



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS 17, 15 hp  
HT 10

# **HUR KAN PRIMÄRVÅRDEN IDENTIFIERA UNGDOMAR MED DEPRESSION?**

En litteraturstudie

Datum 2010-11-02

Christina Byqvist Nilsson och Camilla Gammel

# SAMMANFATTNING

Barn som lider av depression är ovanligt men i tonåren ökar sjukdomen markant.

Primärvården blir ofta den första vårdkontakten. Vårdpersonal inom primärvården känner inte alltid till symtomen för depression hos ungdomar. Om tonåringar inte får hjälp med sin depression kan det leda till sämre livskvalitet och försämrad prestation i skolan. Syftet med studien är att undersöka hur primärvården kan identifiera depression hos ungdomar. Studien är en deskriptiv litteraturstudie med syfte att granska litteratur i det valda ämnet. Resultatet visar att screening för att identifiera ungdomsdepression inom primärvården är att rekommendera. Samtal är ytterligare en metod att identifiera depression. Besöket i primärvården skapar ett bra tillfälle att samtala med tonåringen om mental hälsa och depression. Om inte screening används finns det många tecken på depression hos ungdomar som primärvården kan observera. Det finns dessutom både skillnader och likheter mellan depressionstecknen hos pojkar och flickor i tonåren.

Nyckelord: Depression, ungdomar, primärvård

## **SUMMARY**

Children who suffer from depression are uncommon, but in adolescence the disease increases remarkably. Primary care is often the first health care contact. Health professionals in primary care do not always know the symptoms of depression in adolescence. If teens do not get help with their depression it can lead to lower quality of life and poorer performance in school. The aim of this study is to examine how primary care can identify depression in adolescents. The study is a descriptive literature review aimed to examine the literature in the chosen subject. The results show that screening to identify youth depression in primary care is recommended. Conversation is an additional method to identify depression. The visit to primary care creates a good opportunity to talk with the teenager about mental health and depression. If no screening is used, there are many signs of depression in adolescents that primary care can observe. There are both similarities and differences between depression signs in boys and girls in their teens.

Keywords: Depression, adolescent, primary care

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING (OBS! ÄNDRA INTE "MANUELLT" I

INNEHÅLLSFÖRTECKNINGEN UTAN NÄR DU/NI GJORT NÅGON ÄNDRING I RUBRIKERNA I DOKUMENTET ELLER LAGT TILL NÅGON NY RUBRIK SÅ KAN NI ENKELT UPPDATERA INNEHÅLLSFÖRTECKNINGEN GENOM ATT STÄLLA MARKÖREN ÖVER INNEHÅLLSFÖRTECKNINGEN OCH SEDAN TRYCKA PÅ HÖGER MUSKNAPP OCH VÄLJA "UPPDATERA FÄLT".

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	1
2.1	Depression.....	1
2.2	Primärvården.....	4
2.3	Konsekvenser av oidentifierad depression.....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	7
4	SYFTE.....	7
4.1	Forskningsfråga.....	7
5	DESIGN.....	8
5.1	Design.....	8
5.2	Urval.....	8
5.3	Datainsamlingsmetod.....	8
5.4	Dataanalys.....	9
6	ETISKA ASPEKTER.....	9
7	RESULTAT.....	10
7.1	Screening av depression.....	12
7.2	Observera tecken på depression.....	13
7.2.1	Könsskillnader och likheter att observera.....	14
8	DISKUSSION.....	15
8.1	Metoddiskussion.....	15
8.2	Resultatdiskussion.....	16
8.2.1	Svårigheter.....	18
8.3	Slutsats.....	20
8.4	Klinisk betydelse.....	20
8.5	Förslag på vidare forskning/utveckling.....	20
9	REFERENSER.....	21

# 1 INLEDNING

Depression är en sjukdom som uppmärksammades redan i antikens Grekland. Så sent som på 1970-talet förekom i vårt land vetenskapliga debatter om att barn och ungdomar inte kunde få en depressionssjukdom på grund av att de inte var tillräckligt långt komna i sin utveckling. Vad som kan ha föranlett detta är att tecken på depression hos barn och tonåringar inte är lika som hos vuxna, symtomen yttrar sig på annat sätt. I dag vet vi att barn- och ungdomsdepression förekommer och att det är ett växande problem. Det talas om att tonåringar är deprimerade, att det hör tonåren till och att det är normalt att de är trötta, besvärliga och inte vill umgås med familjen. Det kan göra att tonåringen anser det normalt att vara nedstämd, irriterad eller trött under lång tid utan att reflektera över att hon eller han faktiskt inte mår bra. Det är inte ovanligt att depression visar sig i kroppsliga besvär som inte ingår i kriterierna för depression, så som huvudvärk, magont, muskel- eller ledvärk. En deprimerad tonåring drabbas lättare av infektioner då immunförsvaret försämras vid depressionssjukdom. Dessutom kan hormonstörningar leda till depression. Tonåringen kan bli orolig över dessa symtom och det kan vara anledningen till att ungdomen söker hjälp (Olsson, 2005). Vi vill i vår litteraturstudie undersöka vad primärvården kan göra för att uppmärksamma dessa ungdomar i tid.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Depression

Nedstämdhet kan drabba de flesta, ofta är orsaken uppenbar, till följd av till exempel förlust, sorg eller kränkning. Tillståndet är då för det mesta övergående. Men att vara långvarigt nedstämd kan bli plågsamt, och ibland går det inte över av sig själv. Egentlig depressionsepisod är benämningen på tillståndet när nedstämdheten har gått över i ett sjukdomstillstånd (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2008).

För att förstå vad en depression är kan det vara bra att veta att det finns ämnen i hjärnan som påverkar humöret, hjärnans signalsubstanser. Det är viktigt att det finns en balans mellan signalsubstanserna i hjärnan för att den ska kunna fungera på bästa sätt. En obalans kan orsaka både fysiska och psykiska symtom. Den signalsubstans som är

kopplad till depression är serotonin, den fungerar som kontakt mellan två synapser. Om synapserna inte tar emot serotonin så kan det uppstå en depression. (Gustavson, 2004).

I DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) anges tydliga beskrivningar för diagnostiska kategorier för psykiska störningar. Diagnoskriterierna för egentlig depressionsepisod innebär att minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje måste föreligga.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra. Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
  2. Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen.
  3. Betydande viktne­dgång eller viktuppgång, eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen.
  4. Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).
  5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
  6. Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
  7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor nästan dagligen.
  8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen.
  9. Återkommande tankar om döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.
- (American Psychiatric Association, 1994).

De depressiva syndromen räknas till våra stora folksjukdomar. Var fjärde man och nästan varannan kvinna kommer någon gång under sitt liv att drabbas av en depression med en sådan svårighetsgrad att medicinsk behandling är befogad (Ekselius & von Knorring, 1997). Somliga människor kan ha en förhöjd mottaglighet för depression. Eftersom depressioner är frekventare hos vissa familjer än i andra forskas det mycket i om det kan vara en viss ärftlig benägenhet för depressioner (Gustavson, 2004). När depressionen framträder för första gången redan i barndomen eller under tonåren är det särskilt vanligt att fler i den närmaste familjen, föräldrar och syskon eller någon i den äldre generationen, också lidit av depression vid något tillfälle. När det finns tydliga ärftliga faktorer kan man se att depressionerna inträder i tidigare ålder (Olsson, 2005).

Barn som lider av depression är ovanligt men i tonåren ökar sjukdomen markant. Forskning visar att det handlar om depressioner av samma slag som hos vuxna men att depressioner hos ungdomar kan uppträda på ett annat sätt (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004). I Sverige beräknas 5-6 % av alla ungdomar lida av depression, det vill säga att minst en tonåring i varje skolklass har en pågående egentlig depression (Olsson, 2005).

Tonåringar har ofta en bristfällig självkänsla, och de kan vara sårbara på grund av detta. Låg självkänsla är vanligt hos framförallt flickor, de upplever också skuld känslor och en känsla av att ingenting är bra (Gustavson, 2004). Under en depression fastnar tankarna i grubblerier och blockeringar. Innehållet i tankarna blir negativt, funderingar på framtiden blir fokuserat på att allting ser hopplöst ut och att man inte hittar positiva lösningar på någonting (Olsson, 2005).

Woodgate (2006) beskriver ungdomars upplevelser av att leva med depression. De uppfattar depressionen som en berg och dalbana som leder till många oroliga och smärtsamma stunder. När depressionen är under kontroll beskriver ungdomarna en rädsla för att symtomen ska komma tillbaka och att de då inte ska kunna hantera den.

I en kvalitativ studie där man intervjuat tonåringar om vad de anser har orsakat deras depressioner förekom orsaker som press från skola, föräldrar och omgivning samt för lite sömn. En annan orsak ungdomarna beskrev var att depressionen kom av att känna sig olycklig och upprörd över sig själv och andra människor (Green & Wisdom, 2004).

Depression kan uppträda på många olika sätt och under ungdomsåren finns många faktorer som kan föranleda depression, som förändringar med kroppsutveckling, skolbyten, föräldrars skilsmässa. Situationer av stress upplevs mycket starkt av ungdomar, ofta starkare än det gör för vuxna (Petersen et.al., 1993).

## 2.2 Primärvården

Primärvården är grunden i hälso- och sjukvården och patientens första kontakt med sjukvården, det första steget för att söka hjälp. Med primärvård räknas till exempel vårdcentraler, primärvårdsakuter, ungdomsmottagningar och skolhälsovården (Davidsson, 1998).

I hälso- och sjukvårdslagen 5§ står ”Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt” (HSL, SFS 1982:763).

Ansvarsområden för personalen som arbetar inom primärvården ska innebära en helhetssyn, att uppmärksamma psykiska, fysiska och sociala behov. Personalen ska utföra ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete ur patientperspektiv och låta patienten medverka i valet av behandlingar. Alla hälso-och sjukvårdsinsatser ska länkas ihop till en sammanhängande helhet (Davidsson, 1998).

Under 1990-talet gjordes stora nedskärningar inom den psykiatriska vården, vilket har medfört att primärvården har fått en mer omfattande roll när det gäller att ta hand om patienter med depression och annan psykisk ohälsa (Nettelbladt, 2003).



Av alla som söker primärvård uppskattas 5-9 procent lida av ett depressivt syndrom. Trots detta är det endast 3 procent av patienterna som får en depressionsdiagnos (Ekselius & von Knorring, 1997). Vårdpersonal inom primärvården känner inte alltid till kriterierna för depression. En samverkan mellan psykiatri och primärvården skulle kunna ge många positiva effekter, det skulle gynna både patienten och göra behandlingsarbetet enklare och förmodligen mer effektivt och i längden kunna innebära besparingar för samhället (Gustavson, 2004).

En förklaring till att depression hos ungdomar inte upptäcks av primärvården kan vara att de depressiva symtomen döljs av ungdomars somatiska besvär, vilket gör det svårt för primärvården att fastställa om det är en psykisk sjukdom eller ett somatiskt problem. De ungdomar som söker speciellt för depression kan lättare identifieras (Lilja & Larsson, 1998).

### **2.3 Konsekvenser av oidentifierad depression**

En depression som inte behandlas uppskattas pågå mellan sex och tolv månader. Den obehandlade depressionen kan upprepas, bli djupare och återkomma. Om en depression pågått i mer än två år räknas den som kronisk, cirka var femte person med en obehandlad depression hamnar i detta kroniska tillstånd (Gustavson, 2004). Om ungdomar inte får hjälp med sin depression kan det leda till sämre livskvalitet och försämrade utbildnings- och yrkesprestation (Raphel, 2009).

