Massmedicineringen: Svenskar och antidepressiva preparat

Det här en artikel från Svenska Dagbladet som behandlar den ökade konsumtionen av antidepressiva läkemedel i Sverige. Jag har delat artikeln i fem delar, varav den sista är frivillig läsning. Mitt tips är att ni skumläser ett stycke eller två i 2-3 minuter och sedan börjar diskutera diskussionsfrågorna efter varje del.

Massmedicineringen: Över en miljon svenskar äter antidepressiva preparat. Ska de göra det livet ut?

Del 1

Den 8 februari 2018 bestämde hon sig. I dagboken skrev Elisa: “Det här är bara början. I kväll 21:27 började jakten på mitt sanna jag, eller snarare att ha **fri åtkomst** till all den magi som jag vet finns där.” Hon skulle sluta med de läkemedel hon hade tagit mer än halva sitt liv.

Två år senare sitter Elisa uppkrupen på en stol vid datorn hemma i lägenheten i Bandhagen i södra Stockholm. Hon tar fortfarande antidepressiv medicin, men **trappar gradvis ner** dosen.

– Det är fruktansvärt. Det gör ont i hela kroppen av abstinens, jag får ångest, mardrömmar och kan inte sova. Det känns som kemisk exorcism. När det är som värst **delar** jag **in** timmarna i fyra delar och tar en kvart i taget som jag ska överleva. Men jag har slutat vara rädd.

Hon vill ha tillgång till sin hjärna igen, säger hon.

– Jag vill känna sorg, glädje och smaker som jag inte gjort sedan jag var femton. Det är så coolt när känslorna börjar vakna till liv och jag ser och hör bättre och allt som smakar annorlunda. Jag har fått en annan relation till min kropp och omgivning.

Elisa är en av de nästan 1,1 miljoner svenskar – mer än var tionde – som går på antidepressiva läkemedel. Så kallade SSRI-preparat, som påverkar halterna av bland annat signalsubstansen serotonin, är den vanligaste varianten. De skrivs ut mot depression och ångestsyndrom, i någon mån även vid **ätstörningar** och PMS. Nästan två av tre som tar dem är kvinnor.

Sedan 2006 har utskrivningen i Sverige ökat med 25 procent, från 80 patienter per 1 000 invånare till 102. Sverige ligger på sjätte plats bland OECD-länderna och 1,5 gånger så högt som genomsnittet. Allra högst är **förskrivningen** på Island.

Del 1: Diskussionsfrågor

A) Några svåra ord eller fraser?

B) Låg detta i linje med vad du trodde om svenskars inställning till antidepressiva?

C) I artikeln talas det om att trappa ner på doser. Men vad händer om man trappar upp tempot på en löptur?

D) Och vad kan ha hänt om en konflikt har trappats upp?

Del 2:

I Sverige beror den ökade förskrivningen främst på att allt fler fortsätter att ta sina läkemedel under lång tid. När SSRI-preparaten kom rekommenderade läkemedelsmyndigheter runt om i världen kurer på 3-6 månader, nu kan patienter ta dem i 15–20 år. Socialstyrelsen **konstaterade** 2019 att 60 procent av de svenskar som tar antidepressiva har gjort det i över nio år.

En förklaring kan vara att många patienter, precis som Elisa, får svåra abstinenssymtom när de försöker sluta med tabletterna. Då kan det verka enklast för läkaren att bara fortsätta medicineringen.

Förespråkarna ser förskrivningen som ett uttryck för att fler mår psykiskt dåligt. Sedan 2017 är depression det största hälsoproblemet i världen, enligt WHO. Globalt uppskattas 350 miljoner människor lida av en depression. I Sverige har andelen sjukskrivningar som sker på grund av psykisk ohälsa ökat från 30 till 46 procent på 15 år. Bland dessa är depression och ångest den största gruppen.

Helt klart behandlas betydligt fler inom sjukvården för allt ifrån oro och **nedstämdhet** till självdestruktivitet, ångestsyndrom och depression. Det är numera inte lika **skambelagt** att söka hjälp om man mår psykiskt dåligt. Den så kallade underbehandlingen med läkemedel verkar ha försvunnit i takt med att medicinerna blivit billigare när patenten gått ut.

Men samtidigt som fler söker vård och får diagnosen depression tycks **förekomsten** av sjukdomen i befolkningen, det vill säga hur många som **uppger** i enkäter att de varit deprimerade, inte ha ökat **nämnvärt** de senaste 30 åren i Västeuropa inklusive Sverige. Det visar den åldersstandardiserade statistiken från IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation.

Del 2: Diskussionsfrågor:

Några svåra ord?

A) Kan du göra några dystra konstaterande om det du precis har läst (som leder till en generell nedstämdhet i atmosfären? :)

B) Varför borde fraser som *helt klart* användas med försiktighet i reportage (långa artiklar)?

