

Förskrivning av
psykofarmaka till
placerade barn och
ungdomar

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-235-4
Artikelnummer 2014-11-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2014

Förord

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att närmare kartlägga användningen av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar. Uppdraget har utformats mot bakgrund av Socialstyrelsens tidigare rapporterade uppgifter om en hög förskrivning av psykofarmaka till gruppen, vilket bland annat har väckt frågan om huruvida vården är likvärdig den vård som övriga jämnåriga får. När barn och ungdomar blir placerade i samhällsvård ska kommunen enligt 6 kap. 1 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) ansvara för att barnet får en god vård.

Rapporten har tagits fram av Marie Berlin och Peter Salmi (projektledare). Inom myndigheten har Bengt Danielsson och Mårten Gerle bidragit med värdefulla synpunkter. En extern expertgrupp, bestående av barnläkare Anders Hjern, barn- och ungdomspsykiatriker Clara Hellner Gumpert och professor Bo Vinnerljung, har lämnat värdefulla synpunkter under arbetets gång. För intervjuerna och författarskap av bilaga 1 anlätades Martin Hugo, lektor i pedagogik. Ansvarig avdelningschef har varit Natalia Borg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Behovet av fördjupad kunskap	8
Uppdraget	8
Bakgrund	8
Syftet	8
Studiens genomförande	9
Resultat	10
Psykofarmaka – förekomst och aspekter av behandling.....	10
Psykiatriska diagnoser och psykofarmaka.....	14
Förskrivarens specialistkompetens och arbetsplats.....	16
Diskussion	20
Hög förekomst av psykofarmaka	20
Mindre av specialistvård	20
Ungdomarnas erfarenheter	20
Särskild förskrivning att uppmärksamma.....	21
Vikten av kontinuitet och uppföljning	22
Brister i dokumentationen	22
Slutsatser	23
Referenser	24
Bilaga 1. Ungdomars egna erfarenheter av användningen av psykofarmaka.....	25
Metod och genomförande.....	25
Kort beskrivning av ungdomarna.....	26
Psykofarmaka som användes.....	27
När började medicineringen?	28
Ungdomars bild av varför man fick medicin	29
De flesta ville ta sin medicin	30
Hjälpta av medicinen.....	33
Upplevda biverkningar.....	35
Trygg och strukturerad medicinering	37
Kontakter vid insättning och fortsatt behandling	40
Läkemedel och droger i missbrukssyfte	42
Sammanfattning.....	45
Bilaga 2. Metodbeskrivning	46
Studiepopulation	46
Psykofarmaka.....	49

Psykiatriska diagnoser.....	50
Kompletterande analyser.....	51
Referenser.....	52

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen kartlagt användningen av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar och genomfört analyser genom att hämta uppgifter från myndighetens nationella register. Myndigheten har också genomfört intervjuer med ungdomar som var placerade vid SiS särskilda ungdomshem.

- Socialstyrelsen konstaterar att förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar är mycket hög i jämförelse med jämnåriga i befolkningen. Det förklaras delvis av att gruppen har en omfattande psykiatrisk problematik med hög förekomst av bland annat adhd.
- Den höga förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar förklaras dock också av att gruppen hade fler förskrivande vårdenheter än barn och ungdomar som inte var placerade. Ju fler vårdenheter som var involverade i förskrivningen desto flera olika typer av psykofarmaka använde individen.
- Förskrivning som Socialstyrelsen ställer sig särskilt tveksam till är långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel i frånvaro av schizofreni och liknande tillstånd. Bland placerade barn och ungdomar ges sådan behandling snarare i ett sederande eller stämningsstabiliserande syfte än i ett antipsykotiskt. Barn och ungdomar som hade kontakt med specialistvård som barn- och ungdomspsykiatri vid nyinsättning av antipsykotiska läkemedel hade på sikt en lägre förekomst av långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel än övriga utan sådan kontakt.
- Många av de intervjuade ungdomarna på SiS särskilda ungdomshem berättade att de var hjälpta av medicineringen även om många samtidigt upplevde biverkningar av den. Ungdomarnas berättelser bekräftade i övrigt de resultat som erhöles från registeranalyserna.
- Socialstyrelsens utgångspunkt är att placerade barns och ungdomars vård ska vara likvärdig den vård som jämnåriga i befolkningen har. Resultaten från studien visar att kontinuitet i behandling och närhet till specialistvård som barn- och ungdomspsykiatri eller habiliteringen är viktiga faktorer som leder till god kvalitet i behandlingen, något som placerade barn och ungdomar hade i lägre utsträckning än jämnåriga i befolkningen. Mot bakgrund av detta ser Socialstyrelsen det som angeläget att förutsättningarna till adekvat behandling blir lika bland placerade barn och ungdomar som bland övriga jämnåriga.

Behovet av fördjupad kunskap

Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att närmare undersöka användningen av psykofarmaka bland barn och ungdomar som är placerade utanför det egna hemmet av socialtjänsten. Uppdraget ska ses mot bakgrund av att Socialstyrelsen tidigare har rapporterat om att förskrivningen av psykofarmaka till gruppen är mycket hög i jämförelse med jämnåriga i befolkningen [1,2]. Detta väcker bland annat frågor om huruvida förskrivningen står i proportion till den psykiatriska problematik som finns inom gruppen och om den är i enlighet med klinisk praxis inom barn- och ungdomspsykiatri.

Bakgrund

Psykofarmaka kan ha en viktig roll vid behandling av olika allvarliga psykiska störningar. Socialstyrelsen har konstaterat att sådan behandling generellt har ökat bland barn och ungdomar, parallellt med att den psykiska ohälsan har ökat inom gruppen [3]. De farhågor som finns med läkemedelsbehandling när det gäller just barn är att ett fåtal psykofarmaka specifikt har testats och studerats på barn och att kunskapen om långtidseffekter är begränsad [4]. Behandlande läkare förskriver således utifrån beprövad erfarenhet vilket ställer höga krav på läkarens kompetens och på möjligheten till uppföljning av verkan och biverkan av läkemedel. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att bevaka att placerade barn och ungdomar i dessa avseenden har en vård som är likvärdig den vård som övriga barn och ungdomar har.

I USA är behandling med psykofarmaka av barn och ungdomar mycket vanligare än i vissa europeiska länder. Federala myndigheter i USA har också genomfört kartläggningar av användningen av psykofarmaka specifikt bland placerade barn och ungdomar [5,6,7]. De har uppmärksammat flera brister vid förskrivningen som till exempel dålig kontinuitet i behandlingen med följderna att antalet psykofarmaka som förskrevs ökade. Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel utanför godkänd indikation och samtidig behandling med många olika typer av psykofarmaka, där effekterna kan vara svåra att utvärdera, är exempel på annat som ifrågasattes av de amerikanska myndigheterna. Socialstyrelsen har för närvarande inte motsvarande bild över hur förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar ser ut i Sverige.

Syftet

Denna studie har som syfte att fördjupa kunskapen om förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen har beskrivit och analyserat olika aspekter av förskrivning av psykofarmaka. Myndigheten

har i samband med studien också inhämtat placerade ungdomars egna erfarenheter av användningen av psykofarmaka.

Studiens genomförande

Studien omfattar barn och ungdomar som var placerade i heldygnsvård minst tre månader under år 2013. De har delats in i sex studiegrupper utifrån placeringsform och tid i placering. Placeringsform avser var de var placerade under merparten av tiden, antingen i familjehem, hem för vård och boende (HVB) eller på SiS särskilda ungdomshem. Placeringstiden har delats in efter om de var placerade under hela året eller under en kortare period, det vill säga minst tre månader men inte hela år 2013. Uppgifter om placeringsform och tid för placering har hämtats från Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Jämförelsegrupp har varit jämnåriga barn och unga i befolkningen som aldrig varit placerade i heldygnsvård. Hela populationen har samkörts med SCB:s utbildningsregister som innehåller uppgifter om alla som är folkbokförda i Sverige.

Användningen av psykofarmaka avser behandling under längre perioder, här definierat som *minst* tre uttag av psykofarmaka under ett år. Uppgifter om användning av psykofarmaka har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister och uppgifter om psykiatrisk problematik från patientregistret. Även uppgifter om förskrivare har undersökts, bland annat vilka specialistkompetenser de har. I rapporten redovisar Socialstyrelsen resultat som rör barn mellan 13 och 17 år samt ungdomar mellan 18 och 21 år. Även yngre barn förskrevs psykofarmaka, och mönstret var detsamma som bland äldre barn. Detta redovisas dock inte i rapporten eftersom vissa av grupperna var mycket små till antalet. I bilaga 2 beskrivs studiepopulationer och metoder mer utförligt.

I samband med studien har Socialstyrelsen också genomfört ett antal intervjuer med ungdomar som var placerade på SiS särskilda ungdomshem. Intervjuerna har som syfte att lyfta fram ungdomars egna erfarenheter av att använda psykofarmaka. Dessa intervjuer redovisas i bilaga 1 i slutet av rapporten.

Resultat

Psykofarmaka – förekomst och aspekter av behandling

Placerade barn och ungdomar hade i jämförelse med icke-placerade en påfallande högre användning av olika typer av psykofarmaka. Medan andelen var omkring 3–5 procent bland barn och ungdomar som inte var placerade, var motsvarande andel upp till 10 gånger så hög bland vissa grupper av de placerade. Cirka 30 procent påbörjade användningen av psykofarmaka för första gången under placering. Ängest- och sömnmedel var preparat som var vanliga att påbörja i placering om personen inte använt psykofarmaka tidigare. I tabell 1 redovisas personer som gjort minst tre uttag av psykofarmaka inom olika läkemedelsgrupper under 2013. I jämförelse med icke-placerade var det framförallt användningen av adhd-läkemedel och antipsykotiska läkemedel som relativt sett var mycket hög bland placerade, i synnerhet bland personer placerade på SiS särskilda ungdomshem. Ett preparat som inte redovisas i tabell 1 men som förekom i hög utsträckning bland placerade barn och ungdomar var alimemazin som kan användas vid oro och sömnproblem.

En stor andel av barnen på HVB är födda i annat land än Sverige. Upp till 80 procent av pojkarna var det medan motsvarande andel bland flickorna var 50 procent. Socialstyrelsen har inte analyserat detta vidare då uppgifter om födelseland saknas för jämförelsegruppen, det vill säga övriga jämnåriga i befolkningen.

Tabell 1
Förekomst av psykofarmaka år 2013, minst tre uttag.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent.

	Placering 2013	Antipsykotika	Lugnande	Antidepressiva	Adhd-LM
Pojkar 13-17 år	Ej placerade	0,3	0,8	0,8	3,6
	Familjehem	2,5	3,5	2,3	19,8
	HVB	2,5	4,3	3,7	9,0
	SiS-hem	8,9	15,6	2,2	33,3
Män 18-21 år	Ej placerade	0,4	0,6	1,6	1,3
	Familjehem	2,3	2,0	3,3	8,4
	HVB	1,9	2,4	3,0	4,0
	SiS-hem	7,1	3,6	11,9	21,4
Flickor 13-17 år	Ej placerade	0,2	0,6	1,4	1,5
	Familjehem	1,2	2,2	3,7	9,2
	HVB	5,5	14,6	11,8	23,6
	SiS-hem	5,3	10,5	10,5	29,0
Kvinnor 18-21 år	Ej placerade	0,4	0,9	3,4	1,1
	Familjehem	1,8	2,4	6,6	7,5
	HVB	8,1	10,0	15,7	10,0
	SiS-hem	11,1	18,5	22,2	29,6

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

Många av de placerade använde flera typer av psykofarmaka samtidigt. Bland barn och ungdomar som aldrig har varit placerade, men som använde psykofarmaka, var exempelvis förekomsten av tre olika typer av psykofarmaka fyra procent. Motsvarande andelar för placerade på familjehem, HVB eller SiS särskilda ungdomshem var sex, 12 respektive nio procent. Kombinerad behandling med adhd-läkemedel och antipsykotiska läkemedel utmärkte sig särskilt bland placerade barn och ungdomar genom att kombinationen förekom oftare och doserna var högre än bland icke-placerade, vilket i synnerhet gällde placerade på HVB. Tabell 2 visar omfattningen av antipsykotiska läkemedel bland dem som använde adhd-läkemedel. I tabell 3 redovisas genomsnittliga årsdoser för barn och ungdomar som använde något av dessa läkemedel.

Tabell 2
Användning av antipsykotiska läkemedel bland personer som använde adhd-läkemedel, minst tre uttag av respektive läkemedel år 2013.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent.

	Pojkar		Flickor	
	13-17 år	18-21 år	13-17 år	18-21 år
Ej placerade	2,8	4,7	2,6	4,7
Familjehem	7,4	13,5	4,5	10,1
HVB	20,4	15,0	13,5	24,3
SiS-hem	13,3	22,2	9,1	12,5

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

Tabell 3
Genomsnittlig årsdos uttryckt i daglig definierad dygnsdos (DDD) bland personer med minst tre uttag av respektive läkemedel år 2013.

Personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform 2013. DDD.

		Antipsykotika	Adhd-LM
Pojkar 13-17 år	Ej placerade	116	434
	Familjehem	124	550
	HVB	183	545
	SiS-hem	194	437
Män 18-21 år	Ej placerade	182	470
	Familjehem	152	525
	HVB	322	560
	SiS-hem	408	512
Flickor 13-17 år	Ej placerade	104	386
	Familjehem	115	419
	HVB	255	515
	SiS-hem	113	390
Kvinnor 18-21 år	Ej placerade	163	407
	Familjehem	195	481
	HVB	260	645
	SiS-hem	274	429

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013). Kursiverade tal anger att värdena är beräknade utifrån ett litet antal observationer (färre än 5).

Förutom att placerade barn och ungdomar i högre utsträckning använde olika typer av psykofarmaka än icke-placerade var det också vanligare att de kombinerade psykofarmaka inom en och samma läkemedelsgrupp (tabell 4).

Tabell 4
Kombination av flera psykofarmaka inom samma läkemedelsgrupp, minst tre uttag av respektive läkemedel under år 2013.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent.

