

Ont i magen, huvudet och själen

- En kvalitativ studie om deprimerade barn ur professionellas perspektiv.

Av

Emma Gund och Gabriella Dagnevik

Lunds Universitet

Socialhögskolan

HT-11



Handledare: Lars B Ohlsson

Abstract

Authors: Emma Gund and Gabriella Dagnevik

Title: Belly ache, headache, soul ache – A qualitative study of depressed children from the perspective of the professional.

Supervisor: Lars B Ohlsson

The purpose of this study was to, from a professional perspective; examine the situation that occurs around a child when suffering from depression.

This has been studied through an analysis of how professionals are talking about children with depression, what resources exist around the child, what are the symptoms that form the basis of a depression and do the professional agree to provide children with antidepressants.

Our focus has been on children aged 6-12 years. To answer the questions we have used a qualitative study with six semi-structured interviews with different professional groups with an insight and experience of children. We have used both discretion and ethical consequence theory as a theoretical basis when we analyzed our material.

Some of our conclusions that there were the need of awareness and more talk about this topic, especially in a school environment where children spend most of their time. The symptoms can appear in several different ways and therefore sometimes becomes difficult to determine if there is a depression or not, and shows that antidepressants never is a first choice in the treatment of children and adolescents.

Keywords: Child depression, medication, treatment and resources.

Innehåll

1. Inledning samt problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar.....	6
1.3 Definiering av begreppet depression när det gäller barn	7
1.3.1 Svårigheterna med att diagnostisera	7
1.3.2 Symtom	8
1.3.3 Diagnosmanualer	8
1.3.4 Diagnostisering.....	9
1.4. Behandling	10
1.4.1 Psykologisk behandling.....	10
1.4.2 Läkemedelsbehandling.....	11
2. Tidigare forskning och bakgrundshistoria	12
2.1 Debattens olika ansikten	14
3. Metod.....	15
3.1 Val av metod	15
3.2 Förtjänster och begränsningar med vårt val av metod	16
3.3 Urval	17
3.3.1 Målgrupp	17
3.3.2 Intervjupersoner	17
3.4 Analysarbetet.....	18
3.5 Tillförlitlighet.....	18
3.6 Arbetsfördelning.....	19
3.7 Etiska överväganden.....	20
4. Teori.....	22
4.1 Handlingsutrymme	22
4.1.1 Den professionella expertisen och autonomin.....	23
4.2 Konsekvensetik	24
4.2.1 Utilitarism – en konsekvensetisk inriktning	24
4.3 Vårt användande av teorin	25
5. Analys	26
5.1 Presentation av intervjupersoner.....	26
5.2 Förekomsten av deprimerade barn	27

5.3 Bemötandets tillvägagångssätt och resurserna kring barnet.....	30
5.4 Symtomens olika uttryck och betydelsen av samverkan.....	34
5.5 Medicinera eller inte?	38
6. Slutdiskussion	42
7. Referenslista	46
8. Bilagor	49
8.1 Bilaga 1	49
8.2 Bilaga 2	50

1. Inledning samt problemformulering

När vi vuxna blir deprimerade, kan vi ofta ana vad det beror på, vi kan dessutom lättare sätta ord på våra känslor och i viss mån förstå varför vi börjat må som vi gör. I dagens samhälle lever vi under en ökad press både i det privata och när det gäller karriären. Vi ska vara snygga, smarta, roliga och lyckade. Men är det bara vuxna som blir deprimerade?

På ett flertal forum på nätet kan man bland annat läsa om en orolig mamma som beskriver att hennes 10-åriga dotter är deprimerad, till och med "djupt deprimerad" enligt mamman själv. Hon sitter i sin egen värld, fastnar ofta med blicken och har dragit sig undan sina kamrater för att hon inte orkar umgås med dem. Längre ner på samma forum skriver en orolig pappa att han känner igen sig då hans 8-årige son betar sig likadant. De skriver båda två att det är obegripligt att ett så litet barn kan förlora livsmodet och att det svider i själen att se sitt barn må så dåligt (Terapisnack 2007).

Ordet depression får oss sällan att föra tankarna till ett barn. Istället är det oftast vuxna som står i fokus när det gäller denna diagnos, men barn drabbas också. Enligt en artikel publicerad i Sydsvenskan år 2006 drabbas 1 eller 2 barn av 100 av depression före puberteten.

En depression bör behandlas. Ungefär var femte som går med obehandlad depression i unga år utvecklar senare en bipolär sjukdom, manodepressivitet. Det finns studier som visar att vissa nervbanor i hjärnan rent av kan tillbakabildas hos deprimerade (Rosén 2006).

Hur ser behandlingen ut hos barn? Enligt Läkemedelsverkets rekommendationer, skrivet i samma artikel, ska medicinering endast sättas in då samtalsterapi ej hjälper.

Fortsättningsvis beskrivs också ett omdebatterat ämne kring behandling där forskning visar att kombinationen mellan kognitiv terapi och medicinering är bäst för vuxna, men för barnens del finns fortfarande stora kunskapsluckor. Det enda godkända läkemedel för barn med depression från sex år och uppåt är *fluoxetin* (även kallat Prozac). Detta blev godkänt inom EU år 2006.

Anledningen till att EU avvaktade med godkännandet jämfört med USA, har att göra med djurförsöken som gjordes med dessa preparat.

”Djurstudier, liksom fallrapporter, tyder på att behandling med SSRI-preparat, dvs. inte enbart fluoxetin, kan hämma längdtillväxten liksom skelettupbyggnad och sexuell utveckling” (Läkemedelsverket 2005:26).

Det ovanstående väckte vår nyfikenhet kring hur de professionella, yrkesverksamma ställer sig till behandlingen av barn med depression. Vad finns för riktlinjer i det praktiska arbetet med deprimerade barn? Hur ser den vanligaste behandlingsformen ut? Medicinsk behandling är alltid ett hett debatterat ämne, ännu känsligare blir det då det handlar om små barn. Vi blev också starkt fundersamma kring hur detta ämne bemöts, behandlas och diskuteras i olika yrkesgrupper, som har den gemensamma faktorn att de alla arbetar med barn.

En skolsköterska på en mellanstadieskola, en socionom på BUP eller en skolpsykolog har det gemensamma att de alla arbetar med barns hälsa och välmående. Men hur liknar och/eller skiljer sig deras uppfattning kring hanteringen av dessa barn?

Ju mer vi började skrapa på ytan kring detta ämne, ju större blev glädjande nog vår nyfikenhet och ett ganska tydligt syfte samt frågeställningar växte fram.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka situationen som uppstår kring ett barn när denne drabbas av depression ur ett professionellt perspektiv.

Våra frågeställningar är:

- Hur omtalat är begreppet barndepression i de olika yrkesgrupperna?
- Vad finns för resurser kring barnet och hur ser bemötandet ut?
- Vilka symtom ligger till grund för att misstänka att ett barn lider av depression?
- Hur ställer sig de professionella till att ge antidepressiva läkemedel till barn, vilka diskussioner förs kring detta?

1.3 Definiering av begreppet depression när det gäller barn

1.3.1 Svårigheterna med att diagnostisera

Det finns vissa svårigheter som kan inträffa när man ska utreda ifall ett barn har en depression eller ej. Barn med depression kan ha reaktioner som inte är typiska för det tillstånd som omfattar en depression, utan de är mer allmänna och därmed svårupptäckta (Nilzon 1995:53). Ibland är det svårt att förstå ifall ett barn är nedstämt, ledset eller deprimerat, oftast för att de ger uttryck för sina känslor på ett annat sätt än vad man förväntar sig (Broberg et al 2009: 213). Skolbarn före puberteten kan ha obestämda kroppsliga besvär såsom illamående, huvudvärk, värk i nacke och axlar, magont, svettningar alternativt frusenhet. I den åldern är det också vanligt att barnen blir rädda, oroliga och allmänt klängiga, Vilket kan vara symtom som man inte direkt förknippar med depression. (Socialstyrelsen 2010:16)

De mest vanliga kännetecknen på barndepression är somatiska, det vill säga kroppsliga. Detta är besvär som det inte verkar finnas någon grund till, klagomål över detta är vanligast bland förskole- och skolbarn. Kjell Nilzon menar att de kan komma till skolsköterskan eller skolläkaren med andra problem än de somatiska problemen men att även de kroppsliga problemen måste tas på allvar (Nilzon 1995:55) Han menar även att depression hos barn yttrar sig främst i tankar och i fantasin med känslor av bl.a. hopplöshet, hjälplöshet, oälskad, känna sig värdelös och funderingar på självmord. (ibid:217)

Någon som håller med om detta är Gunilla Olsson, barnpsykiatriker. Hon säger i sin videoföreläsning från Uppsala Universitet som handlar om depression hos barn och ungdomar, att barn har mer kroppsliga symtom och det är för dessa som barnen signalerar om. Ifall ett barn mår psykiskt dåligt så säger de att de har ont i magen eller liknande och det är hos skolsköterskan eller distriktssköterskan som dessa barn oftast hamnar. Hon nämner även att det kan finnas en skoltrötthet som går ut över kroppsfunktionerna vilket kan göra att barnet exempelvis börjar skolka, även där är det skolsköterskan som fångar upp dem. (Gunilla Olsson 2006). Skolsköterskan och distriktssköterskan har alltså en viktig central roll kring dessa barn.

Andra svårigheter med att diagnostisera ett barn är att barns psykiska ohälsa har en tendens att sträcka sig under en lång tid, och kan ändra karaktär (Broberg et al 2009:17).

Barnets sätt att uttrycka sig och uppleva känslor av depressiv karaktär bestäms i högsta grad av hjärnans utveckling, vilket gör att symtombilden kan ändras i takt med åldern (Socialstyrelsen 2010:13).

De kan också visa upp olika sätt att må dåligt på beroende på vilken miljö de vistas i. Exempelvis kan ett barn vara inbundet och tyst i hemmiljön, men utåtagerande i skolan. Det är alltså problematiskt att diagnostisera psykiska störningar hos barn (Broberg et al 2009:17).

1.3.2 Symtom

Som tidigare nämnts så kan det vara svårt att finna de symtom hos barn och ungdomar som behövs för att kunna ge en diagnos. Men idag menar de flesta forskare och kliniker att barn och ungdomar i skolåldern har i det stora hela liknande symtom som hos de man hittar hos vuxna. De skillnader som finns beror främst på barnets utvecklingsnivå (Broberg 2009:216). De vanligaste symtomen hos deprimerade barn kan vara symtom som håglöshet, trötthet, social isolering, utbrott av gråt eller förtvivlan, mat- och sömnstörningar, självdestruktiva impulser, sänkt självkänsla m.m. (Broberg 2009:216). Det kan även vara andra psykiska symtom som ångslan, mörkerrädsla, olustkänslor, irritation och separationsångest (Läkemedelsverket 2005:23)

1.3.3 Diagnosmanualer

Sverige är medlem i Världshälsoorganisationen (WHO) och har förbundit sig till att använda sig av deras diagnosmanual ICD (International Classification of Diseases).

Men det är ändå DSM-systemet som ofta används inom barn – och ungdomspsykiatri i Sverige. (Broberg et al 2009:136). Man använder DSM-systemet som ett klassifikationssystem för att klassificera förstämningssyndrom där egentlig depression och dystymi ingår (Socialstyrelsen 2010:12), som är de två vanligaste diagnoserna hos barn med nedstämdhet (Broberg et al 2009:213).

Skillnaden mellan egentlig depression och dystymi är främst en tidsaspekt. För att få diagnosen dystymi krävs det att man har haft sinnesstämningen nedstämdhet under minst två år där man har varit nedstämd under större delen av dagen. Hos barn och ungdomar kan sinnesstämningen även vara irriterad och att man har haft det i minst ett

år. Diagnosen depression syftar kring en tvåveckors period där man har haft minst fem av flertalet symtom som listas upp, där antingen nedstämdhet eller minskat intresse/glädje måste existera. Det ska även ha inneburit en förändring av personens tillstånd (Broberg et al 2009:214). Vid en egentlig depression är de negativa tankarna och känslorna starkare än när det gäller dystymi, symtomen är dessutom fler (Socialstyrelsen 2010:13). Skiljelinjen går alltså mellan varaktigheten, hur intensiv de olika tillstånden är och hur förmågan att fungera i vardagslivet är (Nilzon 1995:19).