Ungdomar med depressiva symtom som inte får en klinisk diagnos har en ökad risk för självmordsförsök. Depression är den största bakomliggande orsaken till självskadande beteende, självmordsförsök och självmord (Levander et al. 2008). Antalet självmord minskar över lag i befolkningen i Sverige. Däremot ökar självmorden bland ungdomar. I vissa utvecklingsfaser i livet kan människor vara känsligare än i andra, det kan en av förklaringarna till att så många tonåringar begår självmord (Lerner, 2010, 7 september). 76 ungdomar (13-21 år) begick självmord i Sverige 2001, av dessa var 56 pojkar. Även om självmord bland barn och ungdomar står för en tämligen liten del av den totala mortaliteten i Sverige så bidrar dessa dödsfall till

ett synnerligen stort antal förlorade levnadsår och ett enormt lidande för anhöriga och närstående (Wasserman & Westerlund, 2003).

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Depression bland ungdomar ökar och kan i värsta fall leda till självmordsförsök.

Ungdomar vet inte alltid att det är en depression de lider av utan känner fysiska symtom och uppsöker då primärvården, till exempel skolhälsovård eller vårdcentral. Vi vill undersöka vad primärvården kan göra för att uppmärksamma dessa ungdomar i tid.

### **4 SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka hur primärvården kan identifiera depression hos ungdomar.

#### **4.1 Forskningsfråga**

Vilka tecken/symtom kan uppmärksammas?

## **5 DESIGN**

### **5.1 Design**

Studien är en deskriptiv litteraturstudie med syfte att granska litteratur i det valda ämnet. Vi har gjort studien som en litteraturöversikt enligt Friberg (2006).

### **5.2 Urval**

De artiklar som har inkluderats är kvantitativa empiriska studier. De handlar om ungdomar och depression inom primärvården i välfärdsländer samt motsvarar syftet. De valda artiklarna är på engelska och svenska, inte äldre än 10 år, fått etiskt godkännande, peer reviewed samt publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vi använder oss av vetenskapliga artiklar som är etiskt granskade.

### **5.3 Datainsamlingsmetod**

Första sökningen gjordes på sökmotorn EBSCO. Databaserna Cinahl, Medline, AMED och Academic Search Elite användes. Sökorden som användes var depression, adolescent och primary care. Den första avgränsningen som gjordes var att artiklarna skulle vara peer reviewed. Då blev sökresultatet 126 artiklar. Ytterligare avgränsning gjordes med årtal 2000-2010 vilket gav 119 artiklar. Därefter begränsades sökningen med att åldersgruppen 13-18 år valdes, vilket gav 45 artiklar. Alla artiklar som var litteraturstudier och artiklar som inte motsvarar syftet exkluderades efter lästa abstracts och kvar blev sex artiklar. Nästa sökning gjordes i samma sökmotor och med samma databaser, med sökorden primary care, screening och depression. Avgränsningar gjordes som tidigare: åldersgrupp 13-18 år, peer reviewed och publiceringsår 2000-2010. Detta gav 47 artiklar. Efter att abstracts lästs valdes som vid tidigare sökning litteraturstudier och artiklar som inte motsvarade syftet bort. Kvar blev två. Ytterligare en sökning gjordes på samma sätt men med sökorden characteristics och depression vilket gav 33 artiklar. Som tidigare lästes abstracts och en valdes ut efter att litteraturstudier och artiklar som inte motsvarar syftet exkluderats. Nästa sökning gjordes med sökorden psychosomatic och depression och med samma avgränsningar som i de tidigare sökningarna, det gav 11 artiklar. Efter att litteraturstudier och artiklar som inte motsvara syftet exkluderats återstod en artikel. Slutligen gjordes en sökning i

Läkartidningen med sökorden depression och ungdomar vilket resulterade i en artikel efter att artiklar om medicin och läkemedel och artiklar som inte var peer reviewed exkluderats. Sammanlagt gav alla dessa sökningar 11 artiklar som ska användas i studien.

#### **5.4 Dataanalys**

De elva artiklarna lästes flera gånger med avsikten att få ett helhetsgrepp över det valda området. Artiklarna granskades efter Fribergs (2006, s 120) granskningsfrågor för kvantitativa studier där fokus lades på likheter och skillnader i resultat samt hur artikelförfattarna tolkar sina resultat. Därefter fördes de elva vetenskapliga artiklarna in i en matris för att få en överskådlig struktur.

## **6 ETISKA ASPEKTER**

En etisk diskussion har förts angående vad resultaten kan innebära för personalen inom primärvården som möter ungdomar, om det visar sig att personal har bristande kompetens i mottagandet av deprimerade ungdomar. Dessutom har vi tagit i beaktande att vår egen förförståelse kan påverka resultatet.

En begränsning i granskningen av de vetenskapliga artiklarna kan vara våra begränsade kunskaper i det engelska språket, vilket kan innebära feltolkningar.

En annan begränsning kan vara att några av de valda artiklarna hade relativt få deltagare i sina studier vilket kan ha påverkat resultatets validitet.

## 7 RESULTAT

### Sammanfattning

Resultatet visar att vårdpersonal inom primärvården antingen kan screena för depression eller att lära sig tyda tecken på depression hos ungdomar.

Artiklarna redovisas i en matris enligt Friberg (2006), se tabell 1.

