



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

RISK- OCH SKYDDSAFUNKTIONER GÄLLANDE EGENTLIG DEPRESSION HOS UNGDOMAR SAMT SJUKSKÖTERSANS PREVENTIVA ARBETE

Caroline de Oliveira Studart Gurgel
Elisabeth Johansson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Ann-Caroline Johansson
Examinator:	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår mycket noggranna och kompetenta handledare, som trodde på oss, och såg vårt engagemang för den här idén.

Vi vill också tacka varandra för väl utfört arbete i ett projekt som vi båda har personlig erfarenhet av, den ena som tonåring och den andra som förälder. Vi hade en gemensam vision, och visste precis från dag ett hur vi skulle utforma vårt arbete, trots att vi inte pratat igenom det speciellt mycket innan. Det fanns bara där och utformningen växte sakta fram med vår handledares ovärderliga hjälp.

Detta arbete hoppas vi kunna bli en bra grund för att hjälpa föräldrar och övriga familjemedlemmar att förstå hur de gemensamt kan samarbeta, i hopp om att kunna minska risken för psykisk ohälsa hos ungdomar.

Titel (svensk)	Depression hos ungdomar – Familjecenterad omvårdnad
Titel (engelsk)	Depression in Young People – Family-centered nursing
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Författare	Caroline de Oliveira Studart Gurgel & Elisabeth Johansson
Handledare:	Ann-Caroline Johansson
Examinator:	Lars-Olof Persson

Sammanfattning:

Bakgrund: Den psykiska ohälsan bland ungdomar verkar öka i hela världen, men i synnerhet bland svenska ungdomar. Många ungdomar med depression går in i vuxenlivet, utan att ha blivit diagnostiserade. Det har hittills inte forskats så mycket kring depression hos ungdomar, och det finns ett stort behov av mer forskning. **Syfte:** Vårt syfte är att belysa riskfaktorer och skyddsfaktorer gällande egentlig depression hos ungdomar, samt hur sjuksköterskan kan arbeta preventivt. **Metod:** Detta är en litteraturstudie som visar det rådande kunskapsläget, när det gäller depression hos ungdomar. Vi har använt både kvantitativa och kvalitativa artiklar i vår studie. **Resultat:** Det vi fann var att inom familjen hittas både riskfaktorer för depression, men även skyddsfaktorer. Ju tidigare depressionen börjar, desto större är risken att den övergår i egentlig depression som kan resultera i ett fullbordat självmord. Även flera perioder av depression ökar risken för självmord. **Slutsatser:** Tidig upptäckt är av yttersta vikt när det gäller prognosen för depression. Det behövs mycket mer forskning inom detta område.

Nyckelord: Depression, familj, prevention, självmord.

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Bakgrund	2
Sjuksköterskans ansvarsområde	2
Psykisk ohälsa	2
Att vara förälder till ett barn med depression	3
Depressionskriterier	3
Diagnos - depression.....	4
Depressionsbehandling	5
Vårdkedjan	5
Teoretisk referensram	5
Familjefokuserad omvårdnad	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställning:	6
Metod	6
Design	6
Datainsamling.....	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	7
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
Resultat.....	8
Presentation av valda artiklar	8
Sociodemografiska aspekter	8
Övriga aspekter	8
Socialt kapital.....	8
Återfallsprevention	8
Screening.....	8
Riskfaktorer	9
Sociodemografiska aspekter	9
Övriga aspekter	11
Skyddsfaktorer	11
Socialt kapital.....	11
Preventivt arbete	12

Återfallsprevention	12
Screening.....	13
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Familjen	15
Tidig upptäckt	16
Implikationer och vidare forskning.....	17
Slutsats	18
Referenslista	19

Inledning

Som tonåring kan det ibland kännas jobbigt att komma överens med föräldrarna, vilka kan upplevas som tjatiga och jobbiga. Tonåringen kan känna sig kritiserad och övervakad. Många gånger kan konflikter med föräldrarna bero på att tonåringen förändras fort vid denna tid i livet. De får ofta nya intressen och kanske sin första pojk- eller flickvän. Den relation de haft till föräldrarna förändras också, det kan vara svårt för föräldrarna att se sina barns tuffa process mot egen självständighet (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholm, 2014). Författarnas erfarenhet är att när det kommer till att få vård kan det kännas omöjligt att få hjälp. Sjuksköterskan i öppenvården är ofta den första kontakten för ungdomarna och deras föräldrar, och hen har därför möjlighet att upptäcka psykisk ohälsa hos ungdomar på ett tidigt stadium.

Fokus i detta arbete är riskfaktorer och skyddsfaktorer gällande depression hos ungdomar, samt hur sjuksköterskan kan arbeta förebyggande.

Bakgrund

Sjuksköterskans ansvarsområde

I Omvårdnadsvetenskapen lyfts människan fram som en unik varelse och bör därför bemötas individuellt. Människan lever dock i ett ömsesidigt beroende med andra människor och kan även ha ett ansvarsförhållande till andra. Sjuksköterskans kompetensområde beskrivs bland annat som ett ansvar att arbeta hälsofrämjande. De insatser i omvårdnaden som beskrivs som hälsofrämjande innebär att stärka patientens förmåga att öka kontrollen över, och förbättra sin hälsa (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014).

I förhållandet mellan sjuksköterska och patient ställs den emotionella omvårdnaden i förgrunden. Här tillämpas även ett utvidgat patientbegrepp ”den lidande”, där människan blir patient och hamnar i en beroendeställning till sjuksköterskan. För att patienten ska kunna bevara sin integritet, värdighet och autonomi är det bra om dennes familj kan inkluderas i vården (Willman, 2009, 2014). I omvårdnadsdisciplinen innebär en central uppgift att utveckla kunskap i relation till verksamheter där omvårdnad bedrivs. Målet är alltid att förstå en människas omvårdnadsbehov och hur de kan bemötas, som till exempel att stödja och främja aktiviteter i det informella nätverket (familj och vänner) som är involverade i patientens vård påpekar Jacobsson Ung & Lützén, (2009, 2014). Inom ämnet omvårdnad finns flera viktiga begrepp om hur sjuksköterskor tänker kring det de gör och vad deras disciplin bidrar till i ett vidare perspektiv, som dessutom har utvecklats ur filosofiska idéer. Det innebär att sjuksköterskan har kunskaper som är både privata och ”offentliga”. Sjuksköterskor är inte bara konsumenter av kunskap, utan de producerar även kunskap genom att de lär sig genom sina erfarenheter och av att undervisa patienter (Jacobsson Ung & Lützén, 2009, 2014).

Psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten (2018) skriver att allt fler ungdomar rapporterar psykisk ohälsa, sedan mitten av 1980-talet. Det är särskilt bland flickor och socioekonomiskt utsatta som denna

ökning är störst. Folkhälsomyndigheten, (2018) har redovisat dessa studier som vid senaste mätningen, 2013/2014, visar att bland 15-åringarna har andelen med psykiska eller somatiska besvär mer än en gång i veckan, de senaste sex månaderna, ökat från 29 procent till 57 procent för flickor, och från 20 procent till 31 procent för pojkar. Även bland 13-åringar hade andelen med besvär ökat. Folkhälsomyndigheten (2018) påpekar att det är viktigt att studera hur olika åldersgruppers hälsa utvecklas över tid, men även om det inte går att få exakta mätningar får man ändå en uppskattning. Många aktuella studier i Sverige tyder på att det finns brister i elevhälsovården när det gäller att tidigt fånga upp unga med psykisk ohälsa menar Pellmer Wramner et al., (2017). Enligt skollagen (SFS 2010:800) ska eleverna ha tillgång till elevhälsa med olika kompetenser inom medicin, psykologi, psykosocial och specialpedagogik. Elevhälsan ska vara sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande menar Pellmer Wramner et al., (2017).

Att vara förälder till ett barn med depression

Wasserman, (2010) menar att föräldrar vill att deras barn ska må bra vilket gör att många kanske blundar för de tecken som kan finnas, och som kan tyda på depression. Det är inte ovanligt att föräldrar tolkar sina barn som olydiga, rastlösa, irriterade, gråtliga, bråkiga eller grälsjuka. Barnen beskriver sig själva som ledsna, pessimistiska, ångestfyllda, självnedvärderande, och med negativa upplevelser av sin kropp fortsätter Wasserman, (2010). Att ge sitt barn en god självkänsla är en välkänd skyddsfaktor mot depression. Självkänsla utvecklas bland annat när barn och föräldrar kommunicerar med varandra, och om det fungerar bra känner sig barnet sett och uppskattat. (Wasserman, 2010). Föräldrar skapar förutsättningar för ett harmoniskt barn som mår bra genom kärleksfulla men fasta värderingar och normer. På så sätt utvecklas barnet i sin egen takt och får en god självkänsla menar (Wasserman, 2010). Om barnet är långsamt och oföretagsamt kan det, om det blir kritiserat, känna en inlärd hjälplöshet, vilket i längden påverkar barnet negativt enligt Wasserman, (2010). Föräldrar är bara vanliga människor med egna problem och begränsningar som styr deras sätt att vara mot sina barn skriver Wasserman (2010). Det kan vara jobbigt att ta hand om ett deprimerat barn som ständigt växlar humör. Det är lätt hänt att föräldrar känner sig otillräckliga, men att prata med andra vuxna kan hjälpa föräldrar att klara av det lättare. Det viktigaste är dock att bry sig om sitt barn, och våga söka stöd hos andra vuxna eller professionell hjälp påpekar (Wasserman, 2010).

