

Väntrumstudie inom allmänpsykiatrisk öppenvård

Patienternas egna perspektiv. Orsaker till psykisk ohälsa och strategier för psykisk hälsa. Skillnader mellan unga och äldre, kvinnor och män.



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Åsbring N, Kosidou K, Dalman C. Väntrumsstudie inom allmänpsykiatrisk öppenvård. Patienternas egna perspektiv. Orsaker till psykisk ohälsa och strategier för psykisk hälsa. Skillnader mellan unga och äldre, kvinnor och män. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Rapport 2016:11.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna

ces@sll.se



Rapport 2016:11



ISBN 978-91-87691-43-0



Författare: Nina Åsbring, Kyriaki Kosidou, Christina Dalman

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm november 2016

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Det har skett en ökning av den självupplevda psykiska ohälsan i såväl Stockholms län som landet som helhet. Även den psykiatriska vårdkonsumtionen har ökat betydligt. Denna utveckling har kunnat ses i samtliga åldersgrupper, men det är de unga kvinnorna som har högst självupplevd psykisk ohälsa och som i högre grad än andra söker psykiatrisk vård. Vad har människor med psykisk ohälsa själva för föreställningar om vad deras psykiska ohälsa beror på? Hur skiljer detta sig mellan olika åldersgrupper och mellan könen? Och vilka strategier upplever människor har gynnsam effekt på deras mående? Dessa frågor undersöker vi i föreliggande rapport genom att tillfråga personer i väntrummet på två psykiatriska mottagningar i Stockholm. Rapporten syftar till att återge vad människor som lider av psykisk ohälsa med egna ord beskriver vad de tror att deras besvär kan bero på och hur de kan hanteras.

Vi tror att såväl professionen som andra aktörer inom området har glädje av att ta del av patienternas perspektiv, förhoppningar och erfarenheter på ett samlat och mer generellt plan än i mötet med den enskilde patienten. Rapporten kan också vara en utgångspunkt för fördjupade studier och satsningar på området.

Vi vill tacka Henrik Dal för hjälp med webbenkät samt Joanna Stjernschantz Forsberg för hjälp med utformning av enkät och etikansökan.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Resultat – analys.....	5
Resultat – uppfattningar om orsaker	5
Resultat – uppfattningar om strategier	6
Implikationer	6
Bakgrund	7
Syfte och frågeställningar	8
Metod	9
Genomförande.....	9
Analys	9
Analysprocess.....	10
Resultat	11
Datainsamling	11
Tema 1: Patienternas uppfattningar om orsaker till deras psykiska ohälsa	12
Tema 2: Bästa strategierna för att må psykiskt bra	17
Sammanfattande diskussion	20
Uppfattningar om orsaker	20
Kvinnors livsstress	20
Uppväxtvillkor.....	21
Uppfattningar om gynnsamma strategier	21
De unga vuxna.....	22
Styrkor och svagheter	23
Implikationer.....	24
Referenser	26
Bilagor	29
Bilaga 1. Skriftlig information till patienterna.....	29
Bilaga 2. Tema 1: Orsaker. Subkategorier.	30
Bilaga 3. Tema 2: Strategier. Subkategorier	38

Sammanfattning

Den självrapporterade psykiska ohälsan såväl som den psykiatriska vårdkonsumtionen har ökat i Sverige, i synnerhet bland unga. Det är därför angeläget att undersöka vad människor som söker hjälp, med egna ord, beskriver att de tror att deras besvär kan bero på och vad de upplever som goda strategier för att må bättre. Syftet med föreliggande studie är att få kännedom om vilka uppfattningar vuxna patienter som sökt psykiatriska öppenvårdsmottagningar har om orsakerna till sina psykiska besvär samt vilka av de strategier som de använt som har upplevts ha positiva konsekvenser för deras psykiska mående. Dessutom har vi undersökt hur nämnda aspekter skiljer sig mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre åldersgrupper. Studien bygger på en analys av svaren på öppna frågor som ingick i en enkät som lämnades ut till patienter i väntrummen vid två öppna psykiatriska mottagningar inom Stockholms län under hösten år 2014. Patienterna kunde besvara enkäten antingen som webb- eller pappersenkät, vid besökstillfället eller vid ett senare tillfälle.

Resultat – analys

Av de totalt 590 personerna i åldrarna 18–78 år som besvarade enkäten var det 436 personer som angav ett kodningsbart svar på frågan om orsakerna till sin psykiska ohälsa. Av dessa var 72 procent kvinnor och 28 procent män. Det var totalt 307 personer som besvarade frågan om vilka strategier de upplevt vara gynnsamma. Av dessa personer var 71 procent kvinnor och 29 procent män. Studiens ansats är kvalitativ och en innehållsanalys har gjorts av svaren, men både kvalitativa analyser och enklare numeriska beräkningar (procentuella andelar) har genomförts. Studien är emellertid främst driven av den kvalitativa analysen som utgör grunden för beräkningarna.

Resultat – uppfattningar om orsaker

Resultaten visar att den största andelen, 32 procent, av patienterna ansåg att den aktuella diagnosen eller de psykiska besvären i sig helt eller delvis orsakade deras psykiska ohälsa. ADHD dominerade som orsaksförklaring. Den näst vanligaste orsaken som uppgavs var personliga egenskaper, såsom bristande självförtroende/självkänsla eller höga inre krav, enligt 28 procent av patienterna. Därefter följer livsstress (24 %) och uppväxtvillkor (19 %).

Könsskillnader: Kvinnorna lyfte i högre grad än männen fram höga inre krav och känslig personlighet än männen liksom utbrändhet/utmattning. Några andra förklaringar till den psykiska ohälsan som förekom i högre omfattning bland kvinnorna var stress/tidsbrist, påfrestande uppväxtvillkor, trauman och fysiska orsaker. En större andel av männen lyfte fram sociala aspekter i synnerhet avseende ekonomin och missbruk. En högre andel av männen jämfört med kvinnorna hade inte någon uppfattning om vad deras besvär var orsakade av.

Åldersskillnader: Skillnaderna mellan unga och äldre vad gäller upplevda orsaker till psykisk ohälsa är inte markanta. Skillnaderna beror till stor del på den livssituation som personerna i de olika åldersgrupperna befann sig i. Exempelvis var det fler äldre som uppgav svar som återfinns inom kategorierna "fysiska besvär" och "vårdrelaterat". De unga kvinnorna (18–30 år) är dock klart överrepresenterade inom kategorin "uppväxtvillkor". De yngre kvinnorna lyfte i högre grad än övriga fram en påfrestande familjesituation generellt sett. En större andel av de yngre kvinnorna lyfte även fram ärftlighet/genetisk sårbarhet som en orsak.

Resultat – uppfattningar om strategier

Samtal var den strategi som de flesta (51 %) beskrev hade haft positiv inverkan på deras psykiska hälsa. Detta inbegrep i synnerhet samtal med professionella, men också samtal med familj och vänner ansågs betydelsefulla. Det var också många (37 %) som ansåg att motion hade positiva effekter på deras mående. Därefter följer avslappning/medveten närvaro såsom mindfulness och meditation (19%) samt strukturerade terapeutiska metoder (15 %). Det var bara tre procent som enbart lyfte fram medicin som den strategi som fick dem att må bättre, men totalt sett uppgavs medicin, enskilt eller i kombination med annan strategi, vara en bra strategi enligt tio procent av patienterna.

Könsskillnader: Nästan dubbelt så stor andel kvinnor som män beskrev samtal som en viktig strategi för att må bättre psykiskt. Avslappning/medveten närvaro beskrevs i högre grad av kvinnorna liksom betydelsen av alternativ medicin och mental inställning, som nästan uteslutande beskrevs av kvinnorna. Dubbelt så stor andel av männen jämfört med kvinnorna ansåg att någon strukturerad terapeutisk metod, såsom KBT, gav gynnsamma effekter. Till övervägande delen var det konstruktiva strategier som beskrevs, men ett mindre antal av männen beskrev destruktiva strategier, såsom alkohol.

Åldersskillnader: En större andel av de äldre kvinnorna jämfört med övriga grupper nämnde betydelsen av samtal med familj och vänner samt värdet av avslappning/medveten närvaro, i synnerhet mindfulness, samt alternativ medicin. De äldre männen uppgav i något högre grad vikten av motion liksom strukturerade terapeutiska metoder.

Implikationer

Det kan vara värdefullt för såväl professionen som andra aktörer inom området att ta del av vad patienter lyfter fram som orsaker till sin psykiska ohälsa på ett aggregerat plan. Svaren från denna undersökning visar att de vanligaste förklaringarna till ohälsan var diagnosen eller besvären i sig, samt personliga egenskaper såsom höga inre krav och bristande självkänsla/självförtroende. De personliga egenskaperna skulle kunna stärkas med olika metoder exempelvis inom skolmiljön. Det visas också att det framförallt är unga kvinnor som angav påfrestande uppväxtvillkor som orsak till psykisk ohälsa. Forskning visar att stöd till barn som lever i dysfunktionella familjer minskar risken för psykisk ohälsa senare i livet. Hälso- och sjukvården behöver också uppmärksamma psykisk ohälsa som uppkommer till följd av fysisk ohälsa och vice versa.

Att få kännedom om den upplevda nyttan av de strategier som patienter lyfter fram kan i kombination med den evidens som finns inom området leda till ytterligare satsningar på området. En viktig lärdom av denna studie är att medicin som *enda* strategi inte är det som patienterna främst lyfter fram som hjälpsamt. Många ansåg att samtal hjälper dem. För att fler ska kunna erbjudas samtalshjälp behövs en ökad satsning såväl inom första linjens psykiatri vid vårdcentralerna som inom den specialiserade vården. Motionens upplevda positiva effekter bör även lyftas fram.