	Pojkar		Flickor	
	13-17 år	18-21 år	13-17 år	18-21 år
Ej placerade	4,5	4,2	2,4	2,6
Familjehem	12,8	9,1	8,4	4,6
HVB	8,5	6,7	15,7	15,8
SiS-hem	10,3	12,2	3,9	9,1

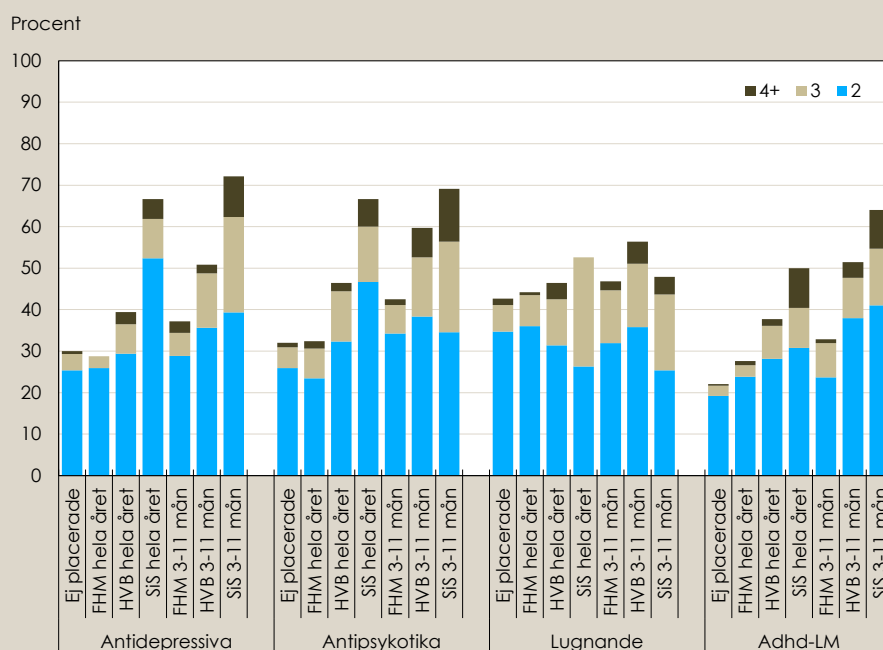
Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

Vad gäller förskrivningen av psykofarmaka hade placerade barn och ungdomar i genomsnitt fler förskrivande vårdenheter än icke-placerade. I figur 1 redovisas antalet förskrivande vårdenheter under 2013 fördelat efter placeringsform och tid i placering. Särskilt placerade på HVB eller SiS särskilda ungdomshem hade flera olika vårdenheter. Exempelvis hade barn och ungdomar som aldrig varit placerade en och samma vårdenhet i cirka 70 procent

av fallen vid förskrivning av antipsykotiska läkemedel. Motsvarande andel bland personer som var placerade på SiS särskilda ungdomshem under delar av året var cirka 30 procent. Cirka 15 procent av dem som var placerade på SiS särskilda ungdomshem hade minst fyra olika vårdenheter som förskrev antipsykotiska läkemedel under 2013 i jämförelse med kring en procent bland icke-placerade.

Figur 1. Antal förskrivande vårdenheter

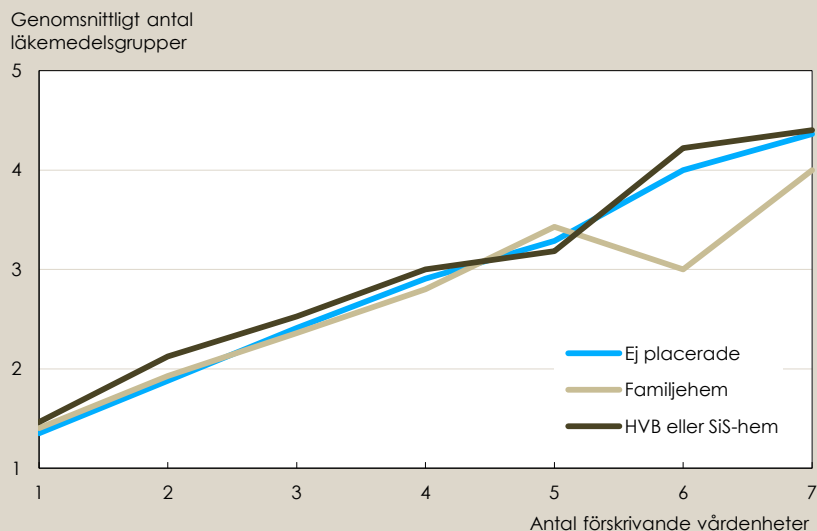
Andel som hade mer än en förskrivande vårdenhet av respektive läkemedel under år 2013. Personer 13-21 år som haft minst tre uttag inom respektive läkemedelsgrupp, fördelat efter antal förskrivande vårdenheter och placeringsform 2013.



Det fanns också ett tydligt samband mellan antalet förskrivande vårdenheter och antalet förskrivna psykofarmaka. Ju fler vårdenheter som var involverade i förskrivningen desto fler psykofarmaka använde barn och ungdomar (figur 2). Placerade barn och ungdomar hade i större utsträckning fler vårdenheter som förskrev psykofarmaka än icke-placerade men mönstret, att förskrivningen av psykofarmaka ökade vid flera vårdenheter, gällde också barn och ungdomar som aldrig varit placerade.

Figur 2. Antal olika läkemedelsgrupper fördelat efter antal förskrivande vårdenheter.

Personer 13-21 år som haft minst ett uttag av psykofarmaka år 2013, fördelat efter antal förskrivande vårdenheter och placeringsform*. Genomsnittligt antal.



* Minst 3 månader i heldygnsvård 2013.

När det gäller följsamhet till medicinering så var en kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, habilitering eller barnmedicin i nära anslutning till nyinsättning av adhd-läkemedel förenat med att placerade ungdomar 16 till 18 år tog sin medicin under längre perioder. I detta fall följdes ungdomarna upp till två år efter nyinsättning av läkemedlet. Benägenheten att fortsätta att ta sin medicin var 35 procent högre bland dessa ungdomar, jämfört med om nyinsättning skett utan sådan kontakt. Vid nyinsättning av antipsykotiska läkemedel å andra sidan tenderade behandlingen att bli längre för de ungdomar som inte hade haft en kontakt med specialistvården i anslutning till påbörjad medicinering. Risken var cirka 20 procent högre att antipsykotisk behandling blev långvarig bland placerade ungdomar utan sådan kontakt.

Psykiatriska diagnoser och psykofarmaka

Förekomsten av psykiatriska diagnoser var genomgående högre bland placerade barn och ungdomar än jämnåriga i befolkningen (tabell 5). Neuropsykiatrisk problematik med hög samsjuklighet i andra störningar var påtaglig bland placerade barn och ungdomar. När det gäller gruppen som, oavsett placering, samtidigt behandlades med antipsykotiska läkemedel och adhd-läkemedel var samsjukligheten hög i exempelvis autismspektrumstörningar, ångestsjukdomar, bipolär sjukdom och depressioner (tabell 6). Detta mönster gällde även icke-placerade vid motsvarande behandling, även om förekomsten av missbruk och personlighetsstörningar var lägre och autismspektrumstörningar något högre bland icke-placerade än bland placerade på HVB och SiS särskilda ungdomshem.

Tabell 5
Psykiatriska diagnoser i patientregistret (öppen och/eller sluten vård)
åren 2012–2013.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige 2012–2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent.

	Missbruk (F1)	Schizofreni (F2)	Mani/Bipolär sjukdom (F30-31)	Depression (F32-39)	Ångest (F4)	Sömn- och ätstörning etc. (F5)	Personlighetsstörning (F6)	Utvecklingsstörning (F7)	Autism-spektrumstörning (F8)	Adhd (F9)
Pojkar 13-17 år										
Ej placerade	0,5	0,0	0,0	0,7	1,2	0,3	0,0	0,5	1,9	4,9
Familjehem	3,0	0,3	0,3	3,1	6,1	1,7	0,3	3,1	6,6	21,1
HVB	4,9	0,5	0,5	4,7	10,8	3,2	0,5	1,0	5,2	14,7
SiS-hem	22,1	0,8	1,2	6,4	13,7	8,4	1,2	2,4	9,2	47,4
Män 18-21 år										
Ej placerade	1,4	0,2	0,2	1,4	1,9	0,2	0,1	0,4	1,2	2,7
Familjehem	6,9	0,7	0,7	4,8	7,5	1,6	0,4	2,9	4,7	16,8
HVB	8,4	1,0	0,6	5,4	12,3	2,3	0,8	1,1	3,5	10,1
SiS-hem	36,8	1,9	2,3	7,4	16,7	7,0	3,5	1,9	8,9	37,2
Flickor 13-17 år										
Ej placerade	0,4	0,0	0,1	1,6	2,2	1,1	0,1	0,3	0,9	2,2
Familjehem	3,4	0,3	0,4	8,1	12,8	2,9	0,8	1,8	4,3	15,4
HVB	10,3	0,9	1,6	15,3	28,6	7,7	1,9	1,9	8,0	30,2
SiS-hem	24,8	14,3	32,3	9,0	3,8	4,5	9,0	46,6
Kvinnor 18-21 år										
Ej placerade	1,2	0,1	0,4	2,7	3,8	1,2	0,5	0,3	0,8	2,1
Familjehem	6,0	0,5	1,6	11,0	16,5	2,2	2,7	2,6	3,7	14,9
HVB	20,3	2,6	3,9	17,4	30,9	6,4	10,5	2,8	10,2	25,1
SiS-hem	47,3	1,1	4,3	16,1	47,3	6,5	12,9	8,6	16,1	50,5

Placering avser heldygnsvård mer än tre månader under år 2013.

.. = Ingen förekomst.

0,0 = Avrundat till noll.

Tabell 6
Psykiatriska diagnoser i patientregistret (öppen och/eller sluten vård)
2013 bland barn och ungdomar som använder antipsykotiska läkemedel
och adhd-läkemedel i kombination.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter placeringsform sammanslaget och inklusive dem som var placerade minst tre månader. Procent.

	Missbruk (F1)	Schizofreni (F2)	Mani/Bipolär sjukdom (F30-31)	Depression (F32-39)	Ångest (F4)	Sömn- och ätstörning etc. (F5)	Personlighetsstörning (F6)	Utvecklingsstörning (F7)	Autism-spektrumstörning (F8)
13-21 år									
Ej placerade	8,2	4,0	10,5	19,6	29,7	6,3	6,5	17,5	44,4
Familjehem	9,6	2,4	9,6	18,1	27,7	6,0	9,6	16,9	34,9
HVB eller SiS-hem	32,7	5,2	13,7	17,7	40,5	11,1	17,0	11,1	26,8

Tabell 7 visar användning av psykofarmaka i relation till dokumenterad psykiatrisk diagnos i Socialstyrelsens patientregister. Vid psykiatrisk diagnos förskrevs psykofarmaka i ungefär samma utsträckning till grupperna men bland unga utan dokumenterad psykiatrisk diagnos var det vanligare att placerade barn och ungdomar använde psykofarmaka än jämnåriga som inte var placerade.

Tabell 7
Användning av psykofarmaka, minst tre uttag år 2013, bland personer med respektive utan psykiatrisk diagnos åren 2012–2013.

Andel bland personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent

		I hela gruppen	Bland dem	
			med diagnos	utan diagnos
Pojkar 13-17 år	Ej placerade	4,9	52,9	1,2
	Familjehem	23,4	64,1	6,6
	HVB	13,9	43,2	4,7
	SiS-hem	40,0	60,9	18,2
Män 18-21 år	Ej placerade	3,6	37,8	1,3
	Familjehem	13,0	38,7	3,2
	HVB	8,8	33,7	2,5
	SiS-hem	33,3	44,2	22,0
Flickor 13-17 år	Ej placerade	3,4	43,7	0,9
	Familjehem	13,9	47,4	2,7
	HVB	35,9	60,2	7,8
	SiS-hem	36,8	52,0	7,7
Kvinnor 18-21 år	Ej placerade	5,3	43,8	2,0
	Familjehem	15,8	44,5	4,0
	HVB	27,6	53,8	5,1
	SiS-hem	44,4	60,0	0,0

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

0,0 = Avrundat till noll.

Förskrivarens specialistkompetens och arbetsplats

De flesta som förskrev psykofarmaka till barn och ungdomar var specialister inom barn- och ungdomspsykiatri eller vuxenpsykiatri. Barn som var placerade på HVB eller SiS särskilda ungdomshem fick dock i lägre utsträckning psykofarmaka förskrivet av specialister i barn- och ungdomsmedicin eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering, än barn som var under placering i familjehem eller som aldrig har varit placerade (tabell 8). Bland pojkar och flickor som var placerade på HVB var det också något vanligare att allmänläkare förskrev psykofarmaka.

Tabell 8
Förskrivarens specialistkompetens.

Förskrivningar av psykofarmaka till personer 13-17 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter ålder och placeringsform 2013. Andel av alla förskrivningar år 2013. Procent.

	Ej plac- erade	Heldygnsvård hela året			Heldygnsvård 3-11 mån		
		Familje- hem	HVB	SiS-hem	Familje- hem	HVB	SiS-hem
Pojkar							
Allmänmedicin	6,3	5,1	11,6	4,2	6,4	10,0	10,1
Barn- och ungdomsmedicin	35,9	31,4	20,8	22,5	20,4	15,2	13,4
Psykiatri	16,5	16,8	27,7	39,9	20,3	22,5	44,6
Barn- och ungdomspsykiatri	50,1	57,7	45,5	47,9	59,1	58,7	54,5
Rättpsykiatri	0,4	0,5	0,4	5,2	0,3	0,3	7,0
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	13,0	14,3	8,1	0,0	5,0	4,6	1,3
Annan specialistkompetens*	4,8	4,9	7,2	1,9	4,2	4,6	6,7
Saknar registrerad specialist- kompetens	6,6	4,7	10,9	2,4	9,3	12,3	4,7
Flickor							
Allmänmedicin	6,6	5,2	8,1	1,2	6,4	7,6	4,3
Barn- och ungdomsmedicin	29,3	26,2	11,2	12,7	14,2	9,4	11,9
Psykiatri	17,2	20,0	30,0	31,3	26,5	30,4	48,5
Barn- och ungdomspsykiatri	45,7	55,9	64,2	40,4	64,3	58,3	58,2
Rättpsykiatri	0,4	0,2	2,6	10,2	1,0	1,1	11,0
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	11,1	14,3	4,5	4,2	4,5	3,8	0,5
Annan specialistkompetens*	6,0	3,9	4,7	11,5	3,4	4,9	5,3
Saknar registrerad specialist- kompetens	12,9	9,1	8,4	10,8	8,9	11,3	7,2

* Har specialistkompetens, men ingen av de specificerade.
En förskrivare kan ha upp till tre specialistkompetenser.