Depressionskriterier

Skärsäter (2014) definierar depression, eller dystymi, som ett tillstånd där personen lever med sänkt stämningsläge eller tungsinne, vilket avlöses av kortare perioder av bättre humör och egentlig depression definieras som ett medicinskt tillstånd som påverkar en persons tankar, känsloliv, beteende och den allmänna psykiska hälsan.

På BUP:s hemsida står det att det är en naturlig del av livet att stundtals känna sig ledsen och nedstämd. Alla ungdomar mår någon gång dåligt, och kan känna behov av att stänga in sig på sitt rum för att få vara ifred för övriga familjen. För vissa kan dock detta tillstånd övergå till egentlig depression. (BUP, 2014). Gråberg & Klefbom (2007) skriver att det är en period i livet, som i bästa fall, kanske varar i några månader eller upp till något år eller två, men att vissa ungdomar kan fastna i en depression som kan vara i flera år. Egentlig depression håller i sig länge och då kan det vara svårt att klara av sin vardag med skola och kompisar fortsätter Gråberg & Klefbom (2007). Oavsett om det är låg serotoninhalt eller om något tragiskt har

inträffat tidigare i livet så fungerar alla depressioner likadant när det väl har startat enligt Gråberg & Klefbom (2007).

BUP (2015) skriver att om en depression uppträder redan i tonåren är prognosen sämre, och dessutom blir perioderna av depression längre än om depressionen debuterar i vuxen ålder. Ungdomar som haft depression har sämre förutsättningar att klara av utbildning, familjebildning, föräldraskap, och får oftare en massa olika somatiska sjukdomar i vuxen ålder. Omkring 50 procent av de vuxna får evidensbaserad behandling medan bara tio procent av ungdomarna får detsamma. De flesta ungdomar går alltså genom tonåren utan någon adekvat behandling fortsätter (BUP, 2015).

Depression kan yttra sig på flera sätt till exempel känslomässigt, då kan tonåringen bli ledsen, irriterad och kan få ångest som kan leda till att hen känner sig värdelös. Även tankesättet påverkas, och tonåringen kan bli negativ och självkritisk och tappa lusten för allt. Den unge klarar inte av krav och kritik. Kroppen saknar energi och lusten att göra saker försvinner, även sådant tonåringen förr tyckte om att göra. Vikten kan gå upp eller ner, och sömnen blir lidande med ökande trötthet. Många drar sig undan och kan börja skolka och missbruka olika substanser. Det blir svårt att hänga med i skolan på grund av koncentrationssvårigheter, och vissa kan bli aggressiva. Relationerna till både föräldrar och kompisar påverkas negativt, och kanske börjar tonåringen tänka på självmord. Alla känner inte av depressionen hela tiden, det kan variera från dag till dag eller timme till timme (BUP, 2014).

Diagnos - depression

Diagnos av egentlig depression kan ställas enligt DSM-IV-definition vilket innebär att den unge skall ha haft minst två–fem av vissa symtom, under minst två veckor (BUP Stockholm, 2015). Det ska vara fråga om *emotionella symtom* som nedstämd och ledsen, eller så handlar det om *kognitiva symtom* som koncentrationssvårigheter och minnessvårigheter, och återkommande dödstankar om att råka ut för en olycka eller självmordstankar. De *kroppsliga symtomen* kan yttra sig som trötthet, utmattning, och sömnproblem (Von Knorring, 2012). Skattningsskalan MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating) ska vara baserad på en flexibel klinisk intervju där tonåringen uppmanas att med sina egna ord beskriva sitt tillstånd. Sedan ställer intervjuaren frågor som från början är mer öppna till att senare bli mer specifika, så att de variabler som inte blivit tillfredsställt täckta kan belysas. Det som ingår i skattningsskalan är frågor som ska skattas på en skala från 0–6, där 0 betyder neutralt stämningsläge och 6 maximal nedstämdhet till exempel (Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri, 2019).

När nedstämdheten varat en längre tid och det fortfarande är svårt att klara av dagliga sysslor som att gå i skolan, träffa kompisar, äta och sova ordentligt, kan det behövas hjälp för att bedöma om det är en depression (BUP, 2014). En depression som övergått i självmordstankar är väldigt allvarligt, och det är viktigt att snabbt få tillgång till vård. Risken är annars stor att börja fantisera om att vara med om en olycka, eller smida konkreta självmordsplaner (BUP, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2016) har antalet självmord under de senaste decennierna minskat, utom för ungdomar under 25 år. I Sverige tar runt 150 ungdomar sitt liv varje år. Många föräldrar hade gärna sett att någon utredde varför deras barn begick självmord, men det görs inte i de flesta fall. Folkhälsomyndigheten har dock utformat ett stödmaterial om händelseanalyser som ska ge kommunerna handfasta råd. Där samlas in fakta kring händelsen som sen analyseras, följs upp och utvärderas. Det man vill uppnå i längden är att identifiera

var det brister så att dessa områden kan förbättras, samt undvika att misstag upprepas i framtiden. Det här sättet att arbeta kan också bli ett bra stöd för föräldrar, närstående och personalgrupper (Socialstyrelsen, 2016).

Depressionsbehandling

Målet med behandlingen är att förkorta en pågående episod, nå remission och förhindra återinsjuknande. Behandling sker i tre faser. Akut behandling med en klinisk effekt och tillbakagång av symtom, bibehållande behandling som förhindrar återkomst av symtom samt underhållande behandling för att förhindra nya episoder. Val av behandlingsmetod beror alltid på depressionens allvarlighetsgrad. Steg ett består av psykopedagogiska insatser i en familjekontext, till exempel psykopedagogisk intervention (PPI), steg två består av psykologiska behandlingsmetoder, som kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), familjeterapi och farmakologisk behandling och steg tre är en tilläggsbehandling (BUP Stockholm, 2015).

Vårdkedjan

Socialstyrelsen har utformat riktlinjer för omhändertagandet inom första linjens vård. Det är rekommendationer om ett effektivt omhändertagande av vårdsökande som bland annat ställer krav på resurser, samt på hur vården ska utformas för att bäst möta patienters behov. Socialstyrelsen bedömer att det mest centrala är en första bedömning med hög tillgänglighet, och god kontinuitet under hela vårdförloppet vilket inkluderar samverkan mellan primärvården och psykiatrin. Interventioner med sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov, utformas enligt principerna för stegvis vård. För att vårdåtgärderna ska ge avsedd effekt krävs tillgång till personal med adekvat kompetens, en vårdstruktur som främjar ett effektivt omhändertagande, tillgång till konsultationsinsatser, samt möjlighet till uppföljning från barn- och ungdomspsykiatrin. Inom primärvården är den patientcenterade konsultationen huvudverktyget i diagnostiken och används för att förstå personens sjukdomsupplevelse utifrån personens eget perspektiv. Att ställa diagnos är en process som växer fram ur den patientcenterade konsultationen, medan strukturerade diagnostiska intervjuer och symtomskattningsskalor fungerar som hjälpmedel (Socialstyrelsen, 2010). Ett vårdteam inbegriper en mängd olika människor och olika professioner som tillsammans har ett ansvar och en respekt för varandras kunskap och erfarenhet, och det är bra om det kan ske en konstruktiv informationsöverföring som ger förutsättningar för kunskapsutbyggnad samt en dialog om såväl vård som behandling (Eldh, 2009, 2014).

Teoretisk referensram

Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad kan förstås på två sätt, *familjecentrerad* och *familjrelaterad*. I den familjecentrerade omvårdnaden ses familjen som ett system i en social och juridisk enhet, med bestämda samhällseliga funktioner (Kirkevold, 2001). I den familjrelaterade omvårdnaden är patienten i centrum, men hänsyn tas också till dennes sociala sammanhang. Alla familjens medlemmar påverkas av varandras liv och hälsa och familjen bör betraktas som en enhet, oavsett sammansättning. Den svenska vården låter familjen spela en betydande

roll som komplement till den traditionella vården. När en familj i vården inbjuds att vara delaktiga i problemidentifiering, problemlösning och beslut, bidrar det till att den unika familjens resurser tas tillvara. Familjecentrerad omvårdnad är en utveckling av sjuksköterskans förhållningssätt och relation till personen samt dess familj. Sjuksköterskan och familjen har olika kompetenser, där dialog och kunskap om varandras föreställningar bäst kommer till nytta (Svensk sjuksköterske-förening, 2015). Fokus har alltså flyttats från personalens expertis till patientens behov och bildar ett partnerskap mellan patient/närstående och den professionella, där överenskommelser baseras på patientens upplevelser och berättelser förklarar Benzein, Hagberg & Saveman, (2017). När ett barn i familjen blir sjukt finns ett extra stort behov av närhet. Föräldrar, syskon och andra familjemedlemmar blir viktiga för minderåriga patienter. Familjens delaktighet kan möjliggöras i behandlingen och omvårdnaden, genom adekvat information och stöd till familjen, vilket därmed blir hälsofrämjande (Björk, Darcy, Jeneholt Nolbris & Ahlström, 2017).

