



Linnéuniversitetet

Institutionen för Kemi och Biomedicin

Examensarbete

**Varför har förskrivningen av antidepressiva
läkemedel ökat bland barn och ungdomar?**

Johanna Lindahl
Huvudområde: Farmaci
Nivå: C
Nr: 2016:F14

Varför har förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat bland barn och ungdomar?

Johanna Lindahl

Examensarbete i Farmaci 15hp
Filosofie kandidatexamen
Farmaceutprogrammet 180hp
Linnéuniversitetet, Kalmar

Handledare
Christer Berg

Examinator: Thomas Näsström

Opponent Kristina Magnusson

Adress
Inst. För Kemi och
Biomedicin
SE-391 82 Kalmar

Sammanfattning

Depression är idag en folksjukdom som bara växer. Under de senaste åren lider allt fler barn och ungdomar av depression. De vanligaste orsakerna till depression är någon form av stress, trauma men även miljö och arv kan vara en orsak. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökar och barn behandlas idag allt mer med farmakologisk behandling framförallt med SSRI preparat. **Syfte:** Undersöka varför förskrivningen av antidepressiva läkemedel till barn har ökat. **Metod:** Registerstudie och djupintervjuer av bland annat kuratorer och läkare. **Resultat:** Sjukdomen depression växer och 6 % av barnen år 2015 i åldrarna 0-19 år i Sverige lider av depression. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat med 89 % under en 10årsperiod i följd av ökad depression hos barn. En faktor till att depressionen har ökat bland barn är ett förändrat samhälle med högre krav och mer stress bland barnen. Kunskapen om depression och dess behandling har ökat och det kan ha en bidragande faktor till att förskrivningen har ökat. **Slutsats:** Förskrivandet av antidepressiva läkemedel har ökat på grund av en övergripande faktor som förändrad livsstil samt ökad kunskap om sjukdomen.

ABSTRACT

Depression is one of Sweden's most common diseases. In recent years, more and more children and adolescents are diagnosed with depression and the disease continues to increase in numbers. Most common causes of depression are any kind of stress, trauma, surrounding impacts and inherited symptoms. Due to this, prescriptions of antidepressants have increased and the most commonly used drugs for children and adolescents are SSRI-drugs.

The **purpose** of this study is to examine the underlying reasons for increased prescription of antidepressants. I will also investigate how many children there is who currently takes antidepressants in Sweden and how many children there is suffering from depression. The study will be conducted through two different **methods**, a registry study and through interviews. For the interview study, five respondents were chosen all with different task assignments like counselors, psychologists, and child psychiatrists.

The **result** for this study all showed that the prevalence of depression continues to increase. In 2015 6 % of children in Sweden aged 0-19 were diagnosed with depression. Although the number of prescriptions on SSRI-drugs almost doubled during the last ten year period, this group of drugs constitutes the treatment option for only one fifth of the patients. The treatment of choice is cognitive behavior treatment for mild and moderate depression.

Factors that are contributing to a diminished mental health among young people according to the interviews among healthcare professionals are both a changed society but also changed lifestyles that are major causes. Children feel more stress and demands in today's society that has been a contributing factor. They will nowadays make more decisions and plan their time and schooling, something that younger children cannot handle. Factors that might explain the increased use of SSRI-drugs is the rapidly increasing demand of drugs.

Today there are more doctors available in the society. The doctor's knowledge has increased as well as for parents and teachers when it comes to depression and the drugs that work well against it. As a **conclusion** to epitomize this report, the prescription of antidepressants has increased due to an overall factor like lifestyle changes and increased knowledge.

FÖRKORTNINGAR

ADHD- Attention deficit hyperactivity disorder

BUP - Barn och ungdomspsykiatri

CNS- Centrala nervsystemet

DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders five.

DC0-3 - Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood

DDD- Daily defined dose

KBT - Kognitiv beteende terapi

SSRI- Selektiva serotoninåterupptagshämmare

SCB- Statistiska centralbyrån

5HT- 5-hydroxitryptamine receptors

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRAKT	3
FÖRKORTNINGAR	4
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	5
INTRODUKTION	6
INLEDNING	6
DEPRESSION	6
SYMPTOM.....	6
PREVALENS	7
DIAGNOS	7
<i>DSM-5</i>	8
BEHANDLING	8
<i>Psykologisk behandling</i>	8
<i>Farmakologisk behandling</i>	9
SYFTE.....	10
METOD	11
REGISTERSTUDIE.....	11
INTERVJUSTUDIE.....	11
URVAL	11
KONTAKT MED RESPONDENTER.....	12
INTERVJU – TILLVÄGAGÅNGSÄTT.....	12
EFTERBEHANDLING AV MATERIAL FRÅN INTERVJUER	12
RESULTAT	13
PREVALENS AV DEPRESSION I SVERIGE 2006 OCH 2014	15
RESULTAT INTERVJU STUDIE.....	16
<i>Presentation av respondenterna</i>	16
SAMMANSTÄLLNING	18
DISKUSSION	24
METOD DISKUSSION.....	24
<i>Reliabilitet och validitet</i>	24
VALET AV RESPONDENTER	25
RESULTAT DISKUSSION	25
SLUTSATS	28
TACKORD	29
REFERENSER	30
APPENDIX	32
BILAGA 1.....	32
BILAGA 2.....	34

INTRODUKTION

Inledning

Depression är en av Sveriges vanligaste sjukdomar och klassas idag som en folksjukdom. Många människor i Sverige och runt om i världen lider av depression (Dahlström 2014). Det finns flera olika former och grader av depression. Det som förknippas med depression är främst nedstämdhet (Wasserman 2003). Nedstämdhet kan alla personer uppleva någon gång i livet på grund av olika orsaker. Oftast går det över av sig själv utan någon form av behandling. I vissa fall kan nedstämdheten kvarstå under en längre tid, och man får allt mer uttalade symtom (Dahlström 2014). Idag drabbas allt fler barn av depression och sjukdomsmönstret sjunker mer och mer i åldrarna. Även förskrivningen och användningen av antidepressiva läkemedel har ökat kraftigt de senaste åren bland barn och ungdomar (Socialstyrelsen).

Depression

Depression är en psykisk sjukdom som kan drabba alla människor, män och kvinnor, vuxna och barn. Det finns flera olika typer och även olika grader av depression. Det finns lättare typer av depression, årstidsdepression där vinterdepressionen är vanligt förekommande. Den vanligaste typen av depression är ”Egentlig depression” och den delas in i lätt, medelsvår och svår. Det finns även två andra kategorier av depression och det är melankoli och dystymi. Melankoli är den svåraste formen av depression och vid den graden av depression så har personen mycket dålig självkänsla och många har självmordstankar. Dystymi är en diagnos man får när man har lidit av depression under en längre tid i flera år (Dahlström 2014, Wasserman 2003).

Symptom

Symtomen på en depression är många. De flesta förknippar depression med nedstämdhet. Bland barn och ungdomar är symtomen inte bara nedstämdhet. Symtomen kan vara mycket varierande beroende på om det är ett spädbarn, ett litet barn eller en tonåring som bär på en depression. De allra minsta barnen, spädbarn har symtom som är kopplade till deras ätande och sömn. De får regleringssvårigheter (BUP Stockholm 2015). De mindre barnen kan ha flera olika symtom som varierar från individ till individ, som till exempel minskat intresse för lek och skoj, koncentrationssvårigheter och ibland hyperaktivitet. Vissa barn är tillbakadragna medan andra är bråkiga och störiga i sitt beteende. Vissa visar även upp en form av aggressivt beteende (Wasserman 2003). De flesta barnen uppvisas håglöshet och hos många så påverkas även aptiten. Barnen klagar ofta över huvudvärk eller somatiska symtom som magont (BUP 2015). Tonåringar har liknande symtom som hos vuxna personer, som lider av depression. Här är de vanligaste symtomen: humörsväningar där de ena stunden har en känsla och nästa sekund en annan

känsla. Oftast handlar det om att de känner hopplöshet, ilska, förtvivlan, är tjuriga, ledsna och har skuld känslor. Det är mycket vanligt att de känner panik och drabbas av gråtattacker (Olsson 2013). När depressionen är allvarlig så finns det symptom som självmordstankar och självmordsförsök. Detta är något som både drabbar barn, tonåringar och vuxna (BUP Stockholm 2015).

Prevalens

I Sverige beräknas ungefär 900 000 människor lida av någon slags depression och ångest sjukdom (Persson, Socialstyrelsen 2010). Depressionssjukdomen finns i hela världen. Ungefär var femte person i västvärlden kommer någon gång under sin livstid att drabbas av en depression. (SBU, behandling av depression). Bland barn och ungdomar så ökar antalet deprimerade. Mellan 6-10 % av alla tonåringar lider av depression. Flickor är oftare drabbade än pojkar. Studier visar på att det är 2-4 gånger fler flickor än pojkar som drabbas av depression i tonåren. Bland de yngre barnen är det inte lika många som lider av depression i åldrarna 8-12 år om man jämför med de äldre barnen i tonåren. Det är ca 2-5 % i åldrarna 8-12 år som lider av sjukdomen depression. Det finns studier som visar att ca 2 % av barnen under 7 år lider av depression (BUP Stockholm 2015).

