

Har generasjon prestasjon blitt generasjon depresjon?

Linn Therese Grønneberg og Christine Kaldheim



Litteraturstudie ved Det medisinske fakultet
Veileder: Jan Ivar Røssberg, Professor i psykiatri

UNIVERSITETET I OSLO

11.01.2019

**Har generasjon prestasjon blitt generasjon
depresjon?**

Copyright Forfatter

År 2019

Tittel: Har generasjon prestasjon blitt generasjon depresjon?

Forfatter: Linn Therese Grønneberg og Christine Kaldheim.

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Depresjon er en av de psykiske lidelsene som forekommer hyppig i befolkningen. Mange sliter med depressive symptomer uten at de har diagnosen depresjon. Depresjon er en lidelse med store omkostninger for personene som rammes, det sosiale nettverket rundt og også for samfunnet.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven har vært å se på forekomsten av depresjon og depressive plager hos unge, se på kjønnsforskjeller og forsøke å kartlegge om det har vært en økning i forekomsten. Vi har også sett på hvordan skolestress og skolepress påvirker de unges psykiske helse.

Metode: Det er gjort litteratursøk i følgende databaser: PubMed, SveMed+ og Web of Science. I tillegg er det brukt norske rapporter/undersøkelser, tall fra Reseptregisteret og Statistisk sentralbyrå.

Resultater: Våre resultater viser at det, de siste årene, er en økning i depresjon og depressive plager hos unge. Det er en tydelig kjønnsforskjell, med høyere forekomst hos jentene. Vi kan se at mange unge rapporterer om opplevd stress/press i forbindelse med skolearbeid.

Diskusjon: Økningen av depressive lidelser og depressive plager blant unge mennesker er påfallende de siste årene. Årsakene til dette er sannsynligvis sammensatte, og skolepress/skolestress kan være to årsaker til økningen.

Konklusjon: Denne litteraturstudien viser en økning i depressive lidelser og plager hos unge mennesker, og at det er en høy andel unge som rapporterer om press/stress i forbindelse med skolearbeid. Det vil være viktig å se mer på årsakene til økningen, slik at man kan sette inn tiltak. Det trengs også mer forskning på hvordan skolepress/skolestress påvirker unges psykiske helse.

Abstract

Background: Depression is one of the psychological disorders with high prevalence in the population. Many people suffer from symptoms without being diagnosed with depression. Depression is a disorder with high costs for those affected, their social network and for the society as a whole.

Purpose: The purpose of this study is to examine the prevalence of depression and symptoms of depression in adolescents, consider gender differences and attempt to map whether the prevalence has increased in recent years. We have also examined how school related stress and pressure affect the mental health of adolescents.

Method: We have conducted literature searches in the following databases: Pubmed, SveMed+ and Web of Science. We have also used Norwegian reports/surveys and data from Norwegian Prescription Database and Statistic Norway.

Results: Our results show that the prevalence of depression and symptoms of depression has increased in recent years. There is a clear gender difference, with girls having a higher prevalence compared to boys. We also observe that many adolescents experience stress and pressure related to school work.

Discussion: The increase in depressive disorders and symptoms in adolescent in recent years is striking. The causes are probably complex, and school stress and school pressure may be two reasons behind the increase.

Conclusion: This study shows an increase in depressive disorders and symptoms in adolescents, and that many adolescents experience stress and pressure related to school work. Going forward, it is important to carefully examine the causes of the increase in order to initiate appropriate preventional strategies. Further research examining how school related stress and pressure affect the mental health of adolescents is needed.

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	9
PSYKISKE LIDELSER – EN STOR UTFORDRING.....	9
PSYKISKE PLAGER OG PSYKISKE LIDELSER	9
DEPRESJON – EN VANLIG PSYKISK LIDELSE	9
KLASSIFIKASJON AV DEPRESJON	10
DEPRESJON HOS UNGDOM.....	10
RISIKOFAKTORER FOR DEPRESJON.....	11
DEPRESJONSFORLØPET	11
BEHANDLING AV DEPRESJON.....	11
<i>Terapi</i>	12
<i>Medikamentell behandling</i>	12
SKOLEPRESS OG SKOLESTRESS.	13
PROBLEMSTILLING	15
METODE	16
LITTERATURSØK.....	16
DATA PÅ MEDIKAMENTBRUK	17
NORSKE RAPPORTER OG UNDERSØKELSER	17
LÆRERBØKER I PSYKIATRI.....	18
RESULTATER	19
HVA ER FOREKOMSTEN AV DEPRESJON HOS UNGE OG ER DET EN FORSKJELL MELLOM KJØNN?	19
HVA ER FOREKOMSTEN AV DEPRESSIVE PLAGER HOS UNGE OG ER DET EN FORSKJELL MELLOM KJØNN?.....	20
ER DET EN ØKNING AV DEPRESJON OG DEPRESSIVE PLAGER HOS UNGDOM?	23
HVORDAN PÅVIRKER SKOLESTRESS OG SKOLEPRESS DE UNGES PSYKISKE HELSE?	33
DISKUSJON	39
HVA ER FOREKOMSTEN AV DEPRESJON HOS UNGE OG ER DET EN FORSKJELL MELLOM KJØNN?	39
HVA ER FOREKOMSTEN AV DEPRESSIVE PLAGER HOS UNGE OG ER DET EN FORSKJELL MELLOM KJØNN?.....	40

ER DET EN ØKNING AV DEPRESJON OG DEPRESSIVE PLAGER HOS UNGDOM?	41
MULIGE ÅRSAKER TIL ØKT FOREKOMST AV DEPRESJON OG DEPRESSIVE SYMPTOMER HOS UNGE	46
HVORDAN PÅVIRKER SKOLESTRESS OG SKOLEPRESS DE UNGES PSYKISKE HELSE?	48
KONKLUSJON.....	51
REFERANSELISTE.....	52

Innledning

Psykiske lidelser – en stor utfordring

Psykiske lidelser er svært hyppig forekommende i befolkningen. Flere studier viser at 30-50 % av den voksne befolkningen vil utvikle en psykisk lidelse i løpet av livet (1) og at prevalensen av en psykisk lidelse hos voksne i løpet av en 12-måndersperiode er 16-22 % (2). Forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge varierer mellom 7,0 og 23,4 % i ulike studier (2). Psykiske lidelser gir ikke bare redusert livskvalitet for den enkelte, men utgjør også store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. I følge Dødsårsaksregisteret utgjorde selvmord den viktigste enkeltårsaken til dødsfall blant ungdom mellom 15 og 19 år, der selvmord representerte 43 % av alle dødsfall i denne aldersgruppen i 2017 (3). Videre utgjør det et betydelig samfunnsproblem at så mange blir sykemeldte og uføretrygdete på grunn av psykiske lidelser. Tall fra NAV viser at psykiske lidelser er den nest mest vanligste årsaken til legemeldt sykefravær (4) og 35,6 % av de uføretrygdete i 2015 hadde en psykisk lidelse (5).

Psykiske plager og psykiske lidelser

Det skilles mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Det stilles ikke krav om å tilfredsstillende diagnostiske kriterier for å ha psykiske plager, i motsetning til psykiske lidelser der bestemte internasjonale evidensbaserte diagnosekriterier må være oppfylt. For å registrere psykiske plager blir ofte spørreskjemaer brukt, mens det ved psykiske lidelser er klinikere som registrerer og intervjuer i for eksempel et klinisk strukturert intervju. Psykiske lidelser oppleves ofte som mer belastende for individet enn psykiske plager. Tanker, følelser og atferd kan bli påvirket, men i større grad ved en psykisk lidelse. Alle de psykiske vanskene kan gå utover fungeringen i hverdagen (2).

Depresjon – en vanlig psykisk lidelse

I samfunnet er det en større åpenhet enn tidligere. Det skrives mye om psykisk helse i mediene og det gis et inntrykk av at stadig flere sliter med psykiske lidelser. En av de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen er depresjon, som vil ramme en av fem i løpet av livet og en av ti i løpet av 12 måneder (2). Depresjon er også en vanlig lidelse globalt og i følge WHO er det over 300 millioner mennesker i verden som lider av en depressiv lidelse

(6). Depresjonslidelser forekommer i alle aldre, men kan arte seg på litt ulike måter i de ulike delene av livet.

Klassifikasjon av depresjon

Depresjon er klassifisert under affektive lidelser (stemningslidelser) i klassifikasjonssystemet for psykiatriske lidelser, ICD-10. Diagnosekriteriene for depresjon er de samme for barn og for voksne, men diagnosen er mer usikker hos barn (7). De aktuelle diagnosekategoriene i ICD-10 er bipolar affektiv lidelse (F31), depressiv episode (F32), tilbakevendende depressiv lidelse (F33) og vedvarende affektive lidelser (F34) (8).

Symptomene for depresjon inndeles i hovedsymptomer og ledsagersymptomer:

Hovedsymptomer:

- Depressivt stemningsleie
- Tap av glede og interesse
- Nedsatt energi

Ledsagersymptomer:

- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse
- Triste og pessimistiske tanker om fremtiden
- Tanker om, eller utføring av, selvskading eller selvmord
- Dårlig søvn
- Nedsatt appetitt eller vekttap

For at diagnosen “depressive episode” skal kunne stilles må symptomene hatt en varighet på minst to uker. Videre kan en depresjon klassifiseres under kategoriene mild, moderat og alvorlig depresjon. Dette er viktig for blant annet å kunne vurdere riktig behandling. For å kunne klassifisere alvorlighetsgraden av depresjonen gjøres en helhetsvurdering basert på det kliniske bildet og man ser på hvor mye funksjonen til pasienten er påvirket (8).

Depresjon hos ungdom

Det kliniske bildet hos ungdom med depressive tilstander ligner på det kliniske bildet hos voksne med de samme tilstandene, der lav selvfølelse, tretthet og mindre interesse er typiske symptomer. Ungdommene rapporterer om mer irritabilitet og humørsvingninger enn voksne, men har en mindre endring i søvn og appetitt. Symptomer med skyldfølelse og

selvbebreidelser kommer som regel fra tenåringsalderen og er sjeldnere tilstede hos barn (7). Andre symptomer ungdommene kan ha er: konsentrasjonsproblemer, håpløshetsfølelse, psykomotoriske endringer, samt at det er i ungdomsalder at rus kan bli et problem (9). Tanker om suicidalitet er vanlig hos barn og ungdom, men letaliteten er større hos ungdommer (10). Det er mange ungdommer som går rundt med depressive plager i hverdagen, men som ikke har høyt nok symptomtrykk til å stille diagnosen depresjon. Denne gruppen er det viktig å følge med på, da mange av disse senere utvikler en depressiv lidelse (7).

Risikofaktorer for depresjon

Depresjon har i likhet med de fleste andre psykiske lidelser en rekke årsaksforhold, som ofte er sammensatt av genetiske og miljømessige faktorer. Ved å ha kunnskap om risikofaktorer ved depresjon kan man være mer oppmerksom på barn og unge som lever under risiko, og fange opp disse på et tidlig tidspunkt. Noen er født med en økt sårbarhet for depresjon, men depresjon kan også være utløst av ytre hendelser. Tvillingstudier angir at den arvelige komponenten utgjør omtrent 40 % (7). Noen sentrale risikofaktorer for depresjon er familiehistorie med depresjon og hvis barnet har andre psykiske lidelser. Andre viktige risikofaktorer er barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, omsorgssvikt og mobbing (10). Sorg og tristhet er naturlige reaksjoner på tap, men tap kan også utløse en depresjon (7).

Depresjonsforløpet

Varigheten av en depresjon varierer. En ubehandlet depresjonsepisode har en gjennomsnittlig varighet på mellom 3 og 8 måneder, men ofte lenger (7, 10). I løpet av en toårsperiode regner man med at over halvparten vil få tilbakefall og innen 5 år har 70 % fått en ny episode med depresjon (7). Hvis depresjonsdiagnosen debuterer tidlig i livet er det oftere at forløpet blir kronisk, enn hvis det debuterer senere i livet. Hvis depresjonsdiagnosen debuterer i ungdomsårene vil forløpet oftere bli mer alvorlig, enn hvis depresjonen hadde debutert i barnealder eller i voksen alder. Forekomsten av depresjon i voksen alder ser ut til å øke hvis det har vært depresjonsepisoder i barne- og ungdomsårene (10). Selv milde depresjoner kan ha alvorlig prognose (9).

Behandling av depresjon

“Det er viktig å huske at dagens diagnosesystem ikke tar stilling til årsaken til en lidelse. Det betyr at type behandling ikke er gitt selv om en har stilt en diagnose” (7).

Det er viktig å fange opp ungdom som lider av depresjon tidlig, både for å kunne gi riktig behandling og for å unngå at tilstanden forverres ytterligere. Når det gjelder behandlingsstrategier for ungdom med depresjon er det flere ulike behandlingsalternativer, blant annet samtaleterapi, familieterapi og medikamentell behandling. Det er viktig med grundig informasjon til pasient og pårørende, og psykoedukasjon inngår som en sentral del av behandlingen. For noen kan støttesamtaler hos fastlegen være tilstrekkelig, mens andre trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten eller eventuelt medikamentell behandling. Hva som ansees for å være korrekt behandling for den enkelte vil være avhengig av flere faktorer, blant annet depresjonens alvorlighet, varighet av tilstanden og komorbiditet. Forskning har vist at det særlig er tre typer tiltak som har god effekt på ungdom som sliter med depresjon; kognitiv terapi, interpersonlig terapi og medikamentell behandling (7).

Terapi

Kognitiv atferdsterapi, forkortet KAT, er en av de terapiformene som brukes mest, og er standard terapi ved lidelser som depresjon, angst og tvangslidelser. Målet med terapien er å redusere symptomtrykk, bedre funksjonsnivået til pasienten og dermed også øke livskvaliteten. For å oppnå dette prøver man å få til en endring av dysfunksjonell tenkning og atferd hos pasienten. Pasienten og behandleren samarbeider om å sette opp et eller flere felles mål, og prøver å forstå hvordan tankene pasienten har kan påvirke følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Da vil det bli lettere for både behandleren og pasienten å få en større forståelse for pasientens tanker, følelser og handlingsmønstre, og dermed også større sjanse for å oppnå en endring (7).

Medikamentell behandling

Antidepressive medikamenter har vært på markedet i mange år, og det finnes flere forskjellige grupper av antidepressive legemidler. De nyere preparatene som for eksempel selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) brukes mye i dag, da de gir mindre bivirkninger og sjansen for toksisk forgiftning er betraktelig mindre sammenliknet med de eldre preparatene, som for eksempel trisykliske antidepressive medikamenter (TCA). Antidepressive medikamenter brukes ved tilstander som depresjon og angst, men også ved tvangslidelser (7) .

Som nevnt over finnes det flere hovedgrupper av antidepressive medikamenter, og en vanlig inndeling vil være etter den virkningen de ulike medikamentene har på de forskjellige transmittersystemene i hjernen. Ved depresjon og angstlidelser foretrekker man ofte SSRI-

preparatene som førstevalg (7). SSRI virker ved å hemme reopptaket av serotonin fra synapsespalten, noe som fører til en økt konsentrasjon av serotonin i serotonerge synapser (11). SSRI er førstevalg ved behandling av depresjoner (11), på grunn av mildere bivirkningsprofil og lavere sannsynlighet for toksisitet enn TCA (7). Hensikten med å bruke SSRI er å heve stemningsleie hos pasienten, når dette er betydelig nedsatt (11).

Når det er nødvendig å gi medikamenter til pasienter under 18 år, hva skal man velge? Fluoksetin, som er et antidepressivt medikament i SSRI gruppen har vist seg å ha effekt hos barn og unge med alvorlig depresjon (12). Forskning viser at dette er et av de tryggeste antidepressive medikamentene å hos denne gruppen, men dokumentasjonen for å bruke SSRI preparater hos unge er dårligere enn hos voksne (11). Leger skal være tilbakeholden med å skrive ut antidepressive medikamenter, men hvis samtaleterapi har vist seg å være utilstrekkelig, eller hvis ungdommen lider av en meget alvorlig depresjon kan fluoksetin anbefales og da i kombinasjon med samtaleterapi. Når man starter opp behandling med antidepressiva er det en økt risiko for at pasienten initialt kan få suicidale tanker, eller få forsterket disse dersom de allerede er tilstede(12), derfor bør det være tydelig indikasjon for å bruke slike preparater (11). Det er viktig at legen informerer pasienten og pårørende om dette, og det er nødvendig med tett oppfølging av pasienten i oppstartsfasen (12).