Barn och ungdomar som inte var placerade eller var placerade i familjehem hade i mycket hög grad förskrivare med landstinget som arbetsplats (tabell 9). Bland placerade i HVB och SiS särskilda ungdomshem förekom oftare privata förskrivare utan offentlig finansiering. Omkring 10 procent av förskrivarna var privata utan offentlig finansiering jämfört med kring en till två procent bland icke-placerade och familjehemsplacerade. För SiS särskilda ungdomshem var det mycket vanligt att förskrivarens arbetsplats var statlig jämfört med de övriga grupperna.

Tabell 9
Förskrivarens arbetsplats efter ägarform.

Förskrivningar av psykofarmaka till personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter ålder och placeringsform. Andel av alla förskrivningar år 2013. Procent.

	Lands- ting	Kommun	Ställig	Privat, vård- avtal	Privat, läkar- vårds- ersätt- ning	Privat, utan offentlig finans- iering	Övrigt
13-17 år							
Ej placerade	92,2	0,2	0,0	2,0	0,3	0,9	4,4
Familjehem	94,4	0,1	0,2	2,2	0,4	0,8	2,0
HVB	73,5	0,2	2,7	8,5	0,7	9,9	4,6
SiS-hem	60,0	..	25,8	1,6	..	10,5	2,2
18-21 år							
Ej placerade	80,1	0,2	0,0	8,5	1,0	1,4	8,7
Familjehem	83,1	0,2	3,0	6,7	0,4	2,6	3,9
HVB	64,8	1,3	0,9	11,4	1,7	10,8	9,1
SiS-hem	62,8	0,1	23,1	4,2	0,7	9,1	..

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

.. = Ingen förekomst.

0,0 = Avrundat till noll.

Det fanns också skillnader vad gäller arbetsplatsens verksamhetsinriktning bland förskrivarna. I tabell 10 redovisas verksamhetsinriktning vid förskrivning av antipsykotika och adhd-läkemedel. Det framgår att förskrivarens arbetsplats generellt ofta hade barn- och ungdomspsykiatri som verksamhetsinriktning, även om förskrivare vid SiS särskilda ungdomshem också ofta hade en arbetsplats som benämndes som allmän vård. Vid förskrivning till placerade barn och ungdomar på HVB eller SiS särskilda ungdomshem var förskrivaren i lägre omfattning knuten till verksamheter som habilitering och barn- och ungdomsmedicin när det gällde antipsykotiska läkemedel, men även i viss mån adhd-läkemedel. Distriktsläkarvård var också vanligare bland placerade barn och ungdomar även om mönstret kunde skilja sig åt något beroende på läkemedel och placeringsform.

Tabell 10
Förskrivarens arbetsplats efter verksamhetsinriktning.

Medicinska verksamhetsområden klassificerade efter specialitet och inriktning. Förskrivningar av psykofarmaka till personer 13-17 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter ålder och placeringsform 2013. Andel av alla förskrivningar år 2013. Procent.

	Ej plac- erade	Heldygnsvård hela året			Heldygnsvård 3-11 mån		
		Familje- hem	HVB	SiS-hem	Familje- hem	HVB	SiS-hem
Antipsykotika							
Distrikts-/hus-/familjeläkarvård	1,0	4,1	4,1	2,2	4,8
Allmän vård	0,7	1,8	8,4	31,0	5,8	5,0	37,4
Barn- och ungdomsmedicin	6,9	9,6	1,4	0,0	4,0	1,5	1,6
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	4,8	3,7	7,1	2,4	1,8	6,9	4,3
Barn- och ungdomspsykiatri	67,9	44,1	67,8	26,2	82,0	69,7	23,0
Habilitering*	13,9	29,3	0,8	2,4	3,2	6,5	..
Övriga verksamhetsområden	3,1	3,9	5,2	4,8	0,0	5,0	14,4
Övrigt utan specificering	1,8	3,6	5,4	33,3	3,2	3,2	14,4
Adhd-läkemedel							
Distrikts-/hus-/familjeläkarvård	0,2	0,1	4,2	0,5	0,4	2,3	2,8
Allmän vård	0,3	1,1	5,1	16,3	1,8	3,3	23,0
Barn- och ungdomsmedicin	15,9	8,7	3,5	4,1	5,8	5,0	2,0
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	2,9	3,1	5,3	2,6	3,1	5,5	6,3
Barn- och ungdomspsykiatri	68,8	70,7	60,1	43,9	79,6	70,5	49,5
Habilitering*	6,6	11,8	10,1	6,1	6,0	2,2	0,3
Övriga verksamhetsområden	3,3	2,0	4,8	13,8	1,2	7,3	6,8
Övrigt utan specificering	2,0	2,4	7,0	12,8	2,1	4,0	9,5

* Inklusive barn- och ungdomsneurologi med habilitering.

.. = Ingen förekomst.

0,0 = Avrundat till noll.

Diskussion

Hög förekomst av psykofarmaka

Socialstyrelsen kan slå fast att förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar var mycket hög i jämförelse med jämnåriga i befolkningen. Bland placerade förekom också oftare behandling med kombinationer av psykofarmaka, både mellan läkemedelsgrupper och inom en och samma läkemedelsgrupp. Sådan kombinationsbehandling ställer krav på förskrivarens kompetens och möjlighet till uppföljning eftersom effekterna av läkemedlen kan bli svåra att utvärdera. Samtidigt noterar Socialstyrelsen att placerade barn och ungdomar hade en omfattande psykiatrisk problematik med en mycket hög förekomst av bland annat adhd. Den höga användningen av psykofarmaka får därför till viss del förstås mot bakgrund av denna problematik. Myndigheten anser dock att även andra insatser, som psykologiska och pedagogiska, bör vara väsentliga inslag i behandlingen så att medicineringen kan, om inte undvikas, åtminstone hållas nere i omfattning eller begränsas i tid.

Mindre av specialistvård

Barn och ungdomar som var placerade på HVB och SiS särskilda ungdomshem fick i högre omfattning än jämnåriga psykofarmaka förskrivet av privata läkare som med all sannolikhet var anlitade som konsulter. Oavsett om barn och ungdomar var placerade eller inte så var förskrivaren ofta specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Förskrivare till placerade barn och ungdomar var dock i mindre utsträckning knutna till verksamheter som barn- och ungdomsmedicin eller habilitering och oftare till distriktsläkarvård, i synnerhet när det gällde barn och ungdomar vid HVB eller SiS särskilda ungdomshem. Allmänt hade barn och ungdomar som inte hade varit placerade, och i viss mån också familjehemsplacerade, en tydligare kontakt med specialiserade verksamheter och läkare med kompetens i specialiteter som är relevanta för barn och ungdomar med psykisk störning eller neuropsykiatrisk problematik.

Ungdomarnas erfarenheter

De intervjuer som genomfördes med ungdomar, som var placerade på SiS särskilda ungdomshem, ger en bild av att de flesta som använde psykofarmaka upplevde att det var till stor hjälp (bilaga 1). Det förekom också att vissa ville ha mer psykofarmaka än vad de redan fick. Trots det upplevde nästan hälften att de hade biverkningar av sina mediciner. Ungdomarna tyckte genomgående att medicineringen på SiS särskilda ungdomshem kändes trygg och att den skedde under kontrollerade former. De som hade erfarenhet av flera placeringsformer menade att det var en skillnad att vara placerade på SiS särskilda ungdomshem jämfört med HVB. På HVB kunde det finnas mycket droger och otillåten användning av psykofarmaka. Under intervjuerna framträdde tre grupper av användare av psykofarmaka: 1) De som hade fått en diagnos tidigt och som hade använt psykofarmaka länge, från 7–

12 års ålder, 2) De som hade missbrukat droger och börjat använda psyko-farmaka när de blev institutionsplacerade vid 14–17 års ålder, och 3) De som inte hade använt psykofarmaka tidigare och som främst hade börjat använda sömnmedel och ångestdämpande medel för att de började må dåligt när de blev tvångsplacerade.

Särskild förskrivning att uppmärksamma

Socialstyrelsen konstaterar att behandling med antipsykotiska läkemedel var vanlig bland barn och ungdomar under placering. Bland placerade pojkar och flickor mellan 13 och 17 år var det upp till 30 gånger vanligare med antipsykotiska läkemedel än bland icke-placerade. I studien ingick barn och ungdomar som hade gjort minst tre läkemedelsuttag under året vilket innebär att de stod under längre behandlingar med olika psykofarmaka. När det gäller antipsykotiska läkemedel är långvarig behandling vanligen indicerat endast vid schizofreni och liknande tillstånd. Socialstyrelsen har därför svårt att se att den höga och långvariga användningen bland placerade barn och ungdomar är motiverad eftersom gruppen inte hade någon uttalad psykosproblematik. Att långvarigt behandlas med antipsykotiska läkemedel kan vara förenat med olika risker som bland annat metabola biverkningar, särskilt vid användningen av vissa av preparaten och då behandling sker av barn och ungdomar som är mer känsliga än vuxna [8,9]. Antipsykotiska läkemedel har förutom antipsykotiska egenskaper även sederande och stämningsstabiliserande egenskaper. Dessa effekter eftersträvas troligen vid behandlingen av placerade barn och ungdomar och förklarar den höga användningen i denna studie. Socialstyrelsen anser att långvarig användning av antipsykotiska läkemedel sannolikt kan minska om vårdmiljön är bra. Det kan röra sig om hög personaltäthet med möjlighet till aktivitet och sällskap för de placerade och om en bra arbetsmetodik som skapar trygghet och förutsägbarhet under vårdvis-telsen.

Socialstyrelsen fann också att många barn och ungdomar hade flera psyko-farmaka samtidigt under längre perioder, även inom en och samma läkeme-delsgrupp. Som myndigheten redan har nämnt ovan kan läkemedelseffekter bli svåra att utvärdera vid sådan användning. Det var särskilt vanligt att pla-cerade barn och ungdomar kombinerade adhd-läkemedel och antipsykotiska läkemedel. Sådan kombinationsbehandling har ökat bland annat i USA och förekommer också i Sverige bland barn och ungdomar. Det finns dock be-gränsad kunskap om säkerhet och effektivitet när det gäller sådan behandling [10,11,12]. Socialstyrelsen noterar särskilt den samtidiga användningen av antipsykotiska läkemedel och adhd-läkemedel bland placerade på HVB där förekomsten av sådan behandling var högre än på SiS särskilda ungdoms-hem. På HVB gavs också högre doser av läkemedlen. Myndigheten ser detta som ett potentiellt problem eftersom HVB kan sakna närheten till hälso- och sjukvårdens resurser och kompetens. De som fick kombinerad behandling med antipsykotiska läkemedel och adhd-läkemedel hade dock tämligen lik-nande psykiatrisk problematik oavsett om de var placerade eller inte. I den meningen sker behandlingen med adhd-läkemedel och antipsykotiska läke-medel bland placerade efter den praxis som finns inom barn- och ungdoms-psykiatri.

Vikten av kontinuitet och uppföljning

Det finns en ökad risk för placerade barn och ungdomar att inte ha tillgång till den vanliga hälso- och sjukvården. Resultat från den här studien visar att gruppen som regel hade klart fler förskrivande vårdenheter av psykofarmaka över tid än jämnåriga som också använde psykofarmaka. Placerade barn och ungdomar under behandling med psykofarmaka hade därtill mindre specialistvård som habilitering och barn- och ungdomsmedicin än icke-placerade.

Socialstyrelsen menar att ovanstående förhållanden kan leda till att huvudansvaret när det gäller vården blir otydligt och att bland annat kontinuiteten i behandlingen kan bli sämre. Det kan också innebära att uppföljningen av behandlingen blir bristfällig. Denna studie ger stöd för att detta verkligen kan bli fallet. Det fanns ett tydligt samband mellan antalet psykofarmaka och antalet förskrivande vårdenheter. Ju fler vårdenheter som var involverade i förskrivningen över tid desto flera olika typer av psykofarmaka förskrevs till barn och ungdomar. Ett skäl bakom resultaten kan vara att läkare inte ser över eller gör en ny bedömning av en läkemedelsbehandling som redan har påbörjats av en annan läkare vid en annan vårdenhet. Därför kan ett ytterligare läkemedel snarare tillkomma, kanske i ett sammanhang där individen har fått nya symtom.

Socialstyrelsen fann också att en kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, habilitering eller barn- och ungdomsmedicin var värdefullt i anslutning till nyinsättning av psykofarmaka. Om en sådan kontakt hade skett fanns en ökad benägenhet till följsamhet till medicinering och minskad risk för olämplig läkemedelsbehandling. Vid nyinsättning av adhd-läkemedel vill vården ofta att patienten inte ska avbryta sin medicinering, det vill säga det finns ett behov av följsamhet till medicineringen över en viss tid. Barn och ungdomar som hade haft en kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin eller annan relevant specialitet i nära anslutning till nyinsättning av adhd-läkemedel visade sig ta medicinen under en längre period än barn och ungdomar som inte hade haft detta. Skälet till detta kan till exempel bero på att barn eller ungdomar som avbryter placering eller blir omplacerat inte följs upp eftersom ingen kontakt med specialistvården har funnits. När det gäller behandling med antipsykotiska läkemedel, å andra sidan, är långvarig behandling utanför godkänd indikation inte önskvärd. Förekomsten av sådan behandling var dock hög bland placerade barn och ungdomar och den förekom oftare om en kontakt saknades med exempelvis barn- och ungdomspsykiatrin.

Mot bakgrund av ovanstående drar Socialstyrelsen slutsatsen att kontinuitet och uppföljning är av stor vikt för god kvalitet i behandlingen med psykofarmaka. Placerade barn och ungdomar ska inte, som denna studie visar, ha sämre förutsättningar för detta än andra barn och ungdomar.