Vad som kan användas som ett komplement vid diagnostiseringen av depression eller till hjälp i dialogen mellan barnet och anhöriga är olika skattningsskalor. Det finns skalor av två huvudtyper; självskattningsskalor och intervjubaserade skalor (Läkemedelsverket 2005:23). Ett exempel på en självskattningsskala är "*Jag-tycker-jag-är*". Skalan är till för barn i skolåldern som tar upp barnets egen självvärdering i ett antal perspektiv; fysiska egenskaper, relationer till andra, färdigheter och talanger m.m (Broberg 2009:234). Exempel på intervjubaserade skattningsskalor är CDI, *Children's Depression Inventory*, där man svarar på 27 frågor med tre svarsalternativ vardera, som med en poängsättning ger stöd för depression eller ej (Läkemedelsverket 2005:25).

1.3.4 Diagnostisering

För att kunna bedöma ett barn krävs det en grundlig intervju med föräldrarna och barnobservationer, samt intervjuer med barnet själv. I barnintervjun är det viktigt att upptäcka hur barnets tankar, fantasier och föreställningar om sig själv manifesterar sig, det är också viktigt att försöka göra intervjun så strukturerad som möjligt så att fantasier om eventuella olyckshändelser eller självmord kan avtäckas. Man ska även fråga om bemästringsstrategier, det vill säga hur barnet klarar av situationer som de upplever som påfrestande, för att kunna skapa sig en bild av barnets förmåga att ta hand om sig själv, förmågan av att söka hjälp av andra och om det finns någon hjälp som är tillgänglig för barnet i de situationerna (Broberg 2009:232).

Diagnosen ska alltid grundas på en noggrann sjukdomshistoria och en noggrann klinisk undersökning och bedömning. Man vill få en samlad bild av barnet med information från personer som kan ge användbar information, det är därför viktigt att försöka få information från barnet själv, närstående och skolpersonal (Läkemedelsverket 2005:23).

Det är även viktigt att få information om barnets sociala situation i familjen och bland kamraterna. Det är också värdefullt att hämta information av andra som ser barnet tillsammans med jämnåriga (Broberg et al 2009:233). Det är vanligt att barnet själv kan svara bättre på frågor om tankar och känslor än vad föräldrarna kan göra, men föräldrarna kan svara på sådant som barnet själv kan ha svårt att beskriva, som utagerande beteende och beteendestörningar (ibid. 2009:233). Därför är det viktigt att involvera så många i barnets nätverk som möjligt.

1.4. Behandling

1.4.1 Psykologisk behandling

Vid egentlig depression finns det flera psykoterapiformer som man kan använda sig av men den vanligaste är Kognitiv Beteende Terapi (KBT), det är en korttidsterapi med 8-16 behandlingstillfällen.

KBT används för barn från ca 8 års ålder. Terapiformen bygger på sambandet mellan tanke, känsla och handling, med det menas att man anser att tankarna skapar känslor som senare visas i beteendet. Man måste alltså gå till botten med barnets negativa tankar för att kunna hjälpa barnet (Socialstyrelsen 2010:38).

För att den individuella behandlingen ska fungera optimalt måste terapin ske parallellt med att omständigheterna som barnet upplever som påfrestande hanteras. Att minska belastningen på barnet genom olika insatser är väsentligt för behandlingens resultat, även föräldraarbete kan hjälpa till med att uppnå lyckade resultat (Broberg et al 2009:235). Behandling bör innefatta likväl barnets oro som föräldrarnas (Nilzon 1995:87). Men ifall depressionens uppkomst främst har psykosociala grunder, exempelvis vid mobbning, så inriktar man behandlingen i första hand mot dessa (Läkemedelsverket 2005:26).

Ibland kan det även vara nödvändigt med familjebehandling eller familjeterapi, det kan vara familjer som har dysfunktionella relationsmönster med många konflikter som behöver hjälp med att ändra dessa mönster och få en mer positiv familjeatmosfär (Socialstyrelsen 2010:39).

1.4.2 Läkemedelsbehandling

På 1990- talet kom en ny generation av antidepressiva medel, SSRI preparaten, och det var då det blev vanligare med att även deprimerade barn och ungdomar fick medicin i sin behandling. Tidigare var det väldigt restriktivt med att använda mediciner (Broberg et al 2009:236).

I Socialstyrelsens rekommendationer från 2010 om barn och ungdomar med egentlig depression är det rekommenderat att vid medelsvår egentlig depression ge barn och ungdomar läkemedelsbehandling med antidepressiva (Socialstyrelsen 2010 elektronisk). Med medelsvår depression menas att det finns sömnproblem, psykomotorisk hämning, aptitpåverkan och/eller minskat intresse eller glädje för nästan allt. Då kan det finnas anledning till att behandla med läkemedel hos barn från åtta år och ungdomar. Kravet är dock att man har prövat psykosociala ingripanden men dessa har inte gett tecken på förbättring efter 6-8 veckor. Även vid svår depression kan det vara bra med läkemedel, med definitionen svår menas att man har tydlig psykomotorisk hämning, tydlig melankoli eller att tillståndet inte har påverkats av yttre omständigheter. Där kan man börja behandla direkt med läkemedel och samtidigt med psykosociala interventioner. Man har även en uppföljning, vilket är rekommenderat att man har inom sju till tio dagar efter att behandlingen har startat, man följer klienten noggrant vad gäller svårighetsgraden av depressionssymtomen och biverkningar (Läkemedelsverket 2005:27).

Efter att SSRI preparaten kom till Sverige har det blivit vanligare att man behandlar barn i skolåldern med dessa preparat parallellt som man arbetar med olika former av samtalsbehandling (Broberg et al 2009:236).

2. Tidigare forskning och bakgrundshistoria

I detta avsnitt kommer vi att ta upp den tidigare forskningen kring psykofarmaka. Detta för att smala av arbetet och för att lyfta fram ett av de områden vi valt att fokusera på.

Psykofarmaka till barn är ett hett debatterat område, speciellt när det gäller behandling där främst SSRI-preparat så som *fluoxetin* (prozac) kan skrivas ut till barn som lider av depression.

SSRI-preparat används mot depressioner och förkortningen står för *Serotonine Selective Reuptake Inhibitors*. Preparatet verkar genom att öka halterna av signalsubstansen serotonin i hjärnan. Anledningen till att det används till barn är på grund av att det anses vara en av de mildare formerna av antidepressiva läkemedel (Läkemedelsverket 2006). Det som skedde under år 2006 var att det holländska läkemedelsverket (CGB) fick ansvaret att bedöma och utreda om fluoxetin skulle godkännas för barn i Europa.

I utredningen skrivs följande:

"It is not recommended to grant an indication to fluoxetine for the treatment of depression in children and adolescents because the benefit/risk balance in the claimed indication is deemed negative" (Van Zwieten – Boot 2005:4).

Vidare i rapporten går det att läsa att djurtester har gett varningssignaler gällande tidig exponering för preparatet och tillväxt och pubertetsutveckling (ibid:4). Man fann alltså att medlet inte kunde godkännas. I debatten runtom i världen gällande dessa preparat står biverkningarna och det moraliska i att ge barn psykofarmaka i fokus.

Det finns mycket forskning och diskussioner kring detta ämne och vi kommer i detta avsnitt att presentera de mest aktuella studierna och klargöra mer kring detta omdiskuterade område.

År 2003 bannlystes all användning av antidepressiva medel för barn under 18 år i Storbritannien. Det enda som fick tillåtelse att användas var Prozac. Anledningen var att det fanns en oro kring självmordsrisk (www.medicalnewstoday.com). Vidare i artikeln går det att läsa att MHRA (Medicines and Health Regulation Agency) rekommenderade läkare att ej skriva ut några SSRI-preparat, så till vida att det inte var Prozac, men att

även med informationen om att Prozac enbart hjälper 1 barn av 10. Beslutet togs efter påtryckningar från oroliga föräldrar och aktivister.

Till allmänhetens kännedom kom denna information efter att tidningen The Guardian kommit över detaljer i kliniska studier på ämnet redan från tidiga 90-talet, som visat på faran med dessa läkemedel.

Samma år, i USA, godkände FDA (The Food and Drug Administration) Prozac för barn 7-17 år som lider av svår depression. Det är första gången ett SSRI-preparat har godkänts för en så ung åldersgrupp (www.fda.gov). Godkännandet baserades på två placebokontrollerade studier. En av studierna visade att barnen som behandlades med Prozac växte lite mindre, och vägde lite mindre efter 19 veckor jämfört med placebogruppen. I detta nyhetsbrev som FDA skickade ut skriver de att betydelsen av detta är okänd i nuläget men att Eli Lilly, företaget som marknadsför Prozac, har gått med på att göra en uppföljande studie för att fastställa tänkbara effekter som drogen kan ha på barns växtutveckling.

FDA bestämde i ett uttalande år 2004 att baserat på de rekommendationer man fått från Psychopharmacologic Drugs and Pediatric Advisory Committees, gällande användandet av antidepressiva läkemedel i behandling av barn med depression, att det fanns en ökad risk för självmordsbenägenhet hos dessa patienter när det kommer till alla antidepressiva läkemedel som testas i deras kliniska studie (Wagner 2005:824). Den rådgivande kommittén till FDA genomförde en omröstning och kom fram till beslutet om att förse all depressiv medicin med en varningstext, en s.k "black box" som informerar om ökad risk för självmord hos barn (ibid:824).

År 2005 skrev den brittiska tidningen The Independent att Europas "vakthund" gällande medicin, EMEA (European Medicines Agency), har förbjudit Prozac och andra moderna antidepressiva läkemedel för personer under 18 år på grund av oro över säkerheten kring dem. EMEA's forskarpanel menar att dessa läkemedel ökar självmordsrisken och självmordsförsöken bland barn och unga och bör inte ges i syfte att behandla depression (Laurance 2005).

Slutligen, år 2006, meddelade de europeiska läkemedelsmyndigheterna, via läkemedelsmyndigheten EMEA, att Fontex/Prozac godkänns för behandling av depression hos barn och unga över åtta års ålder (Läkemedelsverket 2006). Med anledning av de rapporterat ökade förekomsten av självmordsbeteende och

självd destruktivitet uppmanas sjukvårdspersonal och anhöriga vara observanta på sådana symtom särskilt i början av behandlingen (ibid).

Fram tills 2006 var inget SSRI-preparat godkänt för behandling vid depression hos barn i Sverige, men det var fullt lagligt att skriva ut av specialister om de med hjälp av sin erfarenhet och grundval ansågs vara lämpligt (Läkemedelsverket 2006).

2.1 Debattens olika ansikten

Vad finns det då för olika sidor i denna debatt?

Det finns mycket skepsis kring själva medicinens biverkningar och användningen på barn, dessutom finns det kritik mot att det finns för lite forskning, men också debatter kring läkemedelsbolagens roll i det hela.

Brittiska tidningen the Guardian skriver 2004 i en artikel att det är välkänt att vissa auktoriteter i vissa delar av Europa skulle vilja att MHRA tonar ner SSRI-förbudet.

I artikeln framgår att tillverkaren av Prozac, Eli Lilly, berättat för The Guardian att de hade bett MHRA om en licens för att få behandla barn med depression i Storbritannien och Europa, vilket upprörde vissa då de ansåg att det var ett märkligt drag av MHRA, som ska vara opartiska i denna fråga (Boseley 2004). I samma artikel uttrycker Vera Sharaz från USA's Alliance for Human Research Protection, att det är fascinerande att Prozac har blivit godkänt för första början. Dokument från FDA, som licenserade Prozac, visade att den första av två studier gjorda under 1997 misslyckades med att nå det resultat som Eli Lilly hade satt för att gynna barn. Den andra studien som gjordes under 2002 visade allvarliga biverkningar i form av störningar i växten hos barn och hjärtproblem (ibid).

Kritik uppstod även då beslutet togs om att märka allt antidepressivt läkemedel i USA med en varningstext. Bland annat uttalade sig APA (American Psychiatric Association) om att de ansåg att antidepressiva läkemedel räddar liv och att ett av de största hoten för ett deprimerat barns välmående är att inte få någon vård. De menade att varningstexten på medicinerna kunde riskera att de som bör och skulle må bra av att få ett sådant preparat utskrivet, kanske skulle förkasta det på grund av varningstexten. Denna åsikt delades också av AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), som också menade att FDA's beslut om denna varningstext skulle kunna

skrämma föräldrar och familjen till det drabbade barnet till att inte ta emot denna sorts behandling eller helt strunta i att söka hjälp. (Wagner 2005:824).