C) Hur är det på hemmaplan (i ditt hemland)? Finns det exempelvis en öppen diskussion där om depression och antidepressiva läkemedel?

Del 3:

Kritikerna menar att den rekordhöga förskrivningen i stället är ett resultat av **tids- och resursbristen** på vårdcentralerna. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska patienter i första hand erbjudas psykologisk behandling, inte läkemedel, vid **lindrig** eller medelsvår depression. Behandlingen räcker dock inte åt alla som behöver.

På många svenska vårdcentraler saknas såväl tillräckligt med läkare som psykologer och kuratorer. Läkarbesöken är i genomsnitt tolv minuter per patient. I det läget är det enklare för pressade allmänläkare att skriva ut ett preparat som tar hand om symtomen.

Socialstyrelsen har flera gånger konstaterat att den psykologiska behandlingen med KBT måste öka, att primärvården behöver bättre kompetens och ökade resurser och att det i hälften av landets regioner saknas tillräckligt med psykoterapeuter och psykologer. Av dryga sju miljoner uttag antidepressiva i Sverige under 2019 **skrevs** fem miljoner **ut** av **allmänläkare**.

Så var det för Jan Sairanen. Han är 46 år, har sambo och två barn och jobbar på en daglig **verksamhet** för lågfungerande autister i Göteborg. Han hade alltid haft höstdepressioner, men de blev allt värre.

– Så fort det började **mörkna** lite mer blev det jobbigare och jobbigare och framåt november var det alltid värst. Jag var trött och ville sova hela tiden, liksom gå i ide. Jag kunde inte ens hålla på med min älskade hobby, att bygga modellflygplan.

För att tillfälligt **dämpa** depressionen **hetsåt** han. Han beskriver det som att han höll på att **äta ihjäl** sig.

– Vissa dagar åt jag sex hamburgare på raken, det var så jag **satte fart** på kroppens eget **belöningssystem**. Det var mat, godis och snacks. Det gick inte att kontrollera. Sedan fick jag ångest för att jag vräkte i mig, jag var inne i en katastrofal cirkel som var nära att kosta mig livet.

Hur reagerade familjen?

– Barnen var inte glada, pappa orkade ju aldrig leka. Det blev friktion med min sambo som fick dra ett större lass medan jag mest låg och sov. Under en depression blir allt du ska göra **en uppförsbacke**, ska du diska eller komma upp ur sängen så går inte det. **I längden** kunde vi inte fortsätta på det viset.

Han hade aldrig haft en tanke på att läkemedel kunde hjälpa och var egentligen negativ till det. Men sensommaren 2019 gick han till Närhälsan och träffade en läkare.

– Hon lyssnade på mig och frågade om jag ville prova. Mina tidigare träffar med terapeuter, psykologer och dietister hade ju inte fungerat, man kan inte gå ner i vikt om man inte löser orsaken till **viktuppgången**.

Efter 15 minuter stod han på gatan med ett recept i handen.

– I början märkte jag inget, men efter tre, fyra veckor kände jag mig piggare och gladare och ångestkänslorna var borta. Jag mådde bra helt enkelt. Lite muntorrhet och lite förlorad aptit, men det är ju inte fel för mig.

Efter två månader hade hans midjemått krympt med 26 centimeter.

Del 3: Diskussionsfrågor

A) *ihjäl* är en typisk verbpartikel. Fundera lite på hur det används i olika verbfraser och svara på frågan: Vad brukar oftast *ihjäl* betyda?

B) Vad är ditt personliga belöningssystem?

C) Är *hetsäta* något man skulle rekommendera till en person som nyligen upplevt en kraftig viktuppgång?

Del 4:

Den **i särklass** största användargruppen är äldre. En fjärdedel av alla över 75 år får antidepressiva och var tredje bland dem över 85 år.

Men den kraftigaste ökningen syns bland barn och ungdomar, om än från ganska låga nivåer. Och det är extra tydligt hos unga flickor och kvinnor.

Antalet unga som får antidepressiv medicinering för psykiatriska tillstånd i Sverige har fördubblats sedan 2006. (I Danmark har det minskat under samma period och i Norge ligger det kvar på samma nivå som tidigare.) Enligt Socialstyrelsen ska depression i första hand mötas med samtalsstöd, psykopedagogisk behandling eller KBT. Läkemedel ska förskrivas som ett komplement. Men så ser det inte ut i dag.

Att sätta in antidepressiva blir allt vanligare. På fyra år har förskrivningen ökat med 60 procent bland flickor och med 40 procent hos pojkarna. Under 2018 fick ungefär 10 barn av 1 000 i åldern 10–14 år antidepressiva mediciner, i gruppen 15–19 år var det 51 av 1 000.