Orsaker

Depression hos barn är en multifaktoriell sjukdom. Det kan vara bakomliggande genetiska faktorer, omgivningsfaktorer som trauma, stress eller förlust av någon nära som ger upphov till depression (Wasserman 2003). Det kan också bero på en annan bakomliggande sjukdom som orsakar sjukdomen. Det kan vara barn som är diagnostiserade med en annan psykisk sjukdom som t.ex. ADHD, Aperia, eller har genomgått någon större operation eller har någon annan typ av funktionshinder. Dessa barn kan efter en tid utveckla depression på grund utav sin tidigare sjukdom. Det är väldigt individuellt om hur känslig och mottaglig personen är (BUP Stockholm 2015, Wasserman 2003).

Diagnos

När ett barn eller tonåring visar tendenser till depression, oro eller ångest så är det oftast någon i barnens närhet som reagerar. Det kan vara vänner, familj eller lärare, detta leder till att man kontaktar en kurator eller psykolog för att barnet ska få chansen att prata om sina problem och tankar. Oftast hjälper det att bara prata med någon, exempel en skolkurator för att bli av med sin oro eller ångest. Har man däremot haft denna oro och ångest känsla under en längre tid så brukar skolan eller föräldrarna själva kontakta Barn och ungdomspsykiatri (BUP) (Olsson 2013).

På BUP får barnet träffa både psykologer och läkare. Innan diagnosen depression ställs undersöker man patienten, för att utesluta organiska sjukdomar, och stämmer av sjukdomsbilden mot de kriterier som finns angivna i DSM-5, en manual för

diagnostik av psykiska sjukdomar (Wasserman 2003). Se bilaga 1. Barnet måste uppfylla minst fem stycken av kriterierna under minst en två veckors period för att få diagnosen depression (BUP Stockholm 2015, Anderson 2012). När barnen är yngre så går det inte att använda DSM-5 utan då använder man en annan manual som heter DC 0-3 och den används till barn upp till 3 år (BUP Stockholm 2015).

DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders är en manual i vilken kriterier finns angivna för diagnostik av psykiatriska sjukdomar. Dessa kriterier används som ett instrument för att ställa diagnosen depression. Om kriterierna är uppfyllda för diagnosen depression eller inte fastställts genom ett frågeformulär med 17 frågor på olika symtom i sjukdomsbilden. Frågor som bl.a. berör hur barnet upplever sitt humör, sömn och tankar. Dessa frågor bedöms på en 0-4 skala där 0 är inget symtom och 4 är mycket besvär nästan varje dag (American Psychiatric 2002, Wasserman 2003). Se under Appendix bilaga 1.

Innan man startar en behandling så görs en bedömning av hur djup depressionen är, och hur länge barnet har lidit av den. Depression delas in i lindrig, måttlig, svår samt svårbehandlad. Efter denna bedömning påbörjar man behandlingen som är beroende på hur djup depressionen är och hur länge den varat (BUP Stockholm 2015, Olsson 2013).

Behandling

Behandlingen av depressioner delas in i tre olika faser. Dessa faser kallas akut behandling, bibehållande behandling och underhållsbehandling.

Behandlingsmetoderna varierar beroende på svårighetsgraden av depression som barnet har. Steg 1 i behandlingen är psykopedagogiska behandlingsmetoder där man har samtalsträffar med barnet tillsammans med familjen. I detta steg arbetar man med att informera både barnet och familjen om barnets tillstånd och hur de ska arbeta tillsammans för att undvika återfall och få en större förståelse och bättre chans att minska de stressfaktorer som barnet upplever. Detta steg omfattar en 4-8 veckors behandling och är det man brukar använda sig av vid lindrig till måttlig depression. Skulle inte denna behandling fungera så lägger man oftast till farmalogiskt behandling och fortsätter med steg 2 =Kognitiv beteendeterapi (KBT) (BUP Stockholm 2015).

Psykologisk behandling

Nästa steg i behandlingstrappan (Steg 2) är psykologbehandling. Det kan i vissa fall behöva kombineras med farmalogisk behandling. Kognitiv beteendeterapi är den

vanligaste formen av psykolog behandling av barn (BUP, Stockholm 2015, Olsson 2013).

Kognitiv beteende terapi är en terapibehandling där patienten själv måste vara väldigt aktiv för att behandlingen ska fungera. Terapin handlar främst om personers tankar och dess innehåll. Oftast är tankarna mer åt det negativa hållet. Målet är då att få barnet eller ungdomen att förändra sitt tankesätt. Det är en behandlingsform som ska få personen att själv förstå och ändra sitt beteendemönster när personen får negativa tankar (Adolfson & Elmfeldt 2008, Olsson 2013).

Farmakologisk behandling

Vid svårare och djupare depressioner behandlas barnen farmakologisk direkt innan psykologbehandling påbörjas. Den farmakologiska behandlingen som används vid depression är antidepressiva läkemedel. Det finns fyra olika kategorier av antidepressiva läkemedel, icke selektiva monoaminåterupptagshämmare, selektiva serotoninåterupptagshämmare, monoaminooxidashämmare och övriga antidepressiva (Wasserman 2003).

Symtombilden vid depressioner är olika från person till person och därför behandlas patienten efter dess behov. Förstahandspreparatet vid depression är selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och används till både barn och tonåringar samt till vuxna. Att preparatet även används långt ner i åldrarna beror på att det är färre biverkningar på detta läkemedel jämfört med tidigare använda antidepressiva läkemedel (Wasserman 2003).

Barn och tonåringar behandlas först och främst med sertralin och fluoxetin enligt socialstyrelsens statistik (Socialstyrelsen). Sertralin används mot egentlig depression men också mot tvångssyndrom och socialfobi. Fluoxetin används mot måttlig till svår depression hos barn och ungdomar (FASS). Därutöver används även, fast i mindre utsträckning icke selektiva monoaminåterupptagshämmare så som amitriptylin och ”övriga” antidepressiva läkemedel används men i mindre utsträckning där finns bland annat mirtazapin som är en presynaptisk alfa 2-antagonist och venlafaxin som är en SNRI som står för serotonin och noradrenalin återupptagshämmare (FASS, Socialstyrelsen).

SSRI-preparat verkar genom att hämma återupptaget av signalsubstansen serotonin i CNS neuronerna. Detta gör att serotonins koncentration blir högre i synapserna. (Wasserman, FASS).

SSRI-preparat kan ge biverkningar, men de är inte lika uttalade som för tricykliskt antidepressiva (Wasserman 2003). Anledningen till att man får biverkningar av SSRI-preparaten är att läkemedlen påverkar vissa subgrupper av 5-HT (serotonin) -receptorer. Vanliga biverkningar är diarré och det får man på grund av stimulering av 5HT 3-receptorn. En annan biverkning får man för att 5 HT 2-receptorn

stimuleras och det ger en minskad sexuell lust. Sömnsvårigheter, illamående och huvudvärk är andra biverkningar man ofta kan se vid behandling med SSRI-preparat (Wasserman 2003).

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om användandet av antidepressiva läkemedel hos barn och ungdomar med depression har ökat under den senaste 10-årsperioden och i så fall varför.

Frågeställningar

1. Hur har förskrivningsmönstret för läkemedel mot depression förändrats i relation till förskrivningen av alla andra läkemedel?
2. Hur många av barn och ungdomar som fått diagnosen depression 2015 behandlas med antidepressiva läkemedel?
3. Varför får allt fler barn och ungdomar diagnosen depression, och vad är orsaken till detta?

METOD

Registerstudie

I detta arbete används två olika metoder för att besvara tre frågeställningar. Dels registerdata (fråga 1-2), dels riktade intervjuer (fråga 3).

Data för att besvara fråga ett om förskrivningsmönstret av antidepressiva läkemedel är hämtat från Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel (Socialstyrelsens Statistikdatabas). Databasen innehåller information om alla läkemedel som expedierats på recept från apotek i Sverige under 10 -perioden 2006-2016, och är fördelad ner på läkemedlens substansnivå (7-ställig ATC kod) och patientens ålder, kön och län. Utfallsvariabler anges i form av antal förpackningar och DDD (Daily Defined Dose). Dessa variabler är även fördelade per 1000 invånare för geografiska jämförelser.

För att besvara frågeställning två, har prevalensdata över depression hämtats från boken Riktlinjer för stöd av behandling och bedömning (BUP Stockholm 2015). För beräkning av procentsiffror har befolkningsdata hämtats från Statistiska Centralbyrån. Statistik över hur många barn i åldrarna 0-19 som levde i Sverige året 2015 (SCB statistikdatabas).