Det finns även kritik riktad mot att behandling av barn med depression riskerar att bli alltför läkemedelsfokuserad. I The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, finns en artikel skriven av en överläkare vid en terapeutisk skola på Rhode Island. Han beskriver själv sin oro över att de barn som inte svarar på medicinsk behandling, eller ungdomarna som vägrar ta medicin, faller mellan stolarna för att ett alltför stort fokus har hamnat på medicinen. Han undrar varför barn – och ungdomspsykiatriker i USA mestadels behandlar barn och unga med medicin, och tappar fokus på möjligheterna med att arbeta med att stärka personlig utveckling genom att arbeta med skolan, engagera föräldrarna och använda sig av psykoterapi (Hojman 2011).

Sammanfattningsvis kan man alltså säga att när man läser vetenskapliga artiklar och debattartiklar så framkommer det ofta att det är för lite forskat på ämnet när det gäller behandling av barn – både när det gäller de positiva effekterna och de negativa. Forskning på långsiktigt bruk av SSRI-preparat tycks det finnas för lite kunskap om.

3. Metod

3.1 Val av metod

Med tanke på vårt ämne valde vi kvalitativ metod. Detta på grund av att vi med hjälp av semistrukturerade intervjuer tror oss fått fram så bra information som möjligt om vårt ämne samt att det gett oss en tydlig bild om hur det går till i praktiken och rent professionellt i bemötandet och hanterandet av dessa frågor. Kvalitativa undersökningar ger bättre förutsättningar för förståelse av utsatta gruppers livsomständigheter och för att förstå andra perspektiv och miljöer (Ahrne och Svensson 2011:14).

Att använda oss av strukturerade intervjuer anser vi kunna utgöra en risk för att vi får för otillräckliga svar samtidigt som vi kan missa viktiga synpunkter och erfarenhetsmässig information som intervjupersonen kan berika oss med.

I semistrukturerade intervjuer får intervjupersoner en större frihet att utforma svaren på sitt eget sätt, trots att vi som intervjuare utformar vissa teman i intervjun som ska beröras (Bryman 2011:415).

Vårt mål med metodvalet var att få en god insyn i barnets värld när det gäller den professionella hjälp som finns runtomkring den unge, samt att bli berikade med synpunkter baserade på reflektion och erfarenhet från det professionella fältet rörande behandling, symtom och diagnos.

3.2 Förtjänster och begränsningar med vårt val av metod

I och med att vår målgrupp är barn i yngre skolåldern, 6-12 år, så finns det givetvis begränsningar i vårt undersökningsområde. Den mest givna är att vi av etiska skäl inte finner det lämpligt att tala med dessa barn. Det skulle också rent praktiskt vara svårt att komma i kontakt med dem. Vi ser dock ej detta som ett större hinder, då det är något vi var medvetna om redan när vi valde ämnet. Det som gör att vi ändå är optimistiska kring att det är fullt möjligt att göra en bra studie är att expertisområdet kring barnpsykologi och barns hälsa är stort. Med kvalitativ metod finns dessutom stora möjligheter att löpande anpassa forskningsdesignen i relation till vad som händer under fältarbetet (Ahrne et al 2011:17). Detta ser vi som något som gynnar vårt arbetssätt och val av ämne.

Sättet vi gick tillväga, genom kvalitativa intervjuer, litteratur och vetenskapliga artiklar samt genomgång av debatter kring behandling, gör att vi anser att vi kunde besvara våra frågeställningar och vårt syfte med undersökningen.

Att vi valde intervjuer gav oss en god inblick i problematiken då intervjuer kan vara en bra metod för att få tydliga redogörelser kring upplevelser och det upplevda arbetslivet (Ahrne et al 2011:23).

När det gäller att göra vårt val av metod trovärdig har vi varit extra noggranna med att under hela processens gång vara tydlig med hur vi går tillväga, så att läsaren kan förstå samt få möjlighet till att kritisera. *"Texter som inte kan kritiseras eller diskuteras är ofta texter som inte avslöjar tillräckligt mycket om exempelvis forskningsprocessen för att en kritisk granskning ska vara möjlig"* (Ahrne et al 2011:27).

Reliabiliteten ökar också genom att vi återkopplar till fältet. Huvudsyftet är att få en antydning på om de människor vi intervjuar kan relatera till och kanske känna igen den problematik vi tar upp, som Jacobsson (2008) skriver i Ahrne & Svenssons bok (2011:28).

3.3 Urval

3.3.1 Målgrupp

Vi har valt att begränsa vår yttersta målgrupp till den tidiga skolåldern, och detta nås via professionella, som är vår målgrupp för denna studie. Anledningen till detta är att vi anser det vara intressantare för vårt ämne med barn som i viss utsträckning kan uttrycka sig och sätta ord på sina känslor. Barn kan bli deprimerade i betydligt yngre åldrar, men för att kunna belysa diskursen om psykofarmaka och få yrkesverksamma att kunna återberätta barnets syn på sitt tillstånd känns en avgränsning till något äldre och därmed kognitivt mer utvecklade barn mer relevant och intressant.

3.3.2 Intervjupersoner

Vi har intervjuat kuratorer och skolsköterskor på låg- och mellanstadieskolor samt psykologer, psykiatriker, läkare eller socionomer som är verksamma inom barnpsykiatri.

Vårt intresse har varit att få intervju personer med så stor kunskap, erfarenhet och expertis på området som möjligt.

Anledningen till att vi har intervjuat kuratorer är för att de befinner sig i skolmiljön – en miljö där barn tillbringar en stor del av sin vardag och vi hoppas att via dem kunna få en inblick i hur man upptäcker, fångar upp och arbetar med barn som visar upp tecken på depression eller psykisk ohälsa. Eftersom vi har valt att fokusera på den tidiga skolåldern, 6-12 år, har vi fått ta kontakt med den representant som närmast kan likna en kurator på lågstadiet, nämligen en skolsköterska. Hos barn med depression är ofta dessutom ett av symtomen fysisk, exempelvis brist på energi (Broberg et al 2009:234), vilket ytterligare ger oss anledning till att ta kontakt med skolsköterskor.

Vi har intervjuat psykologer som arbetar med barn med ambitionen att få svar på frågor rörande symtom och behandling, samma sak gällande psykiatriker och barnläkare.

Vi har också varit intresserade av alla intervjupersoners allmänna och personliga syn på och åsikt kring ämnet i det stora hela.

3.4 Analysarbetet

När vi hade samlat in vår data från våra intervjuer använde vi oss av kodning för att analysera vårt material. Kodning innebär att analysen blir starkare och djupare när data sorteras begreppsligt (Jönsson 2010:61). Vi fann denna analysmetod intressant för vårt arbete, men också precis som Håkan Jönsson skriver så är kodning något socialarbetaren kan ha användning för i sitt arbete vid en längre behandlingskontakt (ibid:61), vilket gjorde det hela ännu mer intressant att lära sig av. Innan vi kodade våra intervjuer så transkriberade vi dem. Det innebär att vi tog vårt inspelade intervjumaterial och överförde det till skrift, detta för att strukturera flödet av tal till skriftspråk och dess grammatiska regler. Detta hjälper till i processen då vi bearbetar, ordnar och strukturerar samtidigt som framställningen sker (Ahrne et al 2011:26).

3.5 Tillförlitlighet

Tillförlitligheten består enligt Alan Bryman (2011:354) av fyra delkriterier; trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet till att styrka och konfirmera.

Trovärdigheten handlar om att i resultaten säkerställer att forskningen utförts i enighet med de regler som finns och att man rapporterar resultaten till de personer som är en del av den sociala verklighet som studerats för att dessa ska bekräfta att forskaren uppfattat den verkligheten på rätt sätt (ibid:355). I vårt arbete har vi sett till att informera våra intervjupersoner om deras anonymitet samt vårt syfte med uppsatsen. Vi skickade även skriftlig information till dem om detta och gav dem även valmöjligheten att få den färdigtranskriberade intervjun skickad till sig. För att slippa eventuella korrektioner i efterhand av intervjupersonen så har vi varit extra noga med att berätta att arbetsort och namn är helt anonymt.

Överförbarhet handlar om att kvalitativa forskare uppmanas till att producera något som Geertz (1973) kallar för "täta beskrivningar" av de detaljer som ingår i en kultur.

Kvalitativ forskning inbegriper i normalfallet ett studium av en liten grupp eller av individer som har vissa egenskaper gemensamma (ibid 2011:355). För vår del har vi riktat in oss på att intervjua olika yrkesgrupper, i fler av fallen med vitt skilda bakgrund och utbildning, men med den gemensamma faktorn att de alla arbetar med barn. Det handlar alltså om att kunna överföra vårt material och våra beskrivningar till en annan miljö, så att den blir greppbar för läsaren, och därmed tillförlitlig.

Därför har vi varit mycket noggranna med vår kodning av intervjuerna för att kunna sortera och göra alla intervjupersoners likartade och skiljaktiga meningar lätta att urskilja när vi tagit upp dem i vår analys.

För att kunna bedöma en undersökning i termer av delkriteriet "pålitlighet", ska man anta ett granskande synsätt, vilket innebär att man säkerställer att det skapas en fullständig och tillgänglig redogörelse för alla faser av forskningsprocessen (ibid 2011:355). Genom att vi redogör tydligt för hela skapandeprocessen för vår uppsats, så öppnar det upp för läsaren att enklare kunna kritisk granska och ta lärdom av eller ifrågasätta samtliga delar.

Att kunna styrka och konfirmera innebär att det ska vara uppenbart att forskaren inte medvetet låtit personliga värderingar eller teoretisk inriktning påverka utförandet av och slutsatserna från en undersökning (ibid 2011:355). Vi har under hela vårt uppsatsarbete varit noga med att våra intervjufrågor inte ska vara ledande och att det finns utrymme för intervjupersonerna att delge oss sina personliga värderingar. När vi letat litteratur och forskning på området har vi också varit noga med att få en bild av flera sidor i ämnet, det vill säga vara noga med att lyfta fram såväl fördelar och nackdelar med exempelvis medicinsk behandling och inte gå in i skrivandet med en onyanserad inställning och fördomar, utan istället vara nyfiken på mer kunskap inom ämnet.

3.6 Arbetsfördelning

Uppsatsen har två författare och vi har delat upp en del av arbetet emellan oss samt arbetat tillsammans med andra delar. Vi har gjort alla intervjuer tillsammans där vi har turats om att transkribera och att hålla i intervjuerna. Därefter har vi tillsammans kodat materialet. Vi delade upp oss i jakten på teorier där det slutade med att vi hade var sin

teori som vi kunde belysa vår empiri med. Vi har jobbat tätt ihop och innan något har gjorts färdigt har vi diskuterat alla steg på vägen tillsammans.

För att skapa en enhetlighet genom hela uppsatsen tog en av oss på sig att skriva hela uppsatsen och sammanfoga delarna så att uppsatsen fick en röd tråd arbetet igenom skrivmässigt. Vi har varit noga med att delge för varandra våra åsikter och synpunkter och diskussioner har förts så vi har varit överens om arbetets gång och riktning.

3.7 Etiska överväganden

Vi har valt att anonymisera alla inblandade för att underlätta för oss själva och för att kunna säkerhetsställa anonymiteten för våra intervjupersoner. Behandlingsmetod eller inställning kring barn med depression kan vara ett känsligt ämne att bli intervjuad kring med tanke på målgruppen som frågan handlar om och även våra intervjupersoners arbetsplats och deras yrkesroll som riskerar att bli ifrågasatt ifall exempelvis personliga åsikter som strider mot arbetsplatsens arbetssätt uttrycks.

I och med att vi har valt att anonymisera hoppades vi också på att det kunde leda till att de yrkesverksamma skulle kunna öppna upp och förmedla sina tankar, resonemang och inställningar kring ämnet. Vi såg inte heller någon anledning till att validiteten i arbetet skulle bli mer trovärdig av att vi använder oss av namnen på intervjupersonerna.