Skolepress og skolestress

«Generasjon perfektjon» og «generasjon prestasjon» er uttrykk man stadig leser om i media, og som er mye brukt de siste årene. De store avisene trykker overskrifter om flinke ungdommer som stadig leser mer for å få bedre karakterer, er mindre med venner og mer sammen med familien. Tall fra Samordna opptak viser at stadig flere søker opptak til høyere utdanning (13). Har det blitt et samfunn hvor vår identitet måles ut fra hva vi presterer? Hvilke karakterer vi får, eller hvor mange ”likes” vi får på bilder vi deler på sosiale medier? Det kan se ut som unge i dag utsettes for store krav og høye forventninger fra ulike arenaer: de skal være flinke på skolen og få gode karakterer, de skal ha mange venner, være aktive og ha en veltrent kropp. Sett utenifra er det tydelig at det er uoppnåelig å oppnå toppresultater i alt. Men noen stiller strenge krav til seg selv, og føler seg aldri ”flinke nok” uansett hvor hardt de jobber, mens andre igjen kan ha en opplevelse av at det er de rundt en som forventer det av dem. Har det blitt et jag etter det ”uoppnåelige perfekte”, er ikke ”godt nok” lengre godt nok? Psykiater og professor Finn Skårderud sier følgende: ”*De flinke barna klarer alt,*

og det er alt de klarer” (14). Muligens ligger det noe i det, bruker dagens ungdom så mye tid og krefter på og skulle prestere, at andre ting i livet nedprioriteres?

På den ene siden kan man tenke at det er bra med en ung generasjon som vil noe, som er opptatt av gode karakterer og prestasjoner, men dersom det oppleves som press og uoppnåelige krav kan det for noen bli vanskelig å håndtere. Hvordan vi opplever stress og press er individuelt, det samme gjelder måten vi håndterer det på. Noen kan føle at presset kommer ”innenfra”, mens andre kan føle press for eksempel fra lærere, foreldre og venner. For noen mennesker fungerer stress på en positiv måte, det gjør oss mer skjerpet og får oss til å prestere bedre, mens for andre kan det ha motsatt effekt. Det er interessant å tenke på hvordan alle de ulike kravene og forventningene virker inn på hvordan de unge har det.

Problemstilling

I denne litteraturstudien vil vi undersøke forekomsten av depresjon og depressive plager hos ungdom, se på kjønnsforskjeller og se om det har vært en økning av depresjon og depressive plager de siste årene. Vi vil også undersøke hvordan skolestress og skolepress påvirker de unges psykiske helse.

I denne oppgaven ønsker vi å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er forekomsten av depresjon og depressive plager hos unge og er det en forskjell mellom kjønn?
2. Er det en økning i forekomsten av depresjon og depressive plager hos ungdom?
3. Hvordan påvirker skolestress og skolepress de unges psykiske helse?

Metode

Det er ulike type datakilder som kan gi oss informasjon for å besvare problemstillingen i oppgaven. Vi har valgt å gå nærmere inn på følgende type data:

Litteratursøk

Vi har utført systematiske og strukturerte litteratursøk i ulike databaser for å innhente relevant forskningslitteratur. Databasene vi har brukt er: SveMed+ (skandinaviske tidsskrifter), PubMed, Web of science og Oria. Vi har hatt ulike søkerspørsmål i våre søk som samsvarer med problemstillingene i oppgaven, der vi har brukt OR og AND som bindeord.

Vi har valgt å undersøke norske forhold og vi har satt en begrensning på litteratursøket til studier fra land i Skandinavia som er sammenlignbare med Norge. Vi har derimot ikke satt noen begrensning på årstall.

I PubMed gjorde vi følgende litteratursøk 11/9-18 og 29/12-18 hvor vi kombinerte søkeordene:

- Søk 1: (((("Depressive Disorder"[Mesh] OR depression OR depressive) AND (Adolescents OR Teens OR Teen OR Teenagers OR Teenager OR Youth OR Youths))) AND (("prevalence"[MeSH Terms]) OR (prevalence[Title/Abstract] OR prevalences[Title/Abstract])) AND (norwegian OR Norway).
- Søk 2: (((("Depressive Disorder"[Mesh] OR depression OR depressive) AND (Adolescents OR Teens OR Teen OR Teenagers OR Teenager OR Youth OR Youths)) AND (("prevalence"[MeSH Terms]) OR (prevalence[Title/Abstract] OR prevalences[Title/Abstract]))) AND (((Norge[Title/Abstract] OR Norway[Title/Abstract] OR Norwegian[Title/Abstract])) OR (Sverige[Title/Abstract] OR Sweden[Title/Abstract] OR Swedish[Title/Abstract])) OR (Danmark[Title/Abstract] OR Danish[Title/Abstract] OR dansk[Title/Abstract] OR Denmark[Title/Abstract]))

Litteratursøkene over ga totalt 499 treff i PubMed. Vi har utelatt de artiklene som var med i begge søkene ved å skrive OR mellom de to hovedsøkene. Det var 131 artikler som overlappet. Vi satt igjen med 368 unike artikler. Det var totalt 42 artikler som virket relevante basert på overskrift som vi valgte å lese abstrakt til. Etter å ha lest abstraktet til artiklene satt

vi igjen med totalt 15 artikler, som vi leste i sin helhet og av disse har vi brukt 13 artikler som en del av materialet for oppgaven.

I SveMed+ gjorde vi den 11/9-18 følgende litteratursøk hvor vi kombinerte søkeordene ((Schools (MeSH) OR school OR schools) AND (depression OR depressive OR mental OR psychiatric OR psychological) OR (skolepress OR karakterpress)) vi valgte videre ”peer reviewed tidsskrifter” for å få de mest relevante og fagfellevurderte artiklene. Det ga oss 251 treff, hvor vi etter å ha gjennomgått overskrifter satt igjen med fire relevante artikler som vi leste abstraktet til. En av disse var meget aktuell, og den har vi brukt som materiale for oppgaven.

I Web of Science gjorde vi den 11/9-18 følgende litteratursøk hvor vi kombinerte TS=(adolescen* OR youth OR teen* OR child*) AND TI=(school* OR pupil*) AND TS=(mental OR health OR psychiatric OR psychological OR depression OR depressive) AND TS=(pressure OR demand* OR performan* OR achieve* OR stress* OR anxiety OR anxious*) AND (TS=(nordic OR norway OR norwegian OR sweden OR swedish OR Oslo OR denmark OR danish OR finland OR finnland OR finnish OR "hunt study")) som ga 139 treff. Her brukte vi ikke MeSH, men TS betyr at det er søkt i hele referansen (tittel/abstract). TI: kun søkt i tittelfelt, hvis det endres til TS blir det totalt 379 treff. Det var totalt 24 av artiklene som fremstod relevante etter å ha lest titlene, og som vi valgte å lese abstraktet til. Etter dette satt vi igjen med totalt 5 artikler som vi leste i sin helhet, hvor en av disse er brukt som materiale for oppgaven.

Data på medikamentbruk

Vi gikk inn på reseptregisteret.no og videre på søkeside under valgmenyen. Der valgte vi legemiddelgruppe antidepressiva (omfatter ATC koden N06A). Under måltall valgte vi antall brukere og brukere per 1000 innbygger. Perioden vi valgte var 2008-2017 og vi valgte begge kjønn (mann og kvinne). Aldersgruppene som ble valgt var 10-14 år og 15-19 år. Bosted: hele landet. Så lastet vi ned resultatet, en Excel-tabell og lagde grafer/oversikter utfra denne.

Norske rapporter og undersøkelser

Videre har vi brukt materiale fra Ungdata-undersøkelsene og Ung i Oslo-undersøkelsene, som vi ser på som høyest relevante for oppgaven vår da vi hovedsakelig studerer norske

forhold. For å innhente ytterligere informasjon om rapportene har vi tatt kontakt med Anders Bakken, som er leder for Ungdata-senteret og forsker ved NOVA, samt Vegard Svagård som arbeider som rådgiver ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA OsloMet. Vi har også sett på statistikk fra Levekårsundersøkelsen i Statistisk sentralbyrå.

Det er flere store faglige norske rapporter som omhandler psykisk helse hos ungdom som vi har valgt å inkludere i oppgaven vår. En av de store rapportene vi har brukt er Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse. Registerdataene vi har brukt er blant annet hentet fra rapporten til Folkehelseinstituttet om psykisk helse utgitt i 2018. Materialet vi har brukt i Folkehelseinstituttets rapporten baserer seg på blant annet statistikk på diagnoser fra Norsk pasientregister, som klassifiserer diagnosene etter ICD-10-kriteriene. Dataene på konsultasjoner fra samme rapport er hentet fra ”Kontroll og utbetaling av helserefusjoner” fra Helsedirektoratet. Vi har også brukt rapporten ”psykt flink” fra Røde Kors som er en rapport som ser på stress og press blant ungdom. Samt har vi sett på Nova rapporten ”stress og press blant ungdom” som er utgitt i 2017.

Lærebøker i psykiatri

I oppgaven har vi også valgt å bruke materiale fra lærebøker i psykiatri, men dette gjelder hovedsakelig til innledningen.

Resultater

Hva er forekomsten av depresjon hos unge og er det en forskjell mellom kjønn?

I en svensk studie utført av Olsson og von Knorring i 1999 undersøkte de prevalensen av depresjon blant 16-17 år gamle videregående elever. Det var 2300 elever som deltok. Hovedscreeninginstrumentet som ble brukt var “Beck Depression Inventory” (BDI), der ungdommene med en score som tilsa moderat- eller alvorlig depresjon (≥ 16) ble selektert til å gjennomføre diagnostiske intervjuer. Det ble også brukt et annet spørreskjema, “Centre for Epidemiological Studies Depression Child” (CES-DC), der elever med en score som tilsa alvorlig depresjon ble selektert for intervju hvis de også hadde en BDI-score ≥ 11 . Ungdom som hadde hatt et nylig selvmordsforsøk, men hadde lav depresjonsscore ble også intervjuet. Det var 12,3 % av ungdommene som ble screenet som deprimerte etter selvevalueringskjemaer og som videre skulle gjennomføre diagnostiske intervjuer. Av disse var det tre ganger så mange jenter enn gutter som hadde depressive symptomer. I de diagnostiske intervjuene fikk 14,4 % av jentene og 4,1 % av guttene bekreftet en depresjonsdiagnose. De målte også 1-årsprevalensen av depresjon til å være 5,8 % og livstidsprevalensen til å være 11,4 % (15).

I en studie fra Norge i 2011 tar Sund, Larsson og Wichstrøm for seg materiale fra undersøkelsen “Youth and Mental Health Study”, som er en longitudinell studie som undersøker depressive symptomer og lidelser blant ungdommer i Nord- og Sør-Trøndelag på slutten av 90-tallet. Symptomer ble kartlagt via spørreskjemaet “Mood and Feelings Questionnaire” (MFQ), som er utviklet for å dekke alle DSM-IV-symptomer for “Major depressive disorder” (MDD) for barn og unge i alderen 8-18 år. Spørreskjemaet har 34 spørsmål, der elevene rangerte følelsene og tankene sine de to siste ukene på en skala fra 0-2 (0= “Not true”, 1= “Sometimes true”, 2= “True”). Ungdommene svarte på spørreskjemaet ved to tidspunkter med et års mellomrom, der spørsmålene var identiske ved begge måletidspunktene. Ungdommene gikk i 8.- og 9.klasse ved starten av studien i 1998. Ved T1 i 1998 var det 2464 elever som deltok i undersøkelsen. De samme elevene ble kontaktet et år senere ved T2 i 1999 og da var det 2432 elever deltok. Elevene gikk nå i 9.- og 10.klasse. Frafallet av elever som besvarte spørreskjemaet var på 4,3 % (104 elever) fra T1 til T2. Disse elevene hadde en høyere gjennomsnittsscorer for MFQ og hadde oftere en ikke-norsk

bakgrunn. En undergruppe på 345 av ungdommene (72,5 % jenter), 220 med høy score (MFQ => 26), 74 med middels score (MFQ 7-25) og 50 med lav score (MFQ < 7) og en med ukjent score, ble intervjuet med det semistrukturerte diagnostiske intervjuet ”Kiddi-SADS Present-Life version” (Kiddi-SADS PL). Dette for å vurdere nåværende og tidligere episoder av depresjon basert på DSM-IV akse I-kriteriene. De fleste ungdommene hadde minst en forelder som informant og diagnostikken baserte seg på intervjudata innhentet fra både ungdommen og foreldrene, og kun ungdommen selv i de tilfellene der foreldrene ikke var tilgjengelige. Sund, Larsson og Wichstrøm fant at 9,3 % (94) av ungdommene hadde en nåværende depressiv lidelse. Av disse var 13,7 % jenter og 5,2 % gutter. Livstidsprevalensen for depresjon var totalt 23 %, som innebar en nåværende eller tidligere depressive episode, eller begge deler. Fordelt på kjønn var livstidsprevalensen 31,1 % for jenter og 14,8 % for gutter. Vi ser her at jentene har en høyere prevalens og livstidsprevalens av depressive lidelser sammenlignet med guttene (16).

En studie utført av Christensen, Haugen, Sirpal og Haavet i Danmark og Norge i 2015 undersøkte validiteten av spørreskjemaene WHO-5 og HSCL-6 for depresjonsscreening blant 14-16-åringene i allmennpraksis. Det var 294 ungdommer som svarte på spørreskjemaene og senere gjennomgikk et diagnostisk intervju, ”Composite International Diagnostic Interview” (CIDI). Depresjon var definert etter ICD-10-kriteriene. De fant at begge måleinstrumentene kan brukes for å oppdage depresjon blant ungdom i allmennpraksis. Prevalensen av depresjon var 11,8 % og det var ingen signifikante kjønnsforskjeller (17).

Hva er forekomsten av depressive plager hos unge og er det en forskjell mellom kjønn?

En studie fra 1990 i Sverige undersøker Larsson og Melin prevalensen av selvrapporterte depressive symptomer blant 547 svenske skoleelever i (urbane områder) i aldersgruppen 13-18 år. Larsson og Melin brukte “Beck Depression Inventory” (BDI) for å måle depresjonssymptomer og de fant en prevalens på 23 % hos ungdommene. Av disse ble 10 % klassifisert med moderate eller alvorlige depressive symptomer. Det var en signifikant forskjell i total depresjonsscore basert på kjønn, der jenter hadde en over dobbelt så høy gjennomsnittsscore som guttene. 2 % av guttene og 19 % av jentene hadde moderat til alvorlig depressive symptomer. I gruppen med alvorlige depressive symptomer var det kun jenter. Det var ingen signifikant forskjell i depresjonssymptomer basert på alder (18).

I en lignende studie fra 1991 i Sverige utført av Larsson, Melin, Breitholtz og Andersson, undersøkte de prevalensen av selvrappporterte depressive symptomer blant 605 skoleelever i urbane og rurale områder i aldersgruppen 13-18 år. Her brukte de også "Beck Depression Inventory" som målemetode på depressive symptomer og sammenlignet dette med et spørreskjema som dekket "Beck Depression Inventory" og ni punkter fra DSM-III-kriteriene for "Major Depressive Disorder" (MDD). Når ungdommen ble testet med "Beck Depression Inventory" ble prevalensen av depressive symptomer undersøkt til å være 16,5 % for begge kjønn og det var ingen forskjell i om ungdommene kom fra urbane eller rurale områder. Av disse var 9 % klassifisert til å ha moderate eller alvorlige depressive symptomer. Funnene indikerte også at 15- og 16-åringer scoret høyere på depressive symptomer enn 14-åringene. Det ble funnet forskjeller i enkelte delpunkter innenfor BDI, der jenter scoret høyere enn guttene. Dette gjaldt punktene: "feel like a failure", "problems with making decisions" og "feel unattractive, ugly". Ved å bruke "Beck Depression Inventory" + spørsmål fra DSM-III-kriteriene ble depresjonsestimatet mer konservativt og da var det 4 % som hadde depressive symptomer (19).