Bland flickor 10–17 år skrivs det nu ut tio gånger fler antidepressiva dygnsdoser än för 20 år sedan.

Del 4: Diskussionsfrågor

A) Har du några spontana funderingar kring hur man kan lösa problemet med den kraftigt ökade förskrivningen av “farmakaka” (antidepressiva)? Förutsatt förstås att man tycker det är ett problem!

B) Det är väldigt viktigt att man förstår skillnaden mellan *särklass* och *i särklass*, då *särklass* syftar på skolor för elever med speciella behov. Men vad betyder att någon är eller har en *särbegåvning*?

C) Vad tyckte du om artikeln? Finns det några olösta trådar du känner att du inte fått svar på än?

Del 5: FRIVILLIG LÄSNING (resten av artikeln)

I den här delen berättas några personliga redogörelser, samt hur åsikterna går isär kring synen på antidepressiva. Del 5 är dock helt frivilligt att läsa.

Elisa var 15 år när hon första gången fick antidepressiva. Hon växte upp i en villaförort i Stockholm med sina föräldrar och bröder. Hon beskriver sig själv som ledsen och introvert.

– Det startade när jag var sex år gammal, jag kände skam och skuld och hade äckelkänslor inför mig själv.

Vid samma tid hade hon gått igenom ett svårt trauma. I dagboken har hon med kodade formuleringar beskrivit det som hände. Hon visar också teckningar som hon ritade. De flesta föreställer ansikten utan ögon och med en överkryssad mun. En person som inte blir eller vill bli sedd och hörd.

– När jag kom i kontakt med BUP första gången hade jag svårt att prata om det som hänt. Jag märker i min dagbok att jag vill säga något som jag inte kan säga. Jag började skriva dagbok för att jag trodde att jag skulle dö och ville lämna något efter mig.

I 12–13-årsåldern började hon skada sig fysiskt.

– När jag var 15 år anmälde min högstadieskola mina föräldrar till socialen. Någon på skolan hade sett mina skärsår på kroppen men det var inte föräldrarna som orsakat dem. Det var jag själv.

Det var på Danderyds psykiatri hon fick medicinen. De sade att hon hade brist på serotonin i hjärnan, en kemisk obalans som gjorde henne sjuk.

Blev det bättre med antidepressiva?

– Nej, de gjorde ingen skillnad. De tar bort toppar och dalar och man blir inkapslad i sig själv.

Ett år senare skrev hon i dagboken: ”Livrädd, skakar, dödsskakar. Har skött mig i dag, men det är så mycket skit som händer överallt hela tiden, det bits och jag bits tillbaka och plötsligt är jag ett monster.”

Psykiatern Göran Högberg har arbetat inom barn- och ungdomspsykiatrin, BUP, i Stockholm i över 30 år. Han tycker att den långvariga förskrivningen till unga oroar.

– Barn är växande individer och att ge dem antidepressiva under lång tid kan ge effekter på hjärnan. Djurförsök har visat bestående förändringar även efter att man har slutat med SSRI-preparat, det är inte försvarbart att utsätta barn för den risken. Vi måste vara försiktiga med ett så känsligt organ som en ung människas hjärna under utveckling, säger han.

Göran Högberg menar att nationella riktlinjer och skolningen av barnpsykiater sker i en stark farmakologisk anda. Inom BUP är det numera rutin att fortsätta med medicineringen ett år efter behandlingen i förebyggande syfte, säger han.

– Det finns ingen evidens för att det gör nytta. Men den av läkemedelsindustrin finansierade fortbildningen av barnpsykiater har drivit fram det här. Läkarna blir en del av företagens marknadsföring och

ledande barnpsykiatriker får ett starkt inflytande när de sedan blir experter i de vetenskapliga råden på olika statliga myndigheter.

Hur ska man hjälpa barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt?

– Barn med lätt depression ska tas om hand på en barnläkarmottagning eller vårdcentral. De ska verkligen inte få antidepressiva. Allvarligare depressioner kan handla om svårigheter i familjen eller övergrepp, men mobbning är den dominerande orsaken. Här behövs bättre psykosocial behandling med samtalsstöd och konkret hjälp att hantera sina känslor, inte att lägga locket på dem med psykofarmaka. Nu pågår ett stort okontrollerat experiment med långtidsmedicinering och facit är förskräckande.

Göran Rydén, som är verksamhetschef för BUP i Stockholm, håller inte med Göran Högberg på någon punkt. Uppgången i unga användare av antidepressiva beror på en ökad kunskap i den barnpsykiatriska kåren och att det gjorts många satsningar på att identifiera och behandla depression, säger han.