Brister i dokumentationen

Placerade barn och ungdomar saknade i en klart högre omfattning psykiatrisk diagnos vid behandling med psykofarmaka. Särskilt bland pojkar och unga män vid SiS särskilda ungdomshem saknades diagnos. Socialstyrelsen tror att en anledning till detta är att gruppen inte kommer till hälso- och sjukvården i samma omfattning som icke-placerade. Detta betyder inte nödvändigtvis att

placerade barn och ungdomar saknar en utredning eller bedömning före insättning av psykofarmaka, eller att en utredning gjorts inom primärvården (som inte har uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister). En möjlighet är att en psykiatrisk diagnos finns dokumenterad i de journalsystem som finns på HVB eller SiS särskilda ungdomshem utan att diagnosen har inrapporteras till Socialstyrelsens patientregister. En annan orsak till att diagnos saknas hos myndigheten kan vara att en annan yrkeskategori, som till exempel psykolog, oftare ställer diagnos vid HVB eller SiS särskilda ungdomshem. Psykologer har inte, som läkare, uppgiftsskyldighet i dag att rapportera in diagnoser till patientregistret.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att kunna säkerställa en likvärdig vård för alla barn och ungdomar. När det gäller placerade barn och ungdomar kan myndigheten konstatera att möjligheten till att följa upp den vård gruppen får minskar då dokumenterade diagnoser saknas i myndighetens patientregister. Det är därför nödvändigt att vårdgivare som har uppgiftsskyldighet rapporterar in diagnoser till patientregistret.

Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att användningen av psykofarmaka är mycket hög bland placerade barn och ungdomar. Samtidigt fanns inom gruppen en omfattande psykiatrisk problematik som åtminstone till viss del kan förklara den höga användningen. Mot bakgrund av detta anser Socialstyrelsen att det är väsentligt att behandlingen av placerade barn och ungdomar sker av kompetent vårdpersonal och att möjligheter finns till kontinuitet i behandling och uppföljning av läkemedelseffekter. Detta borgar för god kvalitet i behandlingen och ger förutsättningar till att vården blir likvärdig den vård som övriga barn och ungdomar får. Socialstyrelsen understryker särskilt vikten av följande:

- Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel i frånvaro av schizofreni och liknande tillstånd bör ses över inom HVB och SiS särskilda ungdomshem i syfte att generellt minska sådan behandling. En bra vårdmiljö är en viktig faktor för att uppnå detta syfte.
- Vid samtidig behandling med flera olika typer av psykofarmaka ställs särskilda krav på förskrivaren. Sådan behandling bör, där det är motiverat i enskilda fall, ske av specialister som har goda kunskaper om psykofarmaka med avseende på verkan och biverkan av de specifika preparaten.
- Placerade barn och ungdomar under behandling med psykofarmaka behöver kontinuitet och uppföljning så att medicineringen blir av god kvalitet. Flera förskrivande vårdenheter bör undvikas eftersom detta är förenat med att antalet psykofarmaka trappas upp. Vid nyinsättning av psykofarmaka är också nära kontakt med specialiserad vård väsentlig, så att medicinering kan följas upp och olämpliga behandlingar undvikas.
- Riktad tillsyn av HVB av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föreslås för att säkerställa att barn och ungdomar på HVB får kompetent hälso- och sjukvård i samband med behandling med psykofarmaka.
- När psykiatrisk diagnos finns ska den rapporteras in till Socialstyrelsens patientregister enligt uppgiftsskyldighet.

Referenser

1. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
2. Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Socialstyrelsen; 2013.
3. Psykisk ohälsa bland unga. Socialstyrelsen; 2013.
4. Grenhill LL. The use of psychotropic medication in preschoolers: indications, safety, and efficacy. *Can J Psychiatry*. 1998;43:576-81
5. Foster children. HHS Guidance could help states improve oversight of psychotropic prescription. United States Government Accountability Office; 2011.
6. Children's mental health. Concerns remain about appropriate services for children in Medicaid and foster care. United States Government Accountability Office; 2012.
7. Foster children. Additional federal guidance could help states better plan for oversight of psychotropic medications administered by managed-care organizations. United States Government Accountability Office; 2014.
8. Gothefors D, Adolfsson R, Attvall S, Erlinge D, Jarbin H, Lindström K, Linne von Hauswolff-Juhlin Y, Morgell R, Toft E, Ösby U. Swedish clinical guidelines – prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64:294-302.
9. Panagiotopoulos C, Ronsley R, Elbe D, Davidson J, Smith DH. First do no harm: promoting an evidence-based approach to atypical antipsychotic use in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 124-137.
10. A guide for community child serving agencies on psychotropic medications for children and adolescents. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 2012.
11. Fontanella CA, Warner LA, Phillips GS, Bridge JA, Campo JV. Trends in Psychotropic Polypharmacy Among Youth Enrolled in Ohio Medicaid, 2002–2008. *Psychiatr Serv* 2014 Jul 15, ahead of print.
12. Kreider AR, Matone M, Bellonci C, dosReis S, Feudtner C, Huang YS, Localio R, Rubin DM. Growth in the concurrent use of antipsychotics with other psychotropic medications in Medicaid-enrolled children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53(9):960–970.

Bilaga 1. Ungdomars egna erfarenheter av användningen av psykofarmaka

Inom ramen för detta uppdrag genomfördes 20 intervjuer med ungdomar på SiS särskilda ungdomshem¹. Syftet är att ge en bild av hur ungdomarna själva upplever och resonerar kring att använda psykofarmaka. Intervjuerna genomfördes på fyra ungdomshem under perioden juni–september 2014. Ungdomarna var mellan 15 och 21 år gamla, hälften var flickor och hälften var pojkar. Bland flickorna bodde nio av tio på låsbara avdelningar, två var i en utslussningsfas och flera var på akutavdelningar eller på helt låsta avdelningar för tyngre missbruk. Bland pojkarna bodde sex av tio på mer öppna avdelningar och flera var inne i en fas av utslussning. Ungdomarna deltar anonymt, därför redovisas inte namnen på ungdomshemmen.

Resultaten av intervjustudien går inte att generalisera till hela gruppen ungdomar som är placerade i samhällsvård. Det går inte heller att dra några slutsatser av skillnader mellan olika grupper av svarande, exempelvis mellan flickor och pojkar. Vi har valt att redovisa ungdomarnas svar med deras egna ord, och de återges i talspråk. I kommentarerna till ungdomarnas svar om vilka psykofarmaka de använder, har den aktiva substansen lagts till inom klamrar.

Metod och genomförande

Intervjuerna är genomförda efter godkännande av Statens institutionsstyrelse (SiS) och i samarbete med SiS ungdomsvård söder. Samtliga tillfrågade, såväl generaldirektör, som verksamhetsdirektör och institutionschefer, har varit positiva till studien. Ungdomarnas medverkan i studien har varit frivillig och de tillfrågades via en avdelningsföreståndare eller sjuksköterska. De ungdomar som valde att medverka har gett ett skriftligt medgivande till att delta i undersökningen. Intervjuerna genomfördes på tolv olika avdelningar på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige.

Urvalskriterierna var att ungdomarna skulle vara tvångsomhändertagna enligt LVU², att de använde psykofarmaka och att de hade fyllt 15 år. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med förbestämda frågor, som dock anpassades efter ungdomarnas svar. Det var svårt och tidskrävande att få till intervjuerna. Vid sju tillfällen drog sig respondenter av olika anledningar ur intervjuerna samma dag som skulle genomföras. Totalt genomfördes 21 intervjuer under fjorton dagar. En intervju föll bort eftersom respondenten uppgav att han aldrig hade förskrivits psykofarmaka, och den intervjun ersattes av en ny intervju. Därmed utgår svaren som redovisas här från 20 intervjuer. Intervjuerna var 18–52 minuter långa och 17 av respondenterna tillät att intervjuerna spelades in. Vid resterande tre intervjuer fördes istället

¹ Betecknade ”SiS-hem” i resultatdelen.

² Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU.

anteckningar under intervjun. De inspelade intervjuerna transkriberades och därefter gjordes en innehållsanalys.

Ungdomarna har garanterats anonymitet och deras svar redovisas på ett sätt så att det inte går att följa svaren från en och samma individ. När direkt-citat återges anges ungdomarna med P1–P10 och F1–F10, vilket anger kön och nummer på respektive respondent. Vid dialoger betecknas intervjuaren med I.

Kort beskrivning av ungdomarna

- Totalt ingick 20 ungdomar i studien, tio flickor och tio pojkar. De var 15–21 år vid intervjutillfället och medelåldern var 17 år.
- Ungdomarna uppgav många olika normbrytande beteenden som orsak till sin LVU-placering, 15 uppgav drogmissbruk och åtta uppgav kriminalitet. Två av flickorna uppgav upprepade självmordsförsök som huvudorsak till sin placering och en respondent ville inte berätta om orsaken till placeringen. Ofta beskrevs en kombination av drogmissbruk, kriminalitet och annat normbrytande beteende. De droger eller preparat som ungdomarna uppgav att de missbrukat var: cannabis, spice, amfetamin, etylfenidat, heroin, kat, alkohol, tabletter och dopingpreparat. De vanligaste drogerna var cannabis och spice.
- En majoritet av ungdomarna (13 st) bodde på låsbara avdelningar, varav tre på avdelningar med dubbelbemanning. De andra sju ungdomarna bodde på öppna avdelningar eller i utslussningslägenheter.
- Fem av ungdomarna hade varit på nuvarande SiS-hem i 2–5 månader, tolv i 7–12 månader och tre ungdomar hade varit där längre än ett och ett halvt år.
- Hälften av ungdomarna (10 st) var i en behandlingsfas, åtta var i en utskrivningsfas och två var akutplacerade.
- En majoritet (14 st) hade bott på andra SiS-hem tidigare och 14 hade också bott på HVB-hem tidigare. Två ungdomar uppgav att detta var deras första institutionsboende. Åldern för den första SiS-placeringen varierade mellan 11 och 17 år.

Här följer några korta bakgrundsbeskrivningar av ungdomarna själva:

Jag kommer ifrån ett HVB hem i xxx. Sen kom jag till xxx, jag var väl där i 4 månader, på akutmottagning. Sen kom jag till HVB igen, 4 dagar, sen kom polisen och tog mig och körde mig till xxx, och efter xxx kom jag hit. (P1)

Anledningen till att jag är här är att jag drack mängder med alkohol och tog både det ena och det andra. Droger. (P3)

Jag höll på mycket med cannabis innan. Skolkade och sånt. (P5)

Jag höll på med kriminella saker och försökte ta mitt liv. (F9)

Ja för faan ... jag har varit på massa olika ställen sen jag var tolv år ... tre-fyra HVB och fyra olika SiS. (P6)

Anledningen var att morsan inte klarade av att ta hand om mig, på grund av droger och självskadebeteende och sånt där. (F7)

För att jag stack från fosterfamiljen. Jag gjorde brott och sånt. (P2)

Psykofarmaka som användes

En majoritet av ungdomarna (13 st) uppgav att de hade mer än en sorts psykofarmaka förskrivet, som mest angavs fem olika. Resterande sju uppgav att de enbart hade sömntabletter, varav en uppgav att hon precis hade slutat med sin medicinering. 13 av de 20 ungdomarna visste namnet på den förskrivna medicinen, övriga sju visste inte eller kände bara till namnet på någon av sina mediciner. Den absolut vanligaste sorten av psykofarmaka som ungdomarna uppgav att de använde var sömntabletter, som de oftast själva kallade för sömnmedicin eller nattmedicin. 18 av de 20 ungdomarna uppgav att de tog sömntabletter varje kväll och två personer uppgav att de precis hade avslutat sin sömnmedicinering. Sex av dem visste dock inte vad sömnmedicinerna hette, utan uppgav exempelvis sin medicinering så här:

Det vet jag inte. Jag vet att det är nattmedicin i alla fall. (P4)

Jag kommer inte ihåg [...] 5 stycken gröna tablett. (F3)

Ja, och nån sömnmedicin, kommer inte ihåg vad den heter. (P2)

Nej, jag vet bara att det är 2 tabletter. (F10)

De 13 som visste namnet på sömnmedicinen uppgav att de hade följande preparat utskrivet:

- Propavan [propiomazin], 5 st
- Theralen [alimemazin], 5 st
- Mirtazapin, 3 st
- Circadin [melatonin], 2 st
- Bensodiazepin, 1 st

Den näst vanligaste sortens psykofarmaka som ungdomarna hade var kopplad till adhd. Tolv uppgav att de hade medicin förskrivet för detta. Fem av ungdomarna uppgav Ritalin [metylfenidat], tre uppgav Concerta [metylfenidat], två Strattera [atomoxetin], en Medikinet [metylfenidat] och en Elvanse [lisdexamfetamin]. Övriga psykofarmaka som ungdomarna uppgav att de hade förskrivet och som de själva kände till namnet på var mot ångest, depression, humörsvängningar och tvångstankar. Följande namngavs:

- Atarax [hydroxizin], 3 st
- Sertralin, 2 st
- Lamotrigin, 1 st

- Fluoxetin, 1 st
- Seroquel [quetiapin], 1 st
- Zyprexa [olanzapin], 1 st

Därutöver uppgav några ungdomar att de hade psykofarmaka förskrivet som de inte visste namnet på, för depression, ångest, humörsvängningar, biopollära diagnos och för att de begått självmordsförsök. Två av ungdomarna som hade tre respektive fyra olika psykofarmaka förskrivet berättade:

Nåt, jag kommer inte ihåg vad den heter, men vi kallar den för lyckopiller. (F2)

Min sömnmedicin heter Theralen, sen vet jag faktiskt inte vad dom andra heter. [...] Jag är inte så insatt på det ... men jag vet att det är mediciner mot min ... bipolära sjukdom. (F1)

Åtta av ungdomarna uppgav att de visste vilka doser (i milligram) de får av sina mediciner. Så här beskrev de själva detta:

Jag får 200 milligram Seroquel. Mirtazapin är jag osäker på, men det är en sån sugtablett, kan det vara kanske 25. Sen är det Strattera 40 tror jag. Propavan är två 100 milligrammare och så Zyprexa är bara en liten 10. (F8)

40 på Theralen, och så 50 på ångestdämpande, två tabletter, en tablett på ångestdämpande. (P7)

Jag tar 200 milligram Lamotrigin för mitt humör och innan också 54 milligram Concerta ... men det är för lite ... jag har alltid velat ha dubbla dosen av Concerta. (F5)

Concerta har jag 108 och fan ... den andra ... 40 kanske ... eller nåt sånt. (P10)

60 morgon, 60 lunch [milligram av Medikinet]. (P8)

54 på morgonen 18 på eftermiddagen [milligram Concerta]. (P2)

Tror det ligger på 50–60 på Elvanse. Dom andra vet jag inte riktigt. (F9)

På Sertralin är det 150 milligram, Ritalin är 50. På Ataraxen är det 25, sen sömnmedicinen är det ... vet jag inte riktigt, men det är två Atarax, så det blir 50. (P9)

När började medicineringen?