### Artikeltabell

Tabell 1

Titel, Författare, Tidskrift, Årtal	Problem/ Syfte	Metod och urval
Depressive Symptoms and Health Risk Among Rural Adolescents. <b>Burns, J., Cottrell, L., Perkins, K., Pack, R., Stanton, B., Hobbs, G., Hobby, L., Eddy, D., Hauschka, A.</b> Pediatrics 2004	Att fastställa relationen mellan depression och hälsoriskfaktorer bland ungdomar.	Kvantitativ. Longitudinal studie. 64 ungdomar 12-18 år som screenats positivt för depression vid ett tidigare besök på en primärvårdsmottagning i West Virginia, USA. Följdes upp efter 2 år.
Recurrent Abdominal Pain, Anxiety, and Depression in Primary Care. <b>Campo, J., Bridge, J., Ehnman, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., Di Lorenzo, C., Iyengar, S., Brent, D.</b> Pediatrics 2004	Att fastställa om återkommande magsmärtor är sammankopplade med psykiatriska symtom och sjukdomar.	Kvantitativ. Konsekutivt urval av 42 barn och ungdomar med återkommande magsmärtor. Jämförandegruppen innehöll 38 smärtfria barn och ungdomar. Alla mellan 8-15 år. Enkätstudie.
Expert survey for the management of adolescent depression in Primary Care. <b>Cheung, A., Zuckerbrot, R., Jensen, P., Stein, R., Laraque, D., and the GLAD-PC Steering Committee</b> Pediatrics 2008	Undersöker experter på ungdomsdepression. Hur de identifierar samt handhar depression hos tonåringar.	Kvantitativ. 156 deltagare uppdelat i 16 fokusgrupper bestående av föräldrar, ungdomar och vårdpersonal.
Characteristics of adolescent depression <b>Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B., Roberts, M.</b> International journal of mental health nursing 2006	Beskriva det karakteristiska i ungdomsdepressioner.	Kvantitativ. 121 ungdomar med diagnostiserad depression, 13-17 år som är inskrivna på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Fick svara på frågeformulär.
Associations between childhood symptoms in adolescent and mental health symptoms in early adulthood <b>Kinnunen, P., Laukkanen, E., Kylmä, J.</b> International Journal of Nursing Practice 2010	Sambandet mellan psykosomatiska symtom i ungdomen och mentala hälsosymtom hos unga vuxna.	Longitudinell kvantitativ studie under 10 år. Strukturerade enkäter. Urval: Två statliga skolor i Finland, slumpmässigt utvalda ungdomar.
Are Adolescents Being Screened for Emotional Distress in Primary Care? <b>Ozer, E., Zahnd, E., Adams, S., Husting, S., Wibbelsman, C., Norman, K., Smiga, S.</b> Journal of Adolescent Health 2009	Att få fram hur mycket mentalhälsoscreening som primärvården gör på ungdomar.	Kvantitativ sekundäranalys. Använder två oberoende databaser, i den ena databasen: 1089 ungdomar 13-17 år. I den andra 899 ungdomar i samma åldersgrupp.
Evaluation of the PHQ-2 as a Brief Screen for Detecting Major Depression Among Adolescents <b>Richardson, L., Rockhill, C., Russo, J., Grossman, D., Richards, J., McCarty, C., McCauley, E., Katon, W.</b> Pediatrics 2010	Att undersöka giltigheten av en två-punktsscreeningskala, hos ungdomar i primärvården.	Kvantitativ. Ett randomiserat urval av 4000 13-17-åringar som besökt primärvården under en 12-månadersperiod. Fick enkäter hemskickade.

Depression and role impairment among adolescents in primary care. <b>Rosenbaum Asarnow, J., Jaycox, L., Duan, N., LaBorde, A., Rea, M., Tang, L., Anderson, M., Murray, P., Landon, C., Tang, B., Huizar, D., Wells, K.</b> Journal of Adolescent Health 2005	Att utvärdera sambandet mellan depression och funktionsnedsättning i ett urval av ungdomar i primärvården.	Kvantitativ. En gruppjämförande studie med konsekutivt urval. 3471 ungdomar i åldrarna 13-21, från 6 olika vårdcentraler. Screeningformulär.
Depression är vanlig hos unga som söker för kroppsliga besvär <b>Von Knorring, A., Cederberg-Byström, K., Nyberg, A., Hedlund, M., Stålenheim, G., von Knorring, L</b> Läkartidningen 2004	Att screena ungdomar som är inskrivna i somatisk vård eller primärvård för depression.	Kvantitativ. 127 ungdomar 13-17 år. Två enkäter: 1. En egenbedömning för depressionsdiagnos. 2. En självskattning av depressionens svårighetsgrad.
Brief Psychosocial Screening at Health Supervision and Acute Care Visits. <b>Wagman Borowsky, I., Mozayeny, S., Ireland, M.</b> Pediatrics 2003	Undersöka om barn och ungdomar som besöker primärvården akut har högre positiva resultat vid screening av depression än de som kommer på rutinbesök.	Kvantitativ strukturerad enkätundersökning. Föräldrar till 2028 barn och ungdomar i USA. Engelsktalande, rutin- eller akutbesök i primärvården. Svara på enkät innan besök.
Adolescent Depression Screening in Primary Care: Feasibility and Acceptability <b>Zuckerbrot, R., Maxon, L., Pagar, D., Davies, M., Fisher, P.</b> Pediatrics 2007	Visa möjligheter och acceptansen att implementera screening för ungdomsdepressioner i primärvården.	Kvantitativ. Två-stegs ungdomsdepressionsidentifikations metod. Steg 1: Pappersenkät. Steg 2: Strukturerad dataenkät, en uppföljning av steg 1. 775 patienter, 13-17år deltog.

I granskningen av artiklarna med utgångspunkt från syftet hur primärvården kan identifiera depression hos ungdomar, har vi funnit två tillvägagångssätt som vi delat in i följande kategorier: ”screening” och ”observation”. Vissa artiklar innehåller båda kategorierna och andra bara en kategori, se tabell 2.