Intervjustudie

För att få fram ett svar på den tredje frågeställningen gjordes djupintervjuer med fem respondenter som hade stor kunskap och erfarenhet inom ämnet depression bland barn och ungdomar. Inför intervjuerna togs en intervjuguide fram. Intervjuguiden innehöll frågor som rörde sjukdomen depression bland barn och ungdomar så som orsaker och behandlingar samt frågor som rörde förskrivning av antidepressiva läkemedel. Se bilaga 2 för intervjuguide. Intervjuguiden delades in i olika större teman som sedan kunde fördjupas genom att ställa följdfrågor. På så vis erhöles en mer öppen och fördjupad intervju (Dalen 2007).

Urval

Inkluderingskraven som ställdes inför valet av respondenter var.

- Aktivt arbetande med barn och ungdomar idag
- Kurator, psykolog och läkare
- Verksam i Södermanland
- Tillgänglig under tiden februari till april
- Flerårig erfarenhet av yrket med barn och ungdomar.

Exkluderingskraven som ställdes inför valet av respondenter var.

- Övrig vårdpersonal, sjuksystrar, distrikssköterska och annan läkare.
- De som inte längre arbetade med barn och ungdomar.
- Personer som var verksamma i andra län.
- Personer som inte var tillgängliga under perioden februari-april.

Kontakt med respondenter

Via internet söktes information om vilka läkare, psykologer och kuratorer som var verksamma inom ungdomspsykiatri i Sörmlands län. Med hjälp av mina inkluderingskrav så valdes lämpliga personer ut. Dessa kontaktades via telefon, där de tillfrågades om att delta i undersökningen, efter att mål och syfte beskrivits. Läkarna kontaktades inte personligen utan kontaktades via deras arbetsledare/områdeschef. Där personalen på avdelningen tillsammans valde ut lämpliga respondenter som passade intervjun och dess syfte.

Intervju – tillvägagångsätt

Intervjun började med att intervjuaren presenterade sig och syfte med intervjun förklarades. För att informatören skulle känna sig avslappnad och bekväm, började intervjun med frågor av mer yttlig natur, för att sedan fördjupas inom de specifika frågeställningarna. De frågor som ställdes under intervjun var både slutna och öppna frågor. De öppna frågorna ställdes så att informatören fick chans att själv berätta så mycket som möjligt kring området. Vid vissa frågor ställdes flera följdfrågor kring de olika frågorna för att få svar på eventuella frågetecken samt för att få en mer fördjupad och klarare bild inom vissa teman. Fyra av intervjuerna gjordes på informatörernas arbetsplats och en intervju gjordes via telefon. Alla fem intervjuer spelades in.

Efterbehandling av material från intervjuer

Intervjuerna spelades in och detta material behandlades sedan. Första steget i efterbehandlingen var att transkribera de ljudfiler som sparats vid varje intervju. Dokumenten och de anteckningar som gjordes under intervjun behandlades och de viktigaste delarna ur varje intervju markerades och sparades i ett annat dokument. Detta gjordes för att plocka ut de viktigaste som rörde syftet och frågeställningarna. Sedan valdes 6 stycken frågor ut, dessa frågor var de som berörde frågeställningen och syftet mest. Dokumenten med de 6 frågorna som valdes ut ifrån den transkriberade intervjun analyserades (Dalen 2007).

RESULTAT

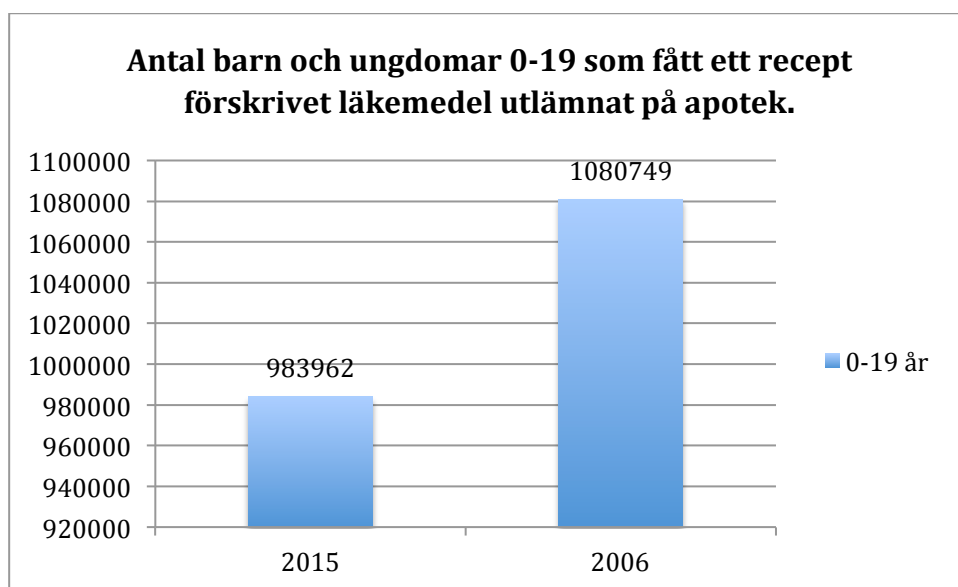
Registerstudie

I första delen av registerstudien var syftet att beskriva hur förskrivningsmönstret för läkemedel mot depression förändrats i relation till förskrivningen av alla andra läkemedel.

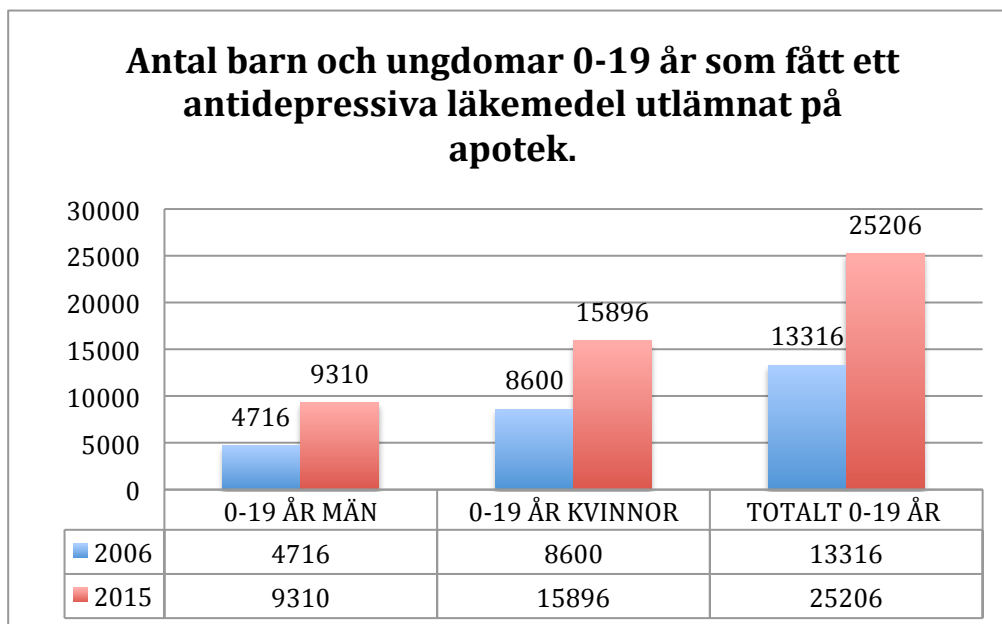
År 2006 lämnades det ut antidepressiva läkemedel (ATC-kod N06A) till 13 316 stycken barn och ungdomar i åldrarna 0-19 år från landets apotek. Tio år senare, år 2015 så hade antalet behandlade patienter ökat till 25 206, vilket ger en ökning på närmare 12 000 behandlade barn och ungdomar (+89 %). (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Vid studie av den totala förskrivningen av läkemedel till barn och ungdomar upp till 19 år så finner man att år 2006 så lämnades det ut läkemedel till 1 080 749 barn och ungdomar i åldrarna 0-19 år. År 2015 minskade den siffran till 983 962. Det är en minskning på c:a 97 000 (-9 %) (Socialstyrelsen Statistikdatabas).

Förskrivningen av antidepressiva läkemedels förskrivning har ökat varje år och har under den senaste 10-årsperioden nästan ökat till det dubbla. Förskrivningen av andra läkemedel till barn har minskat under samma period (Socialstyrelsens registerdatabas).