I en studie, også gjennomført i Sverige, fra 1996 undersøkte Ivarsson og Gilberg depressive symptomer blant 524 skoleelever i en middels stor by i aldersgruppen 13-18 år ved å bruke spørreskjemaet "Birleson Depression Self-Rating Scale" (DSRS). Ungdommene skulle ta stilling til 18 punkter, hvor de kunne svare "most of the time", "sometimes" eller "never". 7 % av den undersøkte populasjonen ble identifisert til å ha depressive symptomer. Denne "cut-off"-scoren er sammenlignbar med moderat til alvorlige depressive symptomer fra de overstående studiene fra Sverige (Larsson og Melin, 1990 og Larsson, Melin, Breitholtz og Andersson 1991), hvor lignende metode ble brukt. Jentene hadde mer depressive symptomer enn guttene (20).

Haavet, Dalen og Straand undersøkte prevalensen av depressive symptomer blant 10.klassinger (15-16-åringer) på 46 skoler i Oslo. Materialet ble hentet fra Helseundersøkelsen i Oslo, utført i 2000 og 2001. Det var 7505 elever som deltok i undersøkelsen. Depressive symptomer ble definert etter en positiv score på "Hopkin's Symptom Check List-10" (HSCL-10), som vil si en score over eller lik 1,85. Prevalensen av depressive symptomer for guttene var 9,3 % og 26 % for jentene, men prevalensen varierte mellom de ulike skolene (21).

Data på angst og depresjon fra HUNT-undersøkelsen “Young Hunt1” i Nord-Trøndelag fra 1995-1997 er undersøkt i en studie utgitt i 2011 av Derdman-Eiron, Indredavik, Bratberg, Taraldsen, Bakken og Colton. Ungdommene er 13-19 år og det var 8704 som deltok i undersøkelsen. Symptomer på angst og depresjon ble målt med “Symptom Check List” (SCL 5), og de fant at 10,2 % hadde symptomer. Det var en kjønnsforskjell i symptomer, hvor 14,7 % av jentene rapporterte om slike symptomer og 5,8 % av guttene gjorde det tilsvarende. Det er en høy overlapp mellom måling av symptomer på angst og depresjon. Prevalensen av angst og depresjon økte med økende alder for begge kjønn (22).

I en annen studie fra Nord-Sverige utført av Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström og Fjellman-Wiklund i 2012 undersøkte de selvrapporterte depressive symptomer blant eldre ungdommer i aldersgruppen 16-18 år. Spørreskjemaet som ble brukt var “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS-depression). Forskjellene i kjønn var ikke signifikante. Av jentene hadde 10 % en mulig depresjon og for 4,1 % av jentene var det sannsynlig at de hadde en depresjon. For guttene var det 7,9 % som hadde en mulig depresjon og 2,5 % som mest sannsynlig hadde en depresjon (23).

I en norsk studie fra 2016 undersøker Larsson, Ingul, Jozefiak, Leikanger og Sund prevalensen av depressive symptomer blant 5804 barn og ungdom i alderen 10-19 år. Tallene de baserer seg på er hentet fra en kohortestudie som gikk over en 10-årsperiode fra 1998-2008. De målte graden av depressive symptomer med selvrapporteringsskjemaet “Short Mood and Feelings Questionnaire” (SMFQ), som inneholder 13 spørsmål. Dette er en kortversjon av “Mood and Feelings Questionnaire”, som inneholder 33 spørsmål. Scoringssystemet i spørreskjemaet går på en skala fra 0-26, der en scor på 11 eller mer indikerer et høyt nivå av depressive symptomer. De fant at det var et høyere nivå av depressive symptomer hos jentene sammenlignet med guttene, spesielt jentene i alderen 13-19 år. I aldersgruppen 10-19 år var det 16 % av jentene som hadde høye nivåer av depressive symptomer og 6,1 % av guttene som hadde det tilsvarende. Det var en signifikant forskjell i de ulike aldersgruppene. I aldersgruppen 16-19 år var det 14,6 % som hadde høy score, sammenlignet med 10,8 % i aldersgruppen 13-15 år og 9,6 % i aldersgruppen 10-12 år. De vanligste rapporterte symptomene var “ulykkelig”, “sliten”, “rastløshet” og “konsentrasjonsvansker”. Jentene scoret gjennomgående høyere enn guttene på alle målepunktene i spørreskjemaet (24).

I en annen norsk studie fra 2017 undersøker Granrud, Steffenak og Theander kjønnsforskjeller i depresjon blant ungdommer på Østlandet. Materialet er hentet fra Ungdata 2015, som er en tverrsnittstudie. Det var 8052 ungdom i alderen 13-16 år som deltok i undersøkelsen. Spørreskjemaet hadde seks spørsmål hentet fra “Depressive Mood inventory”, der spørsmålene igjen er hentet fra “Hopkins Symptom Checklist”. Jentene rapporterte høyere prevalens av depressive symptomer enn guttene, men prevalensen for kjønnene ble ikke oppgitt i studien (25).

Er det en økning av depresjon og depressive plager hos ungdom?

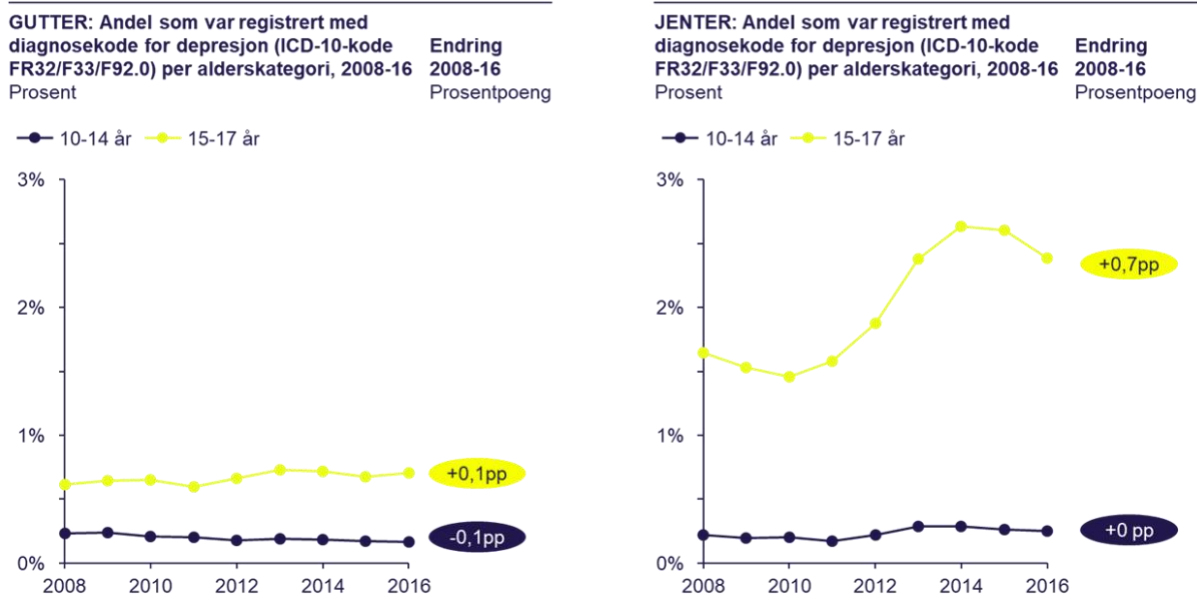
Den første studien som undersøker tidstrender i selvrappotering av depressive symptomer i Norge er utført av von Soest og Wichstrøm i 2014. Her undersøker de blant annet om selvrappoterte depressive symptomer har endret seg fra 1992 til 2010. Data ble hentet fra Ung i Norge-studien. Det ble innhentet data på tre måletidspunktet: 1992, 2002 og 2010. Det var ca. 3000 elever som deltok i undersøkelsene på hvert av måletidspunktene. De inkluderte ungdommene i studien er ungdommer i alderen 16-17-år. “Depressive Mood Inventory” ble brukt som måleinstrument på depressive symptomer. Disse målene er derivert fra “The Hopkins Symptoms Checklist”. Symptomer de siste 14 dagene måles og elevene skal svare på de ulike spørsmålene med følgende fire alternativer: “1 - not at all”, “2- a little bit”, “3- quite a bit” eller “4- extremely”. Det ble så beregnet en gjennomsnittsscore, der høye verdier indikerte høyt nivå av depressive symptomer. For å fange opp de alvorlige depressive symptomene ble det satt en “cut-off” verdi på 3 når tidstrendene ble analysert. I 1992 var prevalensen av et høyt nivå av depressive symptomer 8,8 % for jentene og 2,9 % for guttene. I 2002 var prevalensen av et høyt nivå av depressive symptomer 11,4 % for jentene og 6,1 % for guttene. I 2010 var prevalensen 13,4 % for jentene og 5,5 % for guttene. Resultatene viste at prevalensen av høy depresjonsscore økte signifikant for begge kjønn fra 1992 til 2002. For perioden 2002 til 2010 ble det kun observert en økning for jentene. Det diskuteres også mulige forklaringer for økningen fra 1992 til 2002, som cannabisbruk og spiseforstyrrelser, som har økt i perioden for begge kjønn (26).

I en stor dansk kohortstudie gjennomført mellom 2000 og 2013 undersøkte Skovlund, Kessing, Mørch og Lidegaard prevalensen av depresjon i Danmark. Depresjonsdiagnosene de målte var depressiv episode og tilbakevendende depressiv lidelse (F32-F33.9 i ICD-10). Studiepopulasjonen var alle dansker i alderen 10-49 år (ca. 40 millioner personår) som

tidligere ikke hadde fått en depresjonsdiagnose eller brukt antidepressive medikamenter. Det inkluderte materialet er hentet fra psykiatriske avdelinger i Danmark. De fant at insidensen og 1-årsprevalensen av depresjonsdiagnoser økte mellom 2000 og 2013. Økningen var størst for jenter i aldersgruppen 12-19 år. For jenter i alderen 15-19 år var den absolutte økningen av depresjonsdiagnoser 3 per 1000 fra 2000-2013. Resultatet for guttene i alderen 15-19 år viste at det var en absolutt økning på 1,1 per 1000 i den samme perioden. Økningen var dermed høyere for jentene og jentene hadde en høyere prevalens av depresjon enn guttene. I 2013 var 1-årsprevalensen av depresjon for jenter i aldersgruppen 15-19 år 6,2 per 1000. Før puberteten var insidensraten for depresjon omtrent lik for begge kjønn (27).

Folkehelseinstituttet utga en rapport i 2018 som omhandler psykisk helse i Norge, som blant annet tar for seg utviklingen av diagnosen depresjon fra 2008-2016. Det aktuelle datagrunnlaget til Folkehelseinstituttet er hentet fra Norsk pasientregister og ungdommene er diagnostisert etter ICD-10-kriteriene for depresjon. De aktuelle diagnosene som er brukt i rapporten er: Depressiv episode (F32), tilbakevendende depressiv lidelse (F33) og depressiv atferdsforstyrrelse (F91.0). Diagnosene er satt i spesialisthelsetjenesten og i alt var det 2493 ungdommer i aldersgruppen 15-17 år som fikk diagnosen depresjon i 2016. Det er i denne aldersgruppen blant barn og unge at flest får diagnosen depresjon. Det er svært få barn under 10 år som får diagnosen depresjon. I 2016 var det kun 22 barn som fikk denne diagnosen i spesialisthelsetjenesten, og det var kun gutter i aldersgruppen 5-9 år. I aldersgruppen 10-14 år er andelen med depresjon hos jenter og gutter 0,2-0,3 % i spesialisthelsetjenesten. Fra 14-årsalder ser vi en økning av depresjon hos jenter. Andelen jenter som har fått diagnosen depresjon i aldersgruppen 15-17 år har økt fra 1,65 % i 2008 til 2,39 % i 2016. Dette er en absolutt økning i depresjonsdiagnosene på 0,7 prosentpoeng i denne gruppen, som tilsvarer en relativ økning på 44,8 % i perioden. Økningen i andelen jenter med en depresjonsdiagnose holdt seg relativt stabil fra 2008-2011 før den gradvis har økt mot 2016. Vi ser av figur 1 at fra 2014-2016 så har andelen jenter med en depresjonsdiagnose gått noe ned. Andelen gutter som har fått diagnosen depresjon i aldersgruppen 15-17 år har holdt seg stabil omkring 0,6-0,7 % mellom 2008-2016. Andelen gutter med en depresjonsdiagnose var 0,6 % i 2008 og i 2016 var andelen 0,7 %. Det har vært en minimal økning på 0,1 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 9,3 %, i perioden 2008-2016 for guttene mellom 15-17 år. I rapporten fra Folkehelseinstituttet konkluderer de med at det ikke har vært en økning av diagnosen depresjon for guttene i denne aldersgruppen (2).

Utvikling i andelen ungdom med depresjonsdiagnoser, 2008-2016

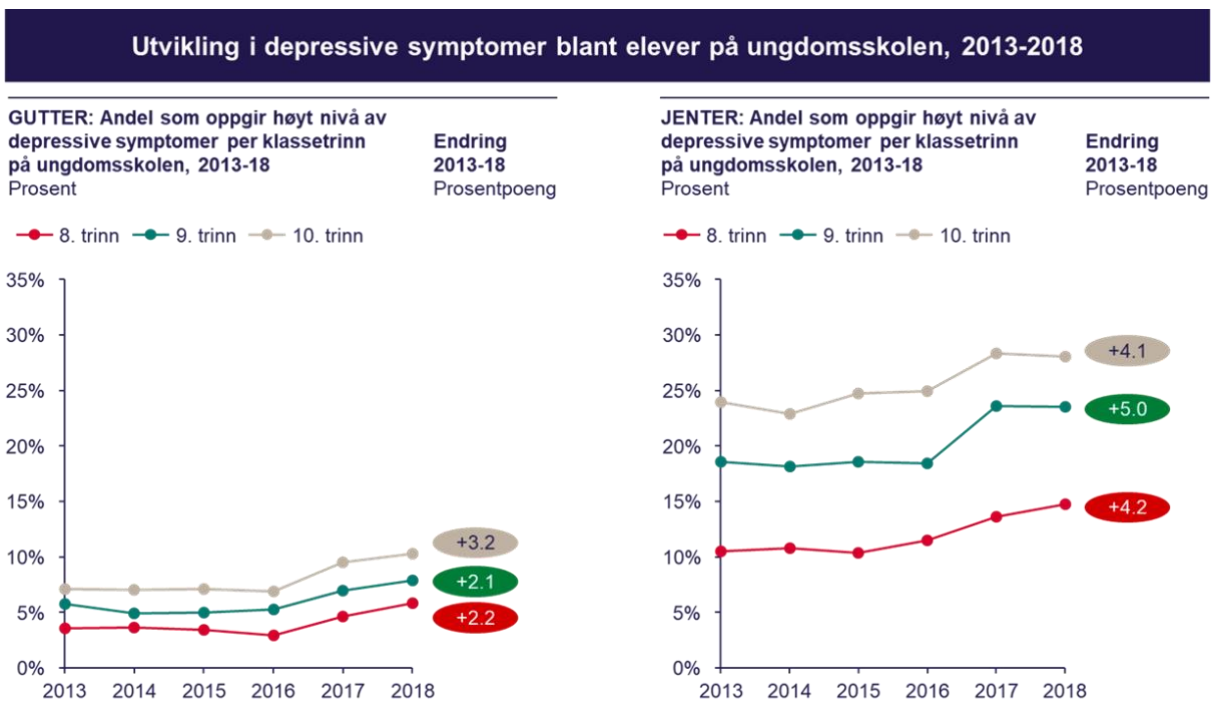


Figur 1: Forekomst av depresjon hos jenter og gutter i aldersgruppen 15-17 år fra 2008 til 2016 (2).