**Tabell 2** Artiklarnas fördelning inom kategorierna

Artikelförfattare	Screening	Observation
Burns et al.		X
Campo et al.	X	X
Cheung et al.	X	
Crow et al.		X
Kinnunen et al.	X	X
Ozer et al.	X	
Richardson et al.	X	
Rosenbaum Asarnow et al.	X	X
Von Knorring et al.	X	X
Wagman Borowsky et al.	X	
Zuckerbrot et al.	X	

## 7.1 Screening av depression

I artiklarna framkommer att screening för att identifiera ungdomsdepression inom primärvården är att rekommendera. Det är ett effektivt sätt att identifiera ungdomar med depressionssymtom som annars kunde ha missats (Campo et al., 2004; Ozer et al., 2009; Richardson et al., 2010; Rosenbaum Asarnow et al., 2005; von Knorring et al., 2004; Wagman Borowsky, Mozayeny & Ireland, 2003; Zuckerbrot, Maxon, Pagar, Davies & Fisher, 2007).

Det finns olika typer av screening. En enklare screening innebär ett självskattningsformulär som patienten fyller i och som går snabbt att genomföra. Det är inget diagnostiseringsverktyg utan en indikation på om vidare utredning bör göras (Richardson et al, 2010; Wagman Borowsky et al., 2003). Denna typ av screening tar inte mer än 4,6 minuter och ger en låg arbetsbörda för personalen samt bemöts av föräldrar och ungdomar positivt (Zuckerbrot et al., 2007). Det är lätt att implementera screening i vården och ger goda resultat och har fungerat bra inom andra medicinska områden som till exempel sexuellt överförbara sjukdomar (Rosenbaum Asarnow et al, 2005).

Rutinmässigt användande av enklare screening i väntrum eller i skolor är ett sätt att nå flertalet ungdomar (Ozer et al., 2009; Richardson et al., 2010; Wagman Borowsky et al., 2003; Zuckerbrot et al., 2007). Skolsköterskor och andra som möter ungdomar inom primärvården har en utmärkt position att lära sig identifiera ungdomsdepression (Rosenbaum Asarnow et al., 2005). Vårdpersonal inom primärvården bör ta tillvara varje tillfälle att screena ungdomar om det inte är gjort det senaste året då det finns många ungdomar som lever med en oidentifierad depression (Wagman Borowsky et al., 2003).

En mer omfattande screening innebär att diagnos kan ställas, i en sådan ingår intervjufrågor med kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV (Campo et al., 2004; Rosenbaum Asarnow et al., 2005; von Knorring et al., 2004).



Samtal som screening är ytterligare en metod att identifiera depression. Besöket i primärvården skapar ett bra tillfälle att samtala med tonåringen om mental hälsa och depression. (Ozer et al., 2009).

I en studie har experter inom området mental hälsa intervjuats om hur de anser screening-samtal bör utformas. Experterna tycker att det krävs anpassning av samtalet beroende på anledningen till besöket. Vid till exempel rutinbesök eller akutbesök räcker det med allmänna frågor. Dessa allmänna frågor, som experterna använder specificeras inte i artikeln. Om patienten klagar över emotionella problem föreslås en annan strategi innehållande ungdom- eller föräldrarapporterade frågeformulär för depression plus en samtalsintervju baserad på en strukturerad checklista innehållande, förutom frågor om depression, frågor om skolan, aktiviteter, droger, sexualitet och självmord. (Cheung, Zuckerbrot, Jensen, Stein & Laraque, 2008).

## **7.2 Observera tecken på depression**

Om inte screening används finns flera tecken på depression hos ungdomar som primärvården kan observera.

En svensk forskningsstudie om depression på 127 ungdomar som sökt somatisk vård visade att 37 av ungdomarna uppfyllde kriterierna för egentlig depression men inte fått depressionsdiagnos tidigare under vårdtiden. Vanligaste symtom hos ungdomarna var trötthet, minskat intresse för omgivningen och aktiviteter samt koncentrationssvårigheter. Ökad aptit var lika förekommande hos ungdomar med depression som de utan depression. Kriteriet nedstämdhet var inte lika vanligt hos ungdomar som hos vuxna med depression och i studien var inte irritation så vanligt förekommande (von Knorring et al., 2004). Crowes, Ward, Dunnachie & Roberts (2006) däremot ansåg att det mest karakteristiska för en ungdomsdepression är irritabilitet och att det ökar med sjukdomens svårighetsgrad. Koncentrationssvårigheter är ett tydligt tecken på depression, men studien från den somatiska vården (von Knorring et al., 2004) har trötthet som det mest vanliga kriteriet vilket inte finns med i Crowes et al. studie (2006).

Återkommande magsmärter utan någon medicinsk förklaring kan vara kopplat till depression. I en studie med ungdomar som led av återkommande magsmärter visade det sig i en enkätundersökning med kontrollgrupp, att 43 procent av ungdomarna med magsmärter hade en depressionssjukdom jämfört med 7,9 procent av kontrollgruppen. Ungdomar med denna typ av smärta får många gånger problem med skolan då de ofta är hemma på grund av magont. Personal som arbetar inom primärvården rekommenderas att göra en depressionsutredning på dessa ungdomar samtidigt som en somatisk utredning då sambandet är så vanligt förekommande (Campo et al., 2004). Återkommande magsmärter kan vara ett psykosomatiskt symtom, forskning om sådana symtom visar att psykosomatiska smärter i tonåren kan leda till depression i vuxen ålder. Andra tecken på besvär kan vara huvudvärk, ont i rygg, axlar, nacke eller andra besvär så som yrsel eller spänningar. Skolsköterskor har en viktig roll när det gäller att främja den mentala hälsan. De ska boka återbesök med elever i riskzon eller remitera vidare till psykiatri om nödvändigt (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010).

Förutom smärta och kriterierna för depression har det i de granskade artiklarna visat sig finnas en koppling mellan ungdomsdepression och hälsoriskfaktorer (Burns et al., 2004; Rosenbaum Asarnow et al., 2005). Ungdomar i primärvården som visar sig lida av depression har en ökad risk för försämringar i skolarbete, skolk eller avbruten utbildning. Även drogmissbruk, tobaksanvändning och våld är hälsorisker förknippade med depression. Därför är det viktigt att ungdomar följs upp efter konstaterad depression för att minimera hälsorisken. Det är viktigt att betona värdet av att vårdpersonal inom primärvården uppmärksammar sambandet mellan depression och dessa hälsorisker (Rosenbaum Asarnow et al., 2005; Burns et al., 2004).

