

# Ökad psykofarmakaanvändning hos unga – soten är problemet, inte botten!

**Unga kvinnor förskrivs alltmer sömnmedel och antidepressiva läkemedel enligt aktuell statistik. Detta har uppfattats som ett missförhållande i massmedia.**

**Ur epidemiologiska studier av folkhälsan framgår att den psykiatriska sjukligheten ökat bland unga och att i relation till denna är förskrivningen av nämnda läkemedel mycket liten.**

**För att bedöma i vilken utsträckning aktuell förskrivning är rationell krävs dock tillgång till individbaserade data, vilket nuvarande lagstiftning inte tillåter.**

Uppgifter i massmedia om en ökad förskrivning av sömnmedel och antidepressiva medel åt unga kvinnor fick nyligen en viss uppmärksamhet. I Stockholms läns landsting efterlystes »krafttag för att utreda och åtgärda dessa alarmerande förhållanden» (fråga av Herta Fischer (v) till sjukvårdslandstingsrådet, den 6 oktober 1999; se: [www.janusinfo.org](http://www.janusinfo.org)). Uppgifterna var baserade på Svensk läkemedelsstatistik som årligen redovisar läkemedelsförbrukningen i Sverige [1].

Under 1990-talet har en trefaldig ökning skett av försäljningen av sömnmedel mot recept till kvinnor i åldersgruppen 15–24 år, medan en fördubbling skett till män i samma åldersgrupp. För antidepressiva medel ses en betydligt

större ökning (cirka tiofaldig) i denna åldersgrupp för båda könen.

Det är angeläget att följa trender i läkemedelsanvändning och att analysera såväl orsaker som konsekvenser. Slutsatser och värderingar bör dock anstå tills en sådan analys är gjord. Medicineringsprevalens bör relateras till sjukdomsprevalens. Trender i medicinförskrivning bör relateras till sjukdomstrender och till huruvida tidigare förskrivningsmönster var adekvata. Lämpliga mått på önskade och oönskade konsekvenser bör identifieras så att risker kan vägas mot nytta [2].

## Depressioner och sömnstörningar vanliga bland unga

En modern svensk epidemiologisk undersökning fann en 1-årsprevalens för egentlig depression på 5,8 procent bland svenska 16–17-åringar [3]. Prevalensen var fyra gånger högre bland flickor än bland pojkar. Punktprevalensen kan vara lika hög då depressioner med minst ett års duration var den vanligaste typen.

Försäljningen av antidepressiva i åldersgruppen 15–19 år var 0,32 procent bland pojkar och 0,56 procent bland flickor [1]. (Svensk Läkemedelsstatistik anger försäljningen i antal definierade dygnsdoser, DDD, per 1 000 invånare och dag. Denna siffra dividerad med 10 ger ett approximativt värde på maximal behandlingsprevalens i procent.) I åldersgruppen 20–24 år var motsvarande siffror 0,81 procent respektive 1,51 procent.

Dessa grova uppskattningar antyder att kanske var tionde ung människa i 16–17-årsåldern som lider av egentlig depression får antidepressiv medicinering efter den ovannämnda tiofaldiga ökningen i förskrivningen. Detta inger snarast misstanke på en fortsatt underförskrivning. När det gäller sömnmedel är diskrepansen mellan sjukdomsprevalens och förskrivning ännu större. Sömnstörning föreligger hos ca 10 procent av ungdomar [J Hetta, pers medd 1999], medan användningen av sömnmedel efter den aktuella ökningen ligger på 0,05 procent bland 15–19-åringar och 0,25 procent bland 20–24-åringar.

”I Sverige finns det ännu i stora delar av läkarkåren en bristande förståelse för nödvändigheten av att den värdefulla, kostsamma och potentiellt riskfyllda förskrivningen av läkemedel måste kunna utvärderas på ett reliabelt sätt.”

## Ökad sjuklighet under 1990-talet

Av Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997 framgår att problem som ångslan, oro, ångest och sömnstörningar blivit vanligare under 1990-talet [4]. Ökningen är speciellt framträdande bland yngre kvinnor. Även detta faktum kan motivera en ökad användning av sömnmedel och antidepressiv medicinering.

## Risker vid medicinering och vid icke-medicinering

Vilka negativa konsekvenser kan man riskera med en ökad användning av psykofarmaka bland ungdomar? Aspekter som sedering, intoxication och beroende bör alltid beaktas. Den ökade användningen av antidepressiva betingas helt av den nya gruppen antidepressiva läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI) som tillkommit under det senaste decenniet. Dessa är ej sederande eller beroendeframkallande och är mindre toxiska än de gamla medlen.

För sömnmedel till kvinnor 15–24 år förskrivs en mindre andel potentiellt vanebildande medel än till befolkningen i stort. Viss kvarvarande sedering dagen efter kan finnas vid användning av långtidsverkande äldre preparat, men den måste också sättas i relation till den trötthet och bristande uppmärksamhet som dålig sömn medför.

Det hävdas ibland att läkemedelsbehandling ges i stället för annan mer adekvat behandling (ofta avses därmed psykoterapeutiska eller psykosociala interventioner). Det är dock allmänt ac-

## Författare

GÖRAN ISACSSON

överläkare, medicine doktor, psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus  
e-post: [goran.isacsson@neurotec,ki.se](mailto:goran.isacsson@neurotec,ki.se)

BJÖRN WETTERMARK

apotekare, sjukhusapoteket, Huddinge sjukhus

ULF BERGMAN

docent, överläkare, kliniskt farmakologiska avdelningen, Huddinge sjukhus.

cepterat att läkemedelsbehandling bör ges tillsammans med bland annat just sådana interventioner, och det är inte visat att läkemedelsbehandlade patienter får sämre icke-farmakologisk behandling än de som inte får läkemedel – rimligen är det tvärtom. All behandling med eller utan läkemedel måste dock alltid innebära att potentiella risker noggrant vägs mot möjlig nytta.