Bakgrund

För både män och kvinnor har det skett en ökning av den psykiska ohälsan under 1990-talet och fram till år 2002, då cirka 20 procent av männen och 30 procent av kvinnorna rapporterade psykisk ohälsa [1]. Därefter ägde en viss stabilisering rum, men i en mätning år 2014 visas i en folkhälsorapport från Stockholms läns landsting [2] att förekomsten var på samma höga nivå som år 2002. Det har skett en ökning av den självupplevda psykiska ohälsan i landet som helhet och i samtliga åldersgrupper, men det är de unga kvinnorna som har högst självupplevd psykisk ohälsa, i synnerhet vad gäller vissa typer av psykisk ohälsa såsom nedstämdhet och oro [3]. Under 2000-talet har även andelen som haft kontakt med den specialiserade psykiatrin ökat markant, i synnerhet bland unga i åldern 18–24 år [4]. Man kan fråga sig vad som ligger bakom ökningen av den psykiska ohälsan och den psykiatriska vårdkonsumtionen i samhället och vad människor själva har för föreställningar om vad deras psykiska ohälsa beror på. Vilka aspekter är mest framträdande? Och vilka strategier använder dessa människor för att hantera sina besvär? I denna studie ska vi försöka besvara dessa frågor.

Studien som här presenteras bygger på en analys av svaren på två öppna frågor som ingick i en enkät som lämnades ut till patienter i väntrummen vid två öppna psykiatriska mottagningar belägna inom Stockholms län under hösten år 2014. I denna enkät ställdes en fråga om vad patienterna ansåg vara orsaken till deras psykiska ohälsa, det vill säga deras föreställningar om detta. Föreställningar kan beskrivas som ”erfarenheter och sociala värderingar som integrerats till en given bild” [5]. Människors vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa brukar också benämnas lekmannaföreställningar. Det handlar om lekmäns förståelse för och förklaringar till hälsa och ohälsa i vardagslivet, till skillnad mot förståelsen av hälsa utifrån ett professionellt perspektiv. Det professionella perspektivet, som också kan kallas det auktoriserade perspektivet, har sitt ursprung i vetenskapliga kunskaper, teorier om och definitioner av sjukdom [6]. Patienten försöker ofta utifrån personliga erfarenheter, kulturella föreställningar och även från det auktoriserade perspektivet skapa mening kring varför psykisk ohälsa har uppstått, vilket ofta resulterar i komplexa och multifaktoriella förklaringar [7]. Steinholtz Ekekrantz [7] menar att dessa förklaringar är svåra att inordna i avgränsade rubriker, men att det ofta handlar om yttre och inre orsaker kring såväl sociala, psykologiska som biologiska faktorer. Vi lever ofta mer eller mindre omedvetna om våra föreställningar och hur dessa påverkar våra liv, men de föreställningar vi har påverkar våra beteenden. Att inbjuda patienter att återge sina sjukdomsberättelser ger en möjlighet att bättre förstå de handlingar som är förknippade med deras lidande [8].

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor konstaterar i en rapport att det behövs ”en bättre kunskap kring den psykiska ohälsans orsaker och uttryck” [9], vilket vi försökt att åstadkomma i denna undersökning. Förutom uppfattningar om orsakerna till den psykiska ohälsan har patienterna tillfrågats om de strategier som de använt sig av för att hantera sitt psykiska mående, både innanför och utanför hälso- och sjukvårdens arena. En strategi kan beskrivas som en aktivitet som syftar till att nå ett mål [10], vilket här oftast handlar om att må bättre. Frågan som ställdes i enkäten handlade om vilka strategier patienterna ansåg hade haft positiv effekt på deras mående. Det finns några studier som har genomförts och som har fokuserat på vilka strategier patienter med psykisk ohälsa efterfrågar och använder för att må bättre. [11, 12, 13, 14]. Bland annat har Lawenius [12] visat att unga patienter som sökt till psykiatrisk öppenvårdsmottagning framförallt önskar samtalsbehandling.

Syfte och frågeställningar

Ett huvudsakligt syfte med studien är att ta reda på vilka uppfattningar patienter som sökt till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning har om orsakerna till sin psykiska ohälsa. Ett annat syfte är att undersöka vilka av de strategier som patienterna har använts sig av för att hantera sina besvär som har upplevts ha haft en positiv effekt på deras psykiska mående. Dessutom undersöks hur dessa aspekter skiljer sig mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre åldersgrupper.

Frågeställningarna är:

- Vilka orsaker anger patienterna till att de mår psykiskt dåligt?
- Vilka av de strategier som beskrivs ha använts har enligt patienterna haft mest gynnsam effekt på deras psykiska mående?
- Hur skiljer sig ovanstående aspekter mellan könen och mellan yngre och äldre åldersgrupper?

Metod

Genomförande

Under våren 2014 valdes de två öppna allmänpsykiatriska mottagningar som ingår i denna undersökning ut. Urvalet baseras på att mottagningarna ligger i områden som har en socioekonomiskt sett relativt blandad befolkning. Dessutom var det möjligt att som patient komma till mottagningarna utan remiss och även att göra akutbesök där. Verksamhetscheferna gav sitt medgivande till undersökningen. Projektet har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden vid Karolinska Institutet i Stockholm (Dnr 2014/618-31/5).

En enkät bestående av både öppna och slutna frågor utformades för att delas ut i väntrummen vid mottagningarna. Vid mottagning 1 förmedlade två undersökningsledare från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) information om studien och delade ut enkäten under fyra veckor. Vid den större mottagning 2 delades enkäter ut under en tvåveckorsperiod. Målet var att få in cirka 300 enkäter från varje mottagning. Kort information om undersökningen lämnades muntligt till de patienter som kom till mottagningen, bland annat om att deltagandet var frivilligt och att alla skulle få vara anonyma, även i förhållande till mottagningens personal. Uppgifter om personnummer, namn eller adress, behövde inte lämnas vid ifyllandet av enkäten. Alla hade även möjlighet läsa en mer utförlig information om studien (se bilaga 1). Om de ville delta hade de möjlighet att besvara enkäten antingen som webb- eller pappersenkät, vid besökstillfället eller vid ett senare tillfälle. Om personen ifråga valt att fylla i en pappersenkät kunde den ifyllda enkäten antingen lämnas till receptionen (vid mottagning 1) eller i en postlåda (vid mottagning 2) i ett förslutet kuvert eller alternativt skickas in vid ett senare tillfälle i ett förfrankerat kuvert. Undersökningen avslutades när ett tillräckligt antal patienter besvarat enkäten.

Analys

I denna studie ligger fokus enbart på svaren från två av de öppna frågorna i enkäten: 1) Om du mår psykiskt dåligt (eller har gjort det tidigare), vad tror du att det beror på? Samt 2) Om du angivit någon strategi som haft positiva effekter på din psykiska hälsa, ange vilken strategi det var och på vilket sätt du har mått bättre? Resultaten från de slutna frågorna redovisas på annat sätt utanför denna rapport.

En innehållsanalys [15] har genomförts och inbegripit identifiering, kodning, samt kategorisering av grundläggande mönster eller teman i de öppna svaren. En kan användas för att analysera ett stort textmaterial som här och ger även möjlighet till att beräkna frekvenser för de aspekter som ingår i olika kategorierna [16]. Detta kan göras med olika abstraktionsnivåer. Antingen kan det manifesta innehållet identifieras, det vill säga det som direkt uttrycks i texten, alternativt kan det latent innehåll analyseras, vilket innebär att en tolkning görs av textens innebörd. Graneheim och Lundman [15] menar att det alltid blir någon form av tolkning av en text, men den kan vara mer eller mindre djup. En tolkning av det latent innehåll i en text förutsätter oftast att man inte i förväg bestämmer vilka teman som finns i texten. Den tolkning som har genomförts här är utifrån denna definition till viss del en tolkning av det latent innehåll i svaren, men består till övervägande delen av analys av ett manifest material. Analysenheten består av de personer som besvarat de öppna frågorna i enkäten. Meningsenheterna, det vill säga de ord/svar som skrivits ner, har lästs igenom upprepade gånger. Därefter har

meningsenheterna kondenserats, det vill säga sammanfattats/komprimerats till kategorier som återspeglar det centrala budskapet. Analysen har inte gått rakt genom processen från början till slut, utan snarare fram och tillbaka mellan stegen. Att få fram renodlade kategorier kan vara svårt. Väljs för stora enheter finns risk för att de innehåller mer än en företeelse, och väljs för små enheter riskerar man att materialet fragmenteras. Det brukar sägas att kategorierna ska vara fullständiga och ömsesidigt uteslutande, men Graneheim och Lundman [15] anser att det inte alltid är möjligt även om det är eftersträvansvärt. I arbetet med kategori-indelningen kan det upptäckas att det finns ett hierarkiskt förhållande mellan kategorierna. Då kan det vara en hjälp att dela upp kategorierna i subkategorier, vilket har gjorts här.

Innehållsanalysen består således här av såväl en kvalitativ som en kvantitativ del [17]. Efter kategorierna utkristalliserats räknades den procentuella andelen ut för hur många som uppgivit en viss aspekt som inrymdes i huvudkategorierna respektive subkategorierna. Denna kvantifiering säger något om "styrkan" i mönstren. Tolkning och bedömning av förekomst har därmed gått hand i hand, vilket inte sällan är fallet när en innehållsanalys görs [18]. Malterud [19] anser att kvantifiering av kategorier kan göras för att få en överblick, men att siffrorna inte bör användas för att dra några statistiska slutsatser utan mer som en summering för att få en ökad förståelse för hur kategorierna förhåller sig till varandra [20, 21]. Detta angreppssätt kan beskrivas som en metodtriangulering, där minst två metoder används för att angripa en frågeställning för att få ett bredare perspektiv på det fenomen som studeras [22, 23]. Kategorierna har tagits fram på ett induktivt sätt, vilket innebär att data kodas förutsättningslöst utan försök att anpassa data till en redan existerande teori eller ett kodningsparadigm [24]. Patienternas unika perspektiv har alltså grundats i data. De övergripande teman som undersöks är emellertid inte framtagna på detta sätt, utan utifrån förutbestämda frågor i enkäten. De kvantitativa beräkningarna (procentuella andelar) är framtagna manuellt, inte via något dataanalysprogram. Se nedan hur den analytiska processen har gått till.