Problemformulering

Vård i rätt tid och en god kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal är avgörande faktorer för ungdomar med depression. Kontakten med vården inbegriper en mängd möten med olika professioner. Det finns därmed en risk för att nedstämdhet och depression hos ungdomar faller mellan stolarna eller inte uppmärksammas i tid. Sjuksköterskan i öppenvården kan många gånger vara den första kontakten för dessa ungdomar och deras föräldrar, och hen har därför en viktig nyckelfunktion vad gäller att nå ungdomar med symtom på depression på ett tidigt stadium.

Syfte

Syftet är att belysa riskfaktorer och skyddsfaktorer gällande egentlig depression hos ungdomar samt hur sjuksköterskan kan arbeta preventivt.

Frågeställning:

1. Vilka är riskfaktorerna för egentlig depression?
2. Vad finns det för skyddsfaktorer?
3. Hur kan sjuksköterskan arbeta preventivt?

Metod

Design

Denna uppsats är en litteraturstudie vars ämne faller inom omvårdnad. En analys av vetenskapliga artiklar och annan aktuell litteratur finns som evidensbaserad grund.

Datainsamling

Efter den breda inledande sökning smalnades sökningen av. Sökorden som användes var: *depression or suicidal or mental illness AND adolescent, young people NOT children*. Svensk MeSH användes för att få fram relevanta engelska sökord. Karolinska Institutet tillhandahåller en översättning av svenska termer till engelska MeSH-termer (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). I den strukturerade sökningen användes PICO-modellen enligt Statens beredning för medicinsk- och social utvärdering (2009). I detta fall uteslöts C – Control, eftersom det inte fanns någon kontrollgrupp. Flest sökningar gjordes i Cinahl. Eftersom träffarna var få, gjordes ytterligare sökningar i Pubmed och Psykinfo. Några sållades bort på grund av att de var irrelevanta. Slutligen användes även Google Scholar och Scopus. Då de angivna sökbaserna har olika inriktningar kompletterar de varandra bra. Söktabell finns i bilaga 1. Från Cinahl togs sex originalartiklar med i resultatet, och från Psykinfo togs fyra stycken med. De flesta relevanta artiklar kan hittas i olika databaser, men det går också att komplettera med artiklar genom manuella sökningar i tidskrifters referenslistor (Willman et al., 2016). En originalartikel som togs med i resultatet söktes upp manuellt på detta sätt. En översikt över artiklar som används i resultatet finns i bilaga 2. De flesta artiklarna var kvantitativa, en var kvalitativ och en var mixad metod. Artiklarna granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall, se bilaga 3. De artiklar som valts kommer från Finland, Kanada, USA, Australien, Japan, Thailand och Sydafrika. Sökord: Adolescent, depression, experience, mental health, mental illness, nurse, perception, prevention, primary care, suicidal, suicide, teenagers, young people.

Inklusionskriterier

Alla artiklar som inkluderades i resultatanalysen var Peer Reviewed, originalartiklar, publicerade 2012 eller senare, samt i fulltext.

Exklusionskriterier

Artiklar som var på annat språk än svenska och engelska valdes bort, likaså artiklar som fokuserade på yngre barn eller vuxna.

Dataanalys

Inledningsvis gjordes en kategorisering med hjälp av färgkoder. Rött för artiklar som handlade om riskfaktorer när det gäller depression, grönt som handlade om skyddsfaktorer, och lila för sjuksköterskans preventiva arbete. Efter det sorterades artiklarna upp och plockades ut slumpvis med ungefär tre ur varje grupp, riskfaktorer, skyddsfaktorer och sjuksköterskans preventiva arbete. Detta var ett bra system för att få en så nyanserad bild som möjligt. Granskning genomfördes i enlighet med Henricson, (2016). Alla artiklar översattes till svenska och strukturerades upp samt färgkodades igen utifrån teman och underteman. På detta sätt blev de grundligt analyserade. Dessutom blev det lättare att snabbt hitta specifika textavsnitt i artiklarna när det var dags att skriva.

Etiska överväganden

Alla artiklar var etiskt godkända av en kommitté. Genom att endast ta med artiklar som har tillstånd från en etisk kommitté, säkerställs ett gott vetenskapligt värde (Wallengren & Henricson, 2012). Etisk prövning säkerställer att informanterna fått information för att kunna fatta ett eget beslut. De vet att de kan avsluta när som helst under processen (Helgesson, 2006).

Resultat

Presentation av valda artiklar

För att få en överskådlig bild av resultatet presenteras resultatet i tabell 1 med tre huvudteman som är: riskfaktorer, skyddsfaktorer och sjuksköterskans preventiva arbete, samt fem underteman vilka är: sociodemografiska aspekter, hälsoaspekter, socialt kapital, återfallsprevention och screening.

Tabell 1. Huvud- samt underteman som påvisats i resultatet.

Tema	Undertema
Riskfaktorer	Sociodemografiska aspekter
	Övriga aspekter
Skyddsfaktorer	Socialt kapital
Preventivt arbete	Återfallsprevention
	Screening

Risikfaktorer

I det här temat framkommer att sociodemografiska- och hälsoaspekter kan bidra till depression. Det har forskats alldeles för lite om sociodemografiska orsaker hos deprimerade ungdomar när det gäller den sårbara tiden mellan ungdom och tidig vuxenålder. Vissa forskare menar också att det finns för få studier som undersökt de kollektiva effekterna av individ-, familje-, skol- och sociala faktorer när det gäller ungdomars depression och efterföljande utnyttjande av psykiatrisk vård (Naicker et al., 2012; Lu 2019). Ungdomar genomgår en unik utveckling vilken består av snabba biologiska, kognitiva och psykologiska förändringar, som kan påverkas av både sociala och ekologiska faktorer. Tonåringar kan uppleva känslor som isolering och stress då de utvecklar en identitet, detta kan vara processer som är kopplade till självmordstankar hos ungdomar (Lu, 2019; Langille et al., 2012).

Ett lägre socialt kapital och socialt stöd från familjen är hos ungdomar förknippat med hälsoriskbeteenden, som missbruk – speciellt substansanvändning, sexuella riskbeteenden samt en ohälsosam livsstil skriver Naicker et al. (2012). Langille et al. (2012) beskriver socialt kapital som stödjande resurser. Exempel på stödjande resurser kan vara deltagande i sociala sammanhang som skapar social tillit och hjälpsamhet. Andra typiska riskfaktorer som är relaterade till självmord bland ungdomar är familjevåld, självmord bland nära anhörig eller vän, depression, dåliga skolresultat och sexuell läggning (Naicker et al., 2012). Depression hos ungdomar i 16–17-årsåldern kan ge större risk att uppleva psykisk stress, missbruk av alkohol och tobak, samt bruk av antidepressiva medel under övergången till vuxenlivet. Dessutom är tonårsdepression en stor risk när det gäller att få till exempel migrän, sämre socialt stöd, sämre hälsa och stark stress (Langille et al., 2012; Shilubane et al., 2013; Naicker et al., 2012). Ungdomsdepression verkar däremot inte bero på sysselsättningsstatus, personlig inkomst, civilstånd eller utbildning när ungdomarna senare var fyllda 26–27 år, enligt en longitudinell studie av (Naicker et al., 2012).

Sociodemografiska aspekter

Lu (2019) skriver att det är få studier hittills som undersökt de kollektiva effekterna av individ-, familje- och skolfaktorer samt sociala faktorer, vilket benämns som *sociodemografi* i studien. Enligt Kelly et al. (2016) är tonårsdepression förknippad med ointresse – för det mesta, antisocialt beteende med bl.a. psykisk ohälsa, dålig skolprestanda, familjeproblem och andra riskbeteenden. Ungdomarnas frustration gör att de uppfattar familjekonflikter som svårare än de är och den största risken med sådana missuppfattningar finns från mitten till sena tonåren, vilket förutsäger stressiga livshändelser i ung vuxenålder med efterföljande depressioner (Kelly et al., 2016).