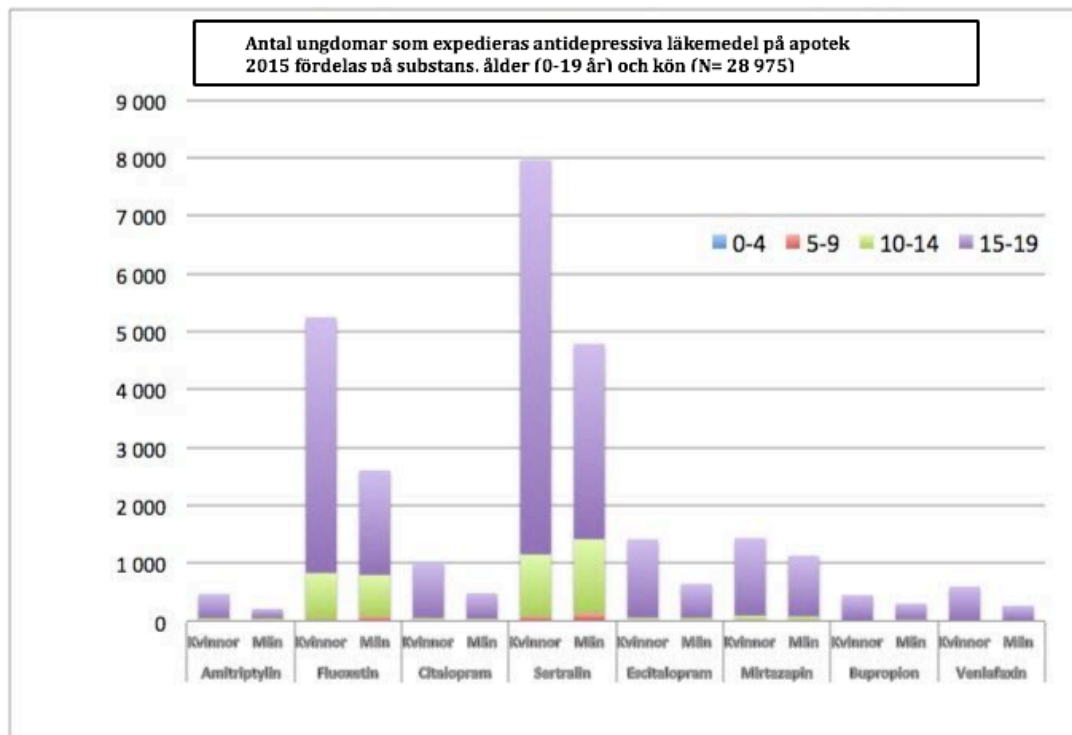
Figur 1 Antalet barn och ungdomar 0-19 år som hämtat ut ett recept förskrivet läkemedel på ett apotek i Sverige åren 2006 och 2015 (Socialstyrelsens statistikdatabas).



Figur 2 Antalet barn och ungdomar i ålders 0-19 år som fått antidepressiva läkemedel utlämnat från apotek 2006 och 2015 (socialstyrelsens statistikdatabas).

I åldersgruppen 0-19 år hämtade 25 206 personer ut närmare 28 975 olika antidepressiva preparat på apotek år 2015. Det innebär att ett antal individer fick under året förskrivet mer än ett preparat inom ATC-kod N06A (antidepressiva läkemedel). Av de utlämnade antidepressiva läkemedlen var 64 % till kvinnor. Närmare 7 av 10 utlämnade antidepressiva läkemedel utgjordes av två preparat. Setralin var det vanligast förskrivna läkemedlet (42,6 %) och det näst vanligaste var Fluoxetin (26,2 %) (Socialstyrelsens statistikdatabas). Flickor får förskrivet Mirtazapin, Amitriptylin och Venlafaxin i något högre grad än pojkar (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Fyra flickor i åldern 0-4 år fick ett antidepressivt läkemedel utskrivet 2015. Huvuddelen av de antidepressiva läkemedlen ordinerades till ungdomar i åldersgruppen 15-19 år (83,7 %) och 10-14 år (15,0 %). Få läkemedel ordinerades till barn i åldersintervaller 5-9 år (1,2 %) (Socialstyrelsens statistikdatabas).



Figur 3 Antal barn och ungdomar 0-19 år som hämtat ut något antidepressivt läkemedel på apotek år 2015 fördelat på läkemedelssubstans (7-ställig ATC-kod) ålder och kön. Redovisade läkemedel ut gör 96,9 % av ATC-kod NO6A (antidepressiva läkemedel) (Socialstyrelsens statistikdatabas)

Prevalens av depression i Sverige 2006 och 2014

I den andra delen av registerstudien var syftet att undersöka hur många av barn och ungdomarna som fått diagnosen depression 2015 som behandlas med antidepressiva läkemedel. Genom att jämföra data på hur många barn och ungdomar som bodde i Sverige 2015 med en uppskattad data på hur många som fått diagnosen depression, från boken Riktlinjer och stöd som BUP Stockholm gett ut, så kan man räkna fram hur stor andel av barn och ungdomar under 2015 som led av depression. Antalet barn och ungdomar i åldrarna 0-19 år som uppskattas lida av depression år 2015 är c:a 6 %. (SCB statistikdatabas, BUP Stockholm 2015).

År 2015 fick sammanlagt 25 206 barn förskrivet antidepressiva läkemedel. Samma år fick 129 694 barn och ungdomar diagnosen depression (Socialstyrelsens Statistikdatabas). Det innebär att c:a 20 % av alla barn med diagnosen depression får antidepressiva läkemedel förskrivet.

Förskrivningen av antidepressiva har ökat med 89 % från 2006 till 2015. Trots den kraftiga ökningen av förskrivningen av antidepressiva så har vi många barn och ungdomar med diagnosen depression som idag inte behandlas med läkemedel.

Resultat Intervju studie

Presentation av respondenterna

Respondent A

Kvinna, arbetar som kurator bland barn och ungdomar i åldrarna 13-23. Hon har arbetet inom området i ca 10 år men har även erfarenhet av barn i yngre åldrar i tidigare kuratorarbeten.

Respondent B

Kvinna, arbetar som kurator bland barn i åldrarna 6 år upp till 14 år och har arbetat som det i ca 10 år.

Respondent C

Kvinna, arbetar som läkare inom barn psykiatri och arbetar med barn i åldrarna 0-17 år. Har arbetat med barn i ca 1 år men har tidigare erfarenhet inom vuxen psykiatri.

Respondent D

Man, arbetar som läkare inom barn psykiatri och arbetar med barn i åldrarna 0-17 år. Har arbetat inom barnpsykiatri i 15 år och har tidigare jobbat inom vuxenpsykiatri i ca 20 år.

Respondent E

Kvinna, arbetar som enhetschef inom barn psykiatri och arbetar med barn i åldrarna 0-17 år. Har arbetat inom barnpsykiatri som enhets chef i 10 år. Men har flera tidigare års erfarenhet. Är utbildad socionom i botten och har vidareutbildning inom familjeterapi.

Vad är orsakerna till att barn och ungdomar lider av depression? Är det någon skillnad nu gentemot för 10 år sedan?

Respondent A

*”Det är otroligt mycket det kan beror på. Oftast är det många faktorer som spelar in som gör att man blir deprimerad. Oftast kanske det är något som har hänt för flera år sedan som hänger kvar som man inte har bearbetat. Och sedan händer det ytterligare nån grej.
Då sitter man fast i det där.”*

”Det är fler tjejer som kommer och pratar om det speciellt sista året på gymnasiet men det kallar jag inte depression utan mer stress och press kan vara under en längre tid och det är mer tjejer som kommer på grund av det, de har högre press, det ska gå bra i skolan och hemma de ska träna och de ska vara duktiga. Och vara uppdaterade med allt.

Men skulle detta pågå under en längre tid så är det klart då kan de ju leda till depression, att man inte klarar pressen och inte orkar göra klart nått.”

Respondent B

”Jag skulle inte vilja säga att det är skolan utan mer föräldrar och samhället och arv och miljö. I en skolmiljö där packas en stor grupp med barn ihop. Som inte vill vara tillsammans. I skolan kan man inte dela upp barnen i små grupper. Vi sätter ihop människor som inte ska vara tillsammans för vi har inget val vi har inte lokaler o ha barnen i. Och vi får inte ha de på andra ställen utanför skolsalen. Det är svårt. Så orsaken ligger i att vi låter barn få bestämma för mycket. Det ska absolut få vara med och bestämma men ska inte bestämma allt. Barn får vara för lite barn.”

Respondent C

”Det är lite som man sa förr i tiden det finns exogen och endogen orsak. Det finns en del som är biologisk ärftlig faktor och vissa är mer benägna att ta på sig skuld. Och bedömer situationer i sitt liv på ett negativt sett och skruva ner sig så en stor komponent är ärftlighet. En annan orsak är att man befinner sig i en miljö som orsakar det. Det kan vara att man har mer krav en vad man kan prestera. Och att man då får dåligt självförtroende speciellt i skolan.”

”Det allmänna intrycket man får är att man ställer högre krav att vara uppmärksam och fatta beslut och kunna själv styra över sin vardag. Och att ha åsikter själv. Förr var mer kraven att förstå och lära sig utantill och inte fatta några beslut själv som barn.

Det gällde mer att göra det man blev tillsagd som barn förr i världen.