### **7.2.1 Könsskillnader och likheter att observera**

Det finns skillnader och likheter mellan depressionstecknen hos pojkar och flickor i tonåren. Enligt Crowe et al. (2006) är irritabilitet vanligt förekommande hos båda könen. Skillnaden är att deprimerade pojkar blir mer tystlåtna, lider av sömnproblem och koncentrationssvårigheter, har svårt att ta beslut samt är rastlösa. Flickor med depression rapporterade mer introverta symtom som att känna sig ensam och olycklig,

hata sig själv och att gråta. I Kinnunens et al. (2010) studie framkommer att flickor har mer psykosomatiska symtom i tonåren och lider som unga vuxna mer av depression än pojkar. Depressiva symtom hos pojkar i tonåren kan leda till ångest i vuxen ålder. Enligt Burns et al. (2004) däremot utsätter sig pojkar med depression för fler hälsorisker som tobaksanvändning och drogmissbruk än flickor.

Wagman Borowsky et al. (2003) beskriver att pojkar är mer troliga att få höga poäng på uppmärksamhet och aggressionsskalor än flickor. Något att observera var dock att depressionspoängen var lika mellan pojkar och flickor. När Campo et al. (2004) undersökte kopplingen mellan depression och återkommande magsmärtor fann de inga skillnader mellan pojkar och flickor. Flickor talar oftare med sin kontakt inom primärvården om hur de mår emotionellt än vad pojkar gör (Ozer et al., 2009).

## **8 DISKUSSION**

### **8.1 Metoddiskussion**

Valet att använda litteraturstudie som litteraturbaserad modell passade syftet med studien att redovisa hur primärvården kan identifiera depression hos ungdomar. Om vi skulle göra om studien vore det intressant att göra en empirisk studie om hur primärvården identifierar depression hos ungdomar.

Utbudet av vetenskapliga artiklar som handlade om ungdomar, depression och primärvården var inte så stort. Elva artiklar är en hanterbar mängd med tanke på den begränsade tiden. Vi sökte artiklar som inte var äldre än 10 år och av de som användes var den äldsta sju år, så det känns som materialet var relativt nytt.

Artiklarna har sitt ursprung i USA, Sverige, Finland och Nya Zeeland, vilket innebär att vi har tittat på studier om ungdomar med depression i välfärdsländer. Det kan vara kulturella skillnader i ungdomars mentala hälsa beroende på var i världen ungdomarna bor (Crowe et al., 2006). Valet hamnade därför på länder som har en kultur som liknar Sveriges för att kunna tillämpa studiens resultat i den svenska primärvården.

I analysen valde vi att fokusera på skillnader och likheter i resultat och artikelförfattarnas tolkning av resultatet, efter att ha lagt in artiklarna i matrisen så blev materialet lättare att analysera. De två kategorierna framkom tydligt.

Efter granskning av de vetenskapliga artiklarna i studien uppstod etiska frågor. I de studier som var longitudinella så framkommer inte om ungdomarna ingick i forskningsstudien får någon hjälp vid positiv depressionsdiagnos eller psykosomatiska symtom. Screening påvisade inte om omvårdnad erbjöds. Läsaren får inget svar på om ungdomarna får behandling.

## **8.2 Resultatdiskussion**

Resultatet visar att screening ett är väl beprövat sätt för att identifiera ungdomsdepression och att det är ett enkelt verktyg att använda. Rekommendationen är att personal inom primärvården screenar ungdomar för depression eftersom symtomen är så varierande och otydliga (Campo et al., 2004; Ozer et al., 2009; Richardson et al., 2010; Rosenbaum Asarnow et al., 2005; von Knorring; 2004; Wagman Borowsky et al., 2003; Zuckerbrot et al., 2007).

Screening är en undersökning av en befolkning i avseende att påvisa sjukdom eller vissa sjukdomstecken (Lindskog, 2004).

Om screening blir vedertaget som metod och utförs på alla ungdomar så kan stigmatiseringen runt sjukdomen minska och innebära att fler ungdomar vågar söka hjälp (Raphel, 2009). Med tanke på hur lätt en screening av depression kan genomföras i en primärvårdsorganisation (Zuckerbrot et al., 2007) så borde det egentligen inte finnas några hinder. I de artiklar som har granskats i studien har det förekommit många olika verktyg för screening av depression, visserligen anpassade för ungdomar men det kan vara svårt för personalen inom primärvården att hitta en screeningmetod för depression som fungerar i just deras verksamhet.

Inom kategorin observera tecken på depression fann vi två olika observationsområden: hälsorisker och kroppsliga besvär/smärta (Burns et al., 2004; Campo et al., 2004; Crow et al., 2006; Rosenbaum Asarnow et al., 2005; von Knorring et al., 2004) Vårdpersonal inom primärvården bör arbeta mycket med att

observera ungdomar som utsätter sig för hälsorisker så att de inte utvecklar depression. Å andra sidan kan det vara så att depressionen i sig leder till att tonåringen hamnar i ett hälsoriskbeteende? Något svar ges inte i de granskade artiklarna.

Hälsoriskbeteende är mer förekommande bland pojkar. När dessa pojkar söker primärvård är det inte depressionen som diagnostiseras utan det utagerande beteendet eller missbruksproblemet, eftersom den eventuella depressionen döljs av hälsoriskbeteendet (von Knorring et al., 2004). Det bästa sättet att förebygga brottslighet, våld och andra högriskbeteenden är att identifiera ungdomars psykiska ohälsa (Wagman Borowsky et al., 2003).