Det etiska problem vi främst tänkte som kunde utgöra ett möjligt hinder, är att de professionella vi intervjuat kanske skulle uttala sig negativt om exempelvis en metod eller kritisera den egna verksamheten och sedan kanske ångra sina uttalanden. Detta är något vi hade i åtanke, och bland annat därför bestämde vi oss för att anonymisera samtliga intervjupersoner. Forskningskravet och individskyddskravet ska alltid vägas mot varandra, på grund av att ingen av dem är absolut (Vetenskapsrådet 2002:5). Vad är värdet på kunskapsutvecklingen? Vilka risker finns gällande negativa konsekvenser finns för berörda uppgiftslämnare?

Enligt de forskningsetiska principerna är *Informationskravet* ett av de fyra grundkrav som man bör ta hänsyn till. Detta är något vi har varit extra tydliga med när vi genomfört våra intervjuer. Vi har varit så tydliga som möjligt när vi presenterat oss och vårt syfte med intervjun. Bland annat genom att skicka ut ett kort informationsbrev om vår uppsats.

Vi har också varit noga med att delge deltagarna att samtliga i intervjun är anonymiserade och informerat dem om att de kommer få läsa intervjun när den transkriberats om önskemål finns.

4. Teori

Vi fann det svårt att komma underfund med en teori i början av vår studie, då vi inte var säkra på hur hela arbetet skulle utveckla sig. Det finns ett problem med att besluta om teori redan vid förstudien, nämligen begränsat empiriskt material (Aspers 2007:69).

Men efter många funderingar kom vi fram till att vårt ämnesval till den största delen handlar om frågor kring moral i sin professionalitet och personliga värderingar. Eftersom vi har valt att fokusera på *professionellas* syn på våra frågeställningar och vårt arbetes syfte har vi främst funnit att begreppet *handlingsutrymme* med fokus på bland annat *professionalism* och *autonomi* är aktuellt att belysa vårt material med. Eftersom vi också har lagt ett fokus på läkemedelsdebatten och forskningen på antidepressiva läkemedel till barn så fann vi det också svårt att undvika ett fokus på *etik*. Därför kommer vår teori också till viss del att handla om *konsekvensetik* och förgreningen *utilitarism*.

Vi kommer att tydliggöra begreppen vi valt att fokusera på i detta avsnitt, för att sedan väva samman dem med våra resultat i analysen.

4.1 Handlingsutrymme

Svensson, Johnsson och Laanemets (2008:24), skriver att handlingsutrymmet i en profession innebär att du har en möjlighet att välja hur du ska agera utifrån det utrymme organisationens uppdrag sätter. Att ha ett handlingsutrymme innebär också att man inte bara har möjligheten att välja, utan även kompetensen att bedöma rimligheten i valen.

Handlingsutrymmet är i sig inget som varken är bra eller dåligt. Det är summan av rutiner bedömningar och ansvaret att fatta beslut. Alltså är det inte reglerna eller avsaknaden av regler som är handlingsutrymmet, det är möjligheten att agera mellan regler. Socialarbetarens person, värderingar och intressen blir aspekter av hur handlingsutrymmet används (ibid:25).

När det gäller själva organisationen som den professionelle representerar så blir de egna uppfattningarna präglade av det institutionaliserade. På så vis skapas bilden av den organisation man verkar genom en växelverkan mellan uppfattningar och praktik. Som yrkesutövare står man i centrum för denna växelverkan och de ställningstaganden man gör påverkar både organisationen och uppfattningarna om den. Även om man avstår från att handla blir det en del av uppfattningen i organisationen, identiteten ligger i de handlingar som utförs i organisationens namn och de tolkningar som förekommer av dessa (ibid 2008:41).

4.1.1 Den professionella expertisen och autonomi

Professionella anses vara bättre lämpade än andra på att lösa vissa arbetsuppgifter på grund av att man via sin utbildning har tillägnat sig en specifik kunskap som är uppbyggd kring teorier eller vissa begrepp. Den kunskapen är central för den enskilda professionen. Med hjälp av sin kunskapsbas blir man en expert och man kan därmed utöva en auktoritet – man blir sakkunnig (ibid:79).

Yrkesgrupper som uppnår *autonomi* har möjlighet att kunna utföra sitt yrke mer självständigt planerat. Den egna kunskapsbasen och normsystemet ligger till grund för självständiga bedömningar av specifika fall, situationer och ärenden. Graden av autonomi styrs bland annat av de organisatoriska förhållandena. Detta handlar exempelvis om ifall du jobbar inom den offentliga sektorn eller inom privata företag. Arbetar man exempelvis inom den offentliga sektorn är ofta ramar för arbetet redan formulerade. Men trots detta kan man lägga upp sitt arbete i möte med den enskilda klienten utifrån personliga preferenser, det vill säga värderingar och handlingsstilar. Man kan självständigt lämna öppet för metoder samt bedöma och besluta om lämpliga interventioner. Självständigheten är alltså till och med nödvändig för att kunna anpassa hjälpen till olika klienters behov utifrån vad organisationen har att erbjuda (ibid:84-85).

Svensson et al (2008) skriver om att det finns grupper inom socialt arbete som styrs och är hårt bundna av de villkor som organisationen sätter, ett exempel de nämner på detta är socialsekreterare som arbetar med tvångsvård eller myndighetsutövning. Sätter du det i jämförelse med socialarbetare som är egna företagare och arbetar som konsulter, handledare eller terapeuter så har de betydligt större frihet till att utforma sitt eget arbete. Man kan säga att de är helt autonoma och kan själv utforma ramarna och sitt arbetssätt (ibid:86).

4.2 Konsekvensetik

När vi fattar ett beslut dyker det upp etiska frågor som; Vad är rätt? Vilka faktorer borde underlätta mitt beslut? Hur ska man få reda på ifall ett beslut är korrekt i efterhand? Enligt de konsekvensetiska teorierna bestäms vilken handling som är rätt eller ej när man ser på de konsekvenser som uppkom av ens handlande. Det är de samlade konsekvenserna som avgör ifall en handling är rätt eller orätt (Blennberger 2005:59). Man strävar efter att handlingen ska få så maximalt med goda konsekvenser som möjligt, de positiva effekterna ska väga upp de negativa (Arlebrink 1996:25). Men man måste inte vara helt säker på vilka konsekvenser som kan inträffa. Man försöker uppskatta vad som är sannolikt utifrån den helhetssyn man har i beslutssituationen. Om vi har välgrundade skäl att tro att denna handling är den som ger bäst konsekvenser så är den handlingen rätt. Det kan senare visa sig att vi antog fel och att handlingen var felaktig, men det var ändå rätt handling med tanke på den helhetssyn om konsekvenserna vi hade och som var tillgängliga när vi tog beslutet (Blennberger 2005:60). Detta förutsätter att vi hela tiden strävar efter att vara välinformerade, opartiska och öppensinnade när vi uppskattar troliga konsekvenser (ibid:61).

4.2.1 Utilitarism – en konsekvensetisk inriktning

För att ta detta resonemang ett steg längre kan man studera en konsekvensetisk inriktning *utilitarismen*. Denna inriktning går på samma spår som konsekvensetiken men handlar om att konsekvenserna sammanlagt blir så lyckade som möjligt för alla som påverkas av handlingen (Tännsjö 2000:16).

Men det finns en del kritik mot konsekvensetiken och utilitarismen. Bland annat kritiserar man förmågan att kunna överblicka konsekvenserna i förväg. Man kan aldrig vara säker på vilka konsekvenser som kommer att inträffa eftersom vi inte kan se in i framtiden (Collste 2010:50). Hur ska man då kunna veta vilket beslut som är korrekt eller ej när man inte är säker på följderna? Svaret på frågan är enligt utilitaristerna att vi aldrig får veta om vi har handlat rätt eller inte men om vi inte vet vilka handlingar som är riktiga eller oriktiga kan vi välja en beslutsmetod som har stöd i det utilitaristiska tänkandet.

Genom den kan man säga att man har gjort sitt bästa, genom metoden kan man hävda att i åtminstone det långa loppet åstadkommer handlingen så bra konsekvenser som möjligt (Tännsjö 2000:32).

4.3 Vårt användande av teorin

Vi har alltså valt att använda oss av olika begrepp som vi anser skapar en välgrundad teoretisk grund för vår analys av resultaten i vår studie.

Handlingsutrymmet som Svensson et al (2008) skriver om i sin bok är fokuserat på socialarbetare. Men hänvisningar dras hela tiden kring skillnader på handlingsutrymmet i olika yrkesgrupper. Dessutom finner vi autonomi som ett relevant begrepp för vår analys eftersom våra intervjupersoner talar mycket kring sitt eget handlingsutrymme utifrån organisationens ramar och sin egen kompetens, samt att det i läkemedelsdebatten och forskningen framkommer att mycket ansvar läggs på den enskilde professionelle då det gäller att ta beslut om medicinering eller inte.

Vi valde att använda oss av konsekvensetik på grund av att vi tycker att teorin kan belysa intressanta aspekter i vår analys. Både när vi studerade tidigare forskning och under våra intervjuer ansåg vi att det till stor del handlade om etik och etiska värderingar och att dessa frågor gick att se i våra egna funderingar kring ämnet; Hur fattar man beslut? Vilka konsekvenser måste man ta hänsyn till? När är det ett bra eller dåligt beslut?

Alla yrkesgrupper vi har valt att fokusera på har också ett eget ansvar att tackla i kontexten de befinner sig i och vi anser att våra valda begrepp går att applicera mycket väl på vårt resultat.

5. Analys

5.1 Presentation av intervjupersoner

- **Skolkuratorn:** Har jobbat inom vården och psykiatrin sedan 1979. Inom skolan har hon arbetat i fem år. Innan dess var hon verksam på SiS-institutioner. Hon är socionom i botten med mångkulturell inriktning.
- **Skolsköterskan:** Har erfarenhet som distriktssköterska och har jobbat på skolan i drygt två år. Innan hon arbetade utomlands med annan verksamhet i fem år hade hon varit skolsköterska lika länge. Så hennes sammanlagda erfarenhet som just skolsköterska är ca sju år. Tidigare på högstadieskola, men senare år på låg- och mellanstadieskola.
- **BUP-kurator:** Tog sin socionomexamen 1990. Har erfarenhet som kurator i tio år på barnhabiliteringen. Därefter arbetade hon som kurator på barnpsykiatrin fram tills 2007 då hon blev enhetschef. Hon har även vikarierat som verksamhetschef och har steg 1 med psykodynamisk inriktning. Hon arbetar mycket med systemteori när hon träffar barn och deras familjer.
- **Psykiatriker:** Läkare och specialist i barn- och ungdomspsykiatri med analytikerutbildning. Har även ägnat sig åt hjärnforskning och har disputerat vid Karolinska Institutet i Stockholm. Arbetar numera heltid på sin privata klinik, i första hand med diagnos och behandling av spädbarn och äldre barn, tonåringar, studenter och familjer.
- **Barnläkare:** Har varit läkare i 25 år, barnläkare i 15 år. Har under alla år jobbat på sjukhus och mestadels med barn som är inlagda. Har de senaste 10-15 åren varit inblandad i arbete med barn som far illa och utredningsfall och är van vid att jobba ihop med psykologer, kuratorer m.fl. Har en utbildning inom barn- och vuxenpsykiatri på ett år.
- **Skolpsykolog:** Är knuten till två skolor och är 12 timmar/vecka på föräldrastödet inom sin region. Har tidigare jobbat inom förskola, skola, barnhälsovården, barnhabilitering och BUP. Är från början förskolelärare.

5.2 Förekomsten av deprimerade barn

I detta avsnitt kommer vi att presentera förekomsten av deprimerade barn, det vill säga hur omtalat begreppet och dessa barn är på arbetsplatserna och inom yrkesgrupperna.

När det gäller frågan kring förekomsten av deprimerade barn blev svaren ganska delade hos våra intervjupersoner. Men samtliga av de intervjuade hade någon form av erfarenhet och något att säga om detta.

De som arbetar i skolmiljö, det vill säga skolkuratoren, skolpsykologen och skolsköterskan hade mer liknande svar gällande förekomsten än vad de som var verksamma inom psykiatrin. Ett exempel på detta är bland annat att de som var verksamma inom skolan mer talade om att det tycks vara vanligare hos invandrabarn, som ofta har ett bakomliggande trauma.