Sju av ungdomarna berättade att de haft medicin förskrivet väldigt länge utan uppehåll. När de uppskattade hur gamla de var första gången de fick medicin angav dessa ungdomar att de var 7–12 år gamla:

Jag har tagit medicin så länge jag kan minnas, så jag har inga problem med det. (F1)

Dom började misstänka depression redan i 10–11 års åldern. Jag tog en kniv och skulle hugga mig själv. Det var då det började. (F9)

Övriga 13 ungdomar uppgav att de började sin medicinering i åldrarna 14–17 år. Nio av dessa 13 berättade att medicineringen började när de blev institutionsplacerade. Flera av dessa ungdomar uppger att de fick sömnproblem och ångest för första gången i sitt liv i samband med att de blev inlåsta. Tre av respondenterna uppgav att de hårda brandsäkra madrasserna på de läsbara avdelningarna var orsak till deras sömnmedicinering:

Nej, det var väl nu när jag flyttade hit då. Dom har såna här brandsäkra hårda madrasser. [...] Får jag bara mjukare madrass så tror jag nog att jag sover jävligt bra sen. (P5)

Övriga elva uppgav att de haft medicin förskrivet redan innan de blev tvångsomhändertagna på institution. Många av dem hade dock svårt att minnas vilken medicin de fått förskrivet tidigare, men följande uppgavs: Concerta [metylfenidat], Ritalin [metylfenidat], Strattera [atomoxetin], Nitrazepam, Propavan [propiomazin], Stesolid [diazepam], bensodiazepin, atomoxetin och Lyrica [pregabalin].

Ungdomars bild av varför man fick medicin

Samtliga ungdomar uppgav att de kände till varför de fick medicinering. Här följer några exempel på hur de själva beskrev det:

Elvanse [...] Den ska stabilisera humöret och depressionen ska bli mindre. Den andra vet jag inte vad den heter... Jo, Sertralin också. Sen har jag på kvällarna Atarax och Propavan. [...] Propavan är för att jag ska kunna sova utan oro. Ataraxen lugnar mig. Det är också när jag ska sova. [...] Sertralin. Den är lite för adhd eller depression jag vet inte vilket av dom. (F9)

Jag har ju adhd och så får jag medicin för sömnen och för att jag har tvångstankar. (F8)

För att jag ska hålla ihop och kunna koncentrera mig. (P1)

Den gör så att man blir gladare och inte så deppig. (F2)

Det är ångest ... mot ångest och sömn. (P3)

Det gör så att jag liksom hjälper mig att somna in, har jag väl somnat så sover jag sen. Jag behöver bara nåt så jag kan somna då. (P5)

Jag äter en ångestdämpande [...] Det var för jag drömde såna konstiga drömmar ibland. (P7)

För att jag har haft problem med sömnen i två-tre år. Har inte kunnat sova. Jag blir pigg när jag lägger mig. Jag är trött på morgonen. [...] Det var mest väggarna som gjorde att jag inte kunde sova. (F6)

Antidepressiv och Ritalin. Sömnmedicin också. Och ångestdämpande. [...] Atarax; ångestdämpande, Sertralin; antidepressiva ... Ritalin ... alime-mazin tror jag en heter. (P9)

Majoriteten av ungdomarna (14 st) uppgav att de hade en diagnos som någon eller några av deras mediciner var kopplade till. Åtta av pojkarna och sex av flickorna uppgav adhd. Två av flickorna berättade att de hade två olika diagnoser, två flickor uppgav att de hade tre olika diagnoser och en flicka berättade att hon hade fyra olika diagnoser. Bland pojkarna berättade bara en att han hade två olika diagnoser, övriga pojkar uppgav bara adhd. Flera av ungdomarna berättade också att de höll på att utredas om ytterligare diagnoser. Följande diagnoser, benämnt med deras egna ord, uppgav ungdomarna att de hade vid intervjutillfället:

- Adhd, 14 st
- Bipolär, 2 st
- Autism, 2 st
- Mental retardation, 1 st
- Tvångssyndrom, 1 st
- Tvångstankar, 1 st
- Dystymi, 1 st
- Depression, 1 st

De flesta ville ta sin medicin

De flesta (18 av 20) ville själva medicinera, men ett par hade tidigare känt sig tvingade till det. En flicka hade precis på eget initiativ slutat med sin medicinering, och en av pojkarna berättade också att han slutat med sin sömnmedicin när han fick en egen utslussningslägenhet:

Ja, alltså när jag bodde på ungdomshem så kunde jag inte sova, men nu när jag har egen lägenhet så funkar det. (P8)

Ytterligare en av pojkarna sa att han ville sluta med sin sömnmedicin:

Jag vill sluta med sömnmedicin. [...] men bara sömnmedicinen. (P9)

Endast en av ungdomarna uppgav att hon kände sig tvingad att äta sin medicin på det ungdomshem hon befann sig vid intervjun. Två berättade också att de vid tidigare placeringar känt sig tvingade att äta medicin. De flesta (17 av 20) menar dock att de inte känt sig tvingade att äta medicin:

I: Du har aldrig känt att någon här har tvingat dig att äta medicin?

P2: Nej, absolut inte.

I: Det är du som vill äta?

P2: Aa, det är bara jag som bestämmer det själv.

I: Tycker du att medicinerna hjälper dig?

P10: Ja, det är jävligt bra. Blir koncentrerad mer och sånt.

I: Du känner dig inte tvingad att äta medicinen?

P10: Ja, jag vill äta den själv, den hjälper mig.

Endast några av ungdomarna uppgav att det blir konsekvenser för dem om de inte tar sin medicin. Då måste de omgående träffa sin läkare och diskutera sin medicinering. En av ungdomarna berättade att hon inte får vika papper om hon inte tar sin medicin. De två ungdomar som berättade att de tidigare hade känt sig tvingade att äta medicin beskrev det så här:

Där uppe var vi tvungna att ta den, vi som hade medicin utskrivet. Det var ju av olika skäl, men så var det. Vi var tvungna att ta den då, jag tog ju Nitrazepam för att sova, men den är inte över huvudtaget för att sova. [...] Jag tycker att det är bättre här. Vill man inte ta den så behöver man inte ta den. Vill man ta den lite tidigare, för att man känner att man mår dåligt och vill sova lite tidigare, så får man [...] Personalen uppmanar oss inte att ta medicinen. (F4)

Första gången jag fick min diagnos ... BUP. Det var xxx, tror jag han hette. Då blev jag nästan tvingad att äta medicinen, men nu äter jag den mer om jag själv vill. [...] Jag upplevde mycket, att när jag fick medicinen, alla runt om mig sa att jag var glad, men det kändes som om jag var i en bubbla, kommer jag ihåg. Jag tog upp det. Jag sa att, jag är inte glad. Dom beskrev mig som att jag inte duger som jag är. Dom tycker om mig när jag äter medicin, och inte annars. (F8)

Personalen lyssnar

De flesta ungdomar upplevde att de fick bra hjälp med sin medicinering, och att de själva kunde påverka och att personalen lyssnade på dem:

Jag får vara med lite och säga vad jag tycker. (F2)

Det var jag själv som frågade om jag kunde få nåt för att jag inte kunde sova ... då fick jag träffa en läkare och han fixade så jag fick sömntabletter. (P6)

Ja, jag gå till personalen och säga: Jag kan inte sova på natten, och jag stressa hela tiden, om jag inte sover jag kan inte på dagen orka allt, jag orkar inte nånting. Och sen dom säga: OK, vi säger till läkare, och han skriva medicin till dig. Och sen dom fixat. [...] Dom lyssnar på mig och svarar och så. (F3)

Det är riktigt bra personal här. (P5)

Det är lite mer avslappnat här. Man kan diskutera med personalen på ett bra sätt. (P7)

Om jag säger till så lyssnar alltid nån. (F6)

Några av ungdomarna berättade att de inte var lika nöjda. Ofta handlade det då om att de själva skulle vilja ha mer eller starkare psykofarmaka, och att sjuksköterskan eller läkaren inte gav dem vad de själva ansåg sig behöva:

Jag behöver ju en del nu när jag har slutat med drogerna. Men dom fattar ju inte det. Dom fattar ju inte att jag behöver riktiga sömntabletter ... starka ... benso som jag fick innan ... nu kan jag ju bara sova typ fyra timmar och det kraschar min kropp... jag får inte den medicin jag själv vill ha fast att jag tjarar på dom ... nu får jag bara Strattera och Theralen men det hjälper ju knappt. (F5)

Dom vill inte ge mig något starkare. [...] Ber jag om starkare mediciner så... säger dom att dom ska fixa det, men gör det aldrig. Dom vill inte att jag ska byta. (F7)

Jag önskar att man skulle få, vid halvtre snart, att man får kanske en liten dos då också. Så att jag kan hålla liksom. (P1)

En av ungdomarna berättade att hon var missnöjd med att läkaren och sjuksköterskan hade avbrutit hennes Lyrica-behandling:

Jag tycker ändå att dom lyssnar, sen är det lite svårt för dom att fixa allt för alla regler. Men dom är för övrigt ganska bra. Det är ganska mycket mediciner. Innan fick jag Lyrica som var både mot adhd och mot depression men nu proppar jag i mig mediciner som hjälper halvdant. [...] Det var ju för att det var beroendeframkallande, men det är dom här också. Jag kan bli schizofren om jag inte äter medicinen. (F8)

Föräldrarnas åsikter

På frågan om vad ungdomarnas föräldrar eller vårdnadshavare tycker om deras medicinering så berättade tio av ungdomarna att föräldrarna var positiva till detta eftersom medicinerna hjälper dem. Två av ungdomarna uppgav att föräldrarna var oroliga och negativa till medicineringen. Övriga uppgav att deras föräldrar inte vet vad de äter, inte bryr sig om det eller att det inte angår dem:

Mamma tycker att... hon säger ingenting om det. Och min fostermamma tycker att det är bra. (F6)

Dom har inget att säga till om. Dom gillade det från början. (P10)

Dom tycker att det är bra om det hjälper mig. (P9)

Dom tycker att det har funkat bra. Att jag är med mer i själva systemet om man säger så. (P2)

Dom vill inte egentligen, men dom förstår mig, dom vet att jag har det jobbigt. (P7)

I: Vad tycker dina föräldrar om att du äter sömnmedicin?

P4: Dom skiter nog i det.

I: Gör dom det?

P4: Aa.

I: Känner dom till det?

P4: Aja ... Dom äter ju själv medicin, så det är inte deras rätt. Jag skiter i vad dom tar för medicin så.

Hjälpta av medicinen

De flesta (17 av 20) tyckte att medicinen hjälpte dem mycket, även om några ville ha betydligt starkare preparat än vad de fick. Ungdomarna berättade att medicinen hjälper dem att sova, att fungera i vardagen och i skolan, eftersom de kan kontrollera sig och koncentrerar sig bättre. De berättade också att den minskar deras ångest och depression, och att deras humör blir bättre. En flicka berättar:

Jag kan inte riktigt förklara, jag mår bara bra av att ta dom ... generellt. (F1)

Endast ett fåtal av ungdomarna uppgav att de oroade sig för sin medicinering. Några berättade dock att de upplevde att de blev personlighetsförändrade av medicinen på ett negativt sätt och att de därför valt att avbryta medicineringen. Nio av de 20 ungdomarna uppgav biverkningar av medicineringen, men bara några få upplevde att detta var så besvärande att de ville avbryta sin medicinering.

Den hjälper mig att sova

Alla utom en av de 18 som uppgav att de förskrivits psykofarmaka mot sömnstörningar, berättade att de upplevde att sömnmedicinen hjälpte dem:

Den hjälper mig jättemycket. Den är jättebra. Det är sjukt skönt faktiskt. [...] Jag sover som en klubbad säl på natten. Det är allt. Det är skitbra. (P3)

Jag har svårt att sova på nätterna, jag kan inte sova, tänker för mycket. Det hjälper mig att sova. [...] Jag kan inte sova utan. (P7)

Jag somnar som en tjur av det. (P10)

Om jag inte hade tagit min medicin på kvällen då hade jag inte kunnat sova alls bra. (F1)

Om jag inte sover jag orkar inte nånting på hela dagen, jag orkar inte i skolan, jag orkar inte prata, jag orkar inte lyssna på andra som pratar och så. Det är svårt för mig, jag är konstig, jag är arg och så jag kasta grejer och så. (F3)

Så här beskrev några av ungdomarna hur de påverkas av att inte ta sin sömnmedicin:

Om jag inte tar dom sover jag inte. [...] Jag somnar, men kanske inte för-rän tre till halvsex på morgonen. Det är inte kul om man blir väckt vid nio-tiden. (P5)

Jag äter varje kväll, jag har bara glömt en gång och det kommer jag aldrig mer att göra. Jag sov inte på hela natten, inte en blund. [...] Jag somnade vid halvsex och vaknade vid halvsju. (F4)

Då går jag sömnlös, vaken hela natten. [...] Jag... började väl få ... sömn, vända på dygnet när jag var 14 eller nåt. Så det var väl i stort sett tre-fyra år som jag inte sov så mycket alls. [...] Det var väl kanske max två timmar per natt i tre-fyra år. På just den sidan är det ju väldigt skönt nu när man är utvilad på morgonen och hyfsat med. Humöret är mycket bättre. [...] I och med att det hjälper med min sömn, så hjälper det mig med min ångest. Det är bra. (P3)

En av flickorna berättade vad som händer om hon inte tar sin medicin mot depression:

Min depression skulle bli sämre än vanligt, man kan gråta för minsta lilla, som jag kunde innan. Jag grät så fort det regnade. Jag kan inte ta bort den medicinen. (F9)

"Nu kan jag koncentrera mig i skolan och fungerar tillsammans med andra"

Alla tolv ungdomar, som hade medicin förskrivet för adhd, berättade att den hjälpte dem att fungera i vardagen tillsammans med andra och att de kunde koncentrera sig bättre på skolarbetet. Några av dessa personer berättade att de även hade annan medicin förskrivet för depression eller för humörsväningar:

Jag mår bättre då. [...] Jag blir gladare och orkar mer i skolan och så. [...] Tar jag medicinen så går det lättare att koncentrera sig i skolan. (F2)

Om jag mår bättre vet jag fan, men jag koncentrerar mig bättre, liksom, jag är väldigt impuls, asså sådär. Och det får mig att tänka lite på att tänka till lite en extra gång. [...] Jag vet inte om tankarna försvinner, men

jag kanske tänker: Gör nåt dumt, säg nåt dumt. Men jag gör det inte helt enkelt. Jag sköter mig bättre, har lyckats bättre här och i skolan sen jag började med Ritalin. (P1)

Medicinen påverkar mig positivt för jag får bättre humör och kan kontrollera mig. (F5)

Koncentrationen blir bättre. Min uthållighet blir längre. (P2)

Nedan beskriver fyra av ungdomarna hur de fungerar när de inte tar sin adhd-medicin:

Min adhd-medicin, jag glömde... jag tog inte den för att se hur jag reagerade. Då kunde jag inte koncentrera mig alls på skolan. (F1)

Ja, alltså, när jag inte äter den och så där så, jag är så rastlös, jag kan inte bara sitta och svara på frågor, jag måste göra något hela tiden. Jag måste ställa mig upp och gå, eller hela tiden så måste jag göra någonting. På grund av att jag inte kan sitta still, alltså jag ... Alltid prata eller göra detta eller detta, så det är klart, har man adhd så ska man ju ... ha medicin. (F4)

Annars kan jag inte vara i skolan alls, jag lyssnar inte och gör som jag vill. (P10)

Medikinet [...] En blandning av Ritalin och Concerta. Den går ut i blodet lika snabbt som Ritalin men stannar lika länge som Concerta. [...] Den hjälper jättemycket. Man märker om jag inte tagit medicinen. [...] Man kan inte koncentrera sig, man är jättestimmig och är överallt, lätt irriterad också. (P8)

Upplevda biverkningar

Några av respondenterna berättade att de upplevde att medicinen inte gav någon effekt längre.