Det är dubbelt så vanligt med depression hos tonårsflickor som hos tonårspojkar. Den stora förändringen sker i och med puberteten, innan dess är det ingen skillnad mellan pojkar och flickor (Olsson, 2005). Flickors depression ter sig mer introvert och de uttrycker tydligare att de är deprimerade (Ozer et al., 2009). Detta kan vara en av anledningarna till att det blir flickor som oftare får diagnos och att pojkars tecken på depression missas och att de blir utan diagnos och utan behandling. Alla som arbetar inom sjukvården bör därför vara uppmärksamma eftersom depression är starkt kopplad till suicidrisk (Levander et al., 2008).

I Crowes et al. (2006) studie fick tonårsflickor och tonårspojkar fylla i en självskattningsskala där resultatet visade att flera av flickorna hade en depression och många av dessa flickor led av djupare depressioner. Pojkarnas resultat visade mer beteendeproblem vilket Crowe et al. menar kan vara en maskerad depression.

I studien av Campo et al. (2004) uppvisades inga könsskillnader i resultatet. Pojkar och flickor med återkommande magsmärtor utan medicinsk förklaring hade lika ofta depression. Kinnunen et al. (2010) visade emellertid en tydlig skillnad mellan könen i psykosomatiska symtom. Flickor har en högre grad av psykosomatiska besvär i tonåren. Deprimerade flickor agerar inte utåt lika ofta som pojkar. Istället kan depressionen ta sig fysiska uttryck som huvudvärk och ont i leder och nacke. Det är angeläget att primärvården lär sig att identifiera tecknen i båda grupperna.

Fler flickor får en depressionsdiagnos (Olsson, 2005), fler flickor gör självmordsförsök men fler pojkar begår självmord (Wasserman & Westerlund, 2003). Många deprimerade ungdomar missas av primärvården och kanske framför allt pojkar.

I skolhälsovården är det viktigt, framför allt för skolsköterskan, att observera tecken på depression. Skolsköterskan måste ha förmågan att lyssna och inte ha en dömande attityd. Hur tonåringen ser på sitt problem får inte förminskas, det är också viktigt att våga tala om självmordsförsök och självmord. Skolsköterskan bör också utbilda både föräldrar och ungdomar om mental hälsa för att minska stigmatiseringen (Leiker & Level, 2004).

### **8.2.1 Svårigheter**

Det är viktigt att sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal lär sig känna igen symtom för depression och att de kan ge rätt stöd för att minska risker för allvarliga följder (Royal Collage of Nursing, 2004). Inom den svenska primärvården finns idag ingen vana att diagnostisera ungdomar med depression. Bedömningen är, att primärvården inte uppfattar, att detta ingår i dess ansvarsområde (Almbrandt-Löf, 2009). I en amerikans studie däremot bedömde majoriteten av vårdpersonalen inom primärvården att det var deras ansvar att identifiera depression hos ungdomar. Trots det är det få som använder standardiserade enkäter för screening. Personalen behöver hjälp med att hitta det optimala verktyget (Katon, Russo, Richardson, McCauley & Lozano, 2008).

Primärvården screenar mindre för depressiva symtom än för riskbeteenden som rökning och drogmisbruk trots hög prevalens av depression. Ungdomar med hög risk för depression och som signalerar depressiva symtom blir inte konsekvent screenade. 70 % av dessa patienter får inte ett samtal med sin kontakt i primärvården. Detta beror troligen på primärvårdens brist på kunskap att behandla depression och brist på kunskap i hanteringen av screeningsystem (Ozer et al., 2009). Personal inom primärvården arbetar oftast under tidspress och kan därför ha nytta av formulär för screening av depression som ett bland andra hjälpmedel vid diagnostisering av

depression (Nettelbladt, 2003). Men tidspressen kan också göra att man väljer bort ett ytterligare arbetsmoment som screening av ungdomar innebär.

Personalen inom primärvården rekommenderas att försäkra sig om att alla ungdomar som screenas positivt för depression följs upp och får den vård som krävs (Raphel, 2009).

Depression och självmord bland ungdomar ökar och i resultatet av denna studie har det framkommit att screening för depression inom primärvården är ett bra verktyg för att identifiera ungdomars depression. Trots det står det i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: ”Rekommendationer – screening Hälsö- och sjukvården bör inte genomföra screening för depression och ångestsyndrom hos grupper utan känd risk för psykisk sjukdom inom primärvården (icke-göra)” (Socialstyrelsen, 2010, s. 19). Kan den rekommendationen bero på att det kan bli svårt att hantera alla eventuella positiva screeningresultat? Eller handlar det om kostnader, i så fall kan kostnaderna för alla deprimerade ungdomar som inte får hjälp bli ännu högre i förlängningen. Ytterligare en anledning kan vara att arbetsbördan blir för stor för personalen i primärvården. Eftersom screening inte rekommenderas för grupper utan känd risk för depression i Sverige är det ännu viktigare att vårdpersonalen inom primärvården lär sig se tecknen och därigenom identifiera depression hos ungdomar.

En orsak till att depression ofta blir odiagnostiserad kan bero på stigmatiseringen runt sjukdomen både bland ungdomar och föräldrar. Ett annat problem kan vara att personalen inom primärvården inte har tillräcklig utbildning om hur de ska hantera ungdomar med depressionssymtom (Cheung, Ewigman, Zuckerbrot, & Jensen, 2009). Vårdpersonal inom primärvården bör arbeta mot stigmatiseringen som finns omkring mental hälsa. Ungdomar ska inte behöva känna sig avvikande eller tro att det är självförvållat (Woodgate, 2006).

Depression är väl beforskat hos vuxna men inte bland barn och ungdomar. Efter att ha granskat området har vi sett att det inte finns så mycket material att tillgå. Vilket vi tror kan bero på att depression hos ungdomar bara har varit en diagnos i cirka 30 år.

### **8.3 Slutsats**

Om vi utgår från vårt syfte att undersöka hur primärvården kan identifiera depression hos ungdomar kommer vi till slutsatsen: Att genom hjälp av screening eller kunskap i att se tecken på depression kan primärvården identifiera depression. Vad vi också kommit fram till är att det inte görs i tillräcklig utsträckning.

