmord. Om vi inte ser mediciner som en möjlighet finns det risk för att vi förlorar barn. Men vi ska absolut använda psykologiska metoder också.

SMS-FRÅGORNA handlade bland annat om vad som gäller för ungdomar som fyllt 18 år, men som fortfarande går kvar i skolan. Vilken möjlighet finns det att informera föräldrarna? Svaret från Heléne Lundqvist blev att man i så fall måste ha elevens samtycke.

En annan fråga rörde hur vanligt det är att barn och unga med depression också har ADHD eller autism?

– Det är mycket vanligt, särskilt med autism. Även bland flickor med ADD, alltså uppmärksamhetsstörning utan hyperaktivitet, är det vanligt. De kan ha gått länge genom skolan utan stöd. Detta är alltid svårbedömt, svarade Mia Ramklint.

Vad kan skolan göra?

– Vi kan anpassa undervisningen och skolans miljö efter barnens behov. Vi ska akta oss för att låta dem bli hemmasittare. Att ingå i ett sammanhang kan vara avgörande för tillfrisknandet. En grundförutsättning är att vi är flexibla och kan ha olika regler eftersom barnen är olika, svarade Heléne Lundqvist.

Fullständig dokumentation från dagen med filmer och presentationer finns på www.grkom.se/sociala och www.lansstyrelsen.se/vastragotaland. Där finns även länk till Socialstyrelsens webbplats och alla fem kunskapssammanfattningarna.

För övrig information om aktuella konferenser och publikationer gå in på:

- www.grkom.se/fouivast
- www.grkom.se/sociala
- www.lansstyrelsen.se/vastragotaland

Kontakt på Göteborgsregionens kommunalförbund:
Nicholas Singleton
telefon 031-335 50 81
e-post nicholas.singleton@grkom.se

Kontakt på Länsstyrelsen Västra Götalands län:
Lennart Rådenmark
telefon 031-60 52 89
e-post lennart.radenmark@lansstyrelsen.se



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN
Rapport nummer 2011:77
ISSN 1403-168X