Jag är fortfarande lika deprimerad som tidigare. (F7)

Sömnpblem, fast jag tycker inte att dom hjälper längre. (F6)

En pojke berättade att han på eget initiativ valt att sluta med sin adhd-medicin eftersom han upplevt att han blev personlighetsförändrad på ett negativt sätt av den:

Ah, jag tänkte inte på det då, men... jag var inte normal när jag käkade den, tyckte jag. Liksom, det är preparat. Jag vill va' mig själv. Inte massa jävla mediciner och skit. [...] Strattera tog jag ju i början när jag kom hit, för dom tyckte att jag skulle testa, men jag ville inte ta skiten. [...] Jag gick med på det liksom. Ta medicin och se om det blir bra, men jag känner mig

skum alltså. Jag är inte mig själv. Känner mig påverkad fast ändå inte. (P4)

En annan flicka berättade följande om varför hon valt att avbryta sin adhd-medicinering som växlat mellan Concerta [metylfenidat], Strattera [atomoxetin] och Ritalin [metylfenidat]:

Dom gjorde att jag blev mer utåtagerande, jag mådde dåligare, gick upp i vikt, min mens försvann. Sen var jag trött. (F9)

Övriga biverkningar av medicineringen som nio av ungdomarna uppgav i intervjuerna var: muntorrhet, huvudvärk, yrsel, personlighetsförändring, tung i huvudet, minskad aptit, trött på morgonen, illamående, viktökning, magsår, aggressivitet, passivitet och utebliven mens. Nedan beskriver fyra av ungdomarna hur de upplever bieffekter av sömnmedicinen:

F3: Nä, faktiskt det är dåligt medicinerna. Jag tycker själv, den är dåligt. När du äter tableterna, jag kommer sova, men jag kommer som yra som jag full, helt, som jag druckit sprit nånting.

I: Så du känner dig konstig?

F3: Ja, i huvudet. Och jag vet inte vad jag pratar och sen jag skrattar så mycket, hemskt konstig. [...] Jag skrattar, springer, jag vet inte vad jag säger.

Det kan väl vara att jag känner mig helt tung i huvudet på morgonen och sådär. (F4)

Nej, inte, det enda är väl att man är riktigt trött på morgonen, jättetrött när jag vaknar, inte riktigt vaknat till, det tar ju sin tid, men jag kommer igång. (P3)

Bara att jag är trött på morgonen. Det är inte hela världen. (P7)

Ytterligare några av ungdomarna berättade att de fick biverkningar av Concerta [metylfenidat] i början av medicineringen. Detta visade sig genom illamående, huvudvärk, sömnproblem och minskad aptit:

Ja, jag mådde illa. [...] Det var Concerta. Men nu är det som det ska. (P10)

Jag har påbörjat och avslutat med den i perioder, och varje gång jag har påbörjat igen efter en paus så har jag fått biverkningar, typ huvudvärk att jag har svårt att sova. [...] det är en av biverkningarna också, att aptiten försvinner ju. (P2)

En av flickorna, som uppgav att hon ätit flera olika psykofarmaka kontinuerligt i över fyra år, berättade:

Jag har gått upp 30 kilo i vikt, jag har åkt in och ut på sjukhuset för min lever håller på att paja helt på grund av alla mediciner. Men jag måste ta dom för att jag kan inte sova annars, inte vakna annars, inte vara glad annars. (F8)

Senare under intervjun berättade hon:

Det är väl att jag är hungrig hela tiden. Jag går upp i vikt och är slö. Jag har ätit medicinen länge, så det är inte som när jag började med dom. Då sov jag halva dagarna och var nerdrogad. Då fick jag jävligt mycket The-ralen också. Jag gick runt som en zombie. (F8)

Trygg och strukturerad medicinering

Samtliga ungdomar berättade att de tyckte att hanteringen av medicinen på SiS-hemmen kändes trygg och att den skedde under kontrollerade former. Det var lite olika för olika individer, om de själva ansvarade för när medicinen skulle tas eller om det var personalen som skötte det. Det berodde också på vilken slags medicin det gällde och på om ungdomarna befann sig i en friare utslussningsfas eller bodde på mer låsta avdelningar. Samtliga ungdomar angav att de alltid fick sin medicin av personal som hade särskild delegering för detta:

Dom som har medicindelegering. [...] Det är en på varje pass tror jag, det är jättebra på den här avdelningen med sånt. (F4)

Det är en i personalen i varje grupp som har... en sån grej så att dom kan få göra det. (P10)

Sån som har medicindelegering. (F6)

De enda som berättade att de fick hantera sin medicin själva var några av dem som var på utslussningsavdelningar, eller som bodde i egna utslussningslägenheter utanför institutionen. De berättade att det ingick i utslussningen att också visa att de klarar av att sköta sin egen medicinering. Dessa personer fick ofta hela sin veckoranson i början av veckan av medicindelegerad personal. Övriga ungdomar berättade att de måste ta sin medicin övervakat, ofta vid exakta tidpunkter, och utportionerat i en burk av medicindelegerad personal:

Personalen ger mig och jag står på kontoret och jag äter på kontoret och sen jag kommer tillbaka. (F3)

Dom kommer med en liten kopp till mig, så får jag ett glas vatten medan dom tittar på [...] åtta på morgonen, och åtta på kvällen. (F7)

Jag tar den vid en viss tid. (F6)

Dom hämtar den på morgonen, så tar jag Concerta på morgonen. Sen tar jag resten vid åtta. (P10)

Ja, jag ska ha den två timmar innan läggning (P2)

Jag tar Theralen innan jag sover. Halvtimme innan så det hinner verka. Sen tar jag ångestdämpare på morgonen. (P7)

Jag tar medicin på morgonen och på kvällen. På morgonen tar jag bara en, det är mot magsår. Jag går upp och säger till, annars brukar dom glömma min morgonmedicin. Inte när jag har Strattera och dom här, då brukar dom komma ihåg det. Då ropar dom på mig, och så går jag till en liten dörr där, och så får jag min medicin och ett glas vatten, så tar jag den där. (F8)

Tre av ungdomarna berättade att de dessutom måste äta sin medicin krossad i yoghurt. Två av respondenterna berättade:

Dom kommer in till mig med en sked och en mugg och en ... eh ... yoghurt på skeden och Propavan längst upp. Så får jag äta det. (P1)

I: Hur får du medicinen?

F2: Min är ju krossad då. Det är ju av säkerhet då, så att jag inte ska samla på mig.

I: Mm. Dom har krossat den i små bitar då?

F2: Mm.

I: Hur går det till när du får medicinen, får du den av personalen då?

F2: Ja, jag får det av dom som har... legitimation för det då.

I: Ah just det. Är dom med när du tar medicinen då?

F2: Ja, dom är alltid med.

I: Så du får aldrig äta den själv?

F2: Nej. Jag får den krossad med yoghurt.

Två andra flickor och en av pojkarna berättade att de tidigare hade samlat på sig medicin:

På xxx så sparade jag några så snortade jag dom i stället. (F10)

Dom har inte vågat ge mig själv, jag höll på att dö av mediciner en gång. Jag åt 80 tabletter. Var fem minuter från att dö. [...] Det var i våras. (F9)

När jag var på xxx. Jag blev påverkad ju mer dom höjde. Under tiden jag var värst så sparade jag daglig dos och tog några dagar senare. (P9)

F2 ovan berättade att hon tyckte att det känns tryggt att intaget av medicin är så övervakat på SiS eftersom hon är suicidbenägen och flera gånger tidigare har samlat på sig mediciner. P1 ovan upplevde det däremot som kränkande:

Jag tycker att jag borde få den i kapslar, jag anser att jag har ingen yoghurt utskrivnen, det står ingenstans att jag ska ha yoghurt ... utskrivet. Därför anser jag att dom varken bör pillra med min medicin så att jag säkert helt kan fastställa att det är min medicin och sen tycker jag inte att dom ska pillra med den. Dom tror att jag ska spotta ut den i syfte att bli påverkad. (P1)

Sex av ungdomarna berättade att personalen vid enstaka tillfällen glömt att ge dem deras medicin. Övriga hade inga anmärkningar på detta, en pojke sa:

I: Dom glömmar inte att ge den eller så?

P10: Nej, för fan, har aldrig hänt.

Det var också ganska många av ungdomarna som berättade att de själva fick ansvara för när de skulle ta sina mediciner. De flesta berättade att de tyckte att detta fungerade bra, men att de ibland glömmar att ta sin medicin och att personalen då ofta påminner dem:

Man får väl säga det, runt åtta, eller ah, från åtta till tio, att om du vill ha den. Det är bara vissa som får dela ut medicinen, så då får man gå till den personen och säga det. Så hämtar dom den. Så får man stå i köket och trycka i sig den. [...] Om jag inte säger till så säger dom till mig att nu är det medicin. Om jag inte vill ta medicinen så respekterar dom det. [...] Men då vill dom att man ska gå till läkaren, dan efter. Berätta hur det ligger till då. (P5)

Jag får säga till själv när jag ska ha mina tabletter... oftast är det en timme innan jag ska lägga mig då. (P6)

Jag får det när jag själv känner för det. Alltså på kvällen. Men ibland får jag det vid åtta och ibland vid sju beroende på när jag kommer på det. En gång glömde jag det och då kunde jag inte sova på hela natten. (F4)

Jag får min medicin i en liten burk. Det är viss personal som, det är bara några som får dela ut. [...] så säger vi till. Jag brukar säga att jag vill ha den en timme innan jag går och lägger mig för då hinner jag komma in i det. [...] Det är liknande på alla ställen jag har varit på. Dom säger till och frågar ibland, man kan glömma själv och då frågar dom om du vill ha din medicin och ah, just det. Så det är väldigt bra. [...] det händer väl ibland att man glömmar lite, om man sitter och kollar på film eller fotbolls-VM och är helt inne i matchen och tänker inte riktigt på det. Och så ser man på klockan och den är helt plötsligt halvtio, oh shit, medicinen. (P3)

Dom ger mig det i en liten typ burk [...] när jag säger till att jag vill ha den [...] Det är ju jag som ber om medicinen. (P4)

Kontakter vid insättning och fortsatt behandling

Vad gäller den kontinuerliga kontakten med läkare och sjuksköterska och justeringen av respondenternas förskrivna medicin, så berättade de flesta respondenter att den sker via samtal med en sjuksköterska som finns tillgänglig på ungdomshemmet större delen av veckan. Sjuksköterskan har i sin tur ofta kontinuerlig kontakt med förskrivande läkare och när det behövs eller ungdomarna själva vill, så bokas det in en tid med förskrivande läkare.