### **8.4 Klinisk betydelse**

Primärvården måste ta ungdomsdepression på allvar. Många ungdomar bär på en depression utan att få hjälp för att symtomen är så otydliga. Det krävs utbildning av personalen som arbetar inom primärvården att lära sig identifiera ungdomsdepression. Ungdomar behöver också få veta att det går att söka hjälp när man mår dåligt. Vår litteraturstudie visar att primärvården kan screena ungdomar för att identifiera depression.

### **8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling**

Pojkars underdiagnostiserade depressioner och höga självmordsfrekvens är ett samband som bör studeras.



## 9 REFERENSER

Almbrandt- Löf, P. (2009). *Barn och ungdomar- depression och ångest: Behovsanalys 2009*. Landstinget i Östergötland

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Assoc.

Burns, J., Cotrell, L., Perkins, K., Pack, R., Stanton, B., Hobbs, G., Hobby, L., Eddy, D., Hauschka, A. (2004). Depressive Symptoms and Health Risk Among Rural Adolescent. *Pediatrics*, 113(5), 1313-1320.

Campo, J., Bridge, J., Ehnman, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., Di Lorenzo, C., Iyengar, S., Brent, D. (2004). Recurrent Abdominal Pain, Anxiety, and Depression in Primary Care. *Pediatrics*, 113(4), 817-824.

Cheung, A., Ewigman, B., Zuckerbrot, R., Jensen, P. (2009). Is your young patient suffering in silence? *The Journal of Family Practice*, 58(4), 187-191.

Cheung, A., Zuckerbrot, R., Jensen, S., Stein, R., Laraque, D. (2008). Expert Survey for the Management of Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics*, 121(1), 101-107.

Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B., Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 10-18.

Davidsson, J., (1998). *Primärvård – en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.

Ekselius, L., von Knorring, L. (1997). Depression missas ofta i primärvården. *Läkartidningen*, 94(49), 4601-4604.

Friberg, F. (2006). *Dags för Uppsats-Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Green, C., Wisdom, J. (2004). "Being in a Funk": Teens' Efforts to Understand Their Depressive Experiences. *SAGE Publications*, 14(9), 1227-1238.  
doi:10.1177/1049732304268657.

Gustavson, C. (2004). *När någon i din närhet har en depression*. Västerås: ICA bokförlag.

Katon, W., Russo, J., Richardson, L., McCauley, E., Lozano, P. (2008). Anxiety and Depression Screening for Youth in a Primary Care Population. *Ambulatory Pediatrics*, 8(3), 182-188.

Kinnunen, P., Laukkanen, E., Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescent and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 43-50.

Leiker, T., Level, E. (2004). Caring Communities: Nurses Taking Action to Address Adolescent Depression and Suicide Prevention. *The Kansas Nurse*, 79(6), 4-6.

Lerner, T. (2010, 7 september). Självmord ökar bland unga. "Det är ett misslyckande för hela samhället", säger forskaren Danuta Wasserman. *Dagens Nyheter*. Hämtad från <http://www.dn.se/insidan/sjalvmord-okar-bland-unga-det-ar-ett-misslyckande-for-hela-samhallet-sager-forskaren-danuta-wass-1.1166128>

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O., Tuninger, E. (2008). *Psykiatri: En orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Lilja, J. Larsson, S. (1998). *Nya perspektiv på depression och ångest. En socialpsykologisk forskningsöversikt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Lindskog, B. (2004). *Medicinsk miniordbok*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Nettelblatt, P. (2003). Hur ska primärvården upptäcka den dolda ångest/depression som finns? *Läkartidningen*, 100(10), 824-826.

Olsson, G. (2005). *Depressioner i tonåren – ung, trött och ledsen*. Stockholm: Gothia.

Ozer, E., Zahnd, E., Adams, S., Husting, S., Wibbelsman, C., Norman, K., Smiga, S. (2009). Are Adolescent Being Screened for Emotional Distress in Primary care. *Journal of Adolescent health*, 44, 520-527.

Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler M., Ey, S., Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48 (2), 155-168.

Raphel, S. (2009). New Recommendations on Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3),170-171.

Richardson, L., Rockhill, C., Russo, J., Grossman, D., Richards, J., McCarty, C., McCauley, E., Katon, W. (2010). Evaluation of the PHQ-2 as a Brief Screen for Detecting Major Depression Among Adolescents. *Pediatrics*, 125(5), 1097-1103.

Rosenbaum Asarnow, J., Jaycox, L., Duan, D., LaBorde, A., Rea, M., Tang, L., Anderson, M., Murray, P., Landon, C., Tang, B., Huizar, D., Wells, K. (2005). Depression and role impairment among adolescents in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 37, 477-483.

Royal Collage of Nursing. (2004). *Children and young people´s mental health –every nurse´s business*. Publications code: 002239.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen 2010:3-4. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Västerås: Edita Västra Aros.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 166/1+2+3). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning.

Von Knorring, A., Cederberg-Byström, K., Nyberg, A., Hedlund, M., Stålenheim, G., von Knorring, L. (2004). Depression är vanligt hos unga som söker för kroppsliga besvär. *Läkartidningen*, 5(101), 365-368.

Wagman Borowsky, I., Mozayeny, S., Ireland, M. (2003). Brief Psychosocial Screening at Health Supervision and Acute Care Visits. *Pediatrics*, 112(1), 129-133.

Wasserman, D., Weterlund, M. (2003). Självordsprevention i skolor i Sverige- hur ser det ut idag? *Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Woodgate, R. L. (2006) Living in the shadow of fear: adolescents 'lived experience of depression. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 261-269.

Zuckerbrot, R., Maxon, L., Padgar, D., Davies, M., Fisher, P. (2007). Adolescent Depression Screening in Primary Care: Feasibility and Acceptability. *Pediatrics*, 119(1), 101-108.