"... fattiga familjer, många föräldrar som är arbetslösa och analfabeter... det är många föräldrar som har flytt och kommer hit och så får man inget jobb och mammorna lär sig inte svenska, papporna kanske har varit med i kriget och är krigsskadade eller lider av posttraumatisk stress eller någonting så det är jättejobbigt hemma..."
(Skolkuratoren)

Även skolsköterskan säger att upplevelser från det forna hemlandet är något som utmärker sig bland skolbarn som visar tecken på depression och BUP-kuratoren berättar att när hon träffat barn med en "klockren" depressionsdiagnos så har det oftast handlat om flyktingbarn som varit i det närmaste apatiska. Skolsköterskan nämner även att förekomsten av deprimerade barn har ökat på grund av att tryggheten hemma har minskat. Och att många barn byter bostad kanske flera gånger i veckan på grund av separerade föräldrar och att barnen hamnar i kläm mellan deras föräldrar som inte lever tillsammans längre.

"... ungarna kommit i kläm och ibland alltså socialtjänsten har tagit barnen för att föräldrarna då varit bråk och inte fungerat och som har väldigt traumatiska då."
(Skolsköterskan)

"barn med nedstämdhetssymtom... där föräldrarna inte kan samarbeta... där blir det inte bra... dels vårdnadstvister [...] det är A och O att man kan samarbeta och ta sitt

vuxenansvar. Det är egentligen det enda som kan göra att de här barnen mår bättre [...] och där är vår hållning att... det spelar ingen roll vad vi än gör här... om inte föräldrarna kan komma hit och sätta sig i samma rum och försöka komma överens [...]alltså vi ser MÅNGA barn som har det VÄLDIGT tufft för att föräldrarna inte kan samarbeta” (BUP-kurator)

Barnläkaren nämner skolförhållanden men främst hur det står till hemma som en av de mest avgörande faktorerna tillsammans med psykiatrikern som även belyser allvarliga relationsstörningar mellan barnet och vårdnadshavaren.

Samtliga intervjupersoner nämner alltså hemförhållandena som en av de vanligaste orsakerna till att barndepression förekommer. En vanlig orsak till att ett litet barn kan bli deprimerat handlar om föräldrarnas samarbete. Denna orsak verkar överrepresenterad.

Att arbeta med dessa utsatta barn är således ofta samma sak som att arbeta i en direkt familjesituation. Fler individer är inblandade och det komplexa är att det inte alltid är helt givet vem som står i fokus. Det handlar ofta om att definiera relationer och tolkningsföreträden inom ett familjesystem. Om man ser familjen utifrån sociala och psykosociala aspekter kan även andra personer vara berörda (Svensson et al 2008:213).

”Under 17 år vill vi alltid även ha ett möte med hela familjen. Ju mer deprimerade de är desto viktigare blir det att träffa hela familjen och pojk- och flickvänner om det finns och de är nära [...]vår princip är att alltid träffa hela familjen först och då alltid inkludera den som slagit larm.” (Psykiatrikern)

Det är av stor betydelse att ta reda på hur situationen kring barnet ser ut och hur man ska betrakta betydelsen av olika personers närvaro eller frånvaro i barnets värld. Även skolpsykologen berättar om det viktiga i att inkludera de vuxna runt barnet och att det är viktigt att det finns en bra dialog mellan föräldrar, skolan och lärare när det gäller ett deprimerat barn.

”Vi tänker ju väldigt systemiskt. Barn befinner sig ju alltid i ett sammanhang, man har föräldrar, skola, kompisar och som jag sagt är det inte sällan 25 % ungefär som har någon kontakt med socialförvaltningen.” (BUP-kurator)

Oavsett vad orsakerna kan tänkas vara bakom denna diagnos så var en av frågorna intervjupersonerna ställdes inför huruvida de tror eller anser att förekomsten av deprimerade barn har ökat eller minskat under deras tid som verksamma.

BUP-kuratoren berättar att förekomsten av barn med depression är något som absolut har ökat. Men hon är osäker på om att det faktiskt handlar om att barn blivit allt mer deprimerade, och tillägger att hon vet att psykisk ohälsa hos barn har ökat, eller om det blivit mer accepterat att söka hjälp hos BUP eftersom det inte är lika skambelagt. Men hon understryker ändå att hon under sina år som verksam tycker att det har blivit tyngre problematik idag. Skolpsykologen menar också att det har ökat, i alla fall eftersom hon tror sig veta att fler barn är stressade, vilket är en av orsakerna till en depression.

"Antalet barn med enbart depression har minskat men med depression i förening med andra diagnoser har ökat eller är konstant, möjligen är det de andra diagnoserna som har ökat" (Psykiatrikern)

"jag skulle säga att jag har stött på många fler än vad jag har sett [...] jag tror att det är ganska vanligt. Det som omedelbart som jag tänkte på är känslan att framför allt killarna har ökat... det har ökat, har det helt klart gjort" (Barnläkaren)

Skolkuratoren säger att hon inte är säker och att hon inte vet om det varken har ökat eller minskat. Däremot säger hon, likt läkaren, att det är tjejer – men även killar börjar dyka upp som är deprimerade.

Barnläkaren menar att han tror att vi "halkar efter" i vår kunskap och menar att begreppet depression ändrar sig och ser olika ut under årens gång. Han säger att han tror att vi är ett steg bakom på något sätt och att vi lär oss om hur det var för fem år sedan och att vi inte ser det som är framför ögat.

De som är verksamma inom barnpsykiatri talar om förekomsten som att det är mer naturligt och vanligt existerande. Något som framkom beträffande förekomsten är dels de olika organisatoriska förhållningssätten och handlingsutrymmet som finns kring detta ämne och även vad som blir prioriterat och hur det påverkas av de olika yrkesgruppernas syn på nedstämda barn.

Våra intervjupersoner inom skolvärlden talade också om att det förekom deprimerade och nedstämda barn, det som skiljer yrkesgrupperna åt är egentligen handlingsutrymmet och uppdraget som respektive organisation har. Nedan ser vi två professioner som sitter på två olika verksamheter, men som talar om samma sak:

"[...] just det här med att stödja föräldrarna, det är mycket det att de inte får det stödet för föräldrarna är för osäkra hemma" (Skolsköterska)

"Det är det viktigaste åtgärderna, att man synliggör det för föräldrarna också, att ditt barn mår dåligt" (Barnläkaren)

5.3 Bemötandets tillvägagångssätt och resurserna kring barnet

Under denna rubrik kommer du att kunna läsa om föräldrarnas inverkan, hur den professionelle bemöter barnet och med vilka tillvägagångssätt, samt vilka resurser som finns att tillgå.

När det gäller att bemötandet så blev det tydligt att föräldrarna spelar en otroligt viktig roll, det är tydligt uttalat hos samtliga intervjupersoner. Men som *direkt* orsak talar speciellt psykiatrin om. Kuratorn på BUP och psykiatrikern vittnar om hur vanligt det är att barnets psykiska ohälsa oftast beror på att föräldrarna samarbetat dåligt eller befinner sig mitt uppe i en turbulent separation som vi nämnt i tidigare avsnitt.

I detta avseende talar de också mycket om tilltro och etablerandet av en bra relation.

"Då jobbar man ju jättemycket genom föräldrarna. För det är dom, föräldrarna får man aldrig glömma att det är dom som känner sina barn bäst och det tar lång tid att arbeta upp en allians, alltså att barnet ska få tilltro till mig som är utomstående som kommer som en jättekonstig tant!" (BUP-kurator)

Barnläkaren talar om att barnen som är deprimerade kanske inte har så stor lust att prata, och menar att man får ta lite tid på sig. Man kan inte få all information på ett besök. Även skolsköterskan vittnar om betydelsen och det viktiga med att ta det lugnt med dessa barn när vi ställde frågan kring vad som är viktigt när man samtalar med dessa barn:

"Det är ju det att försöka finna ut hur pass allvarligt det är. För att man ska kunna se vilka insatser man ska sätta in. Och ibland är det ju svårt att få kontakt när dom är deprimerade, vi har ju några småkillar som går i tvåan och trean, som har det jättejobbigt och vill inte prata, många gånger är dom sönderpratade, dom har träffat så många kvinnor särskilt som bara pratar pratar pratar och så orkar dom liksom inte med det! ..."(Skolsköterskan)

Skolsköterskan berättar även att tillvägagångssättet när man träffar så pass små skolbarn handlar mycket om att fundera kring det barnen säger lite extra. Hon berättar om en tjej som kom till henne nästan varje dag och sa att hon hade ont på olika ställen och undrade ifall hon fortfarande kunde spela fotboll trots sin smärta.

"Jag menar det är ett fritidsintresse, och gillar man inte behöver man ju inte gå jo hon gillade det och jag tänkte vad sjutton också, det gick ett halvår då sa jag vad är det egentligen vad är det egentligen, är det något du är rädd för? Och då kom det fram att hennes pappa hade dött sommaren innan, så det var klart att hon var rädd för någonting" (Skolsköterskan)

Näst intill alla intervjupersoner berättar att det krävs ett visst sorts bemötande när barnen är små. Skolpsykologen säger att man pusslar ihop det föräldrarna och lärarna säger, och utifrån det frågar man hur barnet uppfattar situationen själv. Detta är utgångsläget men man måste också vara väldigt lyhörd och fråga vad barnet skulle kunna tänka sig vore bra om man gjorde i skolan, säger hon. Skolsköterskan berättar också att lärarna spelar en stor roll hos de yngre barnen, eftersom de oftast inte söker kontakten själv, som är vanligare hos de äldre. Barnläkaren säger att det är viktigt att med dessa barn hjälpa dem med att sätta ord på hur de känner och att inte släta över det. Han understryker också det viktiga i att säga till barnet att hon/han inte ensam i att känna såhär. Den typ av normaliserande av barnets tillstånd är även något som BUP-kuratoren nämner som viktig:

"när man pratar med barn med depression är det jätteviktigt, och då tänker jag oavsett om det är en 6-åring 9-åring, 12, 17, 20 eller 65! Så tror jag att en av de viktigaste delarna är att inge hopp. Hopp om att detta ska försvinna, hopp om att du ska bli glad." (BUP-kuratoren)

Hon utvecklar det också och berättar att hon brukar säga till barnet att "jag har träffat så många som varit lika ledsna som du", och säger också att det är väldigt viktigt att fungera som skuld och skamavlastning för dessa barn och få dem att förstå att inget är deras fel.

När barnen är så pass små, så kan det vara extra viktigt att kunna få så mycket information från föräldrarna som möjligt. Skolan har ett stort ansvar, eftersom de dagligen träffar eleverna och därmed lättare kan urskilja när något i deras dagliga och vanliga mönster bryts. Ibland kan det även vara små saker, som man inte tror att barnet i fråga går och grämer sig över, som satt djupare spår än man tror. Skolkuratoren berättar om en liten kille, som var deprimerad en lång tid och ingen kunde komma underfund med vad det var. Sen visade det sig att ett par år tidigare så hade pojkens morfar dött, och han hade aldrig fått vara med på begravningen. Han hade inte fått säga hejdå och hans mamma var vid den tiden jätteledsen.

"... det visade sig att det var det. Det tror vi i alla fall, för det hjälpte då vi var där inne och lånade en bok på bibblan som dom brukar dela ut på begravningsbyrån, farfar och lammen tror jag att den heter, sen pratade vi med föräldrarna för dom hade ju inte tänkt på det heller! Och sen blev det mycket bättre efter det." (Skolkuratoren)

En yrkesroll är både en social roll, med en specifik position i en organisation och den är delvis styrd av regler och befattningsbeskrivningar. Andra aspekter som ingår i yrkesrollen är hur den enskilde personen tolkar sin roll i relation till sina egna förväntningar och samspel med andra i arbetsgruppen och de samhälleliga förväntningar som finns på yrkesutövandet (Svensson et al 2008:96). I skolorna vi besökt tycks det finnas väldigt mycket resurser att tillgå både när det gäller preventiva insatser och insatser då ärendet blir lite mer akut. Både skolkuratoren och skolsköterskan berättar om barngrupper, som kommunen tillgodoser, där det finns olika teman så som barn till missbrukande föräldrar, psykisk ohälsa, våld eller kriminalitet etc. Där får barnen träffa andra barn med samma bekymmer som de själva har.