Ungdataundersøkelsene gjennomføres jevnlig i norske kommuner. I undersøkelsene kartlegges det blant annet ungdommens psykiske helseplager. En av de psykiske helseplagene som er undersøkt er selvrapporterte depressive symptomer. De depressive symptomene har blitt kartlagt ved at ungdommen har svart på seks spørsmål, som er en kortere variant av to velbrukte skalaer i forskning: "Hopkins Symptoms Checklist" og "Depressive Mood Inventory" (28). Ungdommene blir bedt om å oppgi hvor ofte de i løpet av den siste uken har vært plaget av følgende: "Bekymret deg for mye om ting", "følt at alt er slit", "hatt søvnproblemer", "følt deg ulykkelig, trist eller deprimert", "følt håpløshet med tanke på framtida" og "følt deg stiv og anspent". Svaralternativene er: "Ikke plaget i det hele tatt", "lite plaget", "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget".

Vi har valgt å se på ungdataundersøkelsene fra 2013 og fremover, da disse resultatene er nasjonalt representative. Før 2013 var det langt færre ungdommer som deltok i undersøkelsene. Vi kan lese av figur 2 at omfanget av selvrapporterte depressive symptomer har vært relativt stabilt fra 2013-2016 på ungdomstrinnet. Det er en tydelig økning av selvrapporterte depressive symptomer blant begge kjønn fra 2016-2018. Imidlertid er det jentene som har den største økningen på alle klassetrinn på ungdomsskolen, mens økningen blant guttene er mindre markant. Økningen har vært størst blant jentene på 9. trinn, med en

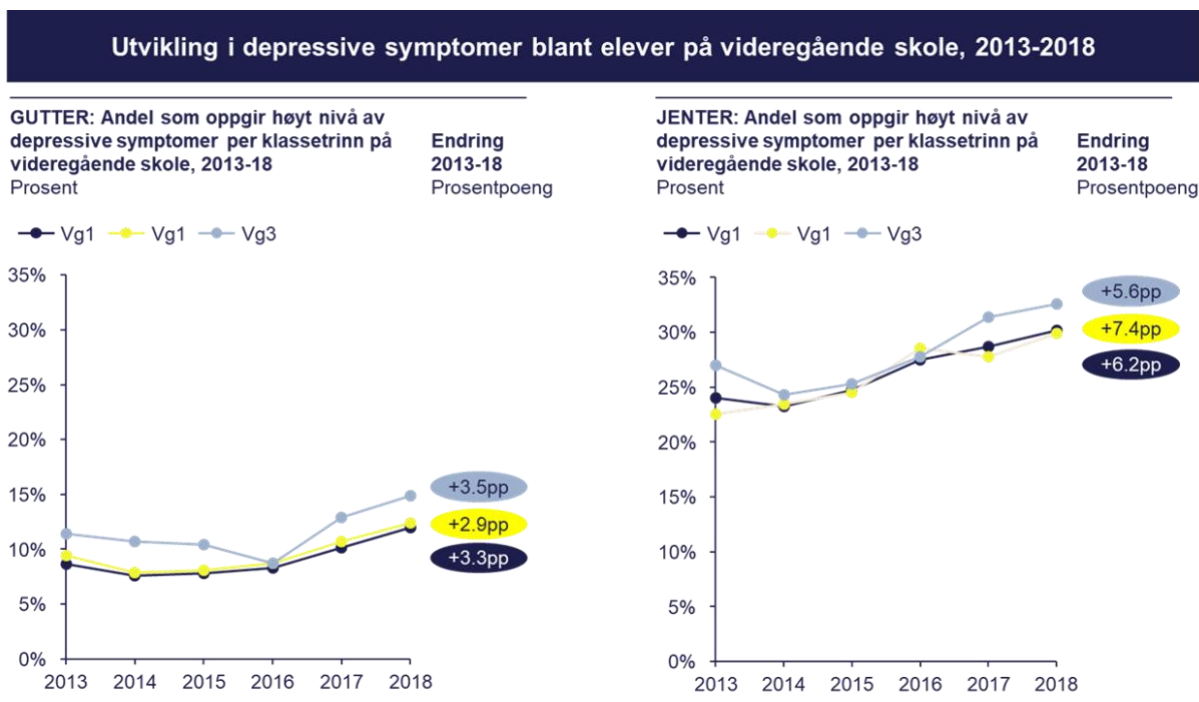
økning fra 18,6 % til 23,6 % i perioden 2013-2018. Blant jentene på 9. trinn er det en absolutt økning i depressive symptomer på 5,0 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 21,1 % i perioden. Det er jentene på 10.trinn som scorer høyest på depressive symptomer i hele perioden. På dette trinnet er det 28,1 % som har et høyt nivå av selvrapporterte depressive symptomer i 2018. Blant guttene på ungdomsskolen er det guttene på 10. trinn som scorer høyest på depressive symptomer, med en andel på 10,3 % i 2018. Det er også på 10. trinn at økningen i selvrapporterte depressive symptomer for guttene har vært størst mellom 2013-2018, med en absolutt økning på 3,2 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 31,1 %.



Figur 2: Utvikling i depressive symptomer blant elever på ungdomsskolen fra 2013 til 2018 (29).

Figur 3 viser at nivået av selvrapporterte depressive symptomer hos guttene på videregående skole har vært stabile fra 2013-2016. Fra 2016-2018 ser vi en økning av andel gutter med høyt nivå av depressive symptomer på alle klassetrinn. Blant guttene er det på Vg3 at den økningen har vært størst, med en økning fra 11,4 % i 2013 til 14,9 % i 2018. Dette er en absolutt økning på 3,5 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 23,5 %. Jentene har gjennomgående den høyeste scoren på depressive symptomer sammenlignet med guttene på samme klassetrinn, og jentenes symptomscore har økt fra 2014-2018 på tvers av Vg1, Vg2 og Vg3. Det er jentene på Vg2 som har den største økningen av depressive symptomer fra 2013-2018 på tvers av kjønn og klassetrinn. Den absolutte økningen her har vært på 7,4

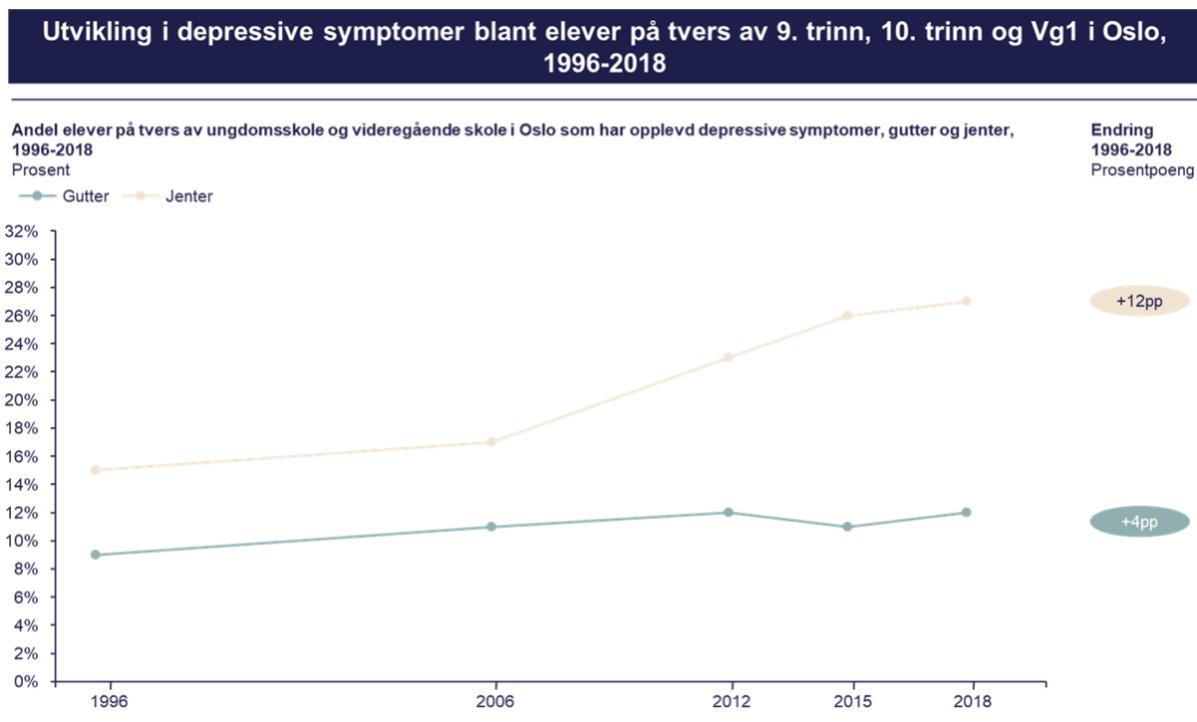
prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 24,7 %. Jentene på Vg3 har det høyeste symptomtrykket, der 32,6 % har et høyt nivå av depressive symptomer i 2018. På videregående skole er det mange som er plaget av stressymptomer og nærmere halvparten svarer at de er ”ganske mye” eller ”veldig mye” plaget av tanker om at ”alt er et slit” eller ”bekymrer seg for mye om ting” (30).



Figur 3: Utvikling i depressive symptomer blant elever på videregående skole fra 2013 til 2018 (29).

Det har blitt utført fem større spørreundersøkelser blant elever på ungdomsskolen og i videregående skole i Oslo (1996, 2006, 2012, 2015 og 2018) og disse undersøkelsene utføres nå hvert tredje år. Undersøkelsene kalles for Ung i Oslo og resultatene blir inkludert i de nasjonale rapportene til Ungdata. Ung i Oslo-undersøkelsene går helt tilbake til 2006, som gjør at vi har et datagrunnlag som strekker seg over en lenger tidsperiode enn datagrunnlaget i Ungdata. Spørsmålsstillingen i Ung i Oslo har vært litt forskjellig i de ulike årene, men i 2015 og 2018 var spørsmålsstillingen lik når det gjelder depressive symptomer. Dette er de samme spørsmålene som i Ungdata-undersøkelsene, som gjør det lettere å sammenligne Oslo med resten av landet. Figur 4 viser utviklingen av depressive symptomer blant elever på ungdomsskolen og videregående skole i Oslo fra 1996-2018. I figuren har vi kun datamateriale fra 9. trinn, 10. trinn og Vg1. I 2018 var det totalt 27 % av jentene på 9. trinn,

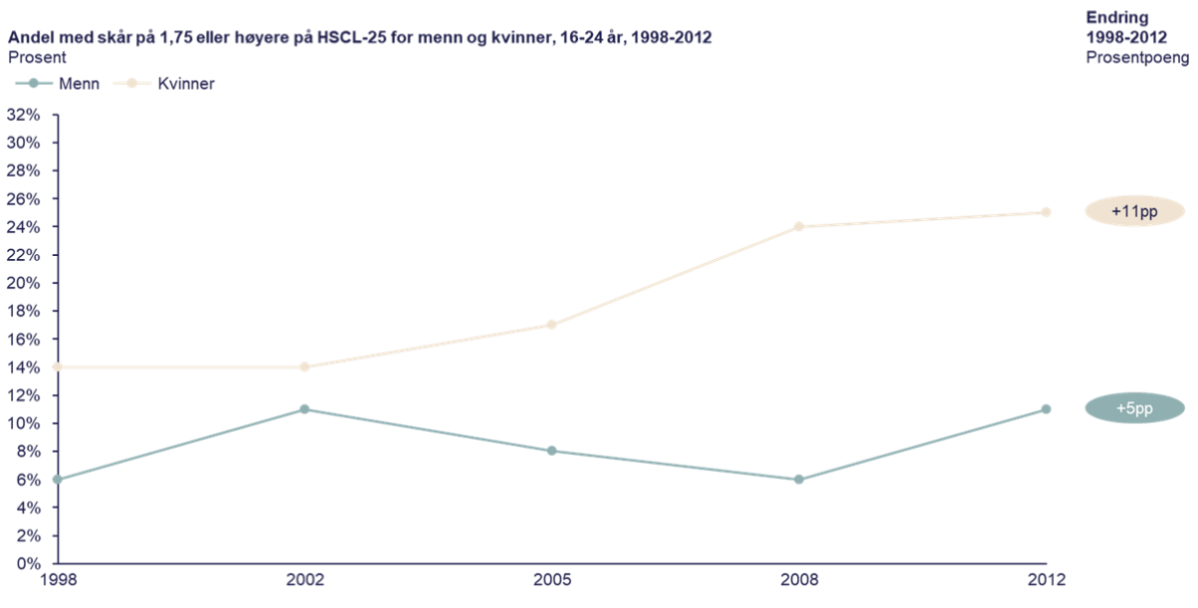
10. trinn og Vg1 som hadde et høyt nivå av depressive symptomer. Det har vært en absolutt økning på 12 prosentpoeng for jentene i perioden 1996-2018, som tilsvarer en relativ økning på 44,4 %. I 2018 var det 12 % av guttene som hadde et høyt nivå av depressive symptomer. Det har også vært en økning for guttene i perioden, med en absolutt økning på 4 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning på 33,3 %. Av figur 4 ser vi at jenter har hatt en større økning i depressive symptomer enn guttene de senere årene (31, 32).



Figur 4: Utviklingen i depressive symptomer blant elever på 9.trinn, 10.trinn og Vg1 i Oslo fra 1996 til 2018 (31, 32).

Statistisk sentralbyrå gjennomfører levekårsundersøkelser, der de blant annet kartlegger psykisk helse blant unge kvinner og menn i alderen 16-24 år. De har brukt en 25-spørsmålsvariant av ”The Hopkins Symptom Checklist” for å måle angst og depresjon. Spørsmålene har totalt vært inkludert i fem undersøkelser fra 1998-2012. I undersøkelsen til Statistisk sentralbyrå fant de at de psykiske plagene hos kvinner hadde økt over tid. I 1998 var det 14 % av kvinnene i alderen 16-25 år som rapporterte om psykiske plager, og i 2012 var til 25 % som rapporterte det tilsvarende. Dette er en absolutt økning i symptomer på 11 prosentpoeng for de unge kvinnene, som tilsvarer en relativ økning på 44 %. Det hadde derimot ikke vært en tilsvarende økning for unge menn i den samme perioden, der andelen med psykiske plager har ligget stabilt mellom 6 % og 11 %. Kvinnene hadde en gjennomgående høyere score enn menn (33).

Utvikling i symptomer på psykiske helseproblemer, 1998-2012

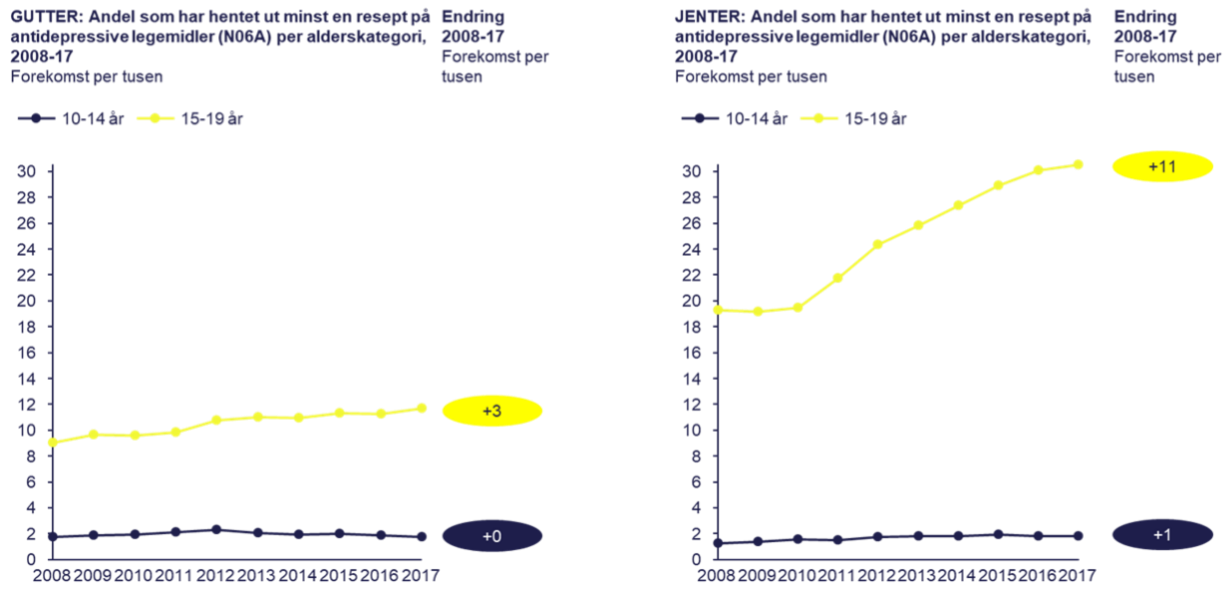


Figur 6: Andel kvinner og menn 16-24 år som scorer 1,75 eller høyere på HSCL-25 fra 1998-2012 (33).