Analysprocess

1. Nedskrivning av samtliga svar på de öppna enkätfrågorna (de två temana) i en datafil
2. Meningsenheterna (orden i svaren) har lästs igenom ett flertal gånger
3. Meningsenheterna har kodats och grupperas i kategorier
4. Kategorierna har delats in i subkategorier
5. Framtagande av procentuella andelar för samtliga kategorier och subkategorier
6. Tolkning och presentation utifrån såväl kvalitativa som kvantitativa data

Resultat

Datainsamling

Totalt gjordes 1600 besök av 1084 patienter vid mottagning 1 under den tid undersökningen genomfördes (295 enkäter besvarades), vilket innebär att 27 procent av patienterna och 18 procent av besöken ingår i studien. Vid mottagning 2 gjordes 994 besök under de dagar undersökningen genomfördes (294 enkäter besvarades), vilket innebär att 30 procent av besöken (vi har inte kännedom om patientantalet) ingår i studien. I 24 fall är det oklart vilket kön och/eller ålder respondenten har (patienterna har inte besvarat på dessa frågor, då det inte fanns något könsneutralt svarsalternativ). Eftersom det är ett relativt litet antal så har dessa personer uteslutits. Svaren är indelade i två åldersgrupper för kvinnorna och männen, 18–30 år och 31 år och äldre (upp till 78 år). Dessa grupper benämns den yngre och den äldre gruppen. 68 procent var kvinnor och 32 procent män.

I tabell 1 redovisas respondenternas sysselsättning. Uppgifterna härrör från dem som besvarat enkäten i sin helhet, det vill säga 590 personer.

Tabell 1. Huvudsaklig sysselsättning (samtliga enkätsvar)

Sysselsättning	Procentuell andel
Arbetslös	7
Egen företagare	4
Föräldraledig	2
Pensionär	3
Sjuk-/aktivitetsersättning	6
Sjukskriven	22
Studerar	16
Tidsbegränsad anställning	3
Tillsvidareanställd	32
Annat	5

Totalt antal svar: 580

Tema 1: Patienternas uppfattningar om orsaker till deras psykiska ohälsa

Fråga: Om du mår psykiskt dåligt (eller har gjort det tidigare), vad tror du att det beror på?

Alla de orsaker som har varit kodningsbara har placerats in i en kategori. Vissa personer har uppgivit många orsaker, andra bara en enda. Några vet inte vad deras ohälsa beror på. Vissa personer har angivit svävande svar, såsom "problem" eller "omgivningen" som inte har varit möjliga att inordna i någon kategori. I bilaga 2 återfinns samtliga subkategorier som ingår i huvudkategorierna. Totalt angav 436 av de 590 personer (74 %) som besvarat enkäten i sin helhet ett kodningsbart svar. Av dessa är 316 (72 %) kvinnor och 120 (28 %) män. 39 procent av dem som besvarat frågan är mellan 18–31 år och 61 procent är 31 år och äldre. I tabell 2 beskrivs samtliga kategorier som återfinns inom temat "orsaker till psykisk ohälsa" samt procentuell andel för olika grupper.

Tabell 2. Tema 1. Upplevda orsaker till psykisk ohälsa.

Kategorier	Kvinnor 18–30 (%)	Kvinnor 31– (%)	Totalt kvinnor (%)	Män 18–31 (%)	Män 31– (%)	Totalt Män (%)	18–30 (%)	31– (%)	Totalt Alla (%)
Diagnos/psykiska besvär	27	36	32	33	31	32	28	35	32
Personliga egenskaper	31	26	28	37	24	29	33	26	28
Livsstress	24	30	28	13	14	13	21	26	24
Uppväxtvillkor	29	16	21	15	15	15	25	15	19
Relationsinriktat	20	18	19	15	16	16	18	18	18
Fysiska besvär	11	17	15	7	10	8	10	15	13
Ärftlighet/genetisk sårbarhet	13	5	8	7	11	9	11	7	9
Jobb- och studierelaterat	7	11	9	4	5	5	6	9	8
Sociala aspekter	5	7	6	9	15	13	6	9	8
Traumata	10	8	9	2	3	3	8	6	7
Vårdrelaterat	6	7	7	0	8	5	4	8	6
Vet inte	4	5	4	11	10	10	6	6	6
Sorg	6	5	5	9	3	5	7	5	5
Samhällets struktur/hårdhet	6	3	4	2	4	3	5	3	4
Existentiella aspekter	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Övriga orsaker									(4)

Det var 32 procent av patienterna som kopplade sitt psykiska mående till en **diagnos eller ett psykiskt besvär**. ADHD var den vanligaste diagnosen som uppgavs (se även tabell 1 i bilaga 2). De största könsskillnaderna finns bland dem som uppgav utbrändhet/utmattning, ångest och borderline som orsak. Bland dessa personer är kvinnorna överrepresenterade. Ingen man lyfte fram borderline som orsak. Det var en större andel kvinnor i den äldre gruppen som uppgav utbrändhet/utmattning som orsak och en högre andel av de äldre männen som uppgav social fobi. De yngre kvinnorna uppgav i högre grad ångest samt borderline som orsak till sitt mående och en något större andel av de yngre männen bipolär sjukdom. Citat inom kategorin:

Det beror på min erfarenhet ut av livet. Jag har diagnosen asperger och ADHD. Så min barndom har varit lite strulig. Kommunikationen med andra människor har varit svajig. Jag har alltid känt mig annorlunda.
(Man, 25 år)

Tjugoåtta procent av patienterna uppgav att **personliga egenskaper** hade bidragit till de psykiska besvären, i synnerhet sådana egenskaper som bristande självförtroende/självkänsla och höga inre krav/prestationsångest (se även tabell 2 i bilaga 2). Om den yngre gruppen jämförs med den äldre framgår att en något större andel av de yngre lyfte fram personliga egenskaper. En större andel av kvinnorna, jämfört med männen, angav "känslig personlighet" och "höga inre krav/prestationsångest". Missbruk uppgavs i högre grad som orsak av männen. Citat:

Kroniskt låg självkänsla, prestationsångest. Känsla av att jag inte duger någonsin. (Man, 39 år)

Höga krav på mycket goda studieresultat, ett socialt aktivt liv, meriterande (för framtida anställning), extra aktiviteter utanför heltidsstudier samt helgextra arbete för att klara ekonomin. Allt tillsammans ohållbart. (Kvinna, 22 år)

Livsstress kan handla om många olika saker (se även tabell 3 i bilaga 2). En del av de svar som hamnar i denna kategori var inte specificerade i enkäten gällande vilken typ av stress det rörde sig om, medan andra beskrev mer specifika aspekter. En del av det som togs upp har koppling till ohälsa bland närstående. Vissa aspekter rör den nuvarande situationen och andra ligger längre tillbaks i tiden. Någon form av livsstress som inryms i denna kategori lyftes fram av 24 procent av patienterna. Ungefär dubbelt så stor andel kvinnor som män berörde livsstress i någon form. Sex av kvinnorna beskrev graviditet/förlossning som en orsak till sin psykiska ohälsa. Anhörigas bekymmer, och i synnerhet barn som inte mår bra, uppgavs vara en orsak till psykisk ohälsa speciellt bland kvinnorna i den äldre gruppen. I följande citat visas att livsstress upplevs vara en av flera orsaker till den psykiska ohälsan. Citat inom kategorin:

Jag har haft fler kriser på varandra, skilsmässa, barn som mått dåligt, provrörsbefruktning som misslyckats tre gånger, sedan cancer. (Kvinna, 45 år)

Jag känner mig otillräcklig. Livet har för många utmaningar för mig just nu och jag är helt utmattad. Är ensamstående med två barn. Samhället ställer för höga krav. Jag studerar och arbetar extra. Tiden räcker inte till. Har konstant ångest över att tiden inte räcker till. Stress, utmattning, hopplöshet. (Kvinna, 34 år)

Totalt 19 procent av patienterna berörde **uppväxtvillkoren**, det vill säga en dåligt fungerande familj, som en orsak till psykisk ohälsa som vuxen. Det kunde röra sig om en dålig barndom generellt sett eller att något specifikt trauma som inträffat (se även tabell 4 i bilaga 2). Uppväxtvillkoren lyftes fram i högre utsträckning av kvinnorna i den yngre gruppen som också i högre utsträckning beskrev ett trauma som inträffat under uppväxten. Sju personer, varav fem var yngre kvinnor, beskrev att de hade en förälder med alkoholmissbruk. Citat inom kategorin:

Var med om ett övergrepp när jag var tonåring och har en pappa som dricker, en mamma som lider av depression och varit inlagd till och från. Har sålt sex några gånger. (Kvinna, 22 år)

Dödsfall, alkoholism, trasig uppväxt. För mycket stress, press, inga närvarande föräldrar under uppväxten. (Man, 43 år)

Kategorin **relationsinriktat** inrymmer problematiska relationer av olika slag eller avsaknad av fungerande relationer (se även tabell 5 i bilaga 2). Mobbning ingår i denna kategori liksom separationer. Totalt 18 procent av patienterna uppgav olika aspekter som inryms i denna kategori. Problematiska relationer beskrivs generellt sett i högre grad av de yngre männen och en påfrestande familjesituation i högre grad av de yngre kvinnorna. Citat inom kategorin:

Efter en separation mår jag väldigt dåligt. (Kvinna, 26 år)

Övergrepp i skolan, stulen barndom. (Man, 58 år)

Totalt 13 procent av patienterna lyfte fram aspekter som rörde **fysiska besvär** som orsak till den psykiska ohälsan (se även tabell 6 i bilaga 2). En något högre andel av kvinnorna och patienterna i den äldre gruppen beskrev denna aspekt. Sömnpblem/brist samt smärta/värkproblematik var de vanligaste orsakerna som uppgavs. Citat:

Depressionen vart som störst efter ett års fysisk sjukdom utan tydlig diagnos. (Man, 24 år)

Ärftlighet/genetisk sårbarhet som en orsak till de psykiska besvären beskrevs av nio procent av patienterna (se även tabell 7 i bilaga 2). Det var en något större andel av de yngre kvinnorna och de äldre männen som uppgav denna aspekt. Citat:

Jag tror till viss del att det är ärftligt och att det sedan "bara" behövs en yttre stress för att man ska må psykiskt dåligt. (Man, 26 år)