Skolsköterskan berättar att de håller på med ett program för unga tjejer, främst på högstadiet, som handlar om deras inre styrka.

Där tar de upp vad en depression faktiskt är för något. Att det inte handlar om att bli "deppig" över ett matteprov som gick snett, utan att det bland annat handlar om ett tillstånd som löper över längre tid.

Precis som Svensson et al (2008) talar om, så är handlingsutrymmet mycket vad man gör det till själv, i sin egen profession, och även vad organisationen man är verksam i tillåter. Skolan som sköterskan är verksam på har sedan i höstas börjat med föräldragrupper, där de stötts i föräldrarollen. Föreläsare bjuds in och det blir många gruppdiskussioner. Även detta är något som kan ses som förebyggande arbete.

Ett tillvägagångssätt som i denna tid är och blir allt vanligare är manualbaserade metoder. BUP-kuratoren berättar om telefonintervjuer som alltid genomförs första gången någon bli aktuell hos dem. Intervjun tar tid, runt 45 min efter det skrivs ett papper ut med staplar där det går att utläsa olika sorteringarna kring barnets sinnesstämning och beteende. Detta används som ett grovt sorteringsinstrument för att utläsa ifall det överhuvudtaget är barnpsykiatri. Förutom de barnfokuserade frågorna ställs även frågor om trauma, föräldrarnas mående, fysiskt våld eller övergrepp. Vid första anblicken brukar föräldrarna tycka att det är jobbigt och i viss mån störande att behöva göra detta. Men BUP-kuratoren menar att det i slutändan alltid visar sig hur hjälpsam och bra denna metod är på grund av att den är väldigt omfattande och detaljerad. Även föräldrarna är oftast positiva i slutändan.

"... och det tycker de allra flesta föräldrarna är väldigt bra och man känner också att man blir tagen på allvar när man får hela frågebatteriet. Så vi är nöjda med det. Jättenöjda med det faktiskt" (BUP-kuratoren)

Skolpsykologen är av en annan uppfattning. Åtminstone tar hon upp en åsikt kring manualbaserade metoder och ställer sig kritisk när hon pratar om diagnoser på barn och var gränserna går.

"[...] och det är ju farligt att bara ha den här manualen. Jag förstår ju att den behövs och så men det förs ju in fler grejer det här med trots, uppförandestörningar trotsyndrom, det är liksom saker som kommer till, den har på något sätt utökats mer. Det är ju ett behov att på något sätt sätta etiketter på det och naturligtvis för att man sen ska kunna behandla det, förhoppningsvis." (Skolpsykologen)

”Solidaritet med de svaga har inte lika stark framtoning som kraven på att socialt arbete ska visa resultat” skriver Svensson et al (2008:27). Att handla för att det är viktigt att göra något har idag en lägre status. Något som får allt större plats och växer lavinartat är manualbaserade behandlingar och riktlinjer inom organisationer. Detta har att göra med att målrationaliteten tycks framstå allt mer idag, det vill säga att arbetet ska vara målinriktat, verksamt, kostnadseffektivt och snabbt (ibid:26).

En problematik som blir tydlig i vår studie, som vi nämnt tidigare i detta avsnitt är att barnen 6-12 år är olika utvecklade när det kommer till den kognitiva förmågan. Här kan då manualer, skattningsskalor och andra manualbaserade metoder komma väl till pass.

”[...] om man tänker sig från 6 år och upp till en 8-9 någonstans där... så är man ju inte kognitivt utvecklad så att man kan verbalisera sina tankar och känslor. Man kan ju inte riktigt förklara att jag är jätteledsen och jag vill inte leva, och jag är... alltså det är svårt [...] 6-åringar är det ju sällan att man sitter och har samtal med själva eller sådär. Vi har såna där nallekort [...] för att man inte har orden så att säga.” (BUP-kuratoren)

5.4 Symtomens olika uttryck och betydelsen av samverkan.

I detta avsnitt presenteras de olika symtomen och på vilka sätt en barndepression kan yttra sig. Det presenteras även yttranden om betydelsen av samverkan kring barnet och professionella.

Symtomen hos barn med depression ser lite olika ut beroende på vem du frågar. Men grunden är den samma. Skolpsykologen, skolkuratoren och skolsköterskan säger alla tre att hög frånvaro från skolan är en av de första sakerna som gör att man kan misstänka något. De talar också om utåtagerande beteende. Skolsköterskan berättar att det inte är ett ovanligt beteende att dessa barn bråkar mycket med kompisar i skolan och befinner sig i ständig konflikt. Skolpsykologen nämner även hon att man bör vara uppmärksam på stökiga och bråkiga barn men även att man måste se upp när ett mönster ändras:

"... han eller hon kanske inte är med riktigt, sitter och verkar lite borta ibland, stänger av. Jag menar att en sån här varning som kan bero på massa olika grejer men det är klart att depression kan ligga bakom. Och speciellt om detta är förändringar! [...] det tror jag att jag lyssnar på. Sånt här som barnen innan har tyckt varit roligt inte är roligt längre. Det är varningssignaler man bör uppmärksamma."

Det som tydligast framkommer i symtombilden hos småbarn hos intervjupersonerna är bland annat psykosomatiska symtom. Det vill säga att den psykiska smärtan blir fysisk. BUP-kuratoren beskriver huvudvärk och magont som vanligt förekommande när barnet själv uttrycker sin depression:

"Ja det kan vara väldigt olika, dels på grund av åldern givetvis, också den emotionella mognaden hos barnet. Och den verbala mognaden ... små barn, trötta, ledsna, ont i magen, ont i huvudet, ont i benen, ont ont ont ont! Äldre barn kan mer verbalisera." (BUP-kurator)

Barnläkaren tar förutom att barnet stänger av mot omvärlden, ej tar kontakt och att han/hon inte leker också upp hypokondri som ett av symtomen. Till honom kommer många med kroppsliga symtom och han nämner barn och ungdomar med tron om att det är något fel på dem.

Det är inte ovanligt med exempelvis en onormal rädsla för att få cancer eller att man tolkar kroppens signaler fel så pass långt att det påverkar ens livssituation. Han nämner unga tjejer som den gruppen med ätstörningar, där det finns depressivitet i botten.

"Det jag har tagit med mig från vuxenpsykiatrin som jag tycker är väldigt tydligt är den här tomheten som är så svår att beskriva. Det är därför man tar livet av sig, det är därför man försöker skada sig själv, därför tror jag att om det börjar ge kroppsliga symtom så tror jag att det är ett mer depressivt beteende." (Barnläkaren)

Psykiatrikern beskriver ytterligheter som symtom. Det vill säga att han berättar att både energiförlust som hyperaktivitet kan förkomma. Han nämner även ångest, oro, sömnbrist och att barnet på grund av detta vaknar tidigt. I ett vårdintyg han delgett oss avseende en LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård, på en 12-årig tjej.

Något som är sällsynt, men som psykiatrikern menar visar hur illa det faktiskt kan gå. Där sammanfattas alla symtom som våra intervjupersoner nämnt:

"I samband med skolstarten inträffade förändringen i kompisgänget. NN upplevde sig djupt sviken och kränkt och har sedan 2:a klass isolerat sig från kompisar [...] NN vägrar att gå i skolan, isolerar sig även från sina bästa vänner. Har tappat energi, initiativ, livslust, aptit och nästan all sömn. Längtar efter att dö och planerar aktivt sitt självmord [...] Vägrar medicin [...] Sitter apatisk och orörlig med armarna i kors, huvudet ner och keps över ögonen. Motorisk och kognitiv hämning..." (Vårdintyget, Psykiatrikern.)

Mycket av handlingsutrymmet handlar om att acceptera utrymmet som givits av organisationen, eller arbeta för att vidga det (Svensson et al 2008:25). Samverkan är något som samtliga intervjupersoner berör på ett eller annat sätt. Både i positiv såväl som negativ bemärkelse. Den viktigaste aspekten är att samverkan blir till gagn för den som behöver hjälp. Socialtjänsten och psykiatriken måste samarbeta för att kunna hjälpa brukaren. Ingen av organisationerna förfogar ensam över alla de resurser, som krävs i form av kompetens och expertis och bakom detta finns en behandlingsideologi som handlar om en helhetssyn (Svensson et al 2008:183).

Något som skolkuratören berättade om var att det helt saknades riktlinjer för hur man går tillväga då ett barn verkar deprimerat. Hon menar att allt är så luddigt så att de ibland egentligen inte vet vad skolan kan göra och vad barnpsykiatriken BUP kan göra. Hon menar att det blir svårt då de på skolan inte har befogenhet att göra vissa saker, medan BUP skjuter ifrån sig.

"... när det gäller sånt här rent psykiatriska saker så är det ingenting som våra psykologer gör, därför så, om jag tycker att det ska vidare så skriver jag en remiss till BUP... sen har det blivit så att... man ser det mer och mer, har det bara fortsatt så att de backar mer och mer. O.. ah men det kan vi inte ta eller där är jättelång väntetid ... och så väntar dom några månader och sen plötsligt har det slutat och sen kan det ta ett år och så har det inte hänt någonting [...] Så blir det att det hänger i luften och det bara hamnar mellan stolarna" (Skolkuratören)

Ställs man inför dessa svårigheter kan man hantera dem på olika sätt. Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:25) räknar några strategier; följa organisationens riktlinjer utan att gå in i en diskussion, man kan arbeta inifrån för förändring, det vill säga påtala problemet för ledningen och andra inom organisationen och arbeta för att handlingsutrymmet ska vidgas. Arbeta utifrån för förändring, genom exempelvis opinionsbildning, väcka debatt ihop om att få stöd i att utöka sitt handlingsutrymme, eller kringgå problemet och hitta på en lösning *vid sidan av* reglerna utan att påtala problemet. Dessa strategier handlar om inställningen man har kring ett problem eller något som dyker upp som svårighet på arbetsplatsen. Det kan exempelvis handla om hanterandet av vissa brister i verksamheten eller också brister i närliggande verksamheter som man blir påverkad av.

När det handlar om våra intervjupersoners olika professioner så har de alla en sak gemensamt, nämligen deras arbete med barn och det handlar om att bygga broar emellan alla insatser och organisationer så att de blir en fungerande enhet.

Ur intervjuerna går det att skönja betydelsen av att arbeta i team. Teamets värde ligger i den professionella kunskap som representeras. Skolsköterskan berättar om hur nära samarbete hon har med skolans kurator och även vilken bra skolläkare de har. Vissa går till henne, säger hon, medan andra elever enbart går till skolkuratoren, men att de har lite utav samma roll ibland. Om hon bedömer att barnet behöver mer samtalskontakt så slussar hon vidare till skolkuratoren,

men de har även en skolpsykolog som hon kan använda sig av, både för eleverna och för att själv få handledning av. BUP-kuratoren berättar att de har en så kallad "prioriteringsgrupp" som består av överläkare, socionom, sköterska och enhetschefen. Hon gör själv sin bedömning, sedan tittar prioriteringsgruppen på det och gör sin bedömning, som brukar bli den samma, säger hon.

Även skolpsykologen berättar mycket om betydelsen av att arbeta i team och få med resurserna kring barnet.

"De flesta av oss just kuratorer och psykologer och skolsköterskor, vi ingår i elevhälsoteam ute på skolorna. Och tillsammans med rektorerna så träffas vi mer eller mindre regelbundet [...] Vi ska vara stöd till pedagogerna, till dom som jobbar i skolan för att miljön i skolan så bra som möjligt." (Skolpsykologen)

Det som kännetecknas av dessa team är det stora gemensamma handlingsutrymmet. Svensson et al (2008:186) menar att den specifika yrkesrollen var för sig vidgar handlingsutrymmet. I ett tvärprofessionellt team krävs därför både rätt typ av profession *och* rätt typ av specialistkunskap. Barnläkaren understryker att för honom är barnpsykiatri en långvarig insats som bygger på kontinuitet, men:

"[...]det är personalbrist, det är underfinansierat, det är precis som eran blivande profession ganska oglamoröst, låg status ... och vi vilar idag inte på någon särskild, vad jag kan se, tung, vetenskaplig grund, det är inte jämställt nu men det som vi gör, det är mycket högre status på att vara en pediatriker än att vara barnpsykiatriker eller barnpsykolog och det är en fara för barnen för barnen far ju illa. "

Han säger också att resursmässigt så är det mer eller mindre kaos på BUP i hans arbetskommun. Den ökade mentala ohälsan hos barn och ungdomar säger han är fruktansvärd, speciellt i förhållande till att det är så mycket att göra på BUP. Han tillägger senare att han sett föräldrar som "krigar heroiskt för att få någon sorts hjälp".