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at det har vært en økning i antall konsultasjoner for psykiske helseplager i primærhelsetjenesten fra 2008-2015. Det har vært en økning blant guttene og jentene, men økningen har vært størst blant jentene i aldersgruppen 15-17 år med en økning fra 6 % i 2008 til 10 % i 2015. Det er også jentene i denne aldersgruppen som har flest antall konsultasjoner for psykiske helseplager i alle årene fra 2008-2015 (2).

Tall fra Reseptregisteret viser at bruken av antidepressive medikamenter har økt i perioden 2008-2017. I figur 7 defineres antall brukere per 1000 som personer som har hentet ut minst en resept på antidepressiva (N06A) i løpet av den aktuelle perioden. Selv om en og samme person har hentet ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkomne kun en gang (34) . Aldersgruppene som er valgt er jenter og gutter fra 10-14 år og 15-19 år. Antidepressiva brukes meget sjeldent hos barn under 10 år (2).

Utvikling i bruk av antidepressive legemidler blant ungdom, 2008-2017



Figur 7: Utvikling i bruk av antidepressive legemidler blant ungdom fra 2008 til 2017 (34).

For jenter i aldersgruppen 10-14 år var andelen som fikk utlevert antidepressiva minst en gang i 2008 1,24 per 1000, mens den i 2017 var 1,80 per 1000. For gutter i samme aldersgruppe var andelen som fikk utlevert antidepressiva minst en gang i 2008 1,75 per 1000, mens den i 2017 var 1,76 per 1000. For jenter i aldersgruppen 15-19 år var andelen som fikk utlevert antidepressiva minst en gang i 2008 19,26 per 1000 i 2008, mens den var 30,53 per 1000 i 2017. For gutter i samme aldersgruppe var andelen som fikk utlevert antidepressiva minst en gang i 2008 9,03 per 1000, mens den i 2017 var 11,67 per 1000 (34).

Ut fra disse tallene ser vi at økningen i bruk av antidepressive legemidler har vært størst hos jenter i aldersgruppen 15-19 år. I denne gruppen har det vært en absolutt økning på 11 per tusen, som tilsvarer 58,5 %, i perioden 2008-2017. Det er også en mindre økning på 1 per tusen hos jenter i aldersgruppen 10-14 år. Det forekommer også en mindre økning på 3 per tusen hos gutter i aldersgruppen 15-19 år, som tilsvarer 29,2 %, i perioden 2008-2017. Denne gruppen har en mer beskjeden økning enn hos jentene innenfor samme aldersgruppe.

Samtidig ser vi at andelen gutter i aldersgruppen 10-14 år som henter ut minst en resept på antidepressiva, ligger høyere enn andelen jenter i samme aldersgruppe (34).

Tabell 1: Oversikt over publiserte artikler fra litteratursøket fra Skandinavia

Referanse	Land	Alder	År	Mål	Depressive symptomer/depresjon	Kjønnsforskjeller
Larsson og Melin (1990)	Sverige	13-18 år	1990	BDI	Begge kjønn: 23 % (13 % mild, 8 % moderat, 2 % alvorlig) Gutter: 2 % (moderat, alvorlig) Jenter: 19 % (moderat, alvorlig)	Jenter høyere prevalens
Larsson, Melin, Breitholtz og Andersson. (1991)	Sverige	13-18 år	1991	BDI BDI + DSM-III	16 % (mild, moderat og alvorlig) (BDI) 9 % (moderat til alvorlig) (BDI) 4 % (BDI+ DSM-III)	Ingen kjønnsforskjell
von Soest og Wichstrøm (2014)	Norge	16-17 år	1992 2002 2010	Depressive Mood Inventory	1992: Gutter: 2,9 %, jenter: 8,8 % (høye nivåer) 2002: Gutter: 6,1 %, jenter: 11,4 % (høye nivåer) 2010: Gutter: 5,5 %, jenter: 13,4 % (høye nivåer)	Jenter høyere prevalens. Økning fra 1992-2002 for begge kjønn. Økning fra 1992-2010 kun for jentene.
Derdiman-Eiron, Indredavik, Bratberg, Taraldsen, Bakken og Colton (2011)	Norge	13-19 år	1995-1997	SCL 5	Begge kjønn: 10,2 % (symptomer på angst og depresjon) Gutter: 5,8 % (symptomer på angst og depresjon) Jenter 14,7 % (symptomer på angst og depresjon)	Jentene høyere prevalens
Ivarsson og Gilberg (1996)	Sverige	13-18 år	1996	Birleson Depressive Self-Rating Scale	7 % (moderat til alvorlig)	Jenter høyere prevalens
Larsson, Ingul, Jozefiak, Leikanger og Sund (2016)	Norge	10-19 år	1998-2008 (snitt i disse årene)	Short Mood and Feelings Question-naire	6,1 % gutter (høye nivåer) 16 % jenter (høye nivåer)	Jenter høyere prevalens

Olsson og von Knorring (1999)	Sverige	16-17 år	1999	BDI og CES-DC	Begge kjønn: 12,3 % (moderat, alvorlig) Gutter: 6,0 % (moderat, alvorlig) Jenter :17,9 % (moderat, alvorlig) Begge kjønn: 10,9 % (depresjonsdiagnose) Gutter: 4,1 % (depresjonsdiagnose) Jenter: 14,4 % depresjonsdiagnose)	Jenter høyere prevalens
Sund, Larsson og Wichstrøm (2011)	Norge	13-17 år	1999	Mood and Feelings Questionnaire og Kidde SADS-PL	Begge kjønn: 9,3 % (depressiv lidelse) Jenter: 13,7 % (depressiv lidelse) Gutter: 5,2 % (depressiv lidelse)	Jenter høyere prevalens
Haavet, Dalen og Straand (2005)	Norge	15-16 år	2000 og 2001	HSCL-10	9,3 % gutter (symptomscore over eller lik 1,85, indikerer symptomer på psykiske plager) 26 % jenter (symptomscore over eller lik 1,85, indikerer symptomer på psykiske plager)	Jenter høyere prevalens
Skovlund, Kessing, Mørck og Lindegaard (2017)	Danmark	15-19 år	2000-2013	ICD-10	Gutter 2000-2013: økning på 1,1 per 1000 (depressiv lidelse) Jenter 2000-2013: økning på 3 per 1000 (depressiv lidelse)	Jenter høyere prevalens og en høyere økning
Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström, Fjellman-Wiklund (2012)	Sverige	15-18 år	2007-2008	HADS-depression	Jenter: 10 % mulig depresjon, 4,1 % sannsynlig depresjon Gutter: 7,9 % mulig depresjon, 2,5 % sannsynlig depresjon	Ingen signifikant kjønnsforskjell
Christensen, Haugen, Sirpal og Haavet (2015)	Norge og Danmark	14-16 år	2015	WHO-5 og HSCL-6 ICD-10	11,8 % (depressiv lidelse)	Ingen kjønnsforskjeller
Granrud, Steffenak og Theander (2017)	Norge	13-16 år	2015	Spørreskjema Ungdata	Ikke tilgjengelig	Jenter høyere prevalens

Hvordan påvirker skolestress og skolepress de unges psykiske helse?

I NOVA-rapporten fra 2017 beskrives blant annet resultater av fokusgruppeintervjuer som er gjort med elever på 10. trinn, både gutter og jenter, fra to skoler i Oslo (øst og vest) i etterkant av publikasjon av Ungdataresultater. Her har et av temaene vært stress og press blant unge. Ungdommene selv knytter opplevelsen av psykiske helseplager til opplevd stress og det var enighet om at skole var den viktigste årsaken til opplevd press. Det nevnes både press om gode karakterer, skolearbeid og valg av videre utdanning. Mange trakk frem at det oppleves stressende å ta valg for fremtiden, og at det er for mange valgmuligheter. Noen unge beskriver at de siden ungdomsskolen har tenkt på hva de skal velge videre, og at det kan føles vanskelig at karaktersnittet for å komme inn på enkelte av skolene eller studiene krever høye karakterer i mange fag. Enkelte trekker frem at lærerne kan være med på å påvirke stressnivået når de stadig poengterer viktigheten av å oppnå gode karakterer. Et annet aspekt som kommer frem, er at noen av ungdommene er redd for å havne på en annen videregående skole enn vennene sine, og dermed er redd for å bli alene. Det kom i tillegg fram at flere opplevde stress knyttet til utseende, særlig gjaldt dette for jentene (35).

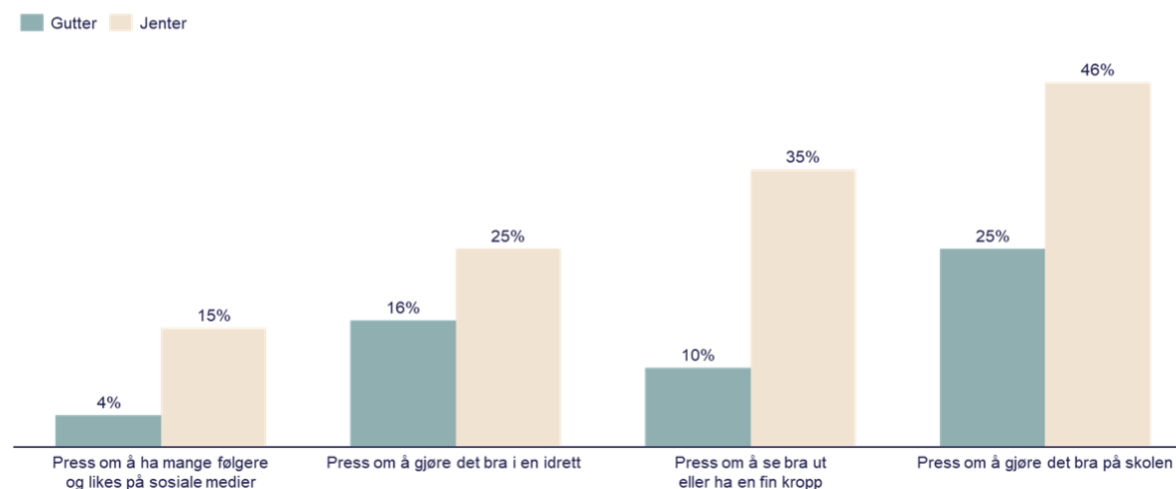
Røde Kors publiserte rapporten ”psykt flink” i august 2018, og den ser blant annet på stress og press blant ungdom. Formålet med rapporten var å identifisere kilde og omfanget av stress og press blant ungdom mellom 16-18 år. Totalt var 523 elever med, 203 gutter og 320 jenter, elever fra flere forskjellige steder i landet deltok. De unge skulle besvare 6 spørsmål, via en link de fikk tilsendt på SMS. Det var tre åpne spørsmål og tre lukkede spørsmål. De tre åpne spørsmålene var: ”Har du noen forslag til hva man burde gjøre for at ungdom skal oppleve mindre stress og press”, ”hva kan skolehelsetjenesten/helsesøster gjøre for at ungdom skal få det bedre” og ”hvis du kunne gi et råd til alle foreldre som har barn på ungdomsskole og videregående skole – hva skulle det være?”. På de lukkede spørsmålene skulle ungdommene angi på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad) eller vet ikke/ønsker ikke å svare, i hvilken grad de følte de strakk til, eller var gode nok på følgende arenaer: Skole, blant venner, idrett/trening, kropp og sosiale medier. Interessante funn i denne rapporten viser at 42 % av guttene oppgir at de i svært stor grad opplever å strekke til og er gode nok blant venner/medelever, mens bare 23 % av jentene oppgir det samme. Blant jentene er det skolen som oppleves som den største kilden til forventninger, mens guttene opplever foreldre/familie som den største kilden til forventninger. Det er altså store variasjoner mellom hva som

oppleves som den største kilden til forventninger mellom kjønn i denne undersøkelsen. Når det gjelder opplevelsen av å strekke til på skolen, oppgir de fleste at de føler de strekker til, men 15 % oppgir at de i liten grad eller i svært liten grad opplever å strekke til eller er gode nok på skolen. 35 % oppgir det samme når det kommer til kropp. På et av de åpne spørsmålene hvor elevene bes om å komme med forslag til hva som kan redusere opplevelsen av stress og press svarer flere at skolen blant annet må kutte antall prøver, karakterer og målinger og redusere press og forventninger (36).

Fra 2017 er det i Ungdatas undersøkelse lagt inn nye spørsmål som går på ungdommers opplevelse av stress knyttet til skolearbeid, og fra 2018 er det også tatt med spørsmål om opplevd press knyttet til flere sentrale områder som sosiale medier, kropp og utseende, skole og idrett. De blir bedt om å angi om de opplever press på følgende områder: *"Press om å ha mange følgere og likes på sosiale medier"*, *"press om å gjøre det bra i en idrett"*, *"press om å se bra ut eller ha en fin kropp"* og *"press om å gjøre det bra på skolen"*. De blir også bedt om å svare på om de opplever press i hverdagen, hvor svaralternativene strekker seg fra *"ikke noe press"*, *"litt press"*, *"en del press"*, *"mye press"* og *"svært mye press"*. Det spørres også om de den siste uken har opplevd så mye press at det har vært vanskelig å takle, hvor de kan svare: *"Ingen ganger"*, *"noen ganger"*, *"ganske ofte"* eller *"svært ofte"*. Når det gjelder stress i forhold til skolearbeid spørres det om hvor ofte skjer det at du blir stresset av skolearbeidet? De kan da svare: *"Aldri"*, *"sjelden"*, *"av og til"*, *"ofte"* eller *"svært ofte"*

Oversikt over opplevd press i hverdagen blant elever på ungdomsskolen og i videregående skole, 2018

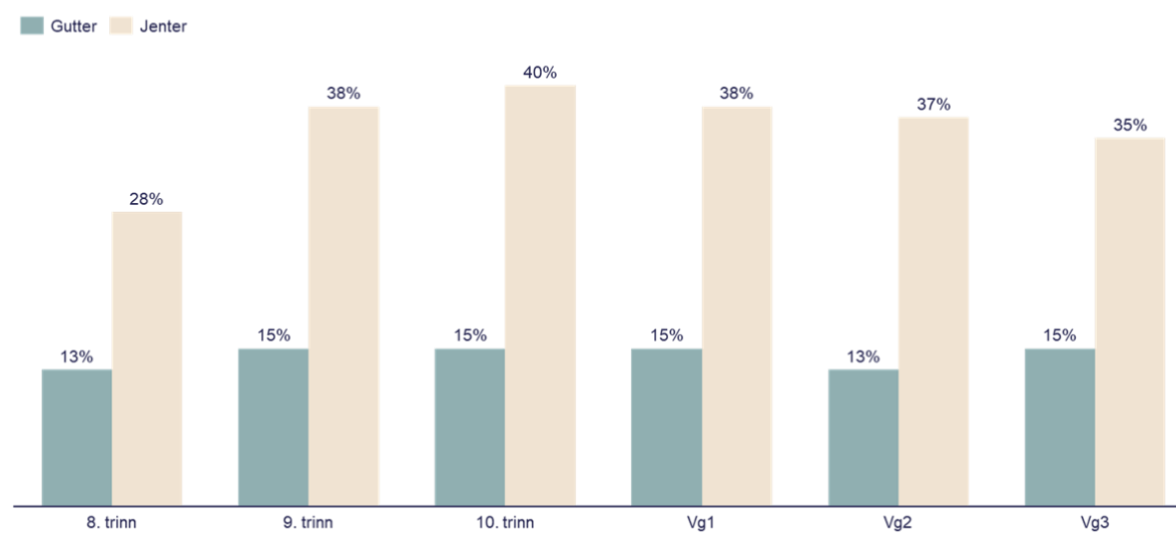
Andel gutter og jenter som opplever mye eller svært mye press på ulike områder, gutter og jenter, 2018
Prosent



Figur 8: Prosentandel gutter og jenter som opplever mye eller svært mye press på ulike områder (30).