Jobb eller studierelaterade aspekter beskrevs av åtta procent av patienterna (se även tabell 8 i bilaga 2). I synnerhet handlar det om stress och höga krav på arbetet, men också mobbning. Vad gäller arbetet handlar det också om olika organisatoriska aspekter som påverkat individen. En större andel kvinnor än män lyfte fram sådant som inryms i kategorin, i synnerhet höga krav/stress. Citat inom kategorin:

Stress över mitt skolarbete och det som väntar efter gymnasiet. (Kvinna, 18 år)

Mobbning av arbetskompisar – utfrysning. [...] Jag är inte med i gruppen – alltid utanför fast jag skulle vilja så gärna [vara med]. (Kvinna, 61 år)

Åtta procent av patienterna uppgav olika **sociala aspekter** som en orsak till måendet (se även tabell 9 i bilaga 2). En dålig ekonomi, arbetslöshet och en dålig boendesituation är exempel på sådana aspekter som beskrevs. En dubbelt så stor andel män som kvinnor lyfte fram sådant som inryms i kategorin. I subkategorin dålig ekonomi återfinns en högre andel av de äldre männen. Citat:

Min misslyckade situation just nu, att vara bostadslös, leva på bidrag. Mitt liv känns förödmjukande just nu och jag ser inget att leva för. (Man, 26 år)

Trauman och svåra livserfarenheter lyftes fram av sju procent av patienterna (se även tabell 10 i bilaga 2). Denna kategori är relativt bred och det är ofta svårt att veta vad något som beskrivs som "ett trauma" innebär om inte traumat beskrivs mer detaljerat. En större andel kvinnor än män lyfte fram denna aspekt. Sexuella övergrepp beskrevs enbart av kvinnorna.

Det var sex procent av patienterna som uppgav att de mätte dåligt på grund av sådant som kan betecknas som **vårdrelaterat** (se även tabell 11 i bilaga 2). Det kunde handla om att de upplevt att de inte hade fått hjälp för sina psykiska besvär inom hälso- och sjukvården, fått felaktig hjälp/medicin eller blivit dåligt bemötta. En större andel i den äldre gruppen lyfte fram sådana aspekter. Det var inga av de yngre männen som lyfte fram något av detta. Citat inom kategorin:

Jag har blivit runtslussad på en massa olika mottagningar där ingen verkligen har hjälpt mig. Problemet är att jag inte haft råd att gå till en privat psykolog (ca 800 kronor/gång). Jag sökte vård för utbrändhet och depression som följd av min livssituation men har väntat länge och blivit mycket värre under tiden. (Kvinna, 34 år)

Aldrig fått ordentlig hjälp att må bra igen. Blivit skickad fram och tillbaka i 12 år nu vilket gjort att jag förlorat hoppet och tron på att bli bra. Blev dålig på grund av mobbing och höga prestationskrav. (Kvinna, 31 år)

Sex procent av patienterna **vet inte** vad besvären beror på (se även tabell 12 i bilaga 2). Mer än dubbelt så stor andel av männen som kvinnorna uppgav att de inte hade någon uppfattning om orsaken till sina psykiska besvär. Det finns ingen skillnad mellan åldersgrupperna. Citat:

Har alltid haft depressioner och det är samma nu. Nedstämd, känsla av meningslöshet. [...] Jag ser inga yttre orsaker som skulle kunna påverka att jag mår dåligt. (Kvinna, 32 år)

En fråga jag är vansinnigt nyfiken på svaret på. (Man, 34 år)

En orsak som lyftes fram av fem procent av patienterna var **sorg** på grund av en närståendes död som i några fall handlade om en förälders självmord (se även tabell 13 i bilaga 2). Citat:

Föräldrarna dog när jag var liten, ända sen det så har jag haft en beskyddsbubbla och sagt "jag mår bra, men nu har bubblan spruckit och jag har insett att jag mår inte bra. (Man, 18 år)

Min man avled i hjärtstopp för två år sedan. Har inte fått något stöd i sorgen av mina närmaste i familjen. (Kvinna, 50 år)

Aspekten **samhällets struktur/hårdhet** inbegriper sådant som välfärdssamhällets fall, höga krav som samhället ställer på den enskilde individen etcetera. (se även tabell 14 i bilaga 2). Dessa aspekter lyftes fram av fyra procent av patienterna. En något större andel av gruppen yngre kvinnor lyfte fram sådant som inryms här, men det är få svar det rör sig om. Citat inom kategorin:

Inte presterat, åstadkommit så som jag hade tänkt mig. Samhället har en stor roll. Ett jävla piss samhälle, som skapat prestige tävling – bidrar till stress, aggressiva människor. Det börjar redan på dagis, man bedömer efter resultat och glömmer att bedöma att individen faktiskt försökt.
(Kvinna, 31 år)

Existentiella aspekter till psykisk ohälsa var det ganska få av patienterna som var inne på (se även tabell 15 i bilaga 2). Enbart två procent lyfte fram denna orsak. I denna kategori inryms sådant som handlar om livsfunderingar, meningslöshet, brist på tid för reflektion med mera. Citat:

Finner det svårt att hitta mening med livet (fast det är bra. dvs familj, pengar, bra boende mm). (Kvinna, 38 år)

Den orsak som förekom oftast bland de **övriga orsaker** som beskrevs (se även tabell 16 i bilaga 2) var "årstid/väder" (enkätundersökningen genomfördes under hösten), vilket nio personer ansåg bidrog till måendet.

Tema 2: Bästa strategierna för att må psykiskt bra

Fråga: Om du angivit någon strategi som haft positiva effekter på din psykiska hälsa, ange vilken strategi det var och på vilket sätt du har mått bättre?

Alla kodningsbara strategier som angivits har placerats in i en kategori. Vissa personer har uppgivit flera olika strategier, andra bara en enda. I bilaga 3 återfinns subkategorierna i sin helhet, som inte redovisas i detalj i resultatdelen. Totalt besvarade 307 av de 590 personer (52 %) som besvarat enkäten i sin helhet frågan. Av dessa är 218 (71 %) kvinnor och 89 (29 %) män. 40 procent är mellan 18–30 år och 60 procent 31 år eller äldre. I tabell 3 beskrivs samtliga kategorier som återfinns inom temat "Strategier för att må psykiskt bra" samt procentuell andel av dem som angivit en orsak som inryms inom kategorin.

Tabell 3. Tema 2. Upplevda strategier som har varit gynnsamma.

Kategorier	Kvinnor 18–30 (%)	Kvinnor 31– (%)	Totalt kvinnor (%)	Män 18–31 (%)	Män 31– (%)	Totalt Män (%)	18–30 (%)	31– (%)	Totalt Alla (%)
Samtal	60	58	59	38	28	32	55	48	51
Motion	35	35	35	34	44	41	35	38	37
Avslappning/medveten närvaro	15	25	21	16	14	15	16	22	19
Strukturerade terapeutiska metoder	12	11	12	13	30	24	13	17	15
Medicin (kombinerat med samtal)	3	6	5	3	0	1	3	4	4
Medicin (kombinerat med annat)	4	4	4	0	2	1	3	3	3
Medicin (enbart)	2	3	3	3	4	3	3	3	3
Alternativ medicin	4	9	7	0	0	0	3	6	5
Mental inställning	4	6	6	0	2	1	3	5	4
Fritidsintressen	3	5	4	6	2	4	4	4	4
Sociala värden	4	2	3	3	5	5	4	3	4
Destruktiva handlingar	1	0	1	16	4	8	5	1	3
Övrigt									7

Samtal var den strategi som allra flest, 51 procent, beskrev gav positiva effekter på det psykiska måendet (se även tabell 1 i bilaga 3). Nästan dubbelt så hög andel kvinnor som män lyfte fram denna strategi. Främst handlade det om samtal med professionella, som i något högre grad beskrevs av de yngre. Många ansåg också att samtal med familj och

vänner var betydelsefulla, i synnerhet de äldre kvinnorna. Ett mindre antal uppgav att chatt via Internet och gruppträffar var viktiga. Citat inom kategorin:

Jag kan nog påstå att jag lever på grund av all samtalshjälp jag fått.
(Kvinna, 43 år)

Att berätta för anhöriga gjorde att jag kunde sluta skämmas och vara öppen med varför jag är som jag är. (Kvinna, 35 år)

Jag har ofta känt mig mindre ensam av att prata med människor på Internet som har liknande problem. (Man, 32 år)

Motion var den näst vanligaste strategin som beskrevs av 37 procent av patienterna (se även tabell 2 i bilaga 3). De flesta skrev bara ordet "motion" utan att specificera närmare vad detta inbegrep. Yoga ingår i denna kategori, liksom andra motionsformer såsom promenader. Det var en något högre andel män speciellt i den äldre gruppen som uppgav denna aspekt, men skillnaderna mellan grupperna är inte så stora. Citat:

Fysisk motion ger mig en bättre vardag på många sätt, piggare, sover bättre, känner mig nöjd och stolt över att ha genomfört ett träningspass, får bättre självkänsla. (Man, 30 år+)

På kort sikt funkar motion, det varar för stunden, men sedan kommer problemen ikapp, det verkliga problemet blir inte löst. (Man, 28 år)

Det var 19 procent av patienterna som lyfte fram att **avslappning/medveten närvaro**, (se även tabell 3 i bilaga 3), vilket inbegriper exempelvis mindfulness, avslappning och meditation, vilka var de strategier som den största andelen beskrev. De äldre kvinnorna nämnde i högre utsträckning avslappning/medveten närvaro jämfört med övriga grupper. Meditation beskrevs emellertid av en högre andel av männen. Mindfulness lyftes endast fram av kvinnorna (en kurs i mindfulness hölls vid en av mottagningarna). Citat inom kategorin:

Brethworks/mindfulness: De ser helheten, ser mig, det finns TID, lär mig strategier, jag lär mig vad som är sekundärt och primärt i min problematik och jag får träffa andra och att jag inte är ensam om tankar, upplevelser, beteende, tillvaro, tillvägagångssätt osv. Jag är inte ensam i detta! (Kvinna, 44 år)

Någon **strukturerad terapeutisk metod** (se även tabell 4 i bilaga 3) nämndes av 15 procent av patienterna. Det var en dubbelt så stor andel av männen jämfört med kvinnorna som beskrev denna aspekt, i synnerhet de äldre männen. Kognitiv beteendeterapi (KBT) var det som allra flest ansåg gav positiva effekter på måendet, men ungefär lika många uppgav ordet "terapi" utan att beskriva närmare vad detta inbegrep.