Nu ska man ta egna initiativ och planera sin egen inläring man ska ta mer ansvar och välja ut. Och man ska också sortera mellan alla intryck. Och har man svårt för det så faller man liksom ut. Det är därför man lättare får diagnosen ADHD idag. Förr klarade man sig lättare med lite ADHD i skolan. Då höll skolan ordning på en men nu har inte skolan den ordningen utan nu ska barnen hålla den själv.”

Respondent D

”Stressfaktorn jag pratar om, kraven, dålig livsstil att man sitter vid datorn dygnet runt och äter dåligt allt det där. Sen är ju ungdomarna ofta, alltså det finns mindre självklara strukturer i dagens samhälle i ungdomarnas liv. Skolan bygger mera på grupparbeten till exempel och då är det en del som faller ur det där, alla klarar inte det där. Och då tappar de greppet av sammanhanget och då blir de vilsna och ensamma och det är en igång till depression.

Bara en sak som värnplikt finns inte längre, nu gäller det de lite äldre. Men ändå, den typen av sammanhangs markeringar i samhället och strukturer det var bra för ungdomar, då vart allt enkelt och självklart och nu ställs ungdomarna för alldeles

för många val idag och det gör att de tappar fotfästet, greppet och då blir det ibland fritt fall.”

”Ja absolut, ja skolan har svårt att leva upp till sina mål om struktur och elevhälsan fungerar inte alltid som man hade önskat. Och det finns kuratorer det gör det men de klarar inte av de volymerna det handlar om.”

Respondent E

”Ökade krav i samhället, vi lever i ett annat samhälle idag. Ska vi prata om barn och deras sammanhang så har kraven i skolan på barnen förändrats. Man jobbar mycket, mycket mer idag att barn i tidig ålder ska vara självständiga, klara av att planera och organisera sin skolgång på ett sätt som man inte gjorde för 10 år sen. Och barn i allmänhet är inte rustade utvecklingsmässigt att klara det. Och då får man ju tänka på barn med svårigheter, med genetisk skörhet och social skörhet så börjar de barnen på psykiatriska symtom tidigare än för 10 år sen kanske. Det är så vi pratar på våran klinik och inom teamet. Det ser vi att skolan, hur skolan är organiserad idag passar inte sköra barn. Och det leder till att man får till exempel depressions symtom.”

Sammanställning

Orsakerna till att barn drabbas av depression är många, det är flera faktorer som spelar in, genetiska faktorer, trauman man upplevt, familjeförhållanden. Dessa orsaker är det inte så stor skillnad på idag som för 10 år sedan. Det man ser skillnad på är framför allt skolan och dess struktur. Barnen i dagens samhälle har mycket mer krav på sig. De ska planera, organisera och strukturera upp sin skolgång och ta mycket mera ansvar och beslut idag än för 10 år sedan. Detta sker redan bland de yngre åldrarna där alla barnen inte har den förmågan att klara dessa krav. Detta var något som alla mina respondenter delade samma uppfattning om. Kraven och strukturen i skolan idag kan vara en stor orsak till att allt fler barn drabbas av depression. Samhällsförändringar är också en orsaksfaktor till depression. Barnen har idag en annan livsstil och spenderar sin fritid på annat sätt mot för 10 år sedan.

Hur vanligt är depression bland barn och ungdomar idag relativt för 10 år sedan?

Respondent A

”Ja det skulle jag säga, de talar om det mycket mer. Då tar man ju lite förgivitt att det är så. Det är lättare och vanligare att man går till en kurator och psykolog man är inte sjukt i huvudet, ... Det är lättare att komma. Det är inte farligt och man får ingen stämpel”

Respondent B

”Det har också ökat massor. Barn idag mår jätte dåligt, barn i dag ska ta beslut som ligger på gymnasiet och vuxen nivå redan på mellanstadiet och ibland på lågstadiet åldersmässigt. Vem ska bestämma lunchen och kvällsmaten det är barnen... barn vill

inte bestämma det, barn ska inte bestämma det, det är vuxna. 3 åringar ska leka busa och serveras mat de ska inte bestämma mat och vara vuxna.”

Respondent D

”Jo men det är mycket vanligare. Jag skulle.. det vi möter det kan vara sen är vet jag inte hur det ser ut i samhället men efter frågan har ökat kraftigt och har ökat dubbelt så mycket som för 15 år sen, säker mer en så till och med. Och det kan ju bero på att man har upptäckt BUP och eller att andra myndigheter är aktiva och rekommenderar kontakt.”

Respondent E

”Det där är svåra frågor och sånt diskuterar vi professionella mycket om och kring. Vi har ingen statistisk och det finns dåligt med forskning och studier men en teori är att vi vet mycket mer idag om depression. Man pratar mer om det i olika sammanhang och därför söker man mer hjälp idag en för 10 år sedan. Så om siffrorna har ökat och det pratar man mycket om i media att psykisk ohälsa bland barn och ungdomar har ökat. Så en förklaring kan vara att vi är mer medvetna idag sen tror jag att det finns andra förklaringsmodeller kring varför barn och ungdomar idag eventuellt mår mer sämre psykiskt. Men en förklaring är dels att vi professionella är bättre på det här och att man i allmänhet pratar mer om det. Vi har bättre kunskap i allmänhet så även inom vuxen psyk så har vi bättre kunskaper vi är alla bättre på att diagnostisera och behandla rätt saker.”

Sammanställning

Respondenterna är överens om att depression har ökat, några upplever att det är en stor ökning och en stor skillnad nu och för 10 år sedan. En stor anledning till att det är fler som diagnostiseras med depression och att allt fler söker hjälp för depression är att det pratas mer öppet om depression idag. BUP blir mer upplyft och psykisk ohälsa allmänt pratas det mycket mer om i media.

Har sjukdomsmönstret (depression) förändrats?

Är det fler fall av djupa depressioner, eller fler fall av depression av mindre tung karaktär? Eller är det oförändrat?

Denna frågeställning ställdes endast till den personal som jobbade inom Barn och ungdoms psykiatri.

Respondent C

”Jag har kollat i statistik.

Den allmänna psykiska ohälsan har ökat enligt statistiken markant. Men när man skiljer ut djupare depressioner och svår psykisk sjukdom så är det konstant. Och det tror jag kliniskintyck också har sett men kan inte riktigt svarat på det då jag inte jobbat inom psykiatri med barn så länge. Har jobbat med vuxna innan. Men tror

ändå det kan stämma och har svårt att svara på det. Men enligt statistiken så talar det på att djupare depression är konstanta.”

Respondent D

”Jag tycker inte att graden av depression har förändrats, det tycker jag inte men det är hela tiden måttliga depressioner och där, det är ytterst sällan man behöver sjukhusvårda dom. Det är princip nästan aldrig, sen finns enstaka fall men väldigt ovanligt. Det är någon enstaka om året.”

Respondent E

”Det är svårt att jämföra så, men om jag tittar på de senaste åren så. De allra djupaste depressionerna de är inte många som vi får in till oss på barn psyk. Sen finns det ju flera grader av depression, vad man själv upplever det hela. Så jag vet inte riktigt om jag kan svara på den frågan. Vi har inte många som vi skulle bedöma som djupt deprimerade.”

Sammanställning

Respondenterna upplevde att denna fråga var svår att svara på men de var överens om att den djupa depressionen inte har ökat utan är konstant från 2006 fram till 2015. De har väldigt få fall av djupare depression bland barn och ungdomar.

Finns det en glidning i definitionen mellan oro/ångest symptom till depression, som kan förklara en ökad incidens/prevalens?

Respondent A

Ja det gör det för så mycket olika saker, precis, man använder det ganska mycket. Idag känner jag mig lite deppig och då menar man inte att man har en djup depression. Utan man är lite lessen och nere och hängig. Och det är det som gör det svårt att definiera.”

*”Ja det tror jag, jag kan bara jämföra med när jag var ung man pratade inte om depression man kände till var det var och det var en som var jätte sjuk och inte kunde gå upp ur sängen. Det är väldigt svävande.
”*

Respondent B

”Aaa det tror jag. Absolut!”

Respondent C

”Det skiljer vi på. Kommer man till en barnpsykiatri och träffar läkare så är det vårt jobb att skilja på oro ångest och depression. Bland de mindre barnen så är det inte så vanligt med depression utan det är ångest och tvång, separationsångest och lämna mamma och skolan. Sen i tonåren så är depression vanligare.”

Respondent D

”Ja det är det ju, depression är ju ett, det är inga kristallklara diagnoser eftersom det är en beteendediagnos. Det finns ju inga blodprov och så och därför blir det lite oklart det kan vara primära och sekundära depressioner. Det kan vara mycket ångest och oroligheter eller stress och det blir man ju deprimerad av naturliga skäl. Sen kan man ju ha primära depression utifrån läggning och genetiska in slag och man blir deprimerad i vilket fall som helst.”