5.5 Medicinera eller inte?

I det sista avsnittet kommer vi fram till de professionellas syn på läkemedelsbehandling på barn med depression och vilka åsikter de har om detta.

När det gäller frågan om behandling, främst med läkemedel till barn går åsikterna isär. Både nackdelar och fördelar har tagits upp och vägts fram och tillbaka i frågan om det är korrekt eller ej att ge läkemedel till barn.

"[...] en familj som kommer till en läkare och får diskutera det här, hur det är med deras barn och får veta både för och nackdelar tycker jag man får respektera hur de väljer. Men det är jätteviktigt att de verkligen får veta, både för och nackdelar sen kan jag tycka att, ett barn som är jättedepimerat och kanske fungerar under en tid med antidepressiva medel så är det jättebra. Så jag ser egentligen inga nackdelar med det".
(Skolkuratorn)

"Det finns egentligen inte så mycket studier kring effekten. De flesta studier, det har ni säkert sett om ni har tittat, är ju på vuxna". (BUP-kurator)

Barn- och ungdomspsykiatrikern nämner även att det finns en oklar effekt på samspelet med hjärnans neuron och att det finns en komplicerad biverkningsbild av medicinen till barn och ungdomar. Barnläkaren har samma inställning som nyss nämnd genom att understryka att man inte vet vilka konsekvenser dessa SSRI preparat man ger ut till barn och ungdomar har på en växande hjärna, därtill även riskerna med att behandla symtombäraren men inte eventuella orsaker som kan finnas bakomliggande, t.ex. om det är bekymmer hemma eller jobbigt i skolan.

De flesta av våra intervjupersoner tog upp *nackdelar* de ansåg fanns när det gäller att ge dessa läkemedel till barn och ungdomar, men inte alla. Det som alla våra intervjupersoner hade gemensamt var att de alla hade åsikter kring *fördelar* till att medicinera.

"ibland kan det vara positivt för att man kan bli mer tillgänglig för olika terapier och ibland ett måste..." (BUP-kurator)

"Kan vara livräddande på svåra depressioner och höja livskvalitén i vissa andra fall"
(Psykiatriker).

Både skolkuratoren och barnläkaren nämner flera fördelar med att medicinera.

De berättar båda två att medicinen kan vara det som lyfter barnet och det kan vara det som hindrar en från att ta livet av sig, eller att man orkar med sitt liv överhuvudtaget.

Som vi nämnde tidigare så har intervjupersonerna både tagit upp fördelar och nackdelar, men angående nackdelarna så var det ett gemensamt tema om osäkerhet. Osäkerheten handlar om vilken effekt SSRI- preparaten kan ha på ett barn eller ungdom. BUP-kuratoren sa i intervjun, som går att se i citatet ovan, att det inte finns några studier kring effekten angående barn, utan de flesta studier är forskade på vuxna. Osäkerheten är som sagt stor om vilka konsekvenser det kan finnas i och med preparaten. Blennberger (2005:60) talar om att det finns ett osäkerhetsmoment när man försöker få en överblick om vilka konsekvenser ens handlande kan få. Det är ofta svårt att veta alla konsekvenser och ibland kan det finnas konsekvenser som framkommer på längre sikt

(ibid:60.). Enligt det konsekvensetiska perspektivet är det på detta sätt man avgör ifall en handling är rätt eller inte, genom att få en överblick av konsekvenserna.

"vad händer om 10-15 år om vi har börjat peta i ungarna det här när de är 9? Alltså vi vet ingenting om det egentligen." (BUP-kuratoren)

Till försvar till detta skriver Tännsjö (2000:26) att man har handlat rätt enligt ett konsekvensetiskt perspektiv om det i den situationen, inte fanns något annat man kunde ha gjort som skulle ha haft bättre konsekvenser.

Alla våra intervjupersoner nämner angående behandling med psykofarmaka att det ska ske i samband med någon slags samtalsterapi och att det aldrig ska vara enbart läkemedel utan i kombination med annan behandling. På frågan kring att ge läkemedel till ett barn eller en ungdom säger Skolsköterskan följande:

"[...] att det inte finns något annat, att man måste göra det i en period och då tycker jag att det är okej." (Skolsköterskan)

Skolpsykologen har en liknande åsikt där hon anser att de viktigaste personerna är de vuxna runt omkring barnet och att man ska främst se vad de kan göra för att det ska bli bättre. Men vid djupa tillstånd och där lidande är stort är det bättre att ändå försöka med läkemedelsbehandling.

Åsikterna är många och det finns både för och nackdelar med läkemedelsbehandling till barn och ungdomar. Det finns även ett osäkerhetsmoment om konsekvenserna vilket gör det svårt att avgöra ifall man ska ge denna grupp läkemedel eller inte.

När man talar om detta ämne, psykofarmaka till barn och de olika professionernas inställning till det hela, är det svårt att inte komma in på maktaspekten i de berördas handlingsutrymmen. Makten är produktiv och möjliggör skeenden, därför har den en positiv laddning. Genom att betrakta den som ständigt närvarande och som positivt laddad blir det tydligare att den som har makten också har ansvaret och möjligheten (Svensson et al 2008:69).

BUP-kuratoren nämner kommunens stöd till förstärkt vårdgaranti som gör att de kan erbjuda barnet tid inom 30 dagar. De har de senaste åren haft förmånen att få extra

pengar från staten om de klarar att 90 % av alla nybesök eller nya ärenden ska ha ett till besök inom 30 dagar, och det klarar de av, säger hon.

Den vårdande makten utgår ifrån att den som ger vården vet bäst, på grund av att det sociala arbetet bygger på en välvilja om att göra det bästa, för både samhället och den enskilde (Svensson et al 2008:179). Psykiatrikern sitter bland annat på kompetensen att kunna rekommendera en LPT till en 12-årig flicka. Här blir det en tydlig maktutövning i förhållande till klienten, men denna insats innefattar också omsorgsaspekter (ibid:153). Den professionella bedömningen kan komma till korta och autonomin sättas på spel om faktorer som den kommunala ekonomin (ibid:84), något som barnläkaren uttrycker som ett stort problem.

Hans erfarenhet vittnar om allt för knappa resurser till barnpsykiatrin och att det är så tungt på många socialkontor och allt fler barn som far illa som behöver stöd direkt.

"Om man ska ha kontinuitet i någon verksamhet så är det väl barnpsykiatri, liksom!"

(Barnläkaren)

6. Slutdiskussion

Vi började vårt arbete med denna undersökning utan någon egentlig kunskap om barn med depression. Vi tyckte att ämnet var intressant med tanke på att det är något som vi visste fanns, men vi hade ingen aning om hur det bemöttes i praktiken eller hur välkänt det var. Ju mer vi läste om ämnet ju mer intressant blev det och arbetet fick en liten nisch då vi antog ett professionellt perspektiv och kikade närmre på psykofarmaka och behandling av barndepression.

Slutsatserna vi kan redovisa efter detta arbete är kanske färre än alla frågeställningar och den växande nyfikenhet arbetet har gett oss. Men våra frågeställningar och syfte med undersökningen är besvarade.

När det gäller förekomsten och hur omtalat barndepression är hos våra intervjupersoner så tycks det inte pratas så mycket om det i just skolmiljön. Hos psykiatrikern, barnläkaren och kuratorn på BUP är det däremot, av naturliga skäl, något som är mer naturligt även om BUP-kuratorn underströk att det är ovanligt med en så kallad "ren depression" hos barn. I skolan talas det om barndepression hos våra intervjupersoner, men frågan är hur medvetna de är om det själva? Vi menar att de i princip räknar upp alla symtom som specialisterna på barndepression gör, men ändå väcker vi som intervjuar dem en massa nya frågor och funderingar kring ämnet och hos flera av dem verkar ett ljus gå upp för dem och en bekräftelse på att detta är något som bör belysas mer. I skolmiljön tycks det finnas gott om resurser att tillgå när det gäller dessa barn i form av elevhälsa, skolsköterskor, kuratorer, psykologer och även läkare. Nästan alla intervjupersoner talar också om kommunens olika stödgrupper för barn med olika problematik hemma, exempelvis våld, missbruk och psykisk ohälsa. Frågan vi ställer oss är huruvida depression hos barn ska kunna bemötas i deras "andra hem", nämligen skolan, om det inte finns riktlinjer kring det? Skolkuratorn talar till och med om att BUP har så fullt upp att skolan får ta allt mer ansvar och kanske göra saker som inte ligger i deras uppdrag. Krävs det då inte en handlingsplan som är mer specifik kring dessa barn? Någon som ytterligare beskriver problemet med resurserna är barnläkaren, som använder ordet *kaos* angående BUP i hans kommun.

Symtombilden ser i en översikt ganska lika ut hos alla våra intervjupersoner. Frånvaro i skolan/att man stannar hemma, trötthet, utåtagerande beteende, nedstämdhet och saker som brukade vara roligt inte är det längre.

Näst intill alla intervjupersoner nämner också de psykosomatiska symtomen. Det vill säga att många barn till följd av sin psykiska ohälsa ofta får ont i magen, benen eller huvudet som exempel. Detta kan ibland bero på att de riktigt små barnen kan ha svårt att sätta ord på sina känslor på grund av att de inte har utvecklats helt kognitivt. Barnläkaren understryker även vikten av att ta dessa symtom på allvar eftersom det när en depression ger kroppsliga symtom är ett tecken på att det är allvarligt. Vidare nämner han även hypokondri som ett intressant symtom. Den skeva kroppsuppfattningen och ätstörningar är något som vi tror, utan någon forskning i ryggen, är på väg nedåt i åldrarna på grund av media och all propaganda kring hur en kropp ska se ut. Barnläkaren säger att det i botten på ätstörningarna ofta finns depressivitet, vilket får oss att ännu mer inse vikten av att vara medveten om riskerna som finns för barn att utveckla depression.

Angående läkemedel ställer sig samtliga intervjupersoner sig positiva till behandling ifall det kan förhindra självmord, förbättra livskvalitén eller göra barnet mer mottaglig för terapeutisk behandling. Men alla verkar eniga om att detta sker sällan och i de svåraste fallen. Det verkar också finnas en större medvetenhet och ett större reflekterande än vad vi trodde kring riskerna med SSRI-preparat till barn.

Något vi finner fascinerande är att det vid några intervjuer bland annat talas om medicinering av barn med ADHD, och att det där går att se mycket positiva förändringar i många fall. Det vi anser är intressant är diskussionen kring diagnoser, där just ADHD är så vanligt förekommande idag, men när det kommer till depression hos barn så upplevde vi hos många utav våra intervjupersoner att det inte var ett ord man gärna använde. Psykiatrikern vi intervjuade menade bland annat att förekomsten av depression har minskat eller är konstant, men att depression i samband med andra diagnoser har ökat. Vad säger detta oss? Vi finner det oroväckande och intressant att det så enkelt går att sätta andra diagnoser på små barn, men en depressionsdiagnos som går att behandla och bli kvitt sätts sällan. Varför är det enklare att sätta en diagnos man får leva med hela livet? Hade svaren i våra intervjuer sett annorlunda ut om vi hade talat om *nedstämda* barn istället för *deprimerade* barn?

De intervjupersoner som är verksamma inom skolmiljön, samt kuratorn på BUP, nämnde invandrabarnen som en grupp individer som har det tufft och kämpigt, antingen på grund av egna trauman från kriget, eller som arv från föräldrarna som kanske utvecklade relationsstörningar på grund av sina egna hemska upplevelser från det forna hemlandet. Detta tycks vara något som diskuteras i skolvärlden, och med tanke på att Sverige har och tar emot mycket invandrare som integreras i våra skolor så krävs det därmed också en ökad expertis och kunskap om hur man ska bemöta dessa barn och deras familjer. Sverige och västvärlden har sina manualer och kriterier kring depression. Men går det alltid att applicera på en familj från ett krigsdrabbat land? Eller hamnar de mellan stolarna eller får andra diagnoser? Många nya frågeställningar har väckts under arbetets gång, och detta är en av sakerna vi skulle kunna skriva ytterligare en uppsats om.