Det var fyra procent av patienterna som lyfte fram att **medicin i kombination med samtal** var en framgångsrik strategi. En större andel av kvinnorna jämfört med männen uttryckte denna uppfattning. Tre procent av patienterna lyfte fram att **medicin i kombination med annan strategi** än samtal, exempelvis motion, var en framgångsrik strategi. En större andel av kvinnorna lyfte även fram detta. Det var tre procent av patienterna som beskrev **enbart medicin** som den strategi som fick dem att må bättre. Det var således tio procent av patienterna totalt sett som angav medicin,

enskilt eller i kombination med annan strategi. Inga köns- eller åldersskillnader kunde noteras (se även tabell 5, 6 och 7 i bilaga 3). Citat:

I längden är det läkemedel som gör skillnad, men det behövs en bra allians med vården – att vi förstår varandra. (Man, 32 år)

Det var endast kvinnorna och i synnerhet de något äldre kvinnorna som lyfte fram att **alternativ medicin** hade haft positiva effekter (se även tabell 8 i bilaga 3). Totalt sett så var det fem procent av patienterna som uppgav någon aspekt som inryms i denna kategori. Användande av hälsokostpreparat var den vanligaste strategin, följt av healing/reiki och alternativ medicin ospecificerat.

Den **mentala inställningen** och dess betydelse berördes av fyra procent av patienterna, i synnerhet kvinnorna (se även tabell 9 i bilaga 3). Det var endast en man som lyfte fram denna aspekt. Detta handlade bland annat om att hålla sig till vissa dagliga rutiner och ha en medvetenhet om egna behov och begränsningar. Citat:

När jag har tagit mig tid att se till vad jag behöver, istället för vad min omgivning mår bäst av. (Kvinna, 40 år)

Fritidsintressen och hobbys ansågs ge positiva effekter på den psykiska hälsan enligt fyra procent av patienterna. Här ingår bland annat att spela/lyssna på musik och vara ute i naturen (se även tabell 10 i bilaga 3).

Positiva konsekvenser av ett **sociala värden**/socialt umgänge beskrevs av fyra procent av patienterna (se även tabell 11 i bilaga 3). Framförallt var det umgänget med vännerna, familjen och flickvännen/pojkvännen som ansågs ge goda effekter på den psykiska hälsan, men också ett husdjur kunde ha den effekten på mäendet.

Destruktiva handlingar beskrevs av tre procent av patienterna (se även tabell 12 i bilaga 3). Det var framförallt männen, och i synnerhet de yngre männen, som beskrev diverse destruktiva strategier som fått dem att må bättre, åtminstone tillfälligt. Antalet svar är dock litet. Totalt sex män beskrev en sådan strategi, som oftast handlade om alkohol eller droger. Citat inom kategorin:

Cannabis. Blev lugn och glad. (Man, 22 år)

Centralstimulantia, märkte en klar förbättring av mitt tillstånd omedelbart efter intaget. Funkade bra när jag lyckades hitta rätt doseringsmetod. I stort sett alla psykiska problem försvann, dock blev det negativa biverkningar som paranoia, sömnlöshet och huvudvärk. (Man, 26 år)

Det var även några **övriga strategier** som inte inryms i de hittills nämnda kategorierna som beskrevs av sju procent av patienterna. Dessa inbegriper bland annat att ha fått snabb/akut hjälp, bra information om sjukdomstillståndet samt bra kost. Sedan var det diverse andra strategier som beskrevs av ett mindre antal patienter (se även tabell 13 i bilaga 3).

Sammanfattande diskussion

Uppfattningar om orsaker

Den största delen (32 %) av patienterna beskrev att det var den aktuella diagnosen eller de psykiska besvären som helt eller delvis orsakade deras psykiska mående. ADHD dominerade som orsaksförklaring. Ångest, utbrändhet/utmattning och borderline lyftes i högre utsträckning fram av kvinnorna. Även de personliga egenskaperna ansågs av 28 procent av patienterna vara en orsak till den psykiska ohälsan, där subkategorin bristande självförtroende/självkänsla och höga inre krav/prestationsångest var det som oftast nämndes. Patienterna tilldelar därmed sig själv olika "svagheter/brister". Inom huvudkategorierna var det livsstress, uppväxtvillkor, fysiska besvär, jobb- och studierelaterade orsaker, trauman, som kvinnorna nämnde i högre grad än männen. En större andel av männen, å andra sidan, lyfte fram sociala aspekter i synnerhet avseende dålig ekonomi. Relationella problem var generellt sett vanliga orsaker som beskrevs både av kvinnorna och av männen. Utifrån en tolkning på ett generellt plan rör de upplevda orsakerna inte sällan den livssituation som personerna i den aktuella åldersgruppen befann sig i.

Vissa av de orsaker som beskrevs var självförvällade, andra hade tillfogats av andra eller så var de "oförvällade" [8], det vill säga utan påverkan av någon annan person, åtminstone inte direkt, såsom ärftlighet. Nio procent av patienterna, ansåg att deras psykiska besvär berodde på ärftlighet/genetisk sårbarhet och sex procent, i högre grad männen, hade inte någon uppfattning om vad deras besvär var orsakade av. Många ansåg emellertid att besvären var självförvällade eller hade tillfogats av andra. En specifik diagnos eller ett besvär som orsak till måendet, kan dock både ses som "oförvällad" och som orsakad av andra faktorer.

Det finns en del svenska studier som handlar om människors uppfattningar om orsaker till psykisk och fysisk ohälsa [8, 25], men färre studier fokuserar på patienter som sökt till psykiatri och deras uppfattningar om orsakerna till sina psykiska besvär. Lawenius [12] har dock genomfört en studie som rört unga vuxna som besökt en psykiatrisk mottagning och hennes resultat är i varierande grad samstämmiga med resultaten i föreliggande undersökning. Diskrepansen mellan de ideal som finns och den verklighet man möter, instabilitet i livet samt brist på reflektion och stöd utifrån kan anses bidra till psykisk ohälsa enligt unga som sökt till vårdcentral, dock inte primärt för psykisk ohälsa [26]. Det har emellertid visats att många hälsoproblem, även psykiska, kan förklaras av och/eller påverkas av olika samverkande förhållanden. Dahlgren och Whitehead [27] beskriver hälsans bestämningsfaktorer i en schematisk modell som relaterar till olika strukturer och nivåer. Modellen utgår från ärftliga faktorer, individuella livsstilsfaktorer, samhällliga och lokala nätverk, levnadsvillkor och arbetsförhållanden samt generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. De flesta av dessa aspekter finns med i patienternas svar om orsaker till psykisk ohälsa. Multifaktoriella förklaringar till den psykiska ohälsan var vanligt förekommande.

Kvinnors livsstress

Utifrån de beräkningar som gjorts visas att kvinnorna i högre omfattning lyfte fram livsstress som orsak till den psykiska ohälsan än vad männen gjorde. Inifrån kommande problem, såsom höga inre krav och en känslig personlighet, beskrevs även i högre grad av kvinnorna. Liknande resultat har även framkommit i andra studier. I en studie av Simonsson [32] lyfte tonårsflickor i betydligt högre grad än tonårspojkar fram de krav

som fanns i deras liv. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor [9] har också visat att unga generellt sätt upplever höga krav i samhället. Att många av kvinnorna i föreliggande undersökning ansåg att höga inifrån- och utifrån kommande krav var en orsak till deras psykiska ohälsa är något som behöver lyftas fram i ljuset. Kvinnor har inte sällan ett stort ansvar för såväl familj som arbete. Ett observandum är att de äldre kvinnorna i högre omfattning än övriga grupper beskrev utmattning/utbrändhet som orsak till sin psykiska ohälsa. Det bör även noteras att det var åtta procent av de kvinnor och män som ingår i föreliggande studie som uppgav en bristande självkänsla/självförtroende som en orsak till deras psykiska ohälsa. Westrup och Wahlgren [33] har också pekat på en lägre upplevd självkänsla särskilt bland flickor. Hur kan vi bli bättre på att stärka i synnerhet unga människors självkänsla? En bättre självkänsla kan innebära att individen får lättare att acceptera sina begränsningar och sätta gränser i förhållande till omvärlden, vilket skulle kunna innebära att de krav som finns kan hanteras bättre under livets gång.

Uppväxtvillkor

En orsak till den psykiska ohälsan som lyftes fram av 19 procent av patienterna var uppväxten i en dysfunktionell familj. Lawenius [12] har kommit fram till en ännu högre siffra bland unga patienter inom öppenvård psykiatrin. Siffran skulle kunnat vara högre även här, eftersom problematiken eventuellt kan återfinnas även inom andra kategorier såsom "trauman" eller "relationsinriktat". Det var i högre grad de yngre kvinnorna som lyfte fram denna aspekt.

Förhållandena under uppväxten spelar en viktig roll för den psykiska hälsan under hela livet. Undersökningar har visat att barn och unga som mår dåligt under uppväxten inte sällan gör det också som vuxna [34, 35], även om det också är andra aspekter som har betydelse i sammanhanget [36]. Det gäller exempelvis barn till missbrukande och psykiskt sjuka föräldrar. Wiman och Werbart [37] har studerat hur unga vuxna som gått i psykoterapi själva uppfattat sina problem. De kom fram till att besvärens uppkomst förlades till såväl den egna personen som till föräldrarna och att mycket handlade om problem under uppväxten. Även Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor [9] har visat att svåra förhållanden under uppväxten kan leda till psykisk ohälsa, vilket gör att det blir svårare att klara vardagens utmaningar. Barns och ungas uppväxtvillkor är ett viktigt fokus inom folkhälsoarbetet [38]. Barn som befinner sig i dåligt fungerande familjer/miljöer måste uppmärksammas betydligt bättre och erhålla tillräckliga stödinsatser [39, 40], också i syfte att minska hälsoklyftorna i samhället.