Ungdomar i ensamhushåll blir mer sårbara för självmordstankar. Ungdomar som upplever skolan negativt har också en ökad risk för depression samt sannolikhet att använda medicinering, speciellt i hem med bara en förälder. I familjer med endast en pappa ökar risken för egentlig depression, vilket påverkar skolresultat och familjekänslan. Ensamstående mödrar verkar ha mer ekonomiska problem än ensamstående fäder, men i gengäld är de mer omsorgsfulla och visar mer tillgivenhet gentemot sina barn än ensamma pappor (Langille et al., 2012; Lu, 2019). Föräldrarnas psykologiska tillstånd, där det finns negativa relationer, är också förknippad med en ökad självmordsrisk hos deprimerade ungdomar menar (Kawabe et al., 2016).

I en studie gjord av Lu (2019) framkom att ungdomar med mindre auktoritativa föräldrar verkade mer mottagliga för depression, och var mindre benägna att få behandling samt medicinering. Det fanns tecken på att tonårsdepression ökade underliggande familjekonflikt, och att familjekonflikt ökade underliggande tonårsdepression. Resultatet i denna studie klargör att familjekonflikter har ett unikt potentiellt samband med depression i början och i mitten av tonåren (Lu, 2019). I studien av Kelly et al. (2016) uppenbarade sig två oväntade resultat när det gäller familjekonflikter, det ena är att skolprestationer förbättras på kort sikt på grund av ångest och nedstämdhet hos tonåringen, och det andra är att självkritik och låg självkänsla kan leda till ett undvikande av föräldrarna som i sin tur kan resultera i att det blir färre möjligheter till konflikter med dem (Kelly et al., 2016).

En studie som jämför thailändska storfamiljer med västerländska kärnfamiljer, visar att respekten för föräldrar skiljer sig åt (Sukhawaha et al. 2015). Respekten anses generellt vara större hos de thailändska ungdomarna än hos de västerländska. Dock kan överbeskyddande föräldrar påverka ungdomars självkänsla och självförtroende negativt. Thailändska ungdomar lär sig hämma sina känslor och öppna uttryck, särskilt när de kommunicerar med sina föräldrar samt äldre personer. Sålunda tenderar thailändska ungdomar att hålla obehagliga känslor som ensamhet, blyghet och hopplöshet inom sig (Sukhawaha et al., 2015).

(Shilubane et al., 2013) menar i sin studie att familjebanden spelar en viktig roll för afrikaner, eftersom familjebanden är starkare på landsbygden än i staden. De mindre grupperna på landsbygden kan emellertid leda till att människor får färre möjligheter till social interaktion samt till större social isolering. Familjestödet brister dock i vissa geografiska områden på grund av att föräldrarna tvingas flytta för att hitta arbete och därmed ökar de ekonomiska kostnaderna, vilket skulle kunna bero på dubbla boendekostnader och långa resvägar skriver (Shilubane et al., 2013).

Många studier pekar på flera riskfaktorer i familjen som kan leda till ökad självmordsrisk, vilka bland annat är familjeproblem, social utsatthet, psykiatriska sjukdomar och egentlig depression eller en familjehistoria av självmord. Ett samband mellan mentala tillstånd hos ungdomar och familjefaktorer har tidigare rapporterats (Shilubane et al., 2013; Diamond et al., 2010; Kawabe et al., 2016). Det var dock inte möjligt att bestämma ett orsakssamband mellan ungdomars mentala hälsa och självmordstankar i denna studie (Kawabe et al. 2016). Det finns ett klart medierat samband mellan psykosociala riskfaktorer, beteendemässiga riskfaktorer (tvångssex, bli slagen av en partner) och depression som leder till självmordstankar/-självmordsförsök menar (Shilubane et al. (2013). Ett lågt socialt kapital ska vara en extra stor risk när det gäller självmordsförsök bland unga tjejer framhäver Langille et al. 2012). Diamond et al. (2017) använde LCA – Latent Class Analysis (Latent Klassanalys) för att upptäcka mönster av omgivningsfaktorer som skiljer ungdomsgrupper med höga respektive låga riskfaktorer åt, och det har identifierats två grupper av ungdomar. Den första gruppen har en liten sannolikhet när det gäller riskfaktorer som utlöser depression, som kan leda till självmord. Den andra gruppen har en stor sannolikhet för tidigare nämnda riskfaktorer, och är elva gånger mer sannolik än den första gruppen att fullfölja ett tidigare självmordsförsök, fem gånger mer sannolik att rapportera att de någonsin har upplevt självmordstankar på grund av depression samt tre gånger större sannolikhet att rapportera nyliga självmordstankar.

Övriga aspekter

Även om effektiva psykiatriska behandlingar finns tillgängliga är depression ofta underdiagnostiserat och obehandlat bland ungdomar. Detta kan i sin tur kan leda till betydande negativa hälsoproblem och sociala konsekvenser i sen ungdom som exempelvis dåliga skolresultat, våld och självskador, riskabelt sexuellt beteende och substansanvändning (Lu, 2019).

I en longitudinell studie av Naicker et al. (2012), som gjorts under 10 år, kom forskarna fram till att depressiva ungdomar hade högre odds för att uppleva psykisk stress, ta antidepressiva läkemedel, missbruka alkohol och röka dagligen – under övergången till vuxenlivet, än de ungdomar som inte var deprimerade vid 16–17 år. Naicker et al. (2012) nämner att andra studier också har observerat att både före och efter en episod av en egentlig depression uppvisar deprimerade ungdomar dessutom ett högre antal fysiska hälsoproblem, än de som aldrig varit deprimerade. De starka banden mellan depression och flera kroniska hälsotillstånd har undersökts hos den vuxna populationen men inte observerats speciellt hos tonåringar. Trots detta tyder resultaten på en fortsatt negativ effekt av tonårsdepression på olika aspekter när det gäller den psykiska och fysiska hälsan i vuxen ålder. (Naicker et al., 2012).

Psykiska hälsoproblem som depression är vanliga under tonåren och är bland de största orsakerna till hälsokostnader i samband med ungdomars utveckling till vuxna individer. Antalet vuxna med mentala hälsoproblem blir dock lägre när tonårsdepressioner är begränsade i antal och varaktighet. Stressiga händelser, när det gäller viktiga sociala sammanhang i familj eller skola, kan utlösa tonårsdepression och berör särskilt de ungdomar som har en kognitiv sårbarhet för depression. Kognitiv stil innebär att processa information som fragment i stället för en helhet (Kelly et al. 2016). Thailändska tonårstjejer, som hade tidiga sexuella relationer, kände stress på grund av intolerans hos föräldrarna, socialt och i skolan. Resultaten i studien av Sukhawaha et al. (2015) indikerar att depressionsstart under ungdomsåren kan förutse problem vid anpassning under övergångsfasen till vuxenlivet. I det här skedet, där individer ska bli vuxna, kan konsekvenserna bli långsiktiga. Även om vi inte har hittat omedelbara effekter på sysselsättning, relationer, en ökad benägenheten för att dricka, röka, ha en ohälsosam livsstil och leva ett stressigt liv kommer sannolikt dessa faktorer att påverka individens förmåga att framgångsrikt hantera arbets- och familjesituationer längre fram i livet (Naicker et al., 2012).

Skyddsfaktorer

Under detta tema presenteras olika faktorer, vilka artikelförfattarna beskriver som skyddande mot depression. Socialt kapital var den viktigaste av dessa faktorer.

Socialt kapital

Familjehälsa, känslomässigt stöd – med föräldrakärlek och omsorg samt lämplig tillsyn är skyddande faktorer för att förebygga depression (Diamond et al., 2010; Shilubane, et al., 2013). Genom en öppen kommunikation och vårdande förhållande kan auktoritativa föräldrar märka tonåringens stress, reagera i tid och därmed skaffa nödvändig hjälp. Dock har väldigt lite forskats hittills om vilken roll auktoritativt föräldraskap har när det gäller tonårsdepressioner skriver Lu (2019), som endast tar upp auktoritativa föräldrar och mindre auktoritativa föräldrar i sitt resultat.

Langille et al. (2012) skriver att stöd kunde hittas för att ett samband mellan upplevt förtroende och hjälpsamhet hos andra i skolan är skyddande för både självmordstankar och självmordsförsök. Att vara delaktig i sociala aktiviteter är också skyddande. Socialt kapital kan även betraktas som en av de stödjande resurser, som individer kan komma åt via sociala medier (Langille et al., 2012). En problematisk cykel av föräldra- och tonårsinteraktioner kan dra nytta av familjeorienterade förebyggande metoder eller tidiga interventioner (Kelly et al., 2016). Att engagera föräldrar i intensiv konflikthantering och problemlösning är en universellt förebyggande strategi. Ett uppfattat stöd, känslomässiga relationer och effektiva problemlösningar ses som skyddande fortsätter Kelly et al. (2016). Diamond et al. (2010) fann att rutinvård plus familje-interventioner är effektivare för att minska depression och självmordstankar än rutinvård ensamt, men detta endast för ungdomar med en lättare depression. Med rutinvård menar författarna KBT och/eller medicinering. Multisystematisk familjeterapi är effektivare än sjukhusvistelse för en minskning av självmordsförsök hos ungdomar med egentlig depression (Diamond et al., 2010).