– Vi börjar känna igen och har större uppmärksamhet på depressionssjukdom hos barn och ungdomar och då finns bättre förutsättningar att behandla. Barnpsykiatriker har blivit mindre rädda för att behandla med läkemedel och då ökar chansen att de sätter in antidepp när det behövs.

Finns det inget oroande med utvecklingen?

– Jag är betydligt mer oroad av förskrivningen av smärtstillande till unga vuxna i primärvården. Det kan leda till ett opiatberoende. Jag oroar mig inte för en överförskrivning av antidepressiva. Tvärtom är det viktigt att vi lär oss känna igen unga som är deprimerade och verkligen ge dem en vettig behandling. Vi måste identifiera risken för suicid hos barn och unga. Ofta är det en kombinerad problematik hos dem som faktiskt tar livet av sig, men depression är nästan alltid en komponent.

Ing-Marie Wieselgren, nationell samordnare för psykisk hälsa på SKR, Sveriges kommuner och regioner, är dock oroad av ökningen bland barn och unga. Hon menar att läkare inom BUP gör fel som skriver ut antidepressiva till unga som mår dåligt.

– Vi vet inte vad vi gör eftersom vi inte sett långtidseffekterna av att så många unga börjar med antidepressiva väldigt tidigt. När det saknas resurser för samtalsstöd och psykoterapi tar man till läkemedel för att man inte har något alternativ. Det har inte forskats tillräckligt kring barn och unga och insatser för dem i en svensk kontext. Det satsas stort på barncancer, men barndepressioner är nedprioriterat.

Elisa har tagit tabletterna konstant sedan hon fick dem första gången. När hon kom till vuxenpsykiatrin höjdes doserna och hon fick fler preparat.

– När det var som värst hade jag 13 mediciner. Det var neuroleptika, bensodiazepiner, flera smärtstillande opiater och oftast två SSRI-preparat. Jag blev min egen fiende av allt jag tryckte i mig och sjönk så lågt man kan sjunka med nästan dödliga kombinationer av olika läkemedel.

Nu går Elisa på ett traumaprogram för komplex PTSD. 2016 fick hon även diagnosen iatrogent läkemedelsberoende, vilket betyder att beroendet skapats av läkares förskrivning. Hon är kritisk till vården som hon hävdar har medicinerat henne på felaktiga grunder. Hon har anmält psykiatrin i södra Stockholm till LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Hon kräver ersättning och att hennes diagnoser och behandling klassas som en vårdskada.

Rummet i Bandhagen är välmöblerat, färgkodat med stora tavlor på väggarna. Växter klättrar i fönstren och hamstern Olga sover i sin bur. Elisa står nu på färre läkemedel och lägre doser. Hon tror att det kan ta år innan hon når målet, att helt bli fri från medicin, men hon ska dit.

– Jag får göra det helt själv, från läkarna finns ingen plan för någon nedtrappning. Det har det aldrig funnits. Jag är stolt över det jag klarat

hittills, men det är tufft att stå upp för sig själv när man inte är stark. Min grundkänsla är glädje över att jag lever, samtidigt som jag gått miste om så väldigt mycket. Jag har inte kunnat plugga, träffa människor, känna social samhörighet eller ha en betydelsefull vardag. Jag är ensamstående, har aldrig haft ett jobb och blev förtidspensionerad när jag var 30 år.

Vilken hjälp hade du behövt när du var 15 år?

– Någon som vågade prata om det svåra som hänt mig. De gav mig aldrig tid att prata om att jag mådde dåligt och att det fanns förklaringar i vardagen som pekade på varför. Det är först nu jag får göra det. Inom andra specialistområden skulle man inte bara titta på akuta symtom, man skulle försöka lösa problemen bakom. Men det är lättare att medicinera.
Jan Sairanen i Göteborg berättar att han snarare trappar upp än ner.

– Jag började på 10 milligram och nu när vintern är som mörkast är jag uppe i 30, men jag vill minska dosen när det ljusnar framåt våren.

Förra året tog han inte sin medicin på ett par veckor, av misstag. Det var fruktansvärt. Han fick panikångestattacker och hjärtklappning.

Men i Jan Sairanens ögon är problemen inte tabletterna, utan att han slutade med dem. Han tycker att de antidepressiva har räddat hans liv. Han tror att han kan behöva ta dem resten av livet.

– Det är nog så. Liksom man behöver näringstillskott behöver jag det här tillskottet eftersom hjärnan producerar för lite dopamin. Jag behöver en extraskjuts för att hjärnan ska få mig att fungera som vanligt. Men man kan kanske kombinera terapi och medicinering så småningom. Det ena måste inte utesluta det andra.

Har pappa blivit gladare?

– Verkligen, hela familjen märker ju att jag finns tillgänglig numera.

Skriven av Fredrik Mellgren. Publicerad 27/1 2021 i Svenska Dagbladet.