Uppfattningar om gynnsamma strategier

Andra studier har kommit fram till liknande, men inte exakt samma, resultat som denna studie gällande verksamma strategier. Avslappning, samtal med familj och nära vänner, fysisk aktivitet, psykoterapi och samtal med psykolog står högt på listan av sådana insatser som har ansetts vara verksamma i några studier [41, 11]. Reavley och Jorm [17] har visat att unga anser att fysisk aktivitet, stödgrupper, avslappningsövningar, en sundare livsstil och samtal, med såväl vänner som med professionella, kan förbättra ett psykiskt mående. Wiman och Werbart [37] har noterat att kvinnor oftare fann hjälp i sina relationer till andra människor och av att närma sig och bearbeta problematiken, medan männen föreställde sig att de blev hjälpta genom att undvika det som var problematiskt och distrahera sig. Dessa könsskillnader framkommer inte tydligt i föreliggande studie, även om tendenser åt detta håll kan skönjas.

Samtal var den strategi i denna undersökning som flest svarande (51 %) beskrev hade positiv betydelse för deras psykiska hälsa. En nästan dubbelt så stor andel kvinnor som män nämnde samtal som en viktig strategi för att må bättre psykiskt, vilket är något som ofta framkommer i studier [42]. Lawenius [12] har emellertid inte sett denna könsskillnad, men däremot att unga män i något högre grad tror på en kombination av samtal och medicin. Samtal är hur som helst det som patienter oftast efterfrågar [43, 44]. I vår undersökning handlade det främst om samtal med professionella, men också samtal med familj och vänner ansågs ha betydelse. Det ansågs således viktigt att bearbeta problematiken och situationen genom att ha dialog med någon människa. En hög andel (37 %) ansåg också att motion i olika former gav positiva effekter på måendet. Motion ansågs vara stärkande både för kroppen och för psyket, men ansågs även fungera som distraktion. Som den tredje viktigaste strategin lyftes avslappning/medveten närvaro fram. Inom denna kategori ingår exempelvis avslappning, meditation, mindfulness med mera, som i större utsträckning beskrevs av kvinnorna. Några andra könsskillnader som noterats är att en större andel av männen jämfört med kvinnorna ansåg att någon strukturerad terapeutisk metod, i synnerhet KBT, gav gynnsamma effekter. Alternativmedicin i bred bemärkelse (som även inbegrep användande av hälsokostpreparat) beskrevs ge positiva resultat enbart av kvinnorna. Även några ålderskillnader har observerats. De äldre kvinnorna beskrev i större utsträckning värdet av avslappning/medveten närvaro samt alternativ medicin. En högre andel av de äldre männen beskrev vikten av motion samt strukturerade terapeutiska metoder.

Vad gäller symtomlindring var det nio personer (3 %) som enbart lyfte fram medicin som den strategi som fick dem att må bättre. En viktig lärdom av detta är att medicin som *enda* strategi inte är det som patienterna främst upplever som verksamt, vilket också har visats av andra [12]. Däremot var det fler som lyfte fram medicin i kombination med samtal, motion eller något annat, vilket innebär att totalt tio procent av patienterna nämnde medicin som en positiv strategi enskilt eller i kombination med någon annan strategi. Kvinnorna lyfte fram "medicin" i högre grad än männen. Resultaten visar således att det är samtal som framförallt upplevs som effektivt av många och att det således kan behövas ytterligare satsningar på samtalsstöd för denna patientgrupp. Att ge stöd till sorg- och traumabearbetning kan möjligtvis vara hjälpsamt för vissa personer. Mindfulness som gruppverksamhet erbjöds vid en av de mottagningar som ingår i denna studie, vilket tycks vara uppskattat och kanske skulle kunna erbjudas till fler patienter. Motionens upplevda positiva effekter på den psykiska hälsan bör också lyftas fram [45, 46], men det är möjligt att användandet av "fysisk aktivitet på recept" redan är utbrett inom öppenvårdspsykiatrin.

Människor kan använda såväl konstruktiva som destruktiva strategier för att hantera psykisk ohälsa. Här frågade vi efter vilka strategier som hade fått patienterna att må bättre och den övervägande delen av patienterna beskrev konstruktiva strategier men några få, främst män, beskrev även destruktiva handlingar, oftast i form av alkohol eller droger, som ansågs ge positiva effekter.

De unga vuxna

Eftersom den psykiska ohälsan och den psykiatriska vårdkonsumtionen har ökat i synnerhet bland unga kan det vara intressant att fokusera lite mer på just deras svar. De unga kvinnorna (18–30 år) är klart överrepresenterade inom kategorin "uppväxtvillkor" som 29 procent angav som orsak jämfört med 16 procent bland de äldre kvinnorna. Bland männen ses inga ålderskillnader för denna orsak (15 procent bland såväl unga

som äldre män). Detta är en självupplevd bild men forskning visar, som nämnts, att stöd till barn som lever i dysfunktionella familjer minskar risken för psykisk ohälsa senare i livet [34,35]. De yngre kvinnorna lyfte i högre grad än övriga fram en påfrestande familjesituation generellt sett. Också intressant att notera är att 13 procent av de unga kvinnorna angav ärftlighet/genetisk sårbarhet som orsak till den psykiska ohälsan. Detta skiljer sig tydligt från både äldre kvinnor (fem procent) som unga män (sju procent). Sex procent av de yngre kvinnorna lyfte fram samhällets struktur/ hårdhet och nio procent av de yngre männen sorg, men antalet svar är få inom dessa kategorier. Det var också en något större andel av de yngre som har lämnat svar som inryms i kategorin "personliga egenskaper" än de äldre, i synnerhet de yngre männen. De unga männen var särskilt överrepresenterade vad gäller att ange missbruk, men det var få svar.

En något större andel av de yngre jämfört med den äldre gruppen ansåg att "samtal" som strategi var positivt för deras mående. Unga män uppgav samtal, och då i synnerhet samtal med professionella, i högre grad än de äldre männen.

Styrkor och svagheter

Den största styrkan, och det som också skiljer denna undersökning från många andra, är att den utgår från patienternas egna perspektiv. Fördelarna med att fokusera på patienters svar uttryckt i egna ord är att få en djupare förståelse kring deras uppfattningar om problematiken, som inte grundar sig i undersökarens egen förförståelse eller egna hypoteser. Dessutom kombineras kvalitativa och kvantitativa metoder inom ramen för samma studie, vilket innebär att förutom att få en djupare förståelse för problematiken kan även en uppfattning om omfattningen och fördelningen av svaren mellan könen och olika åldersgrupper erhållas. En annan viktig faktor är att det är patienter som sökt sig till en öppen psykiatrisk mottagning som har besvarat enkäten, som inte är en helt "lättillgänglig" grupp. Det har krävts ett ihärdigt arbete i väntrummen för att få patienter som ofta inte mår bra att besvara enkäten.

Studien är även behäftad med diverse svagheter som bör nämnas. Endast två psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Stockholms län ingår i denna studie. Det är ett begränsat urval vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser från de resultat som framkommit. Resultaten ger emellertid en indikation på hur det kan se ut i denna patientpopulation, men studiens överförbarhet är i huvudsak begränsad till liknande kontexter som där studien genomfördes. En annan begränsning är att det inte går att uttala sig om vilka av alla de patienter som har besökt mottagningarna under den tid studien pågick som inte har besvarat enkäten. Samtliga patienter tillfrågades inte under den tid datainsamlingen pågick, vilket inte varit möjligt av olika anledningar. En del verkade "alltför dåliga", andra försvann direkt från väntrummet och då kändes det oetiskt att följa efter och fråga dem. Ibland hanns det inte med att fråga alla patienter, eftersom många strömmade in till mottagningen ungefär samtidigt vid jämna klockslag. Dessutom var det inte någon från CES på plats för att dela ut enkäter under hela den tid som mottagningarna var öppna. Sammantaget innebär detta att det inte går att uttala sig om bortfallet, det vill säga hur stort det är och vilka som ingår i det.

Detta är en kvalitativt driven undersökning. Svaren på de öppna frågorna är upplevelser, uppfattningar och erfarenheter, inte några "objektiva sanningar". Vissa viktiga aspekter kan även ha undanhållits och de olika aspekter som har beskrivits kan ha olika tyngd. Ett observandum är att när en diagnos som exempelvis ADHD har angivits som orsak till den psykiska ohälsan betyder det inte att en viss andel de facto har diagnosen ADHD, utan att den andelen *anser* att deras psykiska ohälsa är orsakad av ADHD. Andra som

har fått samma diagnos kan ha uppgivit att orsaken till deras besvär är uppväxtförhållandena eller något annat. Detsamma gäller för dem som har uppgivit andra diagnoser och besvär. En betydande svaghet i studien har att göra med att det ibland har varit svårt att förstå vad vissa svar som skrivits ned innebär mer exakt. Eftersom studien bygger på en enkät har inte några följdfrågor kunnat ställas för att få reda på det. Det kan exempelvis vara svårt att veta vad ordet "terapi" inbegriper eller vad "dåliga familjeförhållanden" handlar om. Kategorierna "trauman" och "livsstress", kan inrymma aspekter som också skulle kunna hänföras till en annan kategori, om en mer specifik kännedom om den exakta betydelsen av den orsak som nämnts funnits. Aspekten "skilsmässa" kan ingå såväl i kategorin "livsstress" som "relationsinriktat", men här har vi placerat in denna aspekt i kategorin "relationsinriktat". Det innebär att de procentuella andelar som räknats fram för varje kategori ska tolkas med stor försiktighet. Dessutom är de kategorier som beskrivs i texten inte alltid helt distinkta, utan kan i vissa fall överlappa varandra. Kategorin "samtal" överlappar exempelvis "strukturerade terapeutiska metoder" som även inbegriper samtal. En annan svaghet som bör nämnas är att andelen män som besvarat de öppna frågorna är betydligt färre än kvinnorna, så även om exempelvis fem procent av männen har angivit en viss aspekt kan det röra sig om väldigt få personer.

Flera av patienterna var kritiska till att det bara fanns två alternativ för kön, man eller kvinna. De ansåg att det skulle ha funnits ett tredje könsneutralt alternativ.

Implikationer

Det kan vara värdefullt för såväl professionen som andra aktörer inom området att ta del av vad patienter inom öppenvårdspsykiatri lyfter fram som orsaker till sin psykiska ohälsa på ett aggregerat plan och vilka strategier som de upplever har en gynnsam effekt.