Respondent E

”Nja det vet jag inte om jag skulle vilja säga. Vi är väldigt noggranna när vi sätter diagnoser. Vi har olika skattnings formulär och framför allt så gör vi intervjuer pratar vi mycket dels med barnen föräldrarna och skolan. Vi försöker förstå det sammanhanget barnet befinner sig i och utifrån det förstå om det är depression, ångestproblematik. Och många gånger vid de här diagnoserna så gör vi en screening kan det finnas ADHD, kan det finnas begåvnings problematik att man är mindre begåvad. Kan det finnas en neuropsykiatrisk problematik. Som gör att man i skolan inte blir förstådd på rätt sätt och att man får depression liknande symptom och man får ångest problematik och så. Man kan söka för ångest men ångesten kan förklaras av något annat och då är det vi ska behandla. Och det är det som tar bort ångesten.”

Sammanställning

Respondent A, B och D upplever att det finns glidning i definitionen från oro/ångest till depression. Och en anledning till det är att det är en ganska oklar diagnos som gör att det den är svår att diagnostisera.

Respondent C och E håller inte med att det finns en glidning i definitionen från oro/ångest och depression. Det är något som man skiljer på inom psykiatrin.

Skriver man ut mer antidepressiva läkemedel nu gentemot 10 år sedan? I så fall varför har den ökat? Vad beror ökningen på?

Denna frågeställning ställdes endast till de respondenter som jobbar inom BUP.

Respondent C

”Ja, en anledning är tillgången på förskrivande läkare. Och att man uppmärksammar det mer, det är flera personer som uppmärksammar tillståndet hos sina barn eller sina elever. Och att det finns läkare som kan ta emot och göra en bedömning. Förr var det bara de allra svåraste fallen som uppmärksammaste.”

Respondent D

”Ja det har blivit större efterfrågan bara en sån sak. Människor är mer pålästa Man googlar läser och tittar och då, det är ett moment och ett annat moment är att man försöker vara mer aktiv och depressioner kan ju gå över av sig självt, men det kan ta

en väldig tid. Och nu tänker vi så här att har man problem i vardagen så att skolan blir lidande det är inte bra. Det är viktigt att man räddar skolgången även om det är priset av medicinering. Så jag tror att en ökad aktivitet och ambitionsnivå från vår sida att vi vill vara mera radikala och se resultat istället för att bara se tiden an va. Sen är det man pratar om att samtalsterapi skulle vara lika bra, men det har man släppt mer och mer det är inte lika effektivt det tar längre tid. Och ska man prata om vad som är effektivt så är det fysisk träning, det är effektivt! Och till och med snabbare en medicinering. Så det skulle vara något att lyfta fram.”

Respondent E

”Ja det är så över lag inom barnpsykiatrin att det har ökat, det handlar också om att många föräldrar är väldigt pålästa kring det här och man pratar väldigt mycket om medicin. Sen har man många gånger en övertro på medicin vår uppgift med samtals psykiatri vi går sällan in i att prata medicin från start. Erfarenhetsmässigt när man väl har börjat äta medicin så minskar motivationen för annan behandling. Då är man inte så motiverad till att gå i samtal fast det är det socialstyrelsen rekommenderar. Och vi har inga möjligheter att tvinga någon att gå i samtal, därför är vi väldigt noga med att göra allt det där och förklara och sen noggrant förklara förväntningarna på medicinen. För dom här medicinerna är egentligen inte utformade att passa barn och ungdomar utan mer för vuxna. Sen funkar det till en del barn och ungdomar, men sen vet vi ju inte om effekten är av medicin eller av andra insatser på långsikt.

Så dels är det kunskapen i samhället har ökat, att man vet att det finns medicin. Sen är det ju också så att vi gör ju en bedömning kring lidandet. Är ett barn så pass mycket symtom och det hjälper inte det man försöker göra så tar man till medicin för att underlätta behandlingen. Sen är det ju ibland genetiskt så många har ju en mamma, mormor eller annan i släkten som lider av depression och då måste man tänka genetisk sårbarhet och då ska kanske medicin vara förstahandsvalet. För finns det en sån sårbarhet så hjälper inga samtals terapier i världen på långsikt. Så det är ett övervägande man tar i varje enskilt fall. Sen är det också det att vi har fått en annan syn på medicin och vi har fått modernare mediciner som man inte blir beroende av. De är inte så beroende framkallande som de var för 10-15-20 år sedan. Så moderna mediciner som ger effekt relativt snabbt där lidandet är så pass stort så varför inte. Man ska inte vara för eller emot?”

Sammanställning

Här var respondenterna överens, det är en stor ökning på utskrivningen av antidepressiva läkemedel. Anledningen till att förskrivning av antidepressiva har ökat är bland annat att idag är tillgången på förskrivande läkare större. Även kunskapen bland föräldrar och skolor och andra vuxna runt om barnen har ökat vilket gör att allt fler barn söker hjälpen.

Finns det någon koppling mellan att depression allmänt har ökat och ökningen av antidepressiva läkemedel?

Respondent C

”Den måste jag rådfråga med en kollega. Det kan ju vara så att det var ett visst mörkertal innan och nu uppmärksammas det på ett annat sätt. Man kan ju säga att förskrivningen av läkemedel allmänt har ju ökat jättemycket. De första SSR1 kom ut i början av 90 talet. Samtidigt har ju självmordsstatistiken sjunkit de senaste året bland de äldre. Men sen ungdomar 16-24 har stått konstant (den sjunker inte i samma grad som äldre) där kan man ju fråga sig om man har varit för snål med antidepressiva eller om man gett antidepressiva till fel patienter så att de får högre impulsivitet. Jag har mött självmordsförsök i alla varianter. Den frågan får du göra ta det med någon annan som har mer insikt i det hela.”

Respondent D

”Aaa jag tror att förskrivningen har ökat mer. Man är mer uppmärksam på de här störningarna både här och utanför i samhället. Så jag tror att förskrivningen har ökat mer.”

Respondent E

”Ska man prata grupper så är det ADHD gruppen som är den största. Sen finns det ju.. ja det är klart man skriver ut med antidepressions medicin. Jag vet inte riktigt vad jag ska svara på den frågan. Överlag så har barnpsykiatrin skrivit ut mer medicin idag än för 10 år sedan. Och det handlar om att moderna mediciner faktiskt är riktade på specifika svårigheter och vi får tillräckligt god effekt av dem. Alltså det här med, det är inte två läger som det var för flera år sedan för eller emot medicin.”

Sammanställning

Respondenterna är även här överens om att både depression och antidepressiva läkemedel har ökat men att antidepressiva läkemedel har ökat i större utsträckning. Kopplingen mellan att depression har ökat och att utskrivningen av antidepressiva har ökat tror man har med att allt fler söker hjälp och att både BUP och allmänheten är mer informerad idag och har mer kunskap än för 10 år sedan.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Reliabilitet och validitet

En studies kvalitet bedöms bland annat på dess reliabilitet och validitet. Reliabilitet menas med i vilken grad en studie kan återupprepas. Studien uppvisar en hög reliabilitet om tillvägagångssättet eller instrumentet man använder sig av ger samma resultat vid upprepade försök. Bra validitet är när man har en metod som mäter variabler som är relevanta för studiens syfte. Det sägs även att när en metod har låg reliabilitet så är även validiteten låg. (Bell 2006, Liber 2007). Vid kvalitativa intervjustudier mäts reliabiliteten och validiteten på andra sätt då resultatet man får från en intervjustudie inte har tillförlitliga siffror som i en registerstudie. Här mäter man intern validitet, extern validitet och reliabilitet. Reliabiliteten mäter kvaliteten och pålitligheten på den tekniska utrustning samt på forskaren. Intern validitet mäter trovärdigheten på intervjustudien och den externa validiteten mäter överförbarheten och tillämpligheten (Liber 2007).

Registerstudierna har en hög reliabilitet då det är mycket pålitlig data som tas fram som har en hög kvalitet. För att ett resultat ska ha hög reliabilitet så ska samma registerdata kunna tas fram av någon annan och resultatet ska bli det samma. Registerdatas validitet är däremot svagare och det beror på att genom denna registerstudie så söktes information om hur många som fick antidepressiva läkemedel utskrivet. Det som fås fram av den statistiken är endast hur många barn som får det förskrivet. Det visar inte hur många av dessa barn som tar ut sina läkemedel och inte heller hur många av dessa barn som tar sitt läkemedel. Antidepressiva kan även skrivas ut för andra indikationer än bara depression detta gör att det blir en svag validitet då vi inte får ett korrekt svar på hur många barn med depression som får antidepressiva läkemedel.

Resultatet antalet barn med diagnosen depression är hämtat från en bok har varken hög reliabilitet eller validitet. De data som tagits fram på diagnosen depression är inte en säker data. Depression är en sjukdom med stort mörkertal och flera personer lider av depression och har ännu inte fått diagnosen (BUP Stockholm 2015). Bokens data är hämtat från tidigare studier och är en uppskattning i procent hur många barn som lider av depression vilket inte ger hög kvalitet. Reliabiliteten är därför låg och när reliabiliteten är låg är även validiteten låg.