Oversikt over opplevd press på minst to områder i hverdagen blant elever på ungdomsskolen og i videregående skole, 2018

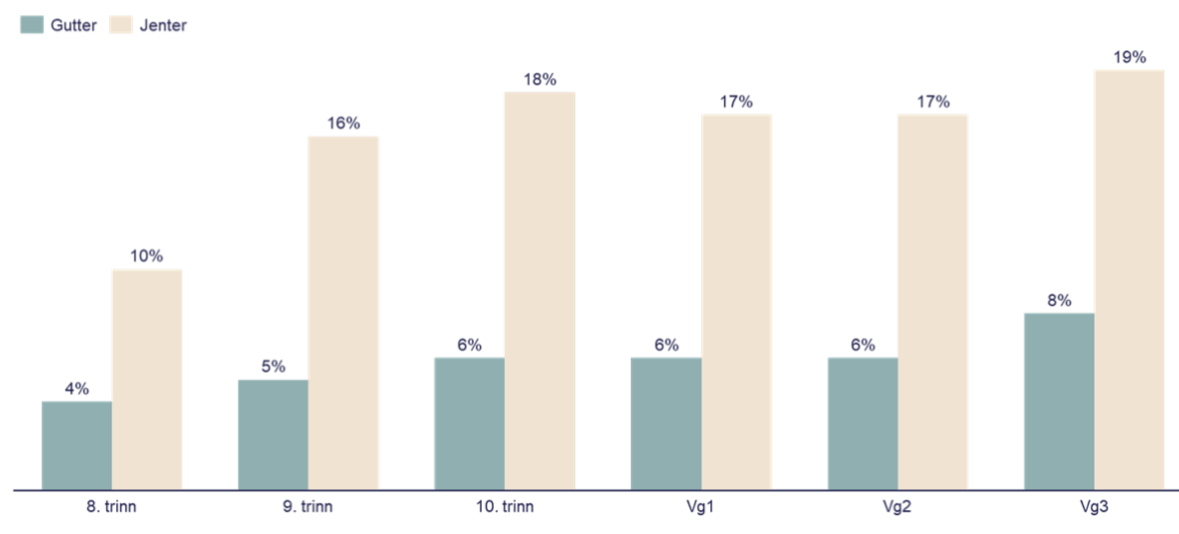
Andel som opplever mye press på minst to områder, gutter og jenter per klasstrinn, 2018
Prosent



Figur 9: Prosentandel som opplever mye press på minst to områder - etter kjønn og klasstrinn (30).

Oversikt over evne til å håndtere opplevd press i hverdagen blant elever på ungdomsskolen og i videregående skole, 2018

Andel som ofte har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det per klassetrinn i ungdomsskolen og i videregående skole, gutter og jenter, 2018
Prosent



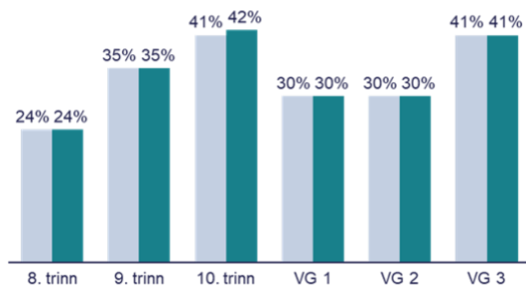
Figur 10: Prosentandel som ofte har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det – etter kjønn og klassetrinn (30).

Tallene fra Ungdata 2018 viser at jenter i større grad enn gutter oppgir å ha opplevd press og særlig da er det press om å se bra ut og ha en fin kropp og press om å gjøre det bra på skolen. Når man ser på hvilke områder de unge oppgir at de opplever press, er det en høyere andel jenter enn gutter som opplever press på alle områdene: *Press om å ha mange følgere og likes på sosiale medier, press om å gjøre det bra i en idrett, press om å se bra ut eller ha en fin kropp, press om å gjøre det bra på skolen.* 46 % av jentene oppgir at de opplever mye eller svært mye press om å gjøre det bra på skolen, mens 25 % av guttene oppgir det samme. Når det gjelder opplevd press om å se bra ut eller ha en fin kropp oppgir 35 % av jentene at de har følt mye eller svært mye press knyttet til dette, mens andelen gutter som oppgir at de har følt press knyttet til det er 10 %. På alle skoletrinn fra 8. klasse til Vg3 er det over dobbelt så mange jenter som gutter som oppgir å ha opplevd press på minst to områder. Når det gjelder prosentandelen av jenter og gutter som har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det, etter skoletrinn, er det jentene som dominerer. Høyest er tallene for jenter på 10. trinn (18 %) og på Vg3 (19 %) som oppgir at de ofte har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det (30).

Oversikt over opplevd stress som følge av skolearbeid blant elever på ungdomsskolen og i videregående skole, 2017-18

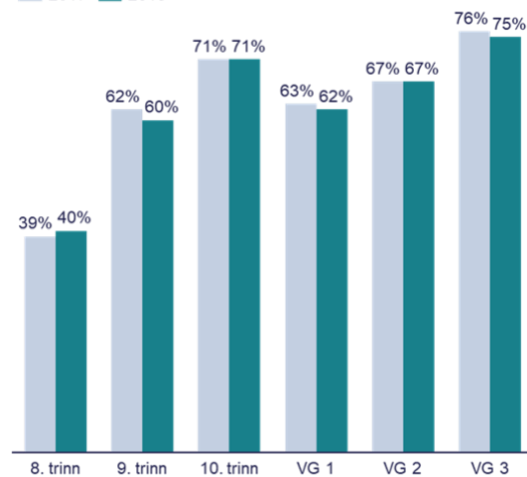
GUTTER: Andel som rapporterer at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet per klassetrinn i ungdomsskolen og i videregående skole, 2017-18
Prosent

■ 2017 ■ 2018



JENTER: Andel som rapporterer at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet per klassetrinn i ungdomsskolen og i videregående skole, 2017-18
Prosent

■ 2017 ■ 2018



Figur 11: Prosentandel som rapporterer at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet – etter kjønn og klassetrinn (30, 37).

Utifra grafene med tall hentet fra Ungdata 2017/2018 ser vi at det er en stor andel av elevene som opplever høy grad av stress i forhold til skolearbeid. Prosentandelen øker fra 8. trinn til Vg3 hos både guttene og jentene, hvor økningen er mest uttalt hos jentene. På Vg3 oppgir så mange som 75 % av jentene i 2018 at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeid, sammenliknet med 41 % av guttene (37).

Etter publikasjon av tall fra Ungdata, ble det i 2017 gjennomført fokusgruppeintervju med 6 jenter fra 9. klassetrinn som beskrives i rapporten ”karakterpress, kroppspress og gjengpress”. Noe av det som kom frem i intervjuene var enigheten mellom jentene om at det var overgangen mellom 8. klasse og 9. klasse som var utfordrende, særlig når det gjaldt karakterpress, kroppspress og gjengpress. Når det gjelder karakterpress var det enighet om at det var økt press og forventninger til å gjøre det bra på skolen på 9. klassetrinn, sammenliknet med 8. klassetrinn. Dette ble begrunnet med at det ble større oppmerksomhet rettet mot karakterenes betydning for å komme inn på den videregående skolen man ønsket. Noen av jentene oppga at de følte at det alltid var pensum de kunne lese på, og hadde derfor en opplevelse av at de aldri hadde helt fri (38).

En studie fra Norge utført av Aanesen, Meland og Torp publisert i *Scandinavian Journal of Public Health* i 2017, så på kjønnsforskjeller når det gjaldt subjektive helseplager (=Subjective health complaints – SHC, SHC refererer til fysiske og psykiske symptomer som oppleves individuelt, med eller uten en definert diagnose), hos ungdommer mellom 14 og 16 år, og hvilken betydning selvtillit, stress fra skolearbeid og misnøye med kroppen utgjorde. 751 norske ungdommer mellom 14 og 16 år deltok. Resultatene viste at jenter oftere enn gutter rapporterer om subjektive helseplager og forskjellen mellom kjønnene økte fra 14 til 16-års alder. Andelen som rapporterte om stress i forbindelse med skolearbeid økte også fra 14 til 16 år, og en høy andel av jentene rapporterte om misnøye med egen kropp. Funnene i denne studien kan indikere at det er en viss sammenheng mellom selvtillit, stress knyttet til skolearbeid og subjektive helseplager, og denne assosiasjonen er sterkere ved 16 års alder enn ved 14-års alder (39).

En tverrsnittstudie fra 2012, utført i Sverige av Wiklund med fler, så på subjektive helseplager hos ungdom, relatert til opplevd stress, angst og kjønn. Aldersgruppen var satt til 16-18 år, og totalt 1027 ungdommer deltok. Forekomsten av subjektive helseplager, stress, generell selvrapportert helse og depresjon ble målt ved å bruke et spørreskjema, inkludert *The hospital anxiety and depression scale (HADS)*. Resultatene viste at både jenter og gutter rapporterte om helseplager og stress. Resultatene viste en tydelig forskjell mellom kjønn, og to til tre ganger så mange jenter enn gutter rapporterte om subjektive helseplager som angst, tretthet, søvnplager, hodepine og muskelskjelettplager. 63,6 % av jentene og 38,5 % av guttene opplevde høyt press og høye krav fra skolen. 54,7 % av jentene oppga at de følte de aldri/sjelden hadde helt fri, og det var flere jenter enn gutter som rapporterte at de gjorde mange ting på en gang. Når det gjelder opplevd press i forhold til forventninger og krav hjemmefra, var det 63 % av jentene og 74,2 % av guttene som oppga at de sjelden/aldri opplever dette. 56,1 % av jentene svarte at de ofte/alltid følte et press fra egne krav. Resultatene av denne studien indikerer at psykiske og subjektive helseplager er utbredt i ungdomsårene, og da særlig hos jentene og at opplevd stress fra press og krav om å gjøre det bra på skolen kan være viktige forklaringer på dette (23).

Diskusjon

Hva er forekomsten av depresjon hos unge og er det en forskjell mellom kjønn?

Det er kun tre av enkeltstudiene (15-17) fra litteratursøket som sier noe om forekomsten av depresjon hos unge gutter og jenter. I studiene varierer forekomsten av depresjon mellom 9,3 % og 11,8 % totalt for begge kjønn. Alle studiene sier noe om forskjellen i depresjonsdiagnose mellom kjønn, der to av studiene (15, 16) viser at det er en forskjell og en studie viser at det ikke er en signifikant forskjell (17). I de to studiene som viser at det er forskjell i depresjonsdiagnosen mellom kjønn er forekomsten av depresjon høyere hos jentene enn hos guttene. I disse to studiene er forekomsten henholdsvis 14,4 % (15) og 13,7 % (16) for jentene, og 4,1 % (15) og 5,2 % (16) for guttene. Dette utgjør en kjønnsforskjell i depresjonsdiagnose på henholdsvis 8,5 prosentpoeng (16) og 10,3 prosentpoeng (15). I studien som viser at det ikke var en forskjell i depresjonsdiagnosen mellom kjønn var forekomsten 11,8 % (17).

En studie angir høyere depresjonsprevalens for jentene enn for guttene uten å angi hva den faktiske forskjellen er. Denne studien viser at det er en høyere forekomst av diagnosen depresjon hos jenter sammenlignet med guttene, målt etter ICD-10-kriteriene (27).

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at forekomsten av en depressiv lidelse var 2,36 % i 2016 i spesialisthelsetjenesten (2). Dette kan vanskelig sammenlignes med resultatene fra de overstående studiene som sier noe om forekomsten av depresjon, da disse studiene er utført utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er fordi estimatet for depresjonsdiagnoser trolig vil være mye lavere i spesialisthelsetjenesten enn primærhelsetjenesten, da ikke alle unge behandles for sin psykiske lidelse i spesialisthelsetjenesten.

I litteratursøket er nyere studier om forekomsten av depresjon mangelfulle. Dette kan potensielt gjøre det vanskelig å sammenligne de ulike forekomstallene, da depresjonsforekomsten kan variere over tid. Hva forekomsten er i dag kan vi vanskelig svare på basert på dette litteratursøket alene, da forekomstallene i studiene strekker seg fra 1990-2015. Den nyeste studien fra litteratursøket viser depresjonsforekomsten i primærhelsetjenesten i Norge og Danmark fra 2015, og her var forekomsten 11,8 % (17).

Hva er forekomsten av depressive plager hos unge og er det en forskjell mellom kjønn?

Det er totalt ni studier fra litteratursøket som sier noe om forekomsten av depressive symptomer (15, 18-24, 26). Av disse er det to studier som ikke direkte sier noe om forekomsten av depressive plager; en av studiene måler forekomsten av depressive plager og angst under ett (22) og en måler psykiske plager (21). I tillegg til disse ni studiene er det én studie som angir at det er en kjønnsforskjell i forekomsten, men ikke forekomsten av depressive plager eksplisitt (25).

Seks studier har sett på forekomsten av depressive symptomer totalt for begge kjønn. I disse studiene varierer forekomsten fra 7-23 % (15, 18-20, 22, 23), men her er både milde, moderate og alvorlige depressive symptomer inkludert. Det varierer imidlertid hvor alvorlige symptomer de ulike studiene inkluderer, noe det er viktig å være oppmerksom på da det vil gi et ulikt bilde på forekomsten avhengig av hva som måles. Hvis vi kun ser på moderate og alvorlige depressive symptomer i de tilsvarende seks studiene vil forekomsten variere fra 7-12,2 %, som gjør estimatet mer konservativt enn hvis man også inkluderer milde symptomer. Forekomsttallene for depressive plager er fra ulike tidsperioder, som potensielt kan gjøre det vanskelig å sammenligne tallene direkte. Den nyeste studien fra litteratursøket ser på forekomsten av depressive plager i perioden 2007-2008, og her var det 10 % av jentene som hadde en mulig depresjon og 7,9 % av guttene som hadde en mulig depresjon (23).

Flere av studiene og undersøkelsene fant kjønnsforskjeller i forekomsten av depressive symptomer og psykiske plager. Det var utelukkende jentene som hadde mer symptomer og plager enn guttene i alle studiene som viste en forskjell mellom kjønn. Tre av enkeltstudiene viser en kjønnsforskjell i depressive selvrapporterte symptomer fra 5,3-11,9 prosentpoeng (15, 24, 26).

Tre studier angir en høyere forekomst av selvrapporterte symptomer for jentene enn for guttene, uten å angi hva den faktiske forskjellen er. Disse studiene viser at det er en større forekomst av selvrapporterte depressive symptomer hos jenter (18) (20, 25).

En studie fra litteratursøket viser en kjønnsforskjell i psykiske plager og viste at jenter hadde 16,7 prosentpoeng mer plager enn guttene (21), noe som samsvarer med tall fra Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå som har målt en kjønnsforskjell i psykiske helseproblemer til 14 prosentpoeng i 2012 (33).

Er det en økning av depresjon og depressive plager hos ungdom?

Alle inkluderte studier fra litteratursøket er enkeltstudier og totalt er det 13 studier som var relevante for problemstillingen. Studier som viser tidstrender er mangelfulle i litteratursøket. Majoriteten av enkeltstudiene viser kun et øyeblikksbilde av depresjonsforekomsten, eller et gjennomsnitt av forekomsten over en bestemt tidsperiode, og vurderer ikke utvikling over tid eksplisitt. Kun to av studiene fra litteratursøket ser på tidstrender og begge disse viser at det har vært en økning av depresjonsdiagnosen eller depressive plager over tid. Data fra Folkehelseinstituttet, Ungdata, Ung i Oslo og Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå viser tidstrender for depresjonsdiagnoser, depressive symptomer og psykiske helseplager, og alle viser en økende forekomst. Tallene fra Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå viser imidlertid kun en økning for jentene. I tillegg finner vi en økning i bruken av antidepressive medikamenter og en økning i konsultasjoner for psykiske helseplager i allmennpraksis, som sannsynligvis også samsvarer med en økning i depresjon. Litteraturstudien viser ingen forskning som tegner et bilde av uendret eller redusert forekomst av depresjon eller depressive plager.