Preventivt arbete

Här presenterar vi hur det skulle kunna arbetas med återfallsprevention, bland annat med hjälp av screening och internetbaserade interventioner.

Återfallsprevention

Prevention bör förekomma på alla nivåer från individ-, till familje- och samhällsnivå. Nyckeln till att förebygga självmord är att utvärdera olika problem i ungdomars liv som till exempel självmordstankar, familjekonflikter och konflikter i skolan. Framtida insatser som att tidigt identifiera varningssignaler, uppmuntra socialt stöd från familjen och förebygga riskfaktorer, kan förhindra självmordstankar (Kawabe, et al., 2016; Shilubane, et al., 2013; Sukawaha, et al. 2015). Det finns ett behov av att bättre förstå mekanismerna som förenar socialt kapital med självmord, samt att hälsopersonal, särskild de som arbetar i skolan, kan överväga den roll som det ökade sociala kapitalet kan spela, vilket är viktig för att främja ungdomars mentala hälsa (Langille, 2012).

Kurki et al. (2018) nämner bara en typ av internetbaserade interventioner, vilken är ett användbart och effektivt hjälpmedel för att nå och stödja ungdomar med psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna i studien av Kurki et al. (2018) ansåg att ett internetbaserat stödsystem kunde vara lämpligt i förebyggande vård, till exempel inom skolhälsovården eller primärvården. Enligt deras resultat beskriver sjuksköterskor flera fördelar med att använda internetbaserade stödsystem, och som bör integreras i daglig omvårdnadspraxis, när det gäller vården av unga med depression. Bland annat tyckte de att deras yrkeskunskaper förbättrades vilket kan bero på deltagande i utbildningsmodellen. Fördelarna var bland annat organisatoriskt stöd, sjuksköterskornas attityder samt tekniska faktorer, men dessa var samtidigt en nackdel skriver (Kurki et al., 2018). De märkte att systemet i vissa fall kunde öka känslor av skuld och ångest hos ungdomarna, vilka är de vanligaste symtomen på depression. Denna typ av inverkan verkar vara bättre när en tonåring inte kan arbeta självständigt med stödsystemet, eller inte får tillräckligt med stöd för sina känslor från övrig vårdpersonal – dessa är ej specificerade i artikeln (Kurki et al, 2018).

Screening

För att förhindra en vidareutveckling av depression i vuxenlivet är tidig rutin- och universalscreening av mycket stor betydelse, särskilt bland ungdomar med hög risk för depression (Lu, 2019; Shilubane, et al., 2013; Sukawaha et al, 2015; Kelly et al., 2016). Författarna menar att det viktigaste är att öka uppskattningen av antalet självmord, som kan komma att ske i framtiden. Detta är tänkt att ske genom en bredare screening i primärvården bland ungdomar, och genom en fortsatt utveckling av bedömningsprocesser samt interventioner som är effektivare än de som finns idag (Diamond et al., 2017); (Sukawaha et al, 2015).

SASS (Suicidality of Adolescent Screening Scale) är det första giltiga och pålitliga självmords-prövningstestet för thailändska tonåringar i Thailand skriver Sukawaha et al. (2015). Det ska användas som ett screeningsverktyg och kan användas i både skolmiljö och inom vården, av både läkare och sjuksköterskor. Den stora skillnaden mellan detta verktyg och andra västerländska är att SASS mäter mer i detalj stressorer relaterat till relationer och känslor som familjekritik, pessimism och hopplöshet (Sukawaha et al, 2015). I en amerikansk studie användes BHS (Beteende–Hälso-Screening), som är ett webbaserat beteendehälsoscreeningsverktyg för att identifiera ungdomar med risk för självmord och som är baserat på profiler av riskbeteenden och sociala stressfaktorer (Diamond et al., 2017). Det är inte sannolikt att endast screening förebygger depression, men den kan absolut integreras i primärvården menar Richardson et al. (2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Den inledande sökningen hade sökorden: *depression or suicidal or mental illness AND adolescent, young people NOT children*. Att lägga till AND, OR, NOT i sökningarna kallas boolesk sökteknik och fungerar effektivt tillsammans för att bestämma vilka samband sökorden skall ha till varandra (Friberg, 2006, 2012). Det gjordes en andra sökning för att kontrollera om det fanns några artiklar som var mer relevanta. Sökorden var då *adolescent AND depression NOT children*, vilken gav 1,835 resultat. Det kan tyckas mycket, men när abstrakten väl börjat läsas upptäcktes många intressanta resultat som kunde användas. Det lades till några ytterligare sökord: *depression, adolescent, nurse, suicide, prevention, experience, stigma* vilket breddade utbudet, men höll sig ändå inom ämnet på ett tillfredsställande sätt. Dock blev det inga precisa resultat, därför uteslöts de sökningarna i söktabellen. Sedermera framkom att det inte gick att precisera orden alltför mycket eftersom sökningen då genererade inga eller få resultat. Vanliga avgränsningar är tid, språk, dokumenttyp och Peer Reviewed. Genom att använda tid som en avgränsning säkerställs att det är den senaste forskningen inom området. Peer Reviewed används för att få artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Friberg 2006, 2012).

Det var svårt att formulera ett syfte. Syftet beskriver, med några få meningar, vad man vill med hela examensarbetet (Friberg, 2006, 2012). Ett arbetsnamn fanns från början, men modifierades allt eftersom processen med arbetet fortskred. Den inledande tanken var att göra en intervjustudie där sjuksköterskor hade fått berätta om sina upplevelser av ungdomar med depression, men på grund av tidsbrist fick denna metod väljas bort. I stället bestämdes det att

göra en systematisk litteraturoversikt där syftet var att undersöka hur sjuksköterskan kan stötta ungdomar med depression. Detta syfte visade sig dock bli svårt att hitta något om.

Slutligen blev syftet ”Att belysa riskfaktorer och skyddsfaktorer gällande egentlig depression samt hur sjuksköterskan kan arbeta preventivt”. En svaghet är att syftet tog lång tid att formulera, vilket innebar att sökprocessen tog avsevärt längre tid än beräknat. Det var svårt att hitta artiklar som var mer specifika i början, därför gjordes ett par manuella sökningar som gav flera nya sökord vilka sedan kunde användas för att göra några sista sökningar i Cinahl. Om detta gjorts i ett tidigare skede hade det förmodligen hittats fler artiklar som handlar om sjuksköterskans preventiva arbete. En annan svaghet är att det inte togs med några artiklar från Sverige. Anledningen till detta var att det bara fanns artiklar som handlade om olika specialistutbildade sjuksköterskor. I efterhand kan det tänkas att detta trots allt hade varit bättre, eftersom det förmodligen hade gett svar på hela syftet, och inte bara en del av det. Det saknas en bild av hur svensk sjukvård fungerar – specifikt den grundutbildade sjuksköterskans roll. En styrka var det systematiska sökandet och analyserandet av artiklarna. Alla artiklar översattes i detalj till svenska och strukturerades sedan upp i lättlästa stycken med bred vänstermarginal där det kunde antecknas för att lättare hitta det som skulle med i resultatet. Färgkoder användes för att separera olika större begrepp. Flertalet av de artiklar som ingår i resultatet är kvantitativa. I en kvantitativ studiedesign samlas det in data som presenteras i siffror på olika sätt. Antingen beskrivs något utan djupare statistisk analys, kanske görs det försök att hitta samband mellan olika variabler, eller så jämförs olika saker (Billhult & Gunnarsson, 2012). Att vårt resultat i huvudsak bygger på kvantitativa artiklar anser vi är en styrka eftersom metodiken bygger på strukturerade mätningar och observationer.

Resultatdiskussion

Sociodemografi kan till exempel definieras som befolkningens utbildningsnivå, förvärvsarbetande samt utländsk bakgrund (Västra Götalandsregionen, 2018). Von Knorring (2012) skriver att det finns en hel del riskfaktorer för att få depression. Det är allt ifrån psykosocial belastning, missbruk, kriminalitet, depression hos förälder, brister i skola, fritid, relationer, mobbning, avsaknad av vänner och stöd från föräldrarna till trauma, sorg, temperament (som ängslighet), negativ kroppsuppfattning, fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar och övervikt. Många flickor som utvecklas tidigt är inte förtjusta i sin nya kropp och kan därför känna sig osäkra och börja banta, och de har oftare alkoholproblem. För killar gäller det omvända, de vill helst inte komma in i puberteten för sent och känner sig lätt otillfredsställda menar Von Knorring (2012).

Under tonåren blir kompisarna viktigare och föräldrarna får kanske stå tillbaka. Jämfört med 100 år sedan har ungdomsåren blivit längre, vilket kan förklaras av att människor utbildar sig längre tid idag och börjar jobba allt senare fortsätter Von Knorring (2012). Men samtidigt som den psykologiska ungdomstiden blivit allt längre tenderar den kroppsliga mognaden att komma allt tidigare. Enligt BUP (2015) uppfattar många unga idag inte sig själva som vuxna förrän uppåt 30-årsåldern, då de själva bildar familj. Detta har lett till en utveckling av särskilda enheter för unga vuxna. Om depression uppträder redan i tonåren finns det en liten risk att utveckla psykosjukdomar eller bipolär sjukdom i vuxen ålder (BUP Stockholm, 2015).