Ungdomarna träffade läkaren olika ofta. Några hade inte träffat förskrivande läkare på flera år, i vissa fall för att deras läkare befann sig långt borta på annan ort. De flesta träffade dock läkare kontinuerligt med jämna mellanrum, och uppgav att deras förskrivande läkare fanns tillgänglig för dem vid behov. Det var också vanligt att man träffade förskrivande läkare oftare i början medan medicinen justerades så att den fick avsedd effekt. Flera beskrev hur deras sömnmedicin hade justerats med hjälp av kartläggning av deras sömn enligt ett schema som de fått fylla i kontinuerligt. Efter att medicinen justerats till en ”lagom” nivå så hade de sedan under en längre tid fått samma dos. Här följer några exempel på dessa beskrivningar:

Innan du får medicinen får du nåt papper och du får fylla i ett sömn-schema. När man sover och släcker lampan och så. Så utifrån det då så tänker dom om man behöver sömnmedicin eller inte då. Dom tyckte då att jag skulle ha det. [...] Den ändrades, jag fick en tablett i början, och sen så efter ett tag så slutade den hjälpa, så nu får jag två, det är faktiskt skitbra. (P5)

Från början gjorde jag ett sånt schema då, typ om när jag vaknar och somnar och sådär. Jag skulle skriva ner vilken tid. [...] Först hade jag bara en tablett, jag skulle testa om det funkade. Det hjälpte inte efter ett tag, så då fick jag två stycken. Nu hjälper inte dom heller. (F6)

Läkaren justerade sömnmedicinen i början sen funkade det bra med två tabletter som jag haft nu över nio månader. (P6)

Det görs lite såna här uppföljnings... noteringar med sjuksköterskorna. [...] Ja. Först på Mirtazapinen så började jag på, nu kommer jag inte riktigt ihåg hur det var, men man trappade upp så, men nu är det samma. (P3)

Först jag ta fem stycken tablett på xxx, dom är gröna och så. Och sen efter två månader, när jag flyttat, dom funkar inte längre, jag sover ingenting. Och sen jag pratat med honom [läkaren] han säger: Ja, du dåligt sov, vi byta tablett, och vi byta stark tablett i stället, du har en tablett och den är stark. Och sen det funkar den tablett. (F3)

En av frågorna i intervjuerna var: Vem var det som föreslog/bestämde att du skulle ha medicin första gången den skrevs ut? För många av ungdomarna som haft medicin förskrivet långt tillbaka i tiden, var detta en svår fråga att

svara på. De flesta svarade ändå på hur de trodde att det gått till. Fem av ungdomarna uppgav att det var någon läkare eller psykolog på BUP som föreslog att de skulle ha medicin första gången. Fem andra uppgav att det var en läkare eller psykolog, men att de inte visste exakt i vilket sammanhang. Övriga ungdomar uppgav att de själva frågade efter medicin för att de mådde dåligt eller inte kunde sova. Efter samtal med sjuksköterska eller psykolog och därefter med läkare, hade de sedan fått medicin förskrivna. Här följer några beskrivningar från ungdomarna:

Jag frågade om man kunde få något mot sömn, och så fick jag snacka med sjuksyster och så frågade hon vad ... lite mer detaljerat vad det var och så. Då sa jag att det är väl så att jag vill ha nåt mot ångest och sömn. Vi testade och det funkade bra, så det var bara att fortsätta. (P3)

Jag sa till en sjuksköterska, så fick jag medicinen. Så sa jag att det funkade. [...] det är mitt val. (P7)

Jag sa att jag har haft problem med sömnen, så fick jag det där schemat. Då tyckte dom att jag behövde det liksom [...] jag vill äta medicinen. (F6)

Det var ... inte jag i alla fall. [...] Jag har för mig att det var min psykolog som föreslog medicinen. (F8)

Han [läkaren] frågade mig: Vad vill du ha för medicin? Då sa jag Ritalin och då sa han att vi kör på det. (P1)

Som tidigare beskrivits, hade några ungdomar själva valt att avbryta sin medicinering. Flera berättade också att sjuksköterskor och läkare ibland avbrutit deras medicinering av olika anledningar. En flicka var arg för att sjuksköterskan precis hade avbrutit hennes medicinering:

Sjuksköterskan förstör för mig, för hon har gjort så jag fått avbryta med Concerta, fast jag hela tiden sagt att det är tvärtom så att jag behöver dubbla dosen. (F5)

Två andra flickor uppgav också att de var arga för att deras medicinering med bensodiazepin och Lyrica [pregabalin] hade avbrutits, trots att de själva ansåg att de behövde preparaten. Två ungdomar uppgav också att läkaren nyligen velat avbryta deras Ritalin-medicinering [metylfenidat] på grund av att de lämnat positiva urinprov:

Jag lämnade ett positivt urinprov, eh ... till xxx, för några månader sen. Efter misstankar här uppe. Och då sa dom att dom ville avbryta min Ritalin. [...] Men då sa jag att... jag inte ville det. [...] Men dom var väldigt nära att göra det. [...] Jag sa: Jag kan lämna regelbundna urinprov så att ni är säkra, och händer det igen kan ni avbryta. (P1)

Jag äter just nu Strattera istället för Ritalin, för jag var positiv på ett urinprov, sen äter jag Seroquel, Propavan och Zyprexa. (F8)

En av ungdomarna berättade att han efterfrågat mer medicin, men inte fått det, och att han hade förståelse för detta:

I: Har läkaren velat att du ska avbryta medicinen?

P9: Jag har velat höja den. Mer alltså.

I: Du har velat höja mer än vad du fått?

P9: Ja.

I: Vad tycker du om det?

P9: Det är rätt, jag tar ju så mycket mediciner redan, det blir farligt med för mycket liksom.

Läkemedel och droger i missbrukssyfte

Cirka en tredjedel av ungdomarna berättade att de ätit receptbelagda mediciner samtidigt som de tagit droger eller narkotikaklassade läkemedel. Ibland hade det varit mediciner de själva haft förskrivna och ibland hade det varit mediciner som de fått tag på själva. Beskrivningarna i detta avsnitt handlar om perioder då ungdomarna inte varit placerade på SiS. Så här berättade de:

Jag har tagit medicin och droger varje dag, så det är ett missbruk jag har haft sen jag var 10 år. [...] Jag har rökt hasch sen jag var 10. Sen vid 12-13 blev det lite tyngre med amfetamin [...] sen vid 14 var jag fast på amfetamin. (P1)

Jag har ätit benso som jag blandade med horset då. Sen har jag varit allätare, jag har ätit det mesta. (F8)

Rökt hasch och tagit lite piller. (P10)

När jag inte har varit inlåst har jag tagit väldigt massa mediciner som jag inte fått av läkare. Som benso och sån där skit. (F4)

Nej, inte just på SiS. Men ... jag bodde på ett, jag är från xxx så där bodde jag på ett lägenhetsboende och då knarkade jag rätt mycket och då fick jag medicin. Det är väl enda gången. (P3)

Det jag har rökt har nån beställt från nätet. [...] Innan fanns det ett som hette xxx och sen var det bara tryck så kommer det hem [...] Jag kunde köpa 50 gram för 500. Gräs kostade 3 gram 500. [...] När jag käka Concerta så använde jag ju både Concerta och droger. Sen slutade jag med Concerta och rökte bara. (P4)

Många (14 av 20) berättade att de vid något eller flera tillfällen ätit medicin som de inte hade fått förskrivet av läkare, utan som de hade fått tag i på andra sätt. Enligt ungdomarna är det lätt att få tag på mediciner ute i samhället. De flesta har köpt det av personer som säljer eller så har de fått preparaten av

kompisar eller tagit dem av anhöriga. Bara en berättade att han också kände till att ungdomar på SiS delar mediciner med varandra:

I: Är det vanligt att det förekommer att andra ungdomar delar medicin eller samlar på sig, säljer eller pressar varandra på medicin?

P2: Absolut, det hände här för ett litet tag sen.

I: Vad hände då?

P2: Det var en kille som gömde piller. Så skulle han sälja dom eller jag vette fan vad han skulle göra, sen så hittade dom pillrena och dom fick skit för det.

Ytterligare två ungdomar berättade att det förekommit droger på de hem de var på vid intervjutillfället:

I: Vad var det som hade hänt då, när du hamnade på isoleringen?

P1: Nä, då var det brandlarmet som hade gått för att jag hade rökt hasch på rummet.

Aa, det var några veckor sen. Då samlade dom oss här en och en och gick in i våra rum och frågade om vi visste nåt om drogerna som kommit in. Jag hade ingen aning. Då var det tydligen någon som hade tagit in hasch. Men det hade personalen fått reda på då [...] Men sen gör dom ju såna här slumpmässiga visitationer, och då har dom visiterat rum och sovrum och tvättstugor och alla områden då [...] Det är emellan åt. Slumpmässigt. Antingen om dom misstänker nåt eller om dom bara vill kolla att det är som det ska [...] Jag bryr mig inte så faktiskt, jag menar, det är trots allt en SiS-institution. Om jag har nåt jag inte får ha, så ska jag inte ha det. Jag har inget jag inte ska ha. (P5)

På frågan om hur man får in drogerna på SiS så undvek alla utom en att svara, antingen för att de inte visste eller för att de inte ville berätta. Personen som berättade säger att det nästan alltid sker via besök utifrån. Flera av ungdomarna berättade att det är mycket större tillgång på droger och mediciner på andra boenden som de har varit på tidigare:

Det är ju oerhört vanligt med droger på HVB-hem. [...] Är du missbrukare så tar du ju din drog om du får tag i det, och i ett HVB-hem får du tag i det. [...] har du ett missbruk av droger där du tar din drog och känner ett sug, ett beroende, så hjälper inte HVB någon [...] här får man ju inte tag på nånting. Och det är bra. Jag har suttit på SiS i snart ett år. (P1)

Förra stället jag bodde på var det några som blandade sina mediciner då, dom gav varandra. Det är det enda jag har varit med om. (F2)

Nej, här är det ingen som gör det. På xxx var det många som köpte, krossade och sniffade och såna saker. (P5)

Inte här i alla fall. Det är ju hög säkerhet liksom. Jag har inte sett några droger här. (P2)

*I: Har du varit med om att ungdomar delar med sig av mediciner?
P9: Ja, när jag var på xxx.
I: Är det vanligt?
P9: Där var det det.
I: Vad var det för mediciner?
P9: Allt. Ritalin, Concerta, allt sånt.
I: Är det mindre sånt på SiS?
P9: Det har inte varit någonting.
I: Har det varit vanligt med droger på ungdomshem?
P9: Ja. Men bara på HVB-hem.
I: Så det är stor skillnad på HVB och SiS?
P9: Ja.
I: När man är på såna hem, hur får man in drogerna och mediciner som man inte fått utskrivet?
P9: På HVB är det bara att ha det i fickan.*

Flera av ungdomarna berättade att de tyckte att det kändes tryggt på SiS, eftersom det är mycket strängare kontroll än på andra boenden de varit på tidigare och att tillgången på droger och mediciner därför är liten:

Är det nåt som kommer med post så får du ett kuvert som du öppnar framför personal då, så dom är med och kollar av då. (P5)

Det är inget som är omöjligt, men här är dom stränga, så det är en väldigt liten chans. (F9)

Ungefär hälften av ungdomarna (9 st) berättade att man pratar ganska mycket med varandra om droger och mediciner. Här är två exempel på detta:

Inte om medicin, men droger, vad effekterna är på dom och så [...] Det kan hända att dom frågar vilken medicin man tar. (P7)

Aa, väldigt mycket [...] Allt möjligt. Alla droger som finns och vilka mediciner som vi käkat. (F7)

Övriga elva berättade att de inte upplever att det pratas så mycket mellan ungdomarna om mediciner och droger. Några berättade också att det är förbjudet att prata om detta på deras avdelningar och att de har förståelse för det:

Nej, man får inte lov att snacka om sånt där inne. Om någon som tagit till exempel amfetamin innan och man börjar prata om droger kan den känna abstinens då. Det är respektlöst att starta en abstinens. Så lite som möjligt. Gör vi det och nån som jobbar hör det så säger dom till. (P5)

Sammanfattning

Sammantaget uppgav ungdomarna att de använde 18 olika sorters psykofarmaka. Över hälften (13 av 20) hade mer än en sorts psykofarmaka förskrivna, och som mest angavs fem olika sorter samtidigt. Den absolut vanligaste sortens psykofarmaka som ungdomarna hade var sömnmedel. Därefter kom adhd-läkemedel. Övriga psykofarmaka som ungdomarna hade var läkemedel mot ångest, depression, humörsvängningar och tvångstankar.

Samtliga uppgav att de kände till syftet med sin medicinering och 18 uppgav att de själva ville ta sin medicin. Några ville också ha betydligt mer och starkare medicin än vad de fick. Nästan hälften (9 av 20) hade biverkningar av sina mediciner.

Ungdomarna hade alla sin egen individuella problematik och berättelse om att använda psykofarmaka. Deras svar går inte att generalisera till hela gruppen ungdomar som är i samhällsvård. Från de 20 intervjuer som gjordes framträdde dock tre olika grupper:

- De som hade fått en diagnos tidigt och som använt psykofarmaka länge, från 7–12 års ålder.
- De som hade använt droger under en längre tid och därefter börjat använda psykofarmaka när de blev institutionsplacerade vid 14–17 års ålder. De kände oftast till både namn och doser på sina mediciner, och flera i denna grupp ville ha starkare mediciner än vad de redan hade.
- De som inte använt psykofarmaka förrän de blev institutionsplacerade vid 14–17 års ålder. Dessa använde främst sömntabletter och ångestdämpande medel som en konsekvens av att de mådde dåligt av att vara inlåsta, eller på grund av de hårda flamsäkra madrasserna som fanns på de låsta avdelningarna. I denna grupp var det vanligt att man varken kände till namn eller dos på sina mediciner.

Bilaga 2. Metodbeskrivning

Samtliga resultat i rapporten baseras på Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, som samkörts med läkemedelsregistret och patientregistret samt SCB:s utbildningsregister. Databearbetningarna är genomförda under hösten 2014 och utgår från då senast uppdaterade data. Avgränsningen av studiepopulationen varierar något i de olika tabellerna beroende på frågeställning, vilket redogörs för i denna bilaga.

Studiepopulation

Studiepopulationen är avgränsad till personer som var 0–21 år gamla och folkbokförda i Sverige år 2013, enligt SCB:s utbildningsregister. Studiegrupperna har skapats utifrån Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Detta register innehåller uppgifter om insatser som är individuellt behovsprövade och som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU.³ I denna studie ingår bara heldygnsvård utanför det egna hemmet. Grupperna har delats in efter placeringsform och tid i placering år 2013 på följande sätt:

Familjehem hela året	Personen har varit placerad i heldygnsvård hela året varav merparten av tiden i familjehem inkl. jourhem och/eller nätverkshem.
HVB hela året	Personen har varit placerad i heldygnsvård hela året varav merparten av tiden i hem för vård eller boende, HVB.
SiS-hem hela året	Personen har varit placerad i heldygnsvård hela året varav merparten av tiden på SiS särskilda ungdomshem. ⁴
Familjehem 3–11 mån	Personen har varit placerad i heldygnsvård mer än tre månader men inte hela året, varav merparten av tiden i familjehem inkl. jourhem och/eller nätverkshem.
HVB 3–11 mån	Personen har varit placerad i heldygnsvård mer än tre månader men inte hela året, varav merparten av tiden i hem för vård eller boende, HVB.
SiS-hem 3–11 mån	Personen har varit placerad i heldygnsvård mer än tre månader men inte hela året, varav merparten av tiden på SiS särskilda ungdomshem.
Ej placerade	Personer som <i>aldrig</i> har varit placerade och som inte förekommer i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.

³ Insatser som socialtjänsten ger till barn och ungdomar utan biståndsbeslut ingår inte i registret, detsamma gäller insatser till barn och unga på grund av funktionsnedsättning.

⁴ Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för så kallade särskilda ungdomshem, hem för vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn enligt 12 § LVU.

Personer som inte uppfyller villkoren för att ingå i någon av grupperna ovan har uteslutits ur studiepopulationen. I rapporten redovisas bara resultat för personer som är 13–21 år gamla. I tabellerna 1–4, 7 och 9 redovisas bara resultat för de studiegrupper som var placerade under hela året. I tabellerna 5, 6, 8 och 10, samt i figurerna, redovisas samtliga studiegrupper separat eller sammanslaget. Gruppen som var placerad i heldygnsvård hela året, varav merparten på SiS särskilda ungdomshem, är liten till antalet, särskilt bland flickor. Resultaten följer dock samma mönster som för dem som varit placerade under delar av året, varför resultaten ändå redovisas. Även andra gruppindelningar har provats, exempelvis med flera sammanslagna år, och dessa resultat uppvisar också ett likartat mönster. Mot bakgrund av detta är Socialstyrelsens bedömning att resultaten som redovisas i rapporten är rimligt stabila, även då de baseras på små tal.