Det er kun to enkeltstudier som svarer på problemstillingen om det er en økning i depresjon og depressive plager hos ungdom. Den ene av disse studiene ser på tidstrender når det gjelder utviklingen av depresjonsdiagnoser over tid, og er utført av Skovlund, Kessing, Mørck og Lindegaard i 2017 (27). Studien viser ikke forekomsttallene eksplisitt, men viser at det har vært en økning, og at denne har vært på 1,1 og 3 per tusen for henholdsvis gutter og jenter i perioden 2000-2013. Studien ser på økningen i spesialisthelsetjenesten i Danmark og vi vet derfor ikke om denne er overførbart til primærhelsetjenesten og til resten av befolkningen, da det kun er en liten andel av de med depresjon som går i behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kan også tenkes at det er de med de mest alvorlige formene for depresjon som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten og at studien derfor sier mer om at det har vært en økning i de alvorlige formene for depresjon. Studiens styrker er blant annet at studiepopulasjonen er stor, de inkluderte personene er en ikke-selektert gruppe og det er ingen frafall underveis. En annen styrke er at diagnosene er satt av spesialiser, som sannsynligvis gjør diagnosesettingen sikrere enn om den skulle bli satt i primærhelsetjenesten. Den andre studien fra litteratursøket som ser på tidstrender er studien utført av von Soest og Wichstrøm i 2014 (26). De fant at det var en økning i depressive

symptomer blant norske ungdommer i perioden 1992-2010. Økningen var signifikant for begge kjønn i perioden 1992-2002, men fra 2002-2010 var det derimot kun jentene som hadde en signifikant økning i depressive plager. Studien hadde en høy responsrate på alle tre målepunktene, som varierte fra 84,3 %-97,0 %. Det er likevel ungdommer som ikke har besvart undersøkelsene. Det kan tenkes at dette er ungdom som ikke møter opp på skolen og at det mest sannsynlig er en høyere forekomst av depressive symptomer i denne gruppen, som igjen kan underestimere estimatene på depressive plager. Samtidig kan det tenkes at det er relativt lik forekomst av depressive plager hos de ungdommene som ikke møter opp på skolen og gjennomfører spørreundersøkelsene de ulike årene, slik at tidstrenden derfor ikke blir direkte påvirket. Allikevel ser vi at det var en høyere responsrate i 1992 enn i 2002 og 2010. Hvis det er de ungdommene med høyst forekomst som ikke var tilstede i 2002 og 2010, ville det i så fall kunne påvirke forekomsten til å fremstå lavere enn det den reelt sett er. Dette kan ha påvirket den stabile forekomsten i depressive symptomer til guttene mellom 2002 og 2010. Det var en svak signifikant aldersforskjell i de tre undersøkelsene, der gjennomsnittsaldersforskjellen varierte fra 16,52-16,59 år. Aldersforskjellene er likevel så minimale, at det vanskelig kan tenkes at det ville påvirke resultatene.

Tidstrendstudien utført av Skovlund, Kessing, Mørck og Lindegaard i 2017 (27) samsvarer med tallene hentet fra Norsk pasientregister publisert i Folkehelseinstituttets rapport, som sier at det har vært en økning av depressive lidelser i Norge i perioden 2008-2016. I likhet med tidstrendstudien har Folkehelseinstituttets rapport undersøkt depresjonsdiagnoser i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttet har sett at det har vært en økning i depressive lidelser i spesialisthelsetjenesten i Norge, mens tidstrendstudien har sett på både Danmark og Norge. Vi kan likevel se på disse resultatene som sammenlignbare, da skandinaviske land har mange demografiske og kulturelle fellestrekk. En av styrkene til Folkehelseinstituttets rapport er at det er målepunkter på depressive lidelser hvert år mellom 2008-2016, slik at vi enkelt kan følge økningen i alle disse årene. Økningen har vært på 0,7 prosentpoeng for jentene mellom 15 og 17 år, tilsvarende en økning på 44,8 % i perioden, og det er i denne gruppen økningen også har vært størst. For guttene har økningen vært mye lavere i samme aldersgruppe med en økning på 0,1 prosentpoeng, tilsvarende en økning på 9,3 % i perioden. Siden datagrunnlaget til rapporten er hentet fra spesialisthelsetjenesten er materialet ikke så stort. Funn fra tidligere studier som "Barn i Bergen" har vist at kun en liten andel av barn i aldersgruppen 8-10 år med depresjon- og angstdiagnoser har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten (2). Derfor må funnene fra Folkehelseinstituttet om andelen med

diagnosen depresjon tenkes å være kun et lite utvalg av de som faktisk tilfredsstillere kriteriene for diagnosen, da mange med diagnosen depresjon trolig aldri vil komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er derfor naturlig å se for seg at diagnosen depresjon er høyere i allmennpraksis enn i spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer med studien utført av Christensen, Haugen, Sirpal og Haavet (17) som fant at prevalensen av depresjon var på 11,8 % blant 14-16 åringer ved bruk av ICD-10-kriteriene i allmennpraksis, som er en betydelig høyere andel enn tall fra Norsk pasientregister. Datagrunnlaget til denne studien utført av Christensen, Haugen, Sirpal og Haavet var imidlertid lite, med en studiepopulasjon på 294 ungdommer og responsraten til de inviterte til studien var lav (16 %), noe som gjør tallene noe usikre. Resultatene fra Folkehelseinstituttets rapport hentet fra Norsk pasientregister kan si noe om en generell økning i diagnosen depresjon og forekomsten av depresjon i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid usikkert om rapporten fanger opp den generelle forekomsten av depresjon blant ungdom, da den mest sannsynlig er betydelig høyere enn hva rapporten tilsier.

Ungdata og Ung i Oslo finner tilsvarende resultater; at det er en økning av selvrapporterte depressive symptomer over tid. Ungdata viser at det har vært en økning fra 2013-2018, blant begge kjønn på alle klassetrinn. Fra Ung i Oslo har vi tall lenger tilbake i tid og disse viser at det vært en økning fra 1996-2018 blant jenter og gutter, men her skiller de imidlertid ikke på klassetrinn. I Ungdata-undersøkelsen finner vi den største økningen hos jentene på Vg2. Jentene har høyere nivåer av depressive symptomer på alle klassetrinn sammenlignet med guttene. Det er gjennomgående høyere nivåer av depressive symptomer på videregående skole sammenlignet med ungdomsskolen når det gjelder begge kjønn. Dette samsvarer med tallene fra Folkehelseinstituttet om at det er en høyere forekomsten av depresjon blant de eldre ungdommene. På ungdomsskolen finner vi de høyeste nivåene av depressive symptomer blant elever på 10.trinn og på videregående skole blant elever på Vg3. Den aller høyeste forekomsten av depressive symptomer på tvers av klassetrinn og kjønn finner vi hos jentene på Vg3 med en forekomst på 32,6 %.

For å vurdere om det har vært en økning av diagnosen depresjon, kan studier som kun ser på depresjon i ett år sees i sammenheng over tid. Det er tre enkeltstudier (15-17) fra litteratursøket som sier noe om antall ungdom med depresjonsdiagnose fra 1999-2015, hvor studiene i seg selv ikke vurderer tidstrender. Disse tre studiene sett i sammenheng kan indikere at det kan ha vært en svak økning i antall ungdommer med en depresjonsdiagnose i perioden fra 1999-2015, men grunnet få observasjoner og en beskjeden differanse mellom

datapunktene er det vanskelig å trekke noen entydig konklusjon. Det er to studier som omhandler kjønnsmessige forskjeller (15, 16), men disse er basert på data fra samme år og vi kan derfor ikke se en utvikling i forskjeller mellom kjønnene over tid basert på disse studiene. Det er imidlertid flere faktorer som kan bidra til at resultatene på tvers av enkeltstudiene ikke er en-til-en sammenlignbare. For det første tar studiene utgangspunkt i ulike alderskategorier, hvor en av studiene omfatter en relativ bred aldersgruppe (13-17 år), mens to av studiene er noe snevrere (hhv. 16-17 år og 14-16 år). Dette kan potensielt bidra til at estimatet for depresjon kommer ulikt ut i de ulike studiene, da eksempelvis Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse i Norge fra 2018 viste at eldre ungdommer hadde høyere forekomst av depresjon enn yngre ungdommer (2). I studien til Larsson, Melin, Breitholtz og Andersson fant derimot ingen sammenheng mellom høye nivåer av depressive symptomer og alder (19). For det andre tar enkeltstudiene utgangspunkt i noe ulike metoder for diagnostisering av depresjon, men basisen for utføring av studiene ligner mye på hverandre. De tre studiene bruker diagnostiske intervjuer basert på diagnosemanualene for DSM-III, DSM IV eller ICD-10. Intervjuene som ble brukt i studiene er: CES-DC, Kiddie SADS-PL og Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Den ene studien utført av Christiansen, Haugen, Sirpal og Haavet utfører intervjuene over telefon i motsetning til metoden i de to andre studiene. Dette kan påvirke resultatet av studien til å underestimere diagnosen, da det kan tenkes at det er vanskeligere for noen å være ærlig over telefon. Samtidig så vet ikke ungdommen om foreldrene overhører samtalen med intervjueren, og dermed kan ha vanskeligheter for å svare ærlig.

For å vurdere om det har vært en økning av depressive symptomer, kan studier som kun ser på depressive symptomer i ett år sees i sammenheng over tid. Det er fem enkeltstudier fra litteratursøket som sier noe om antall ungdom med moderate og høye nivåer av depressive symptomer fra 1990-2010 (15, 18-20, 26), hvor studiene i seg selv ikke vurderer tidstrender. Studiene sett i sammenheng indikerer at det har vært en økning i moderate og høye nivåer av depressive symptomer for gutter og jenter i perioden 1992-2010 og en økning mellom 1991 og 1999 for de studiene som ser på begge kjønn under ett (1999 er det siste året med observasjoner på begge kjønn samlet sett). Disse resultatene samsvarer med studier og undersøkelser som ser på tidstrender for depressive symptomer. Det er imidlertid faktorer som gjør studiene vanskelig sammenlignbare en-til-en, da det er ulikheter mellom studiene når det gjelder blant annet metode og alderskategori. Aldersgruppene i tre av de fem studiene er relativt brede (13-18 år) og to studier har en snevrere aldersgruppe (16-17 år). Mellom

studiene er det brukt ulike type spørreskjemaer; tre av studiene har brukt "Beck Depression Inventory", hvorav den ene studien sammenlignet "Beck Depression Inventory" med og uten ni tilleggsspørsmål fra DSM-III, en av studiene brukte "Depressive Mood Inventory" og en brukte "Birleson Depressive Self-Rating Scale". Studiene som har brukt samme type spørreskjema er lettere sammenlignbare. I studien utført av Larsson, Melin, Breitholtz og Andersson (19) hvor de brukte spørreskjemaet "Beck Depression Inventory" og "Beck Depression Inventory" + ni tilleggsspørsmål fra DSM-III for å undersøke forekomsten av depressive symptomer, fant de at ved å legge til spørsmål fra DSM-III ble prevalensen av depressive symptomer mer konservativ. Dette samsvarer sannsynligvis mer med prevalensen av en depressiv lidelse. En svakhet i spørreskjemaet som er brukt i denne studien er at ungdommen ble spurt om de nylig hadde opplevd depressive symptomer, til forskjell fra DSM-III som krever en varighet av symptomer på minst 2 uker. Dette kan gjøre at depresjonssymptomer likevel er overestimert i studien, da flere mest sannsynlig vil kunne svare at de har opplevd depressive symptomer nylig enn at disse symptomene har vedvart sammenhengende i minst to uker.

Tall fra Reseptregisteret bygger opp under det vi har funnet hittil i litteratursøket og andre rapporter – at det har vært en økning i diagnosen depresjon hos ungdom i den senere tid. Datamateriale fra Reseptregisteret viser at det har vært en økning i bruken av antidepressive legemidler hos ungdom i perioden 2007 til 2017. Økningen var størst hos jenter i aldersgruppen 15-19 år og her var den absolutte økningen 11 per tusen (58,5 %) i perioden. Den absolutte økningen for guttene i samme aldersgruppe har vært på 3 per tusen (29,2 %) i den samme periode (34). Det har vært for omfattende å finne informasjon om diagnosene bak reseptforskrivningen, og den informasjonen vi har fra Reseptregisteret forteller oss kun hvor mange ungdommer i de gitte aldersgruppene som henter ut minst en resept på antidepressive legemidler. En svakhet her er at denne gruppen legemidler også brukes ved andre lidelser enn ved depresjon, som for eksempel angstlidelser. Det gjør at tolkningen av økningen i bruk antidepressive medikamenter må sees i sammenheng med en mulig økning i andre diagnoser, og kan ikke nødvendigvis forklares med at det har vært en økning i forekomsten av depresjon alene. Det er heller ikke alle med depresjon som behandles med antidepressiva, men for eksempel går i kognitiv terapi. Derfor vil ikke bruken av antidepressive legemidler nødvendigvis kunne sees direkte opp mot prevalensen av depresjon, men kan likevel være med på å tegne et bilde av utviklingen av depresjon over tid. En styrke ved å hente ut informasjon fra Reseptregisteret er at man fjerner feilkilden "recall bias".

Ungdataundersøkelsene og flere av studiene i litteratursøket er utført med spørreskjemaer der ungdommen svarer på spørsmål relatert til depressive symptomer. Undersøkelsene og studiene måler hvordan ungdommen har det nå eller hvordan de har hatt det den siste tiden. Dette til forskjell fra diagnosemanualene ICD-10 og DSM-5 hvor depresjonssymptomene må ha hatt en varighet på minst to uker. Symptomer på psykiske lidelser som det blant annet spørres om i noen spørreskjemaer, er symptomer de fleste kan kjenne på fra tid til annen. Eksempler på dette er nedstemthet, tristhet og håpløshet, men det er alvorlighetsgraden av symptomene og hvilken påvirkning det har på individets funksjonsnivå som kan være med på å si noe om hvorvidt det foreligger en psykisk lidelse. I Ungdataundersøkelsene er to av spørsmålene som måler depressive plager ”alt er slit” og ”hatt søvnproblemer”, som er også er spørsmål mange kan gjenkjenne seg i uten at det foreligger en depresjon. Dette kan gjøre at forekomsten av depressive symptomer blir høyere i de selvrappoterende undersøkelsene, enn når kun diagnosekriteriene for ICD-10 og DSM-5 blir brukt. I studier der spørreskjemaer er brukt på skoleelever, slik som Ungdata, er det sannsynlig at de som ikke møter opp på skolen eller har droppet ut av skolen har en høyere prevalens av depresjon, enn de som møter opp på skolen. Mange ungdommer med depresjon er ikke i stand til å gjennomføre skolegangen. Derfor kan bruk av spørreskjemaer på skoler underestimere prevalensen av depresjon.

Mulige årsaker til økt forekomst av depresjon og depressive symptomer hos unge

En mulig årsak til at ungdommen i dag har større forekomst av depresjon og depressive symptomer, kan være en økning i risikofaktorer. Noen har også pekt på at økningen kan skyldes at depresjon debuterer stadig tidligere og at dette dermed kan gi en økt forekomst (7).

En mulig årsak til at ungdommers rapportering av depressive symptomer varierer over tid, kan være en endring i ungdommenes forståelse av depressive symptomer. Det kan være at ungdommene relaterer visse symptomer til psykisk helse nå, som de ikke gjorde før.