Familjen

Huvudresultaten i denna litteraturöversikt handlar i stort sett om familjen, vilket var lite oväntat. Det fanns en föreställning hos författarna om att depression orsakades i större utsträckning av hälsofaktorer och skolmiljön. Familjer kan se olika ut men den spelar ändå samma roll för tonåringen. Vi tänker att familjen ofta är en kärnpunkt när det gäller ungdomar som växer upp. Våra resultat visar att familjen också är en stor riskfaktor i den unges liv, men även den viktigaste skyddsfaktorn. Det finns många risk- och skyddsfaktorer som svarar på syftet men familjen sticker ut som en särskilt viktig faktor i vår studie. Tidigare studier enligt Naicker et al. (2012), som undersökt samband mellan familjekonflikt och depression, fann att förändringar i familjekonflikt hade samband med förändringar i ungdomars nedstämdhet, men denna riskfaktor är bara närvarande under en kort och tidig utvecklingsperiod mellan 13–15 års ålder.

Även socialt kapital ses som en stark skyddsfaktor, men dessa kan också fungera som motsatser och bli till riskfaktorer. Enligt Pellmer Wramner et al., (2017) definieras socialt kapital som hur relationer, attityder, värderingar och normer samspelar mellan individer och institutioner, och som bidrar till ekonomisk och social utveckling. Socialt kapital kan vara att ungdomarna känner att det finns stöd från familjen, skolan och vänner. Det är skillnad på att ha stöd och verkligen känna att det finns stöd. Många ungdomar känner inte att de har stöd, medan föräldrarna säger att de ger stöd vilket är anmärkningsvärt. I resultatet benämns detta som ”uppfattat stöd” och kan innebära att människor uppfattar saken på olika sätt, alltså subjektivt, beroende på vilken sida av problemet man står. Det verkar vara en ond cirkel där det inte går att se om det är familjekonflikten som orsakar depression hos ungdomar, eller vice versa. I vårt resultat nämndes också auktoritativt föräldraskap och som lyfte fram att ett för slappt föräldraskap kan leda till psykisk ohälsa och depression hos ungdomar. Detta påstående får stöd av Schierenbeck & Karlsson, (2018) som skriver att det verkar finnas ett problem med den bristande krav- och gränssättningen i det svenska samhället, och som överlag skulle behöva åtgärdas i enlighet med OECD:s rekommendationer (Organisationen för Ekonomisk Utveckling och Samarbete). Författarna av boken nämner en undersökning (Tryggvason, 2018), gjort vid Högskolan Väst, som visar att svenska tioåringar upplever lägre krav hemma när det gäller att hjälpa till i hemmet, jämfört med ungdomar i andra länder.

Det är viktigt att engagera hela familjen för att förebygga tonårsdepression. Enligt Socialstyrelsen, (2017) kan familjen själv bidra till de processer som är läkande för tonåringen genom att få en insikt i hur depression fungerar i vardagen, samt hur det går att bryta ett dåligt mönster som kan leda till nedstämdhet. Perseius, (2014) skriver om livskvalitetsstrategier vilka ska öka livskvaliteten, men att livskvalitet alltid är subjektivt och handlar om personliga förhoppningar och intressen. Kawabe et al. (2016) skriver att det kan vara bra att hälsovårdspersonal även försöker utvärdera vårdnadshavarnas mentala status eftersom den ingår i familjebegreppet. (Kaneko, Yamasaki & Arai, 2009) menar att självmorden i Japan har ökat de senaste åren och ska bero på socioekonomiska orsaker som har påverkat det japanska samhället stort, samt deras attityd till självmord.

Den japanska studien av Kawabe et al. (2016) skiljer sig något åt i resultat än de västerländska (Naicker et al., 2012; Lu, 2019; Kelly et al., 2016; Langille et al., 2012; Kurki et al., 2018; Diamond et al., 2010, 2017) inklusive den thailändska (Sukhawaha et al., 2015) men vi tyckte ändå att den är värd att ha med för att kunna jämföra olika kulturer eftersom vi tror att känslor inte skiljer sig nämnvärt i grund och botten mellan människor i olika länder. Schierenbeck & Karlsson (2018) skriver att rent generellt verkar asiatiska barn tåla en större

stress, vilket kan ses som spekulationer. Schierenbeck & Karlsson (2018) hävdar också att det kan finnas en anledning att tro att asiatiska ungdomar inte är vana att uttrycka sina subjektiva känslor på samma sätt som västerländska barn. Medan öppenheten hos ungdomar i väst påverkar ökningen av rapporterad psykisk ohälsa, verkar det vara tvärtom med de asiatiska ungdomarna. Den thailändska studien (Sukhawaha et al., 2015) visar också att det är en stor skillnad på västerländska och thailändska ungdomars känslor gentemot familjen. Det kan vara så, men i grund och botten bör ju de stora mönstren av mänskliga känslor vara lika hos alla individer över hela jorden tänker vi.

Vid jämförelse av den japanska artikeln (Kawabe et al. 2016) och en av artiklarna i resultatet från ett icke-asiatiskt land (Naicker et al., 2012; Lu, 2019; Kelly et al., 2016; Langille et al., 2012; Kurki et al., 2018; Diamond et al., 2010, 2017) syns tydliga skillnader utåt när det gäller olika orsaker till att ungdomar blir deprimerade. De japanska ungdomarna (Kawabe et al, 2016) verkar må dåligt beroende på att deras föräldrar mår dåligt och eventuellt på den press de har på sig, men de verkar inte ha problem med sitt skolresultat, vilket ofta är fallet bland ungdomar i väst. Ungdomarna i väst verkar oftast mår dåligt på grund av konflikter med familjen, vilket inte sällan beror på dåliga resultat i skolan (Naicker et al., 2012; Lu, 2019; Kelly et al., 2016; Langille et al., 2012; Kurki et al., 2018; Diamond et al., 2010, 2017).

Som motvikt till riskfaktorer har vi skyddsfaktorer som goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper, trygg anknytning och positiva kamratrelationer (Rikshandboken – Barnhälsovård, 2017). Risk- och skyddsfaktorer samspelar med varandra och påverkar ungdomars hälsa på ett komplext sätt. Det finns ett samband mellan fysisk hälsa, psykisk hälsa och socialt kapital. I länder med en fungerande demokrati har samhället ofta ett stort socialt kapital och befolkningen där har i regel en bättre hälsa än människor i samhällen med sämre sociala interaktioner menar Von Knorring, (2012).

Tidig upptäckt

Enligt Von Knorring (2012) är egentlig depression den främsta orsaken till självmord och definieras som ett kluster av specifika symtom och nedstämdhet, vilket utgör en allvarlig mental hälsorelaterad risk bland ungdomar. Ett annat viktigt resultat i vår studie var att ju tidigare en depression upptäcks, desto bättre blir prognosen. Det viktigaste målet i det långa loppet måste då vara att förhindra egentlig depression som kan leda till självmord, tänker vi. Det verkar vara av yttersta vikt att förebygga och behandla tonårsdepression, och vårt resultat tyder på att familjen och skolan är de starkaste förebyggande faktorerna.

Oavsett vilken behandling som ges är återfallsprevention en viktig del av behandlingen menar vi. BUP Stockholm (2015) skriver att tonåringar med svår depression och som upplever en konflikt med föräldrarna löper störst risk att återfalla i depression samt på sikt utveckla kronisk depression. Det gäller att behandlaren, tillsammans med tonåringen och dennes familj, försöker identifiera tidiga tecken på återfall samt planerar för konkreta åtgärder vid försämring. Ungdomar som genomfört suicidförsök måste alltid följas upp i minst ett år efteråt. Om det behövs kontakt med vården igen ska det ske utan fördröjning (BUP Stockholm, 2015). De nya digitala medierna för psykologiska interventioner är i nuläget framför allt anpassade till vuxna med depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017).

Ungdomar kan screenas för depression med hjälp av WHO-5 som är ett screeningformulär från Världshälsoorganisationen och består av fem frågor (BUP Stockholm, 2015). Om det blir ett positivt utfall på depressionsscreeningen ska en fördjupad bedömning genomföras, som

kompletteras med en strukturerad diagnostisk intervju och symtomskattningsskalor. Via ett formulär, som ungdomarna själva får fylla i, kan man få en uppfattning om hur de mår och de kan dessutom fungera som utgångspunkt för en fördjupad anamnes. Intervjun går igenom samtliga depressionskriterier, längden på episoderna, förekomsten av tidigare episoder samt om det finns självmordstankar eller samsjuklighet. Det görs en kartläggning om det finns stressande faktorer och/eller problematiska relationer i familj eller omgivning. Det är också viktigt att undersöka om det finns stöd, och i sådana fall vilket stöd den unge har runt sig. En vidare bedömning kan syfta till en utredning av hemmet. Vid brister i samspel i familjen samt dåligt stöd i hemmet kan en miljöobservation bidra med ytterligare information (BUP Stockholm, 2015). Om det görs en fördjupad bedömning är det bra om både föräldrar och syskon är med för att få en bredare bild av problematiken. Oftast påverkas hela familjen av att en mår dåligt, på ett eller annat sätt. Det är framför allt viktigt att få olika uppgifter om förändringar över tid.