Det var endast nio procent av patienterna som lyfte fram att deras psykiska besvär hade något att göra med ärftlighet/genetisk sårbarhet, i motsats till en större andel som ansåg att faktorer som uppväxtförhållandena, personliga egenskaper i form av exempelvis en bristande självkänsla, livsstress etcetera var av betydelse. De senare aspekterna är i motsats till ärftlighet potentiellt påverkbara. Detta har troligtvis en koppling till patienternas syn på effektiva behandlingar, vilket också ter sig rimligt. I denna undersökning visas att det i synnerhet är samtal, men även motion, som patienterna framförallt ansåg gav positiva effekter på deras psykiska mående. Behandling med läkemedel som enda strategi var inte det som patienterna främst lyfte fram.

Samstämmiga resultat har visats i andra studier, det vill säga att patienterna inte önskar sig behandling med läkemedel som enda strategi [41, 12]. Runebjörk [47] som intervjuat patienter inom öppenvårdspsykiatri betonar att många patienter särskilt önskar sig samtal med en förstående medmänniska. Det kan således behövas ytterligare satsningar på samtalshjälpen/stödet.

För att fler ska kunna erbjudas samtal behövs såväl en fungerande första linjens psykiatri vid vårdcentralerna, liksom en öppenvårdspsykiatri med god tillgänglighet. Människor med psykisk ohälsa kan emellertid vara tveksamma till vårdcentralens möjlighet att erbjuda samtalsstöd [48], vilket kan få som konsekvens att de hellre söker sig till öppenvårdspsykiatri. Ett observandum i föreliggande studie är att sex procent av patienterna ansåg att deras psykiska ohälsa hade en koppling vårdrelaterade aspekter, vilket inbegriper att inte ha fått rätt hjälp eller hjälp i tid. Hälso- och sjukvården behöver också bli bättre på att uppmärksamma psykisk ohälsa som uppkommer till följd av fysisk ohälsa och vice versa [49, 25]. Flera av patienterna som ingår i denna undersökning, i

synnerhet den grupp som här benämns den äldre gruppen, uppgav fysisk ohälsa som orsak till den psykiska ohälsan.

Det är oklart hur mycket fysisk aktivitet uppmuntras inom den allmänpsykiatriska vården, men utifrån resultaten i föreliggande studie kanske motionens upplevda positiva effekter bör betonas. Denna studie visar också att strategier såsom avslappning, mindfulness och meditation uppskattas av många, vilket kan vara ett behandlingskoncept som skulle kunna erbjudas fler. Att få kännedom om patienters upplevelser av nyttan med dessa strategier är värdefullt då denna vardagliga kunskap och den evidensbaserade kunskap som finns på området kan utgöra underlag för en diskussion kring eventuella satsningar på området.

Det finns också möjlighet till insatser utanför hälso- och sjukvårdens arena. Barn som befinner sig i dysfunktionella familjer måste uppmärksammas bättre inom exempelvis skolan och erhålla tillräckliga stödinsatser, eftersom uppväxtvillkoren har betydelse för den psykiska hälsan senare i livet. Dessutom bör i synnerhet kvinnors känsla av alltför höga krav och stress tas på större allvar. Inom skolans ram finns möjligheter att stärka unga människors självkänsla. Exempelvis skulle ämnet livskunskap kunna inrymma den typen av frågor. Livskunskap skulle kunna integreras i andra ämnen eller utvecklas som ett fristående ämne. Sådana insatser skulle kunna få som konsekvens att de krav och den stress som finns i samhället kan hanteras bättre.

Att utgå ifrån patienternas egna perspektiv genom att de får besvara öppna frågor i en enkät kan ge en fördjupad förståelse för deras problematik. Men en central fråga är om patienternas och de professionellas perspektiv avseende orsaker och effektiva strategier är samstämmiga eller inte, och om inte, vad som i så fall skiljer dem åt? För att få en bättre förståelse för detta är det viktigt att bägges perspektiv lyfts fram i ljuset [50]. En kompletterande studie kring hur behandlarna inom psykiatrin uppfattar patienterna, deras problem och effektiva behandlingar vore därför av värde.

Referenser

1. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en kunskapsöversikt. Stockholm: Forte; 2015.
2. Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A. Redaktörer. Folkhälsorapport 2015. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015.
3. Kungliga vetenskapsakademien. State of the science. Preliminärt uttalande. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Konferens 12–14 april 2010.
4. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Vilka diagnoser står för ökningen av unga vuxnas vårdkonsumtion för psykiatriska tillstånd? Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Faktablad 2016:1.
5. Olin Lauritzen S. Föreställningar om hälsa och ohälsa. Perspektiv och begrepp i studier av lekmanaföreställningar om hälsa och ohälsa. Stockholm: Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet; 1997. Arbetsrapport nr. 3.
6. Hansson Scheerman M. Den besvärlige patienten. Om den inre logiken i skilda sätt att tänka om sjukdom och bot. Lund: Studentlitteratur; 1998.
7. Steinholtz Ekecrantz L. Patienternas psykiatri. Stockholm: Carlsson Bokförlag; 1995.
8. Tegern G. Frisk och sjuk. Vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser. [akademisk avhandling]. Linköping: Linköpings Universitet; 1994.
9. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2015.
10. Radley A. Making sense of illness. The social psychology of health and disease. London: Sage Publications; 1994.
11. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*. 1997; 166:182–86.
12. Lawenius M. Unga vuxna som söker till psykiatrisk mottagning. Hur uppfattar de sitt problem och vilken hjälp vill de ha? Lund: Institutionen för psykologi, Lunds Universitet; 2008.
13. Parker GB, Brown LB. Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39:1386–91.
14. Rippere V. Scaling the helpfulness of antidepressive activities. *Behaviour Research and Therapy*. 1979; 17:439–49.
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24:105–12.

16. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*. 2013; 15:398–405.
17. Reavley NJ, Jorm AF. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian National Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011; 45:890–98.
18. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. 2 ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2004.
19. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001; 358:483–88.
20. Mellbom J. Mönster och behov för extra kontakt med BHV-sjuksköterskan gällande barns hälsa under ett utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar. Solna: Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Karolinska Institutet; 2015.
21. Morgan DL. Qualitative content analysis: A guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*. 1993; 3:112–21.
22. Denzin NK. *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill; 1978.
23. Morse J. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*. 1991; 40:120–23.
24. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
25. Åsbring P. Words about body and soul: Social representations relating to health and illness. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17:1110–20.
26. Åsbring P. Unga vuxna beskriver orsaker till psykisk ohälsa. *Psykisk Hälsa*. 2010; (1):27–32.
27. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 1991.
28. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17:339–46.
29. Hughner RS, Kleine SS. Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*. 2004; 8:395–422.
30. Calnan M. *Health and illness. The lay perspective*. London: Tavistock Publications; 1987.
31. Werbart A, Levander S. Ont i kroppen – ont i själen: Behovet av privata förklaringsystem vid upplevd ohälsa. *Psykisk Hälsa*. 1998; (39):112–29.
32. Simonsson B. *Body and soul. Studies on health and psychosomatic complaints among adolescents in Sweden*. [akademisk avhandling]. Solna: Karolinska Institutet; 2008.
33. Westrup E, Wahlgren L. *Tonåringars upplevda stress. En litteraturstudie*. Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola; 2014.

34. Socialstyrelsen. Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
35. Socialstyrelsen. Utsatthet i unga år och psykisk ohälsa i vuxen ålder. Sammanfattning av resultat från en intervjustudie av 2500 unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015
36. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47:276–295.
37. Wiman M, Werbart A. Unga vuxna i psykoterapi II: Hur uppfattar de själva sina problem? Stockholm: Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet och Psykoterapiinstitutet; 2002. Rapport nr 23.
38. Statens Folkhälsoinstitut. Tio år med svensk folkhälsopolitik. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013. Rapport 2013:03.
39. McDougall T. Mental health problems in childhood and adolescence. *Nursing Standard*. 2011; 26:48–56.
40. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
41. Dahlberg KM, Waern M, Runesson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*. 2008; 8:1–10.
42. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & mental Health*. 2006; 10: 574–82.
43. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 74:595–602.
44. Sierra Hernandez CA, Oliffe JL, Joyce AS, Söchting I, Ogronczuk JS. Treatment preferences among men attending outpatient services. *Journal of Mental Health*. 2014; 23: 83–87.
45. Andersson E, Hovland A, Kjellman B, Taube J, Martinsen EW. Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. *Läkartidningen*. 2015; 112:DP4E.
46. Schäfer Elinder L, Faskunger J. Fysisk aktivitet och folkhälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
47. Runebjörk A-K. Möte med psykiatri – bekräftelse eller besvikelse? Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet; 1993.
48. Åsbring P. Unga vuxnas beskrivningar av hur psykisk ohälsa hanteras vid vårdcentralen. *Allmän Medicin*. 2010; 31:6–8.
49. Editorial. The integration of mental and physical health care. *The Lancet*. 2014; 384:1072.
50. Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993.

Bilagor

Bilaga 1. Skriftlig information till patienterna

Information om deltagande i en enkätstudie om psykisk ohälsa

Hej!

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, genomför just nu en studie för att undersöka hur patienter beskriver och skattar sin psykiska hälsa, vilka attityder till vården man har och hur man hanterat eventuella tidigare psykiska besvär. Den kunskap som studien ger ska föras ut till allmänheten, vården och politikerna bl.a. genom en landstingsrapport och olika tidskrifter. Det är bara genom kunskap om den nuvarande situationen som verksamhetsförbättringar och en mer anpassad vård för människor som lider av psykisk ohälsa kan komma till stånd.

Deltagandet i studien är helt frivilligt, och om du väljer att delta eller inte påverkar inte på något sätt den vård du får. Om du vill delta får du fylla i en anonym enkät med frågor om din psykiska hälsa. Enkäten finns både som webbenkät och i pappersform. Du kan fylla i enkäten antingen när du sitter i väntrummet (före eller efter besöket) eller vid ett senare tillfälle. Adressen till webbenkäten är:

<https://websurvey.textalk.se/start.php?ID=74107>. Om du fyller i pappersenkäten lämnar du in den i ett kuvertet i den röda brevlådan eller skickar in den per post i efterhand i ett förfrankerat kuvert. Oavsett om du fyller i enkäten på webben eller på papper i efterhand är vi tacksamma om vi får den inom två veckor.