I intervjustudien användes två olika sorters teknik för att spela in materialet. Två stycken mikrofoner användes via en telefon och en Ipod. Inspelningarna hade bra ljud upptagning och visade god kvalitet vilket ger oss en hög reliabilitet. Kvaliteten på respondenterna under intervjustudien var hög. Forskaren berättade tydligt om sig själv och syftet på arbetet och ställde tydliga och öppna frågor under intervjuerna vilket visar på hög reliabilitet. Validiteten under intervjuerna mäts i intern och extern validitet. Den interna validiteten mäter hur trovärdig metoden är. Denna

intervjustudie har en relativt hög intern validitet då den beskriver vem forskaren är, hur respondenterna valdes ut, hur intervjuerna gick till och hur analysen av materialet gjordes. Detta ger en hög kommunikativ validitet. Triangulering menas att man väljer ut respondenter från olika håll som upplever frågorna från olika synvinklar. Denna intervjustudie har hög triangulering då respondenterna har olika yrkesroller och ser och tolkar depression bland barn från olika synvinklar. För att få en hög intern validitet krävs det att respondenterna får chansen att rätta sig och läsa igenom det de har sagt under intervjun, man gör en så kallad deltagarkontroll. Detta är något denna studie inte tog med vilket ger den en låg validitet på deltagarkontroll. Två av tre punkter uppgav hög validitet i den interna validiteten.

I den externa validiteten mäter man resultatet från intervjustudiens generaliseringsbarhet. Det menas med att man undersöker om resultatet kan tillämpas på annat ställe, i detta fall om det går att göra i annat län i Sverige. Intervjustudien visar en svagare extern validitet då intervjuguiden kommer kunna användas på flera län och ställen i Sverige men det finns inget säkerhet att resultatet kommer bli desamma som i denna studie. Det beror på att svaren i en intervju baseras på vad respondenten själv upplever. Idag upplever personen något i morgon kan den ha sett nyheter eller en dokumentär som gör att personer upplever det hela helt annorlunda. Alla människor är olika och upplever och upplever därför saker på olika sätt. På så vis kan de besvara frågorna helt olika trots att de får exakt samma frågor. Därför har en intervju studie låg reliabilitet (Bell 2006, Liber 2007).

Valet av respondenter

Barn och ungdomar som söker hjälp för sin depression påbörjar sin väg på olika sätt. Vissa tar kontakt med sin skolkurator och andra söker hjälp via ungdomsmottagningen och en del söker hjälpt direkt via Barn och ungdoms psykiatri (BUP). Det finns många vägar för att nå den hjälp som krävs när ett barn lider av depression. Därför inkluderades de respondenterna som arbetar inom dessa områden till intervjustudien för att få en bild på hur de upplever att depressionen med barn och ungdomar är idag.

Resultat Diskussion

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har nästan fördubblats under den senaste 10 års-perioden, från 2006 till 2015. De övriga förskrivningarna av läkemedel till barn och ungdomar i samma ålder och under samma års period har minskat.

Antidepressiva läkemedel används främst mot depression men har även andra indikationer så som bland annat tvångssyndrom, ångest, panikångest, social fobi, oro, rastlöshet, agorafobi och även PMS, vilket gör att man inte kan svart på vitt säga att alla som får antidepressiva läkemedel idag får det för indikationen depression, vilket gör att siffrorna som fås ut genom att kolla på statistik inte är 100 % korrekta då några av dessa procent har en annan indikation än depression.

Sammanlagt fick år 2015 129 694 barn i åldrarna 0-19 år diagnosen depression. Det motsvarar att ca 6 % av alla i åldersintervallet 0-19 år i Sverige. Detta resultat är det som finns dokumenterat men depression är en sjukdom med ett stort mörkertal. Det finns alltså fler människor som lider av depression men inte fått det diagnostiserat. Diagnosen är väldigt svår att ställa och ofta finns det även andra sjukdomar som ligger bakom att personen lider av depression. Så det finns med stor sannolikhet ännu fler barn som lider av depression men som därför inte finns med i resultatet i den här studien.

Antalet som fått förskrivet antidepressiva läkemedel är idag 25 206 barn. Jämför man denna siffra med antalet som fått diagnosen depression så är det c:a 19- 20 % av de barn med diagnos som får förskrivet antidepressiva läkemedel, vilket visar att det är c:a 80 % av barnen med diagnosen depression som behandlas med annan typ av behandling.

Detta visar att trots att förskrivningen kraftigt ökat så har sjukdomen depression ökat ännu mer under åren. En förklaring till att allt fler får förskrivet antidepressiva läkemedel är att sjukdomen depression i allmänhet har ökat mycket, vilket även andra studier styrker (Backhans 2015, Folkmyndigheten 2014)

Under studien intervjuades ett antal personer som alla jobbar med barn och deras psykiska hälsa. De flesta av respondenterna är enade om att samhället har förändrats. Samhället idag är inte likadant som för 10 år sedan. Idag är tekniken en stor del i barnens vardag, allt fler barn lägger större fokus på sociala medier och för att passa in i dagens ideologi, vilket även studierna ”Den psykiska ohälsans många ansikten” skriven av Amanda Svensson och Louise Svihed Lunds universitet och ”Hur dåligt mår våra barn” skriven av Eva Edstav Lunds universitet.

Det är större krav på barnen idag, de måste planera och ta flera egna beslut. Ett ställe detta märks tydligt är i skolan. Barnen ska idag planera och organisera sin skolgång och ta ett större ansvar. För tio år sedan var det inte lika mycket beslut att ta på lågstadiet. Planeringen och besluten kom senare i skolgången, runt högstadiet och gymnasiet. Rapporten Skolan och ungdomars psykosociala hälsa, Statens offentliga utredningar (SOU) förklarar tydligt sambandet mellan höga krav i skolan och psykisk ohälsa. De tar upp hur barn upplever stress över läxor och prov i de yngre åldrarna.

Klasserna växer och det är fler barn per lärare vilket gör att det bli svårare att se alla och kunna hjälpa alla på bästa sätt. Ingen av mina respondenter skyller på skolan utan att det är samhället som blivit förändrat vilket gör att detta problem syns tydligare i skolan.

De barn som redan har svårigheter som bland annat koncentrationssvårigheter märks idag tydligare än förr. Det beror på förändringarna som är i skolan. Barnen som har svårigheter sen innan har svårare med att kunna planera och organisera. Det gör att

det märks tydligare idag än för 10 år sedan. Barnen känner sig udda och utanför, allt detta kan senare leda till depression.

Att förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat tror respondenterna beror på att depression bland barn har ökat. De tror också att det beror på att kunskapen om läkemedel i samhället växer och att allt fler är medvetna om att farmakologisk behandling är ett alternativ. Det syns en skillnad på idag och för tio år sedan, förr var det endast de allra svåraste fallen som fick läkemedelsbehandling men idag så behandlas fler barn. En annan anledning är att läkarna som förskriver blir allt fler och deras ambitionsnivå ökar. Läkarna idag vill rädda skolgången för barnen. Har barnen en bra och fungerande skolgång blir det också lättare i det vuxna livet, idag så har de en högre ambitionsnivå och skriver idag ut mer läkemedel då det har visat sig ha en snabbare effekt än vad samtalsterapi har. I tidningen NSD (Norberg 2013) i Norrbotten styrker överläkare Shiler Hussami att det mina respondenter menar på är orsaken till att förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat.

De faktorer som nämnts som de största orsakerna till att depression har ökat bland barn och ungdomar idag är stressen och kraven som finns i samhället. Samtidigt som flera andra orsaker som familjeförhållanden, arv, trauma fortfarande är en orsaksfaktor. Det ställe som detta utmärks mest är främst i skolan. Det som också har nämnts i studien är ett förändrat samhälle, barnen och ungdomarna har idag en annan livsstil än för 10 år sedan. För framtida studier och forskning kan en kvantitativstudie vara ett bra alternativ. Genom att använda en enkät för att undersöka storleken på vilken av orsakerna som ger mest och flest fall av depression. En annan idé på fortsatt forskning är att inkludera barn och undersöka mer hur de upplever depression och vad de anser orsakar stressen som finns. En av respondenterna nämnde att fysisk träning och aktivitet skulle vara ett bättre alternativ som behandlingsmetod för depression. Detta är något som framtida forskning och studier kan titta närmare på.

SLUTSATS

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat till barn i åldrarna 0-19 år i Sverige under en 10 års-period medan andra läkemedel under samma årsperiod har minskat. Det är endast 20 % av de som har diagnosen depression idag som behandlas med antidepressiva läkemedel. Anledningen till att förskrivningen har ökat är att allt fler barn får diagnosen depression. Även kunskapen om sjukdomen och hjälpen som finns har ökat. Allt fler känner till BUP och allt fler vet om att farmakologisk behandling finns. Även antalet läkare som förskriver antidepressiva läkemedel har ökat och kunskapen om att antidepressiva läkemedel ger bra effekt är en möjlig faktor till att förskrivningen ökar.