Grunden för bedömning och diagnostik av ungdomar med depression är en noggrann anamnes och bör då baseras på information från tonåringen själv samt från föräldrar och skolpersonal, för att få en så hel bedömning som möjligt (BUP Stockholm, 2015). Ju tidigare en depression upptäcks hos ungdomar, desto mindre är risken att de blir deprimerade i vuxen ålder.

Implikationer och vidare forskning

De flesta barnläkare i primärvården menade att de inte räcker till när det gäller behandlingsstöd, och betonade vikten av att förbättra tillgången till mental hälsovård via primärvården (Rapp et al., 2017). Richardson et al. 2014; Sukhawaha et al., 2015) menar att det är viktigt att internutbilda personal och syftar då speciellt på sjuksköterskor i primärvården (Richardson et al., 2014) samt skolsköterskor (Sukhawaha et al., 2015), för att de ska kunna avlasta psykvården genom att screena ungdomar innan de riskerar att falla in i depression. Vi tänker att den grundutbildade sjuksköterskan skulle kunna göra detta också, eftersom det idag är många grundutbildade sjuksköterskor som jobbar i primärvården.

Det vi saknar idag är flexibilitet inom vården. Vi vill att sjuksköterskan ska ha möjlighet att stötta familjen genom att ha en dialog med ungdomarna och deras familj regelbundet, medan de väntar på plats på BUP. Med tanke på den viktiga och kritiska roll som föräldrar spelar under ungdomars uppväxt och utveckling är det anmärkningsvärt att familjen som resurs är ett såpass eftersatt forskningsområde menar Lu, (2019). En anledning till att det inte forskats mycket kring familjen som resurs, tror vi, beror på att människor inte vill inse eller tror att ens barn är kapabelt att ta sitt eget liv. Kan hända är det stigmatiserande, kanske blundar både familjen och vården, och ”stoppar huvudet i sanden”, i hopp om att depressionen ska försvinna när tonåringen blivit vuxen. Problemet med detta är att det kan sluta hur som helst och i värsta fall har vi ett fullbordat självmord som resultat.

Det behövs fler studier som belyser sambanden mellan socialt kapital, depression och självmordsbeteenden hos ungdomar.

Slutsats

Socialt kapital var det allra viktigaste fyndet i vår litteraturstudie och familjens viktiga roll var det mest oväntade för oss, eftersom vi hade en uppfattning om att skolfaktorer, personliga aspekter samt missbruk var mest relevanta för depression. Vi saknar flexibilitet inom vården och önskar att den grundutbildade sjuksköterskan skulle kunna göra mer för att nå ungdomar på ett tidigare stadium, än vad som är möjligt idag, genom att ha en dialog med ungdomarna och deras familj regelbundet medan de väntar på plats på BUP. Samtalen skulle kunna handla om vad som helst och vi skulle även få chansen att undervisa dem om vikten av ett hälsosamt levnadssätt bland annat, och samtidigt avlasta skolsköterskan. Med detta menar vi att i stället för att bara screena ungdomarna en gång och sedan bolla dem vidare till BUP, skulle sjuksköterskan på vårdcentralen kunna boka in veckobesök med tonåringen och dennes familj. Våra resultat gällande socialt kapital stöds av en ny studie, gjord av Ahlberg et al (2019), som skriver att deras studie ger en ny inblick i hur socialt kapital samverkar bland ungdomar inom familjens, skolans och kamraternas sammanhang, och hur detta medför skillnader i hälsoutfall samt bidrar med ny kunskap om hur ett personcentrerat förhållningssätt till socialt kapital kan vara till nytta för identifiering av ungdomar som riskerar att få hälsoproblem.

Familjecentrerad vård känns viktigt för oss, för det är där allting börjar och slutar. Familjen kan vara den största tillgången, men också den främsta anledningen till att barn drabbas av ohälsa.

Referenslista

- Ahlborg, M. G, Petra Svedberg, P., Nyholm, M., Morgan, A. & Nygren, J. M. (2019). Into the realm of social capital for adolescents: A latent profile analysis. *PLOS ONE*, 14(2), e0212564 doi.org/10.1371/journal.pone.0212564
- Benzein, E., Hagberg, M, & Saveman, B-I. (2017). Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systemiskt förhållningssätt. *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (Uppl. 2). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R., (2012) Kvantitativ studiedesign. I M. Henricson, (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (Uppl.1:7) Lund: Studentlitteratur.
- BUP Stockholm, (2014). *Relationer till föräldrar*. Hämtad 2019-05-03 från: <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Relationer-till-foraldrar/>
- BUP Stockholm, (2015). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2015*. Depression. Stockholms läns landsting.
- BUP.se (2014). *Depression och nedstämdhet*. Hämtad 2019-03-05 från: <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Depression-och-nedstamdhet1/>
- BUP.se (2014). *Depression och självmordstankar*. Hämtad 2019-03-05 från: <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Depression-och-sjalvmordstankar/>
- BUP.se (2014). *Självmordstankar*. Hämtad 2019-03-05 från: <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Sjalvmordstankar/>
- Eldh, A C. (2009, 2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*, (Uppl. 2:3). Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Psykiska och somatiska besvär bland skolelever*. Hämtad 2019-03-05 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/psykosomatiska-besvar-bland-skolelever/>
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Därför ökar psykisk ohälsa bland unga*. Hämtad 2019-05-03 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Gråberg, I. & Klifbom, J. (2007). *Tonåringar – Om livet med nästan vuxna barn: När något går snett*. Stockholm: Forum.

- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P., (2010). Utvecklingspsykologi, (Uppl.3). Stockholm: Liber AB.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*, (Uppl. 2:3). Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2006). Forskningsetik – för medicinare och naturvetare. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & A, Billhult. 2017. Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*, (Uppl.2). Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson Ung, E., & Lützén, K. (2009, 2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I A. Ehrenberg, & L. Wallin, (Red.). *Omvårdnadens grunder – ansvar och utveckling*, (Uppl.2.). Lund: Studentlitteratur.
- Kaneko, Y., Yamasaki, A. & Arai, K. (2009). The Shinto religion and suicide in Japan. I D. Wasserman & C. Wasserman (red). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press.
- Karlsson, E K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*, (Uppl.2). Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2001). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I K. Strømsnes Ekern, & M. Kirkevold (red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Första uppl. Stockholm: Liber AB.
- Perseus, K-I. (2014). Personlighetsstörningar. I I. Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. (Uppl. 2:3) Lund: Studentlitteratur.
- Rapp, A M., Chavira, D A., Sugar, C A., & Asarnow, J R. (2017). Integrated Primary Medical-Behavioral Health Care for Adolescent and Young Adult Depression: Predictors of Service Use in the Youth Partners in Care Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(9), 1051–1064 doi:10.1093/jpepsy/jsx057
- Rikshandboken – Barnhälsovård (2017). *Identifiera skydds- och riskfaktorer*. Hämtad 2019-05-10 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/identifiera-skydds-och-riskfaktorer/>
- Skärsäter, I (2014). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. (Uppl. 2:3) Lund: Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicinsk- och social utvärdering (2009). Ställ tydligare frågor så får du bättre svar. Hämtad 2019-05-03 från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/stall-tydligare-fragor-sa-far-du-battre-svar/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). *Vår metod*. Hämtad 2019-04-15 från: <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Schierenbeck, M., & Karlsson, J., (2018). *Du nya du fria – Psykologiska perspektiv på barns och ungas kunskapsutveckling och psykiska mående i Sverige*. (upplaga:1). Göteborg: Mikael Schierenbeck AB.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2019-03-17 från: <https://www.angest-stockholm.se/wp-content/uploads/2009/08/Socialstyrelsens-riktlinjer-depression-och-angestsyndrom.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Fler självmord bland unga bör utredas*. Hämtad 2019-03-04 från: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/flersjalvmordblandungaborutredas>

Socialstyrelsen, (2017). Hämtad den 2/4 2019 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Stockholm läns landsting, (2015). *Depression och nedstämdhet hos barn och unga 6 – 17 år*. Hämtad 2019-03-05 från: <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-stockholm/barn-och-unga-med-psykisk-ohalsa/depression-nedstamdhet-barn-unga-6-17-ar.pdf?IsPdf=true>

Svensk sjuksköterskeförening, (2015). *Familjefokuserad omvårdnad*. Hämtad 2019-03-07 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, (2019). *Skattningsskalor*. Hämtad 2019-03-17 från: <http://www.sfbup.se/vard/skattningsskalor/> <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/MADRS.pdf>

Tryggvason, N. (2018). *Barns delaktighet i familjen*. Doktorandprojekt. Högskolan Väst.