Von Soest og Wichstrøm 2014 (26) trekker frem at en annen forklaring kan være at det er en økt sårbarhet for risikofaktorene for depresjon. En økt sårbarhet impliserer at selv om risikofaktorene er konstante, vil assosiasjonen mellom risikofaktorer og depressive symptomer bli sterkere over tid, som igjen fører til at ungdommen lettere får depressive plager. De refererer også til en studie som viser at det har vært en økning i risikofaktorer og en økning i sårbarheten for risikofaktorene, der risikofaktorer som krangling med foreldrene,

bekymring for skolen og familierelasjoner (40) blir trukket frem. En annen studie von Soest og Wichstrøm refererer til viser at det har vært en økt sårbarhet for risikofaktoren lav inntekt for utvikling av emosjonelle problemer (41).

I den samme studien til von Soest og Wichstrøm om tidstrender, diskuteres det om økningen i depressive plager fra 1992-2002 blant begge kjønn kan skyldes en samsvarende økning i cannabisbruk og spiseforstyrrelser i den samme perioden. Jentene hadde i tillegg en økt misnøye med eget utseende, som kan bidra til at jentene hadde en økt forekomst av depressive plager fra 1992-2002. Fra 2002-2010 finner forskerne i studien en redusert bruk av alkohol, tobakk og cannabis blant jentene, noe som potensielt kan ha redusert forekomsten av depressive plager hos jentene. Uten reduksjonen i bruk av rus hos jentene, ville jentene mest sannsynlig hatt en høyere forekomst av depressive plager mellom 2002 og 2010 (26).

Ungdom bruker mer tid på sosiale medier, der ungdom deler bilder og sammenligner seg selv med andre. Bildene som deles er ofte glamorøse og er en retusjert utgave av virkeligheten. Dette kan gi ungdom en følelse av å ikke være bra nok som de er, men skulle ønske de var vakrere og slankere. Dette kan gi økt press om trening og kosmetiske operasjoner for å oppnå "idealutseende". Dette kan tenkes at kan gi ungdommen dårlige selvfølelse og i verste fall en psykisk lidelse som angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse har funnet en økning i nettopp, angst, depresjon og spiseforstyrrelser blant jenter i aldersgruppen 15-17 år i perioden 2008-2016. I den samme rapporten fastslås det også at de aller fleste ungdommene er fornøyd med livet og med foreldrene sine og har en fremtidsoptimisme der de tror de vil få et godt og lykkelig liv (2). Så selv om vi ser en økning i depressive symptomer og psykiske lidelser blant ungdom, så kan det på en annen siden virke som majoriteten av ungdommene har et fint liv.

En annen årsak kan være at det er en større åpenhet om psykisk helse i samfunnet nå enn tidligere. Det er mer oppslag om psykisk helse i avisene og kjente personer står frem og forteller om sine erfaringer om psykiske symptomer og lidelser. Derfor kan det tenkes at det er en større aksept for psykiske vansker i dag sammenlignet med tidligere. Dette kan igjen gjøre det lettere for ungdommene å være åpne om sine psykiske utfordringer og kan føre til en økt selvrapportering i spørreundersøkelser, og ikke nødvendigvis en faktisk økning i depressive symptomer. Hvis det er lavere terskel for selvrapportering, ville det være naturlig å tenke at ungdommen ville rapportere om mer symptomer på alle målepunktene i spørreskjemaene over tid. Dette strider mot en studie von Soest og Wichstrøm (41) trekker

frem utført av Collishaw , Maughan, Natarajan og Pickles i 2010 (42), der de fant at det var en økning over tid i noen emosjonelle problemer, mens andre symptomer var stabile. Dette resultatet kan indikere at det er en reell økning i noen emosjonelle problemer, da overrapportering ville gitt utslag i en økt forekomst av alle symptomene. Mer åpenhet om psykiske lidelser kan også senke terskelen for å oppsøke helsetjenester for psykiske helseplager. Det kan bety at det ikke nødvendigvis er en økt forekomst av psykiske lidelser, selv om det er en økning i hjelsøking for psykisk helse.

En annen mulig forklaring til den økte forekomsten av depressive symptomer og depresjon, er økt skolestress og skolepress blant unge. Dette vil vi diskutere nærmere i det kommende kapitlet.

Hvordan påvirker skolestress og skolepress de unges psykiske helse?

De unge utsettes i dag for press fra flere forskjellige områder. De studiene og rapportene vi har sett på prøver å kartlegge hvilke områder som dominerer når det gjelder de unges egen opplevelse av opplevd press. I våre resultater er det press om å gjøre det bra på skolen som trekkes frem som et av de områdene hvor ungdom opplever mest press både i fokusgruppeintervjuer (35, 38) og spørreundersøkelser (30, 36, 37). Det ville bli for omfattende for oss i denne oppgaven å gå inn på forskjellige områdene hvor unge utsettes for press, og vi har derfor valgt å fokusere på betydningen skolepress og skolestress for de unges psykiske helse.

I tverrsnittstudien utført av Wiklund med fler oppgir 63,6 % av jentene at de ofte/alltid opplever press i forhold til krav fra skolen (23). Det samme kan vi se i Ungdatas rapporter hvor 46 % av jentene angir at de opplever mye eller svært mye press om å gjøre det bra på skolen (30). Når det gjelder prosentandelen som rapporterer at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet ligger jentene høyere enn guttene på alle trinn, men det er særlig jentene på 10.trinn og jentene på Vg3, hvor prosentandelen er meget høy, henholdsvis 71 % og 75 % (30). Det kan se ut som om jentene i større grad enn guttene stiller høye krav til seg, og at de unge i mindre grad opplever press i forhold til krav og forventninger hjemmefra (23), men også her er det er forskjell mellom kjønn (36).

Tallene fra Ungdata viser at opplevelsen av stress tiltar mot slutten av ungdomsskolen og mot slutten av videregående skole. Fokusgruppeintervjuer som er gjort i etterkant av Ungdata-undersøkelsene kan tyde på at det da er et større fokus på viktigheten av karakterer for valg av videre utdanning, og at ungdommene stresser mer i frykt for å ikke oppnå gode nok resultater for å komme inn på de skolene, eller studiene de ønsker (35, 38). Det blir stadig en mer tilspisset konkurranse om å komme inn på de beste skolene, noe som igjen kan være med på å skape et press om bedre karakterer, og for noen blir det et mål å jobbe mot toppkarakterer i alle fag. En annen faktor at kan være at det oppleves stressende å skulle ta valg for fremtiden, og at det valget en tar i forbindelse med videre utdanning er avgjørende for hvordan det går videre i livet (35). Noen kan ha en klar tanke og en tydelig plan for hva de ønsker, mens andre kan være usikre og det kan være med på å skape et ytterligere stress. Enkelte kan oppleve press hjemmefra om hva de bør eller ikke bør satse på, og noen føler seg presset eller forpliktet til å følge i foreldres fotspor. Fokusgruppeintervjuene forsøker å kartlegge hva de unge selv tenker. Det er forholdsvis få ungdommer som har deltatt i intervjuene, henholdsvis elever ved to skoler i Oslo, fra 10. trinn (35) og 6 jenter fra 9.klassetrinn (38). Dette gir et lite grunnlag for å si noe med sikkerhet i forhold til hvordan skolepress og skolestress påvirker de unges psykiske helse, men det kan være med på å gi oss en større forståelse om hva de unge selv tenker, noe som er en styrke med intervjuene.

Ut fra de studiene vi har funnet ser det ut som en økende andel unge både på ungdomsskolen og på videregående skole rapporterer om depressive symptomer i spørreundersøkelser som Ungdata. Er det slik at en del av forklaringen på denne tendensen blant annet kan skyldes at unge i dag opplever mye stress og press i hverdagen, og særlig i forbindelse med skoleprestasjoner? Det er interessant å se på tallene fra Ungdata-undersøkelsene. Det kan se ut som om det på de skoletrinnene hvor det er høyest selvrapporing av depressive symptomer, også er høyest andel som angir opplevd stress. Særlig gjelder dette for jenter på 10. trinn, som oppgir det høyeste nivået av depressive symptomer, og også det høyeste nivået av stress. Den samme tendensen ser vi også for jentene på Vg3. Det er store individuelle forskjeller på hva som oppleves som press og stress, det som for noen oppleves som press og stress, kan for andre være en motivasjon eller drivkraft til å prestere bedre. Det kan tenkes at dersom en person som opplever skolepress og skolestress over en viss tid, i kombinasjon med en følelse av og ikke strekke til, vil det kunne føre til at den unge føler seg mer sliten, nedstemt og dermed også får et høyere symptomtrykk av depressive symptomer.

Spørreundersøkelser som Ungdata sier ikke noe direkte om denne sammenhengen mellom skolepress, skolestress og depressive symptomer, men kan i større grad gi et bilde av hvordan ungdommer i Norge har det på ulike områder, noe som er en styrke. Datagrunnlaget er stort, og inkluderer unge fra hele landet. Men en svakhet er at ikke med sikkerhet kan si at de som angir at de opplever mye stress og press i forbindelse med skolearbeid er de samme som oppgir at opplever stor grad av depressive symptomer. Det er først fra 2017/2018 at spørsmål om stress og press er tatt med i Ungdata, derfor har vi få tall til sammenlikning, dermed vet vi lite om hvordan denne tendensen har endret seg over tid, og om de unge i dag opplever mer stress og press en tidligere. Det vi kan si er at det er en høy andel som rapporterer om opplevd stress og press. To av de studiene vi fant antyder at det kan være en viss sammenheng mellom opplevd press, stress og subjektive helseplager (23, 39). Det kommer også frem at psykiske og subjektive helseplager er utbredt i ungdomsårene, særlig hos jentene, og at opplevd press kan være en del av forklaringen på dette (23).

I de rapportene og studiene som vi har sett på, er det særlig unge jenter som trekkes frem, både når det gjelder forekomsten av depresjon, opplevelsen av psykiske vansker og stress i forbindelse med skolearbeid. Et paradoks er at unge jenter ofte gjør det bedre på skolen enn guttene, til tross for dette stresser de mer. Kan det skyldes at jentene er mer modne og derfor tar skolearbeidet mer seriøst enn guttene? Kanskje jentene er mer bevisst på hva de vil videre, tidligere enn det guttene er og derfor stresser mer og føler et større press om å prestere på skolen? En annen forklaring kan være at jentene har sterkere opplevelse av og ikke strekke til, noe det i følge våre resultater kan se ut som guttene har i større grad (36).

Konklusjon

Våre resultater indikerer at det fra ca. 1990 til 2018 har vært en økt forekomst av depresjon og depressive symptomer hos ungdom. Forekomsten av depresjon og depressive symptomer i dag er det vanskelig å konkludere med basert på denne oppgaven alene, men vi ser at forekomsten har variert over tid. Det er en tydelig forskjell mellom kjønn, og det er en høyere andel jenter enn gutter som har depressive symptomer og er deprimerte. Når det gjelder hvordan skolepress og skolestress påvirker de unges psykiske helse tyder våre resultater på at det er en betydelig andel unge som rapporterer om opplevd stress og press i forbindelse med skoleprestasjoner. Det finnes for lite forskning på årsakene til den økte forekomsten av depresjon og depressive plager og hvordan skolepresset og skolestresset virker inn på de unges psykiske helse, og det trengs mer forskning på disse områdene. Det er viktig med kunnskap om endringer i forekomsten av psykiske helseproblemer over tid, da det kan gi et endret behov for psykiske helsetjenester og at det kan settes inn flere tiltak i forebyggende arbeid slik at utviklingen i den økende forekomsten kan forsøkes bremses.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Arbeid og psykisk helse 2018 [updated 2019-01-09 09.01.2019]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/arbeid-og-psykisk-helse>.
2. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge 2018.
3. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisterets statistikkbank 2018 [updated 2019.01.2019]. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>.
4. NAV. Legemeldt sykefravær etter diagnose og bosted. Kvartal 2018.
5. NAV. Utvikling i uførediagnoser per 30.juni 2015. 2018.
6. Organization WH. Depression 2018 [09.01.2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. Sommerschild H, Garløv I, Grøholt B, Weidle B. Lærebok i barnepsykiatri. 5. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2015.
8. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Norge: Universitetsforlaget; 2007.
9. Grøholt B, Sund AM. Veileder i BUP: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening; 2016 [updated 7/7-1730/1-18]. Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-32-34-depressive-lidelser/>.
10. Grøholt B, Sund AM. Depressive lidelser 2017 [09.01.2019]. Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-32-34-depressive-lidelser/>.
11. Norsk elektronisk legehåndbok. Selektive serotoninreopptakshemmere 2017 [09.01.2019]. Available from: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/53589>.
12. E-helse Df. sist oppdatert 17.03.2015.
13. Samordnaopptak. Søkertall 2018 [Available from: <https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/>].
14. Skårderud F. Foredrag: Psykt eller normal? 27.09.2018.
15. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta psychiatrica Scandinavica. 1999;99(5):324-31.
16. Sund AM, Larsson B, Wichstrom L. Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2011;5:28.
17. Christensen KS, Haugen W, Sirpal MK, Haavet OR. Diagnosis of depressed young people--criterion validity of WHO-5 and HSCL-6 in Denmark and Norway. Family practice. 2015;32(3):359-63.
18. Larsson B, Melin L. Depressive symptoms in Swedish adolescents. Journal of abnormal child psychology. 1990;18(1):91-103.
19. Larsson B, Melin L, Breitholtz E, Andersson G. Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. Acta psychiatrica Scandinavica. 1991;83(5):385-90.
20. Ivarsson T, Gillberg C. Depressive symptoms in Swedish adolescents: normative data using the Birmaher Depression Self-Rating Scale (DSRS). Journal of affective disorders. 1997;42(1):59-68.
21. Haavet OR, Dalen I, Straand J. Depressive symptoms in adolescent pupils are heavily influenced by the school they go to. A study of 10th grade pupils in Oslo, Norway. European journal of public health. 2006;16(4):400-4.

22. Derdikman-Eiron R, Indredavik MS, Bratberg GH, Taraldsen G, Bakken IJ, Colton M. Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian journal of psychology*. 2011;52(3):261-7.
23. Wiklund M, Malmgren-Olsson EB, Ohman A, Bergstrom E, Fjellman-Wiklund A. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC public health*. 2012;12:993.
24. Larsson B, Ingul J, Jozefiak T, Leikanger E, Sund AM. Prevalence, stability, 1-year incidence and predictors of depressive symptoms among Norwegian adolescents in the general population as measured by the Short Mood and Feelings Questionnaire. *Nordic journal of psychiatry*. 2016;70(4):290-6.
25. Granrud MD, Steffenak AKM, Theander K. Gender differences in symptoms of depression among adolescents in Eastern Norway: Results from a cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*. 2017;1403494817715379.
26. von Soest T, Wichstrom L. Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(3):403-15.
27. Skovlund CW, Kessing LV, Mørch LS, Lidegaard O. Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000-2013. *Nordic journal of psychiatry*. 2017;71(5):378-85.
28. Frøyland LR. Ungdata - Lokale ungdomsundersøkelser 2017.
29. Svagård V. Exceldokument om psykiske helseplager fra Ungdata. 18.09.2018.
30. Bakken A. Ungdata 2018. Nasjonale resultater. 2018.
31. Andersen PL, Bakken A. Ung i Oslo 2015. 2015.
32. Andersen PL, Bakken A. Ung i Oslo 2018. 2018.
33. Statistisk sentralbyrå. Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn og alder (prosent) 1998 - 2015 2015 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>].
34. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret 2017 [Available from: <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>].
35. Eriksen IM, Sletten MA, Bakken A, soest TV. Stress og press blant ungdom. 2017.
36. Kors R. Psykt flink 2018.
37. Bakken A. Ungdata 2017. Nasjonale resultater. 2017.
38. Øgård-Repål A, Strand SA, Karlsen T-I. Karakterpress, kroppspress og gjengpress - Fokusgruppeintervju av jenter i 9. klasstrinn etter funn fra Ungdata-undersøkelsen. 2017;14(02):109-20.
39. Aanesen F, Meland E, Torp S. Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scandinavian journal of public health*. 2017;45(4):389-96.
40. Sweeting H, West P, Young R, Der G. Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Social science & medicine* (1982). 2010;71(10):1819-30.
41. Langton EG, Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. An emerging income differential for adolescent emotional problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2011;52(10):1081-8.
42. Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2010;51(8):885-94.