TACKORD

Under detta arbete har jag fått mycket hjälp och stöttning under tidens gång. Jag vill tacka Christer Berg för all hjälp och vägledning som jag fått under arbetet. Jag vill också tacka de respondenter som tog sig tid och vara med i min intervjustudie. Sist men inte minst vill jag tacka min familj, vänner och sambo som har stöttat och peppat mig in i det sista. Så stort tack allesammans för att ni har ställt upp för mig på alla sätt och vis.

REFERENSER

- Adolfsson Helen, Elmfeldt Öhrskog Maria. 2008. KBT och barn. Stockholm: Cura bokförlag
- Ahrén Jennie C. 2010. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. Statens offentliga utredningar SOU 2010:80.
- American Psychiatric Association. 2002. Mini D-5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5.
- Andersson Gerhard. 2012. Psykologisk Behandling vid Depression. Stockholm: Natur och kultur.
- Backhans Mona, Forsberg.S Johanna. 2015. Folkhälsorapport. Stockholm Län.
- Barn och ungdomspsykiatri Stockholm läns landsting. 2015. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2015. Stockholm
- Bell Judith. 2006. Introduktion till forskningsmetodik. 4:de upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlström Christian. 2014. Panik och ångest och Depression. Stockholm: Natur och kultur.
- Dalen Monica. 2007. Intervju som Metod. Malmö: Gleerups utbildning AB.
- Edstav Eva. 2001. Hur dåligt mår våra barn. Lunds universitet.
- Fass
<http://www.fass.se/LIF/product?4&userType=2&nplId=20090409000071&docType=3> 2016-03-06
- <http://www.fass.se/LIF/product?7&userType=2&nplId=20060309000020&docType=3>
2016-03-06
- Folkhälsomyndigheten. 2014. Folkhälsan i Sverige årsrapport. Folkhälsomyndigheten.
- Yin. K Robert K. 2007. Fallstudier: design och genomförande. Stockholm Liber AB.

Norlen Per, Lindström Erik. 2014. Farmakologi. 3:de upplagan. Stockholm Liber AB.

Norberg Lina. 2013. Antidepressiva läkemedel ökar markant. Tidningen NSD, Nyheter Norrbotten.

Olsson Gunilla. 2013. Depression i tonåren ung trött och ledsen. 3:de upplagan. Stockholm Gothia Fortbildning.

Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. 2010. Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige.

Persson Ida. 2010. Depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. 2013. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens Statistikdatabas

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel> 2016-04-11

Statistiska Centralbyrån, SCB

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=8866c1a0-8eb0-44c1-825c-43fd1a27774a 2016-04-11

Svensson Amanda, Sivhed Louise. 2015. Den psykiska ohälsans många ansikten. Lunds universitet.

Wasserman Danuta. 2013. Depression en vanlig sjukdom. 3:de upplagan. Stockholm Natur och kultur.

APPENDIX

Bilaga 1

Fem av följande kriterier måste barnet uppvisa under minst en 2 veckors period för att få diagnosen depression. Samt att någon av de två första punkterna måste finnas med.

Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen

Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter

Betydande viktnedgång, viktuppgång eller minskad alternativt ökad aptit

Sömnstörning

Psykomotorisk hämning eller agitation

Svaghetskänsla eller brist på energi

Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor

Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet

Återkommande tankar på döden, självmordstankar, planer på självmord eller fullbordat självmordsförsök

DSM-5 Självskattning av aktuella symtom.

Namn:

Pnr:

Datum:

Dessa frågor handlar om hur mycket – eller hur ofta – du haft besvär. Ringa in en (1) siffra som svar.

	Hur mycket (eller hur ofta) har du besvärats av följande problem under de senaste två (2) veckorna?	Inget Inte alls	Obetydligt Sällan, högst 1-2 dagar	Lite Flera dagar	En hel del Mer än hälften av dagarna	Mycket Nästan varje dag	Högsta skattning (fylls i av behandlaren)
I.	1) Haft väldigt lite intresse eller glädje av att göra saker och ting?	0	1	2	3	4	
	2) Kämt dig nere, deprimerad eller hopplös till sinnes?	0	1	2	3	4	
II.	3) Kämt dig mer irriterad, sur eller arg än vanligt?	0	1	2	3	4	
III.	4) Sovit mindre än vanligt, men ändå känt dig full av energi?	0	1	2	3	4	
	5) Startat många fler projekt än vanligt eller gjort fler riskfyllda saker än vanligt?	0	1	2	3	4	
IV.	6) Kämt dig nervös, ängslig, rädd, orolig eller på helspänn?	0	1	2	3	4	
	7) Haft panikkänslor eller känt dig skräckslagen?	0	1	2	3	4	
	8) Undvikit situationer som oroar dig?	0	1	2	3	4	
V.	9) Haft värk och ont utan tydlig orsak (t ex ont i huvudet, ryggen, lederna, magen, benen)?	0	1	2	3	4	
	10) Kämt att dina besvär inte tagits tillräckligt mycket på allvar?	0	1	2	3	4	
VI.	11) Haft tankar på att skada dig själv?	0	1	2	3	4	
VII.	12) Hört sådant som andra inte kunde höra, som t ex röster utan att det fanns någon annan där?	0	1	2	3	4	
	13) Kämt det som om någon annan kunde höra dina tankar, eller att du själv kunde höra vad någon annan tänkte?	0	1	2	3	4	
VIII.	14) Sömnproblem av något slag?	0	1	2	3	4	
IX.	15) Problem med minnet (t ex att lära in något nytt) eller med orienteringen (t ex att hitta hem)?	0	1	2	3	4	
X.	16) Problem med obehagliga tankar, impulser eller bilder som gång på gång dyker upp i sinnet?	0	1	2	3	4	
	17) Kämt dig manad att upprepa vissa beteenden eller tankar om och om igen?	0	1	2	3	4	

OBS! Var god vänd och fyll i andra sidan

Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Svensk ensamrätt Pilgrim Press AB.

Svensk översättning: Jörgen Herlofson. Får kopieras fritt för bruk i forskning och klinisk patientverksamhet.

Bilaga 2

Intervju Guide

Bakgrund

- Vem jag är vad jag vill och vad mitt syfte är.
- Vem informatören är och jobbar med, hur länge den jobbat osv.

Åldrar/Kön

Vilka åldrar söker hjälp hos dig och vilka åldrar drabbas mest av depression?
Upplever du att det är någon skillnad mellan könen hos barn och ungdomar med depression? Är det något kön som drabbas mest eller hårdast tror du?

Depression

Hur vanligt upplever du att depression är bland barn och ungdomar idag relativt för 10 år sedan?

Tycker du att sjukdomsmönstret (depression) förändrats?
Är det fler fall av djupa depressioner, eller fler fall av depression av mindre tung karaktär? Eller är det oförändrat?

Har vi fått en glidning i definitionen mellan oro/ångest symptom till depression, som kan förklara en ökad incidens/prevalens?

Enligt socialstyrelsens datauppgifter så lider allt fler barn och ungdomar av depression. Vad tror du det beror på?

Vilka instrument använder ni för att ställa diagnosen depression (t ex DSMR-IV)
Om du använder ovan skala, ser du glidningar inom några domäner i instrumentet som förklarar att fler ungdomar får diagnosen depression?

Orsaker

Vad tror du är orsakerna till att barn och ungdomar lider av depression?
Är det någon skillnad nu gentemot för 10 år sedan? vad och varför?
Är orsakerna till depression olika beroende på kön och ålder?
Tror du att depression och ångest bland barn och ungdomar har ökat i takt med teknikens utveckling? Kan det ha någon inverkar på att det har ökat på senare år?

Familjeförhållanden/boende

Ses du någon koppling om vilka barn som drabbas av depression?
Är det någon skillnad om de bor på landet eller i stor staden?

Är det någon skillnad om man kommer från en stadig familj, skild familj?
Är det någon skillnad med barn som är uppväxta i Sverige eller är invandrings barn?
Är det någon skillnad barn med och utan trauma?
Hur ser det ut med utbildningsnivå bland föräldrar.
Hur ser det ut med förekomst av depression hos föräldrar, syskon (hereditet)

Prevention

Hur arbetar du/ni för att minska prevalens/incidens av depression bland barn och ungdomar?

Behandling

Vilka behandlings metoder använder man sig av?

Vilket är första hands valet i behandling?

Har läkemedels användning ökat?

Skriver man ut mer antidepressiva läkemedel nu gentemot 10 år sedan?

I så fall varför har den ökat? Vad beror ökningen på?

Finns det någon koppling mellan att depression allmänt har ökat och ökningen av antidepressiva läkemedel?

Vilka läkemedel väljer man att skriva ut?



391 82 Kalmar
Tel 0480-446200
info@lnu.se
Lnu.se

Linnéuniversitetet