Tabell B1. Studiepopulation.

Personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter ålder och placeringsform 2013. Antal.

	Ej placerade	Heldygnsvård hela året			Heldygnsvård 3-11 mån		
		Familjehem	HVB	SiS-hem	Familjehem	HVB	SiS-hem
Flickor/kvinnor							
13-17 år	236 493	1 703	220	38	1 022	531	95
18-21 år	231 947	1 057	369	27	715	425	66
Pojkar/män							
13-17 år	250 238	1 780	1 147	45	923	1 281	204
18-21 år	243 923	1 140	1 484	84	701	988	174

Studiepopulationen är indelad i åldersgrupper. Ålderssammansättningen avviker något mellan studiegrupperna, så att de placerade i genomsnitt är lite äldre än de icke-placerade i åldersgruppen 13–17 år. I åldersgruppen 18–21 år är förhållandet det omvända, så att de placerade är något yngre än de icke-placerade.

Under senare år har andelen ensamkommande flyktingbarn ökat kraftigt, vilket har fått till följd att en stor andel av dem som bor på HVB är ensamkommande flyktingbarn. [1] Detta kan vara en felkälla vid registeranalyser där flera olika register samkörs, eftersom en stor del av de ensamkommande flyktingbarnen inte har personnummer, eller samordningsnummer. Därmed kan de inte följas i hälsodataregistren, vilket gör att exempelvis förekomsten av psykofarmaka underskattas om deras användning inte återfinns i läkemedelsregistret för att de saknar identifikation. För att undvika detta, och för att skapa en jämförelsegrupp av icke-placerade, har hela studiepopulationen samkörts med SCB:s utbildningsregister.⁵ Personer som inte återfinns i utbildningsregistret har exkluderats ur studien, och därmed ingår inte de som saknar uppehållstillstånd eller som kommit som ensamkommande flyktingbarn under de studerade åren i analyserna.

⁵ SCB:s utbildningsregister innehåller uppgifter om befolkningens utbildningsnivå och utbildningsinriktning för alla i Sverige folkbokförda personer.

Bland dem som var placerade på HVB hela år 2013 var cirka 80 procent av pojkarna, och cirka 40 procent av flickorna, födda i ett annat land än Sverige. Bland placerade i familjehem och på SiS särskilda ungdomshem var andelen utlandsfödda betydligt lägre, cirka 25 respektive 15 procent. Trots att vi vet att en stor andel av de placerade på HVB är utlandsfödda så har vi inte tagit hänsyn till det i analyserna, eftersom uppgift om födelseland saknas för de icke-placerade som är jämförelsegrupp i denna studie. Generellt var användningen av psykofarmaka bland de placerade betydligt lägre bland de utlandsfödda, än bland de Sverigefödda. Den höga andelen utlandsfödda på HVB bidrar därmed till en lägre förekomst av psykofarmaka inom gruppen, särskilt bland pojkar.

Indelning efter placeringsform

De olika former av placering som registreras i registret över insatser för barn och unga är: familjehem; nätverkshem; jourhem; hem för vård eller boende (HVB) som drivs av kommun eller landsting; HVB som drivs av enskild; hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU; eget hem; samt annan placeringsform. [2] I denna studie ingår bara heldygnsinsatser utanför hemmet, dvs. placering utanför hemmet enligt SoL eller enligt LVU. Personer som har haft insatser i eget hem, eller annan placeringsform, är exkluderade ur studiepopulationen. I rapporten används följande indelning av placeringsformerna:

- Gruppen familjehem har slagits samman med nätverkshem och jourhem. Familjehem avser enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Jourhem avser enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn och ungdomar för tillfälliga placeringar. Ett jourhem ska vara lika väl utrett som ett familjehem men har ett generellt tillstånd att ta emot barn och ungdomar för tillfälliga placeringar i främst akuta situationer. Jourhem är i allmänhet kontrakterade av en eller flera kommuner. Nätverkshem avser familjehemsplacering hos anhörig eller annan närstående.
- Gruppen HVB omfattar både HVB i privat och i offentlig regi. HVB avser hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med boende och vars verksamhet bedrivs yrkesmässigt. Privata vårdgivare måste ha tillstånd för att bedriva HVB-verksamhet.
- Gruppen SiS-hem omfattar SiS särskilda ungdomshem. Här avses hem för vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn enligt 12 § LVU, och där Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman.

Studiegrupperna skiljer sig åt vad gäller placeringshistorik, det vill säga vid vilken ålder de placerades för första gången samt hur länge, och många gånger, de hade varit i placerade under uppväxten. De som varit placerade i heldygnsvård under hela året var i genomsnitt yngre när de placerades för första gången, jämfört med dem som bara hade varit placerade under delar av året. Och de som var placerade i familjehem var yngre vid första placeringen, än de som var placerade på SiS särskilda ungdomshem. Äldst vid första placeringen var de som var placerade på HVB. Av det följer också att de som var placerade under hela året, särskilt i familjehem, hade haft en längre sam-

manlagd tid i heldygnsvård under uppväxten. De som var placerade på SiS särskilda ungdomshem hade i genomsnitt haft flest antal placeringar.

Tabell B2. Ålder vid första placering, sammanlagd tid i heldygnsvård och antal placeringar.

Personer 13-21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter ålder och placeringsform 2013. Genomsnittlig ålder, samt genomsnittligt antal år och placeringar.

	Heldygnsvård hela året			Heldygnsvård 3-11 mån		
	Familje- hem	HVB	SiS-hem	Familje- hem	HVB	SiS-hem
Pojkar 13-17 år						
Ålder vid första placering (år)	9,0	14,3	11,7	12,5	14,7	12,7
Sammanlagd tid i placering (år)	5,8	2,3	3,5	2,2	1,3	2,2
Antal placeringar	1,8	1,4	3,7	2,0	2,0	4,3
Män 18-21 år						
Ålder vid första placering (år)	11,8	15,9	14,1	12,8	16,0	14,5
Sammanlagd tid i placering (år)	6,6	3,2	4,3	5,6	2,4	3,3
Antal placeringar	2,0	1,6	3,5	2,2	2,2	5,1
Flickor 13-17 år						
Ålder vid första placering (år)	9,1	12,1	11,9	12,5	13,7	13,0
Sammanlagd tid i placering (år)	5,7	3,2	3,8	2,1	1,6	2,3
Antal placeringar	1,8	2,3	4,1	2,0	2,6	4,3
Kvinnor 18-21 år						
Ålder vid första placering (år)	11,7	15,4	14,1	13,0	15,0	14,1
Sammanlagd tid i placering (år)	6,5	3,6	4,4	4,8	2,8	2,8
Antal placeringar	1,9	2,4	4,5	2,2	2,9	5,7

Antal placeringar avser placeringsperioder med minst en månads mellanrum.

Psykofarmaka

ATC-koder (Anatomical Therapeutic Classification) för läkemedel har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Uppgifterna i registret avser läkemedel som har expedierats, det vill säga hämtats ut, på apotek. Läkemedel som förskrivits men inte expedierats ingår inte i registret. Samma person kan använda flera typer av psykofarmaka, och därmed förekomma i fler än en läkemedelsgrupp. Läkemedlen har grupperats på följande sätt:

Stämningsstabiliserande	N03 exkl. N03AX16
Lyrice	N03AX16
Antipsykotika	N05A exkl. N05AN
Litium	N05AN
Bensodiazepiner	N05B
Lugnande	N05C
Antidepressiva	N06A
Adhd-läkemedel	N06BA exkl. N06BA07

I tabell 4 redovisas kombinationer av flera olika psykofarmaka inom en och samma läkemedelsgrupp. Där har grupperingen justerats något enligt följande: Stämningsstabiliserande läkemedel har slagits samman med Lyrice till en grupp; och Melatonin (ATC-kod N05CH01) har exkluderats ur gruppen Lugnande. I tabell 7 avser användning av psykofarmaka minst tre uttag av läkemedel inom någon av de åtta grupperna.

Definierad dygnsdos, DDD

DDD (Definierad DygnsDos) är ett enhetligt mått som anger ett läkemedels förmodade genomsnittliga dygnsdos. Måttet avser läkemedlets användning av en vuxen person vid huvudindikation, det vill säga det sjukdomstillstånd som ett specifikt läkemedel huvudsakligen ska användas för.

Förskrivaren

Läkemedelsregistret omfattar också uppgifter om förskrivaren, som yrke och specialistutbildning, samt förskrivarens arbetsplats, som ägarform, vårdform och verksamhetsinriktning. I tabell 8 används koden för läkares specialistkompetens, som utgår från förskrivareregistret för läkares specialistkompetens. I tabell 9 och 10, och figur 1 och 2, används förskrivarens arbetsplatskod. Den anger förskrivande vårdenhet och har hämtats från arbetsplatskodsregistret, som administreras av landstingen (oavsett om förskrivaren är anställd där eller inte). En förskrivande vårdenhet kan ha flera förskrivare som arbetar vid vårdenheten men kan också utgöra en förskrivare som är privat och med egen arbetsplatskod. I praktiken kan antalet förskrivare vara flera än antalet förskrivande vårdenheter.

Psykiatriska diagnoser

Diagnoserna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister, som omfattar slutenvård och specialiserad öppenvård. Diagnoserna är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikationer av sjukdomar – International Classification of Diseases ICD-10 [3]. Samma person kan förekomma i fler än en diagnosgrupp. De psykiatriska diagnoserna har grupperats på följande sätt:

Missbruk	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. (ICD10: F1)
Schizofreni	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. (ICD10: F2)
Mani/bipolär sjukdom	Manisk episod, bipolär störning. (ICD10: F30–F31)
Depression	Depression, förstämningssyndrom. (ICD10: F32–F39)
Ångest	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. (ICD10: F40–F48)
Sömn och ätstörning etc.	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer. (ICD10: F5)
Personlighetsstörning	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna. (ICD10: F6)
Utvecklingsstörning	Psykisk utvecklingsstörning. (ICD10: F7)
Autismspektrumstörning	Störningar i psykisk utveckling. (ICD10: F8)
Adhd	Hyperaktivitetsstörning, beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid. (ICD10: F9)

Observera att när diagnoser redovisas i tabellerna (tabellerna 5–7) avser studiepopulationen personer som var folkbokförda i Sverige åren 2012 och 2013, eftersom diagnoserna hämtats för båda dessa år. Vi har även utfört analyser där diagnoser för hela perioden 2006–2013 studerats, dessa redovisas dock inte i rapporten.

Kompletterande analyser

I några fall redovisas kompletterande resultat till tabellerna. Det gäller dels kommentarer kring andelen som inte använt psykofarmaka innan de placerades i heldygnsvård (sidan 10), dels kommentarer om följsamhet och långvarig medicinering (sidan 14). Dessa analyser beskrivs nedan.

Användning av psykofarmaka innan placering

Studiepopulationen utgörs av personer som födda 1993–1997 och som placerades i heldygnsvård för första gången år 2010. Det innebär att de var tonåringar vid första placeringen (13–17 år). Personer som enligt utbildningsregistret inte varit folkbokförda i Sverige under hela perioden 2006–2010 är exkluderade ur studien. Att man inte fått psykofarmaka förskrivet före placering innebär att man inte förskrivits någon av de studerade psykofarmakatyperna från 2006 till datumet för den första placeringen år 2010, enligt läkemedelsregistret.

Följsamhet och långvarig medicinering

Studiepopulationen är avgränsad till personer som påbörjade adhd- respektive antipsykotika-medicinering när de var mellan 10 och 17 år. Personer som inte varit folkbokförda i Sverige under hela perioden 2006–2013 är exkluderade ur studien. Studiegrupperna är indelade i tre grupper:

1. Icke-placerade (enligt samma definition som används i rapporten i övrigt) som har förskrivits läkemedel i samband med besök vid barn- och ungdomspsykiatrisk vård, barn- och ungdomsneurologisk vård med habilitering, habilitering eller barn- och ungdomsmedicinsk vård.
2. Placerade som förskrivits läkemedel under en placeringsperiod (dvs. under heldygnsvård i familjehem inklusive nätverkshem och jourhem, på HVB eller på SiS särskilda ungdomshem) och *inte* i samband med besök vid barn- och ungdomspsykiatrisk vård, barn- och ungdomsneurologisk vård med habilitering, habilitering eller barn- och ungdomsmedicinsk.
3. Placerade som förskrivits läkemedel under en placeringsperiod, och i samband med besök på barn- och ungdomspsykiatrisk vård, barn- och ungdomsneurologisk vård med habilitering, habilitering eller barn- och ungdomsmedicinsk vård.

Att påbörja medicinering är i denna studie definierat som att man inte förskrevs det studerade läkemedlet år 2006, utan förskrevs det för första gången perioden 2007–2011. Att förskrivningen skett i samband med besök vid någon av de ovan specificerade vårdenheterna, definieras här som att den skett inom tre månader från och med att besöket är registrerat i patientregistret. Följsamhet och långvarig medicinering avser förskrivning under en två-

årsperiod från första förskrivningsdatum i läkemedelsregistret, med minst tre uttag båda de två på varandra följande åren.

Analysen är genomförd med Cox-regression [4], där sannolikheten för att fortsätta använda det studerade läkemedlet under två på varandra följande år har beräknats. Resultaten har beräknats som relativa risker (RR), det vill säga sannolikheten för att en viss händelse inträffar hos en grupp jämfört med en vald referensgrupp. I analyserna har vi justerat för kön, placeringsform, ålder då medicineringen påbörjats och kalenderår. Eftersom vi studerat förekomsten av medicinering under två på varandra följande år, och hela studiepopulationen varit folkbokförd i landet under hela perioden, har analysen utförts med konstant tid [5].

Referenser

1. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.
2. Barn och unga – insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2014.
3. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011. (ICD-10-SE). Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Allison PD. Survival Analysis Using SAS. A Practical Guide. Second Edition. Cary: SAS Institute Inc.; 2010.
5. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Medical Research Methodology. 2003;3(1):21.