Von Knorring, A-L. (2012). *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*. (Uppl. 1:2) Lund: Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen, (2018). *Sociodemografi*. Hämtad 2019-05-03 från: <http://analys.vgregion.se/2018/befolkning-i-vastra-gotaland-ny/Befolkning-i-Vastra-Gotaland-Version-5/>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete*. I M. Henricson, (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examintion inom omvårdnad*. (Uppl.1:7) Lund: Studentlitteratur.

Wasserman, D. (2010). *Depression – en vanlig sjukdom*. (Första E-boksutgåvan). Stockholm: Natur & Kultur.

Willman, A. (2009, 2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg, & H. Wijk, (Red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. (Uppl.2). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. (Uppl.4). Lund: Studentlitteratur.

Wramner Pellmer, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). Folkhälsopolitik. I M. Falk (Red.), *Grundläggande Folkhälsovetenskap* (fjärde uppl.). Stockholm: Liber.

Wramner Pellmer, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). Hälsa i olika grupper. I M. Falk (Red.), *Grundläggande Folkhälsovetenskap* (fjärde uppl.). Stockholm: Liber.

Wramner Pellmer, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). Jämlikhet i hälsa. I M. Falk (Red.), *Grundläggande Folkhälsovetenskap* (fjärde uppl.). Stockholm: Liber.

Bilagor

Bilaga 1 – Söktabell

Datum Cinahl	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
26/2	depression or suicidal or mental illness AND adolescent, young people NOT children	Peer Reviewed 2000 – 2019	103	17	5	2
26/2	adolescent AND depression NOT children	Peer Reviewed 2000 – 2019	1,835	79	25	3
28/3	primary care or nurs* AND perception or experience AND depression or mental health AND adolescent or teenagers	Peer Reviewed Research article 2012-2018 All results	32	5	1	1
Datum Psych- Info	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
4/3	Adolescent AND suicide AND prevention	Peer reviewed 2016 – 2019	165	9	4	4
Datum Manuell sökning Google	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
11/3			1	1	1	1

Bilaga 2 – Artikelöversikt

Författare: Naicker, K., Galambos, N L., Zeng, Y., Senthilselvan, A. & Colman, I.
Titel: *Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 Years Following Adolescent Depression*
Årtal: 2012
Land: Kanada
Syfte: Bestämna och beskriva de sociala-, demografiska- och hälsoeffekterna av ungdomsdepression.
Deltagare: 17 276 kanadensiska ungdomar i åldern 12 år eller äldre
Metod: Observationsstudie, retrospektiv, kohortdesign.
Resultat: Tidig depressionsdebut indikerar problem som kvarstår en bit in i vuxenlivet.
Kvalitet: Hög.

Författare: Lu, W.
Titel: *Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors, and Healthcare Disparities*
Årtal: 2019
Land: USA
Syfte: Undersöka nationella trender i prevalens, riskfaktorer och behandling av depression bland ungdomar
Deltagare: Ungdomar i åldern 12 till 17 år
Metod: Prospektiv tvärsnittsundersökning.
Resultat: Ökande antal ungdomar med obehandlad depression. Motiverande med förbättrad psykutbildning bl.a.
Kvalitet: Hög

Författare: Kelly, A. B., Mason, W. A., Chmelka, M. B., Herrenkohl, T. I., Kim, M. J., Patton, G. C., Hemphill, S. A., Toumbourou, J. W. & Catalano, R. F.
Titel: *Depressed Mood During Early to Middle Adolescence: A Bi-national Longitudinal Study of the Unique Impact of Family Conflict*
Årtal: 2016
Land: USA och Australien
Syfte: Huruvida familjekonflikter förvärrar depression under tonåren
Deltagare: 13-åriga studenter
Metod: Prospektiv kontrollerad design.
Resultat: Konflikthantering inom familjen är en förebyggande strategi mot ungdomsdepression.
Kvalitet: Hög

Författare: Langille, D. B., Asbridge, M., Kisely, S. & Rasic, D.
Titel: *Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: protective associations with measures of social capital*
Årtal: 2012
Land: Kanada och Australien
Syfte: Undersöka sambandet mellan socialt kapital och självmordstankar hos ungdomar.
Deltagare: 1 597 studenter av bägge könen vid tre gymnasieskolor. Årskurs 10–12.
Metod: Prospektiv tvärsnittsdesign.
Resultat: Att bland ungdomars låga sociala kapital kan vara en varningsflagg för självmord, särskilt hos kvinnor.
Kvalitet: Hög

Författare: Kawabe, K., Horiuchi, F., Ochi, M., Oka, Y. & Ueno, S-I.
Titel: *Suicidal ideation in adolescents and their caregivers: a cross sectional survey in Japan*
Årtal: 2016
Land: Japan
Syfte: Bedöma förekomsten av självmordstankar hos tonåringar och vs. Familjens mentala hälsa.
Deltagare: Ungdomar 12–15 år, samt vårdnadshavare.
Metod: Prospektiv tvärsnittsdesign.
Resultat: För att förebygga självmord hos ungdomar, bör inte bara hänsyn tas till deras egen mentala status, utan även till vårdnadshavarnas mentala status.
Kvalitet: Hög

Författare: Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S. & Hurst, C.
Titel: *Development and psychometric properties of the Suicidality of Adolescent Screening Scale (SASS) using Multidimensional Item Response Theory*
Årtal: 2015
Land: Thailand
Syfte: Att bygga en multidimensionell skala för att identifiera ungdomar som riskerar självmord
Deltagare: Ungdomar 15–19 år.
Metod: Explorativ design, mixad metod.
Resultat: Nyckeln till förebyggande av självmord hos ungdomar är att utvärdera olika problem i deras liv, inklusive depression, självmordstankar, konflikter i skolan och problem hemma.
Kvalitet: Hög

Författare: Shilubane, H. N., Ruiter, R. A. C., Bos, A. E. R., van den Borne, B., James, S. & Reddy, P. S.
Titel: *Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation in Rural South African Adolescents*
Årtal: 2013
Land: Sydafrika
Syfte: Att identifiera de beteendemässiga och psykosociala sambanden hos ungdomar med självmordstankar.
Deltagare: Ungdomar 13–19 år.
Metod: RCT. Tvärsnittundersökning.
Resultat: Depression medierade förhållandet mellan psykosociala och beteendemässiga riskfaktorer och självmordstankar.
Kvalitet: Hög

Författare: Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M. & Gallop, R.
Titel: *Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial*
Årtal: 2010
Land: USA
Syfte: Att utvärdera om Attachment-Based Family Therapy är effektivare än förbättrad vanlig vård för att minska självmord
Deltagare: Suicidala ungdomar mellan 12 och 17 år
Metod: Randomiserad kontrollerad studie. Cross-over.
Resultat: Betydligt fler patienter i ABFT uppfyllde kriterier för klinisk återhämtning efter självbehandling.
Kvalitet: Hög

Författare: Kurki, M., Anttila, M., Koivunen, M., Marttunen, M. & Välimäki, M.
Titel: *Nurses' experiences of the use of an Internet-based supportsystem for adolescents with depressive disorders.*
Årtal: 2018.
Land: Finland.
Syfte: Denna studie beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av användningen av ett internetbaserat stödsystem för ungdomar med depression.
Deltagare: Sjuksköterskor.
Metod: Deskriptiv studie.
Resultat: Resultaten tyder på att genomförandeplanen och stödet från organisationen, inklusive det från sjuksköterskans chefer, är avgörande när det gäller att genomföra ett tekniskt baserat stödsystem.
Kvalitet: Hög

Författare: Diamond, G. S., Herres, J. L., Krauthamer Ewing, E. S., Atte, T. O., Scott, S. W., Wintersteen, M. B. & Gallop, R. J.
Titel: *Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care.*
Årtal: 2017.
Land: USA.
Syfte: Att identifiera profiler av riskbeteende och social stress i samband med självmordstankar och beteenden med hjälp av Beteendehälsoscreening.
Deltagare: Ungdomar 14–24 år.
Metod: Retrospektiv historisk, kohortdesign.
Resultat: Riskbeteenden och social stress bidrar till risken för självmord utöver depression och bör bedömas under rutinmässigt primärvårdsbesök hos ungdomar.
Kvalitet: Hög

Författare: Richardson, L. P., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Zhou, C., Clarke, G., Brent, D. & Katon, W.
Titel: *Collaborative Care for Adolescents with Depression in Primary Care – A Randomized Clinical Trial.*
Årtal: 2014
Land: USA
Syfte: Utvärdera om tidsbestämda och arbetskrävande interventioner förbättrar utfallet för depressiva ungdomar än vanlig vård.
Deltagare: Ungdomar 13–17 år.
Metod: RCT.
Resultat: Vårdsamarbetsperspektiv resulterade i större förbättring av depressiva symtom vid 12 månader än vanlig vård.
Kvalitet: Hög