Föräldrarnas roll och i vissa fall *skuld* i sina barns mående blev berört hos samtliga intervjupersoner. Vissa intervjupersoner nämnde detta som direkt orsak till barnens psykiska ohälsa. Föräldrarna spelar således en så avgörande roll i barnets liv att det kan göra skillnad på liv och död. Vår studie har fått oss att inse ännu mer hur mycket skuld och skam en förälder kan generera till sitt barn och även här skulle vi kunna göra en helt ny undersökning med fokus på föräldrarna, relationsstörningar med anknytningssvårigheter, brister i omvårdnad och hur problemen hemma förs vidare i det sociala arvet.

Från början hade vi ett ganska stort fokus på debatten om antidepressiva läkemedel till barn och även det har fått oss att fundera mycket kring mediciners roll i vårt samhälle. Det är som nämnt ovan inte ovanligt att medicinera barn med ADHD, men som BUP-kuratorn nämnde så har vi ingen aning om hur saker och ting kommer se ut eller te sig om vi börjar ge piller till barn från att de är 9-år. Våra diskussioner kring detta har oundvikligen berört läkemedelsindustrin och dess påverkan. Vi har inga svar på varför det är lagligt med SSRI-preparat i Europa trots att det inte tycks finnas några undersökningar som garanterar en säkerhet på lång sikt med dessa preparat.

Våra intervjupersoner bekräftar denna osäkerhet, men eftersom de vi intervjuat i det stora hela ändå är en droppe i den stora oceanen av alla som arbetar med barn i detta land så förstår vi också att det kan finnas de med befogenheten och expertisen att skriva ut dessa preparat som kan tycka att det är en bra åtgärd. Vår farhåga i denna diskussion är att hela läkemedelsbranschen kommer ta över och påverka professionella till att

behandla allt fler barn med antidepressiva och att det hela blir en fråga om pengar och makt och att ett samhälle där ett piller botar allt, får allt mer fokus. Men även detta är en annan uppsats. Många av de vi intervjuade berättade för oss hur intressant de tyckte att vårt ämnesval var och de lade även till hur viktigt det är samt att det är något som verkligen behöver belysas.

Uppsatsen har gett oss otroligt mycket kunskap och en hel uppsjö av nya funderingar och perspektiv. Men framförallt har den gett oss en stor motivation till att möta dessa barn och arbeta för deras välmående.

7. Referenslista

- Ahrne, G & Svensson P, *Handbok i kvalitativa metoder*, 2011, Malmö: Liber AB.
- Arlebrink, J, *Grundläggande vårdetik - teori och praktik*, 1996, Lund: Studentlitteratur.
- Aspers, P, *Etnografiska metoder*, 2007, Malmö: Liber AB.
- Blennberger, E, *Etik i socialpolitik och socialt arbete*, 2005, Lund: Studentlitteratur AB.
- Broberg, A, Almqvist K, Tjus, T, *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar*, 2009, Stockholm: Natur & Kultur.
- Bryman, A, *Samhällsvetenskapliga metoder*, 2011, Malmö: Liber AB.
- Collste, G, *Inledning till etiken*, 2010, Lund: Studentlitteratur AB.
- FDA U.S Food and drug Administration (2003) Patient Safety News #14 “Approval of Prozac for Pediatric Use” (elektronisk)
<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/psn/printer.cfm?id=7> (2001-11-09)
- Hojman, H, 2011, Medication – what role does and should it play in treating children and teens, *The Brown University Child and Adolescent Behavioral Letter*, 27, 7,s. 1, 5-6.
- Jönsson, H, *Sociala problem som perspektiv – en ansats för forskning och socialt arbete*, 2010, Malmö: Liber AB.
- Läkemedelsverket (2005) ”Behandlingsrekommendationer” (elektronisk)
<http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/depressionbarn.pdf> (2011-10-21)
- Läkemedelsverket (2004) ”Information om depressionsbehandling med SSRI-läkemedel till barn, ungdomar och unga vuxna” (elektronisk)
<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER---2004/Information-om-depressionsbehandling-med-SSRI-lakemedel-till-barn-ungdomar-och-unga-vuxna/> (2011-10-21)
- Läkemedelsverkets Nyheter (2006) ”Fontex/Prozac (fluoxetin) godkänns för behandling av depression hos barn och ungdomar” (elektronisk)

- <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2006/FontexProzac-fluoxetin-godkanns-for-behandling-av-depression-hos-barn-och-ungdomar/> (2011-10-21)
- MNT, Medical News Today (2003) "UK - Major antidepressants banned - suicide threat" (elektronisk)
<http://www.medicalnewstoday.com/releases/4861.php> (2011-11-09)
 - Nilzon, K, *Barn och depression*, 1995, Lund: Studentlitteratur.
 - Socialstyrelsen, en kunskapsammanfattning (2010) "Ledsna barn" (elektronisk)
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17952/2010-3-7.pdf>
 - Socialstyrelsen (2010) "Nationella riktlinjer för barn och ungdomar med medelsvår egentlig depressionsepisod" (elektronisk)
http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinje_rna/barnochungdomarmedmedelsvarege2 (2011-11-09)
 - Svensson, K, Johnsson, E, Laanemets, L, *Handlingsutrymme – utmaningar i socialt arbete*, 2008, Stockholm: Natur & Kultur.
 - Sydsvenskan, Rosén, S (2006) "Barndepressioner kräver snabb vård" (elektronisk)
<http://www.sydsvenskan.se/vetenskap/halsa/article166634/Barndepressioner-kraver-snabb-vard.html> (2011-10-21)
 - Terapisnack - Sveriges forum för terapeuter och patienter.
<http://www.terapisnack.com/topic/depression-15> (2011-10-21)
 - The Guardian, Boseley, S (2004) "Safety alert on adult use of antidepressants" (elektronisk)
<http://www.guardian.co.uk/news/2004/jun/14/uknews> (2011-11-09)
 - The Independent, Laurance, J, (2005) "Britain set for clash with Europe over ban on Prozac for under -18s" (elektronisk)
<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/britain-set-for-clash-with-europe-over-ban-on-prozac-for-under18s-6147526.html> (2011-11-09)
 - Tännsjö, T, *Grundbok i normativ etik*, 2000, Stockholm: Thales.
 - Van Zwieten –Boot, B (2005) Bedömningsrapport (elektronisk)
<http://jannel.se/ProzacDutchAssessment31October2005.pdf> (2001-10-21)
 - Vetenskapsrådet, Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (elektronisk)

<http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2011-10-24)

- Wagner Dineen, K, 2005, Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents, *Progress in Neuro – Psyckopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, s. 819-826.

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1

Intervjuguide.

1. Berätta lite om hur barnet brukar bli aktuellt här hos er?
2. Hur ser ditt arbete ut med dessa barn, vilken är din huvudroll?
3. Hur går du tillväga när du misstänker att ett barn är deprimerat?
4. Vem brukar oftast slå larm?
5. Vilka symtom brukar han/hon uppvisa när det finns misstanke om depression?
6. Hur uttrycker barnet själv sin depression?
7. Vilka åtgärder finns att sätta in?
8. Vad anser du vara de vanligaste orsakerna till att ett så litet barn blir deprimerat?
9. Var anser du gränsen gå mellan vanlig nedstämdhet och depression?
10. Sker det någon uppföljning för barnet då det har varit aktuellt här? Hur ser den i så fall ut?
11. I din profession, har du stött på många barn där det finns misstanke om depression?
12. Upplever du att antalet deprimerade barn har ökat eller minskat under din tid här?
13. Inom ditt yrkesfält, talas det om deprimerade barn och i vilken omfattning?
14. När det gäller att samtala med barn med depression, vad är viktigt att tänka på och hur kan ett sådant samtal se ut?
15. Känner du till debatten kring antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar?
16. Vad ser du för nackdelar med farmakologisk behandling?
17. Vad ser du för fördelar med farmakologisk behandling?
18. I debatten kring antidepressiva läkemedel till barn talas det om bl.a. ökad risk för suicidala tankar. Är detta något du har uppmärksammat och vad är dina tankar kring det?

8.2 Bilaga 2



VÅRDINTYG

enligt 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Detta intyg avser

4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

5 § lagen om rättspsykiatrisk vård

Vårdintyget utfärdat den

Den undersökte

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postort
Folksam		

Läkarens redogörelse för de omständigheter som föranleder vårdbehovet

ANAMNES	<p>BAKGRUND Ange relevanta uppgifter för bedömning av vårdbehovet, t.ex. tidigare ohälsa och vård samt sociala förhållanden</p> <p>Omständighet, förflossning och tidigare förhållanden väsentligen v.a. Ingen känd anamnes för psykisk sjuk med undantag av moderns kusin som varit intaget på S:t Lars.</p> <p>I samband med skolstarten inträffade förändring i kompisgruppen. ... upplevde sig djupt sviken och kränkt och var sedan i klass isolerat sig från kompisar. Tillståndet har gradvis förvärrats de senaste veckorna så att ... vägrar gå i skolan, isolerar sig även från sina bästa vänner, har tappat energi, initiativ, mivst, aptit och nästan all sömn. Långt efter att de och planerar aktivt sitt självmord. Vill endast leva tills hon avslutat bok som nästan är klar. Vägrar medicin. Säger att hon inte har någon fancy. Har tråkigt sig att skära upp pulsåderna.</p>
---------	--

♀ 12 år

SoS-42028 2015-12.pdf

NUVARANDE TILLSTÅND

Redogör för den psykiska störningen, dess utveckling och huvudsymtom enligt den undersöktes och/eller andra personers beskrivning (om andra personer lämnat uppgifter, anges detta). Ange de förhållanden som nödvändiggör intagning på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård

Tänker otydligt på döden och planerar allt för sitt liv. Har outhärliga ångestkänslor, sover inte mer än 2-3 timmar per natt, äter bara om hon frångås till det, saknar initiativförmåga, upplever inga känslor, ser allt i svart, ser inga andra utväg än döden som befrielse.

STATUS**SOMATISKT**

Redovisa resultatet av den somatiska undersökningen

Ej gjord

PSYKISKT

Anga vid undersökningen iaktagna avvikelser som är av betydelse för bedömningen av vårdbehov och diagnos, t.ex. vakenhetsgrad, orientering, upprådande, tal, sinnesstämning, minne, förvirring, tankeförlopp, tankestörningar, hallucinationer, vanföreställningar, självmordstankar och/eller självmordsplaner. Ange även den undersöktes insikt om behov av vård och stöd

Sitter apatiskt med orolig mi, armarna i kors, huvudet ner och blickar över axlarna. Sämst ställningstje. Notariska och kognitiva nedsättning. Svarar med lågt förordigt och ibland ej alls på tilltal. Depressiva vanföreställningar.

Den undersökte

Efternamn och förnamn

Personnummer

SAMMAN-
FATTNING

De uppgifter och iakttagelser som ligger till grund för läkarens bedömning om förutsättningarna för tvångsvård. Avser vårdtyget 4 eller 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård skall förutsättningarna redovisas under 1, 2a och 3 samt även under 4 om vårdtyget avser 11 §.

1) Den undersökte lider av allvarlig psykisk störning p.g.a.:

oförmåga att sova, äta, koncentrera sig
på omgivningen, vanföreställning av
depressiv karaktär, uttalad suicid-
avsikt.

2 a) Den undersökte är i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och går inte att behandla i öppenvård (t.ex. i hemmet, i särskilda boendeformer, på behandlingshem eller på en sjukvårdsnärhet för somatisk vård) p.g.a.:

Uttalad rymnings- och
suicid-avsikt.

2 b) Den undersökte är i behov av rättspsykiatrisk vård och går inte att behandla där denne nu är frihetsberövad (häkte, särskilt ungdomshem eller kriminalvårdsanstalt) p.g.a.:

3) Den undersökte har följande inställning till erbjuden vård:

Vägrar all vård - vill bara dö.

4) Den undersökte kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan p.g.a.:

Suicidavsikt.