## Positiva konsekvenser?

Vilka positiva konsekvenser kan då läkemedel medföra? Depression och sömnstörning innebär naturligtvis även för drabbade unga ett avsevärt lidande som kan lindras med medicinering. Speciellt för ungdomar gäller också att långdragna psykiska besvär kan få avsevärda konsekvenser för skola, relationer och hälsa. **Psykiska besvär** såsom depression innebär naturligtvis även för drabbade unga ett avsevärt lidande som kan lindras med medicinering.

ner och hela den personliga utvecklingen. En effektiv medicinering kan därmed vara avgörande för den ungas framtid.

En konsekvens av depression kan vara suicid. Suicid bland unga har av naturliga skäl särskilt uppmärksamats. En svensk undersökning av oselecterade suicid i åldrarna 15–29 år angav att 64 procent led av något depressivt syndrom [5]. En annan svensk undersökning av rättstoxikologisk screening visade att 7,2 procent av män och 14,2 procent av kvinnor i åldersintervallet 15–29 år som begått suicid hade spår av antidepressiva i blodet, vilket tyder på att många deprimerade unga individer ej haft tillfälle att tillgodogöra sig medicinsk behandling vid tidpunkten för självmordet [6].

Trots att förekomsten av psykiska besvär ökat bland unga har dock suicidfrekvensen minskat med 28 procent sedan 1991 i åldersgruppen 15–29 år. Detta kan vara en positiv effekt av att användningen av antidepressiv medicinering ökat [7].

## Individbaserade studier nödvändiga

Tyvärr är möjligheterna att studera i vilken utsträckning läkemedel förskrivs till rätt patienter för närvarande begränsade. Den typ av samband som här diskuterats är på gruppnivå (ekologiska samband) och tillåter inte säkra slutsatser. För tillförlitliga analyser krävs tillgång till databaser om läkemedelsanvändningen på individnivå [8, 9].

I Sverige finns det ännu i stora delar

av läkarkåren en bristande förståelse för nödvändigheten av att den värdefulla, kostsamma och potentiellt riskfyllda förskrivningen av läkemedel måste kunna utvärderas på ett reliabelt sätt.

Detta beror dels på att läkarkåren inte haft förtroende för de tekniska lösningar (kryptering etc) som finns för att garantera patienternas integritet i sådana databaser, dels på en enligt vår uppfattning felaktig etisk värdering av relationen mellan den minimala risken för kränkning av patienternas integritet, och de större riskerna till följd av att förskrivningen av potenta läkemedel inte kan följas på ett adekvat sätt och att forskningen om läkemedels säkerhet hämmas.

Introduktionen av nya läkemedel accelererar nu, och eventuella biverkningar måste kunna identifieras snabbare och med större säkerhet. När en allvarlig biverkan misstänks – eller upptäcks – måste patienter som erhållit läkemedlet snabbt kunna kontaktas så att de kan erbjudas undersökning och eventuellt avbryta behandlingen eller vidta andra åtgärder.

## Medverka till utvärdering

Från etisk synpunkt är medborgarna inte heller solitärer utan ingår i ett samhälleligt nätverk av rättigheter och skyldigheter. På samma sätt som det är rimligt att alla bidrar till finansieringen av sjukvården kan man se en skyldighet för medborgaren att låta den sjukvård han erhållit bli föremål för utvärdering. Med tanke på att diagnoser och slutenvård sedan länge registrerats på individnivå är det svårt att förstå varför registrering av läkemedel just i Sverige skulle utgöra ett oacceptabelt hot mot patienternas integritet [2, 9, 10].

Tills denna etiska fråga är löst och riksdagen kunnat samla sig till ett positivt beslut kommer läkemedelsanvändningen att i alltför stor omfattning influeras av marknadsföring, larmrapporter, ideologiska trender och – inom kort – även av en sparsamhet som i vissa fall kan visa sig vara dyrköpt.

## Referenser

1. Svensk Läkemedelsstatistik 1998. Stockholm: Apoteket AB, 1999.
2. Bergman U. Läkemedelsepidemiologiska studier i Nordamerika genom utnyttjande av stora databaser. Läkartidningen 1986; 83: 2442-3.
3. Olsson IG, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta Psychiatr Scand 1999; 99: 324-31.
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997.

Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.

5. Runeson B. Mental disorder in youth suicide. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 490-7.
6. Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. Psychotropics and suicide prevention. Implications from toxicological screening of 5 281 suicides in Sweden 1992–1994. Br J Psychiatry 1999; 174: 259-65.
7. Isacson G. Suicidutvecklingen i Sverige – en framgång för medicinen. Läkartidningen 2000; 97: 1644-50.
8. Isacson G, Boëthius G, Henriksson S, Jones J, Bergman U. Selective serotonin reuptake inhibitors have broadened the utilisation of antidepressant treatment in accordance with recommendations. Findings from a Swedish prescription database. J Affect Disord 1999; 53: 15-22.
9. Rosholm JU, Gram LF, Isacson G, Hallas J, Bergman U. Changes in the pattern of antidepressant use upon the introduction of the new antidepressants: A prescription database study. Eur J Clin Pharmacol 1997; 52: 205-9.
10. Wessling A, Bergman U. Läkemedelsepidemiologiska registerstudier. Personlig integritet och EU-lagstiftning. Läkartidningen 1994; 91: 2976-7.