Du som deltar i studien är helt anonym, d.v.s. det går inte att koppla dina svar till dig som person. Du kan när som helst avsluta ditt deltagande utan att behöva uppge någon särskild anledning till det, fram tills dess att enkäten är inlämnad, då det inte längre går att spåra den till dig. Materialet redovisas utan att någon enskild individ kan identifieras och enkäterna kommer att förvaras oåtkomliga för andra än forskargruppen, som består av Nina Åsbring, sjuksköterska, Kyriaki Kosidou, överläkare i psykiatri, Henrik Dal, statistiker, och Christina Dalman, docent i psykiatrisk epidemiologi samt chef vid Enheten för psykisk hälsa inom Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

Det finns några saker att tänka på om du ska fylla i enkäten. Det finns inte några svar som är rätt eller fel – det är din personliga uppfattning som efterfrågas. Vissa frågor kan vara svåra att svara på om inget av svarsalternativen stämmer exakt med din situation eller om frågan rör förhållanden längre tillbaks i tiden. Välj då det svarsalternativ som stämmer bäst. Om det inte finns tillräckligt utrymme i pappersenkäten kan du skriva på baksidan av pappret.

Om du har frågor eller funderingar går det bra att höra av sig till Nina Åsbring via e-post (nina.asbring@sll.se) eller telefon 08-123 37134/072-5259649. Om du känner något obehag kring de frågor som ställs i enkäten går det också bra att prata med Nina.

Bilaga 2. Tema 1: Orsaker. Subkategorier.

Procentuell andel redovisas inte om totalen i subkategorin är en procent eller lägre.

Tabell 1. Diagnos/psykiska besvär (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
ADHD/ADD	10(8%)	21(11%)	5(11%)	5(7%)	41(9%)
Bipolär	4(3%)	13(7%)	5(11%)	2(3%)	24(6%)
Utbrändhet/utmattning	3(2%)	15(8%)	1(2%)	1(1%)	20(5%)
Depression	5(4%)	9(5%)	2(4%)	3(4%)	19(4%)
Ångest/GAD	7(6%)	6(3%)	1(2%)	1(1%)	15(3%)
Oro	2(2%)	6(3%)	1(2%)	2(3%)	11(3%)
Borderline	6(5%)	3(2%)	0(0%)	0(0%)	9(2%)
Social fobi	2(2%)	2(1%)	1(2%)	4(5%)	9(2%)
Tvångstankar	3	1	1	1	6
Asperger	2	1	1	2	6
PTSD	3	2	0	0	5
Fel i hjärnan	1	0	1	3	5
Panikångest	1	2	0	1	4
Depression i samband med graviditet	3	0	0	4	4
Autism	0	2	0	1	3
OCD	0	2	0	0	2
Nedstämdhet	0	2	0	0	2
Psykos	0	1	0	0	1
Ätstörning	1	0	0	0	1
Självskadabeteende	0	0	0	1	1
Neurotisk	1	0	0	0	1
Unipolär sjukdom	0	0	0	1	1

Tabell 2. Personliga egenskaper (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Bristande själv- förtroende/självkänsla	12(10%)	13(7%)	3(7%)	7(10%)	35(8%)
Höga inre krav/ prestationsångest	11(9%)	12(6%)	0(0%)	1(1%)	24(6%)
Känslig personlighet	1(1%)	16(8%)	1(2%)	2(3%)	20(5%)
Missbruk (alkohol/droger)	0(0%)	1(1%)	4(9%)	4(5%)	9(2%)
Passivitet/uppgivenhet	2(2%)	4(2%)	0(0%)	1(1%)	7(2%)
Otillräcklighetskänsla	1	4	0	1	6
Fel utseende/fetma	2	2	0	1	5
Osäkerhet	2	3	0	0	5
Negativt tänkande	1	2	0	2	5
Dåliga livsval	2	0	2	0	4
Fel på en själv/tankar	0	0	2	2	4
Flykt/hållit tillbaks känslor	0	4	0	0	4
Dålig livsstil	3	0	0	1	4
Inte lyssnat på kropp/själ	1	2	0	0	3
Dåligt hanteringsmönster	0	1	2	0	3
Tillitsproblem	2	0	0	0	2
Ältar saker	1	1	0	0	2
Impulsstyrd	1	1	0	0	2
Svårt med gränssättning	0	2	0	0	2
Annorlunda som person	0	0	2	0	2
Splittrad självbild	1	1	0	0	2
Dålig självdisciplin	0	0	0	1	1
Humör	0	1	0	0	1
Rastlöshet	0	1	0	0	1
Fokus på det "yttre"	0	0	0	1	1
Bristande sociala färdigheter	0	1	0	0	1
Känner hat mot omvärlden	0	0	1	0	1
Att vara adopterad	0	1	0	0	1
Annorlunda könsidentitet	0	0	1	0	1
Sålt sex	1	0	0	0	1
Otillättna aktiviteter	0	1	0	0	1

Tabell 3. Livsstress (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Stress/tidsbrist i allmänhet	14(11%)	26(13%)	4(9%)	2(3%)	46(11%)
Svåra livserfarenheter/händelser	5(4%)	7(4%)	0(0%)	4(5%)	16(4%)
Egna barn som mår dåligt	2(2%)	8(4%)	0(0%)	1(1%)	11(3%)
Krav	2(2%)	5(3%)	0(0%)	0(0%)	7(2%)
Graviditet/förlossningen	1	5	0	0	6
Oro för framtid	2	2	1	1	6
Problem/ohälsa bland nära och kära	1	2	1	1	5
Blivit förälder	1	1	1	1	4
Partner med missbruksproblem	0	3	0	0	3
Ensamstående med barn	0	3	0	0	3
Rättsprocesser	0	2	0	0	2
Hårt liv	0	2	0	0	2
Kris	1	0	0	0	1
Misslyckade IVF	0	1	0	0	1

Tabell 4. Uppväxtvillkor (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Dålig uppväxt/barndom	20(16%)	24(12%)	5(11%)	5(7%)	54(12%)
Trauma under uppväxten	9(7%)	1(1%)	1(2%)	1(1%)	12(6%)
Förälder med alkoholmissbruk	5(4%)	1(1%)	0(0%)	1(1%)	7(2%)
Förälder med psykisk ohälsa	3	1	0	0	4
Övergrepp i barndomen, ospecificerat	0	1	0	2	3
Frånvarande föräldrar	0	0	0	3	3
Syskon med problem	2	0	0	0	2
Fysisk/psykisk miss-handel under uppväxt	1	0	1	0	2
Dålig anknytning	0	1	0	0	1
Föräldrars skilsmässa	1	0	0	0	1

Tabell 5. Relationsinriktat (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Problematiske relationer	2(2%)	11(6%)	4(9%)	3(4%)	20(5%)
Ensamhet/utanförskap	2(2%)	10(5%)	2(4%)	3(4%)	17(4%)
Mobbning/kränkning	6(5%)	1(1%)	2(4%)	4(5%)	13(3%)
Påfrestande familje- situation	8(7%)	4(2%)	1(2%)	0(0%)	13(3%)
Egen skilsmässa/ separation	3(2%)	6(3%)	0(0%)	3(4%)	12(3%)
Bristande socialt stöd	1	2	0	2	5
Upplevt svek	2	1	0	0	3
Illa behandlad av män/ partner	1	1	0	0	2
Familj i hemlandet	0	2	0	0	2
Påfrestande kärleks- relation	1	0	0	0	1

Tabell 6. Fysiska besvär (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Sömnpblem/brist	1(1%)	7(4%)	0(0%)	2(3%)	10(2%)
Smärta-/värkproblematik	2(2%)	5(3%)	0(0%)	1(1%)	8(2%)
Trötthet	2(2%)	3(2%)	1(2%)	1(1%)	7(2%)
Ohälsa/fysisk sjukdom, ospecificerat	3(2%)	1(1%)	1(2%)	2(3%)	7(2%)
Funktionsnedsättning	2	1	0	1	4
Kemisk obalans	2	2	0	0	4
Magproblem	0	1	0	2	3
Cancer	0	3	0	0	3
Huvudvärk	0	0	1	1	2
Nedtrappning/medicinavslut	0	2	0	0	2
Långvarig/kronisk fysisk sjukdom	0	1	0	0	1
Hormonell obalans	1	0	0	0	1
Vikt/matproblematik	1	0	0	0	1
Ryggskada	0	1	0	0	1
Sköldkörtelproblem	0	1	0	0	1
Hjärnskada	0	1	0	0	1
Problem med tänderna	0	1	0	0	1
Toxoplasmos	0	1	0	0	1
Grön starr	0	1	0	0	1
Lågt blodvärde	0	0	1	0	1
Whiplashskada	1	0	0	0	1
TIA-attack	0	0	0	1	1
Näringsbrist	0	1	0	0	1
PCO	1	0	0	0	1

Tabell 7. Ärftlighet/genetisk sårbarhet (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Ärftlighet/genetisk sårbarhet	1	6(13%)	10(5%)	3(7%)	8(11%)

Tabell 8. Jobb- och studierelaterat (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Höga krav/stress vid arbetet	(1%)	9(5%)	0(0%)	1(1%)	11(3%)
Mobbning på arbete/i skola	0	4	0	2	6
Svårt/stress vid studier	4	1	0	0	5
Vantrivsel på arbetet	1	1	1	0	3
Problem på jobbet, allmänt	0	2	0	0	2
Förändringar/omorganisation	2	0	0	0	2
Rån/hot på arbetsplatsen	0	1	0	1	2
Ångest inför möte om arbetsträning	0	1	0	0	1
Ovisshet om framtiden	0	1	0	0	1
Konflikt	0	1	0	0	1
Bristande stöd	0	0	1	0	1

Tabell 9. Sociala aspekter (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Dålig ekonomi	4(3%)	8(4%)	1(2%)	7(10%)	20(5%)
Arbetslöshet	0(0%)	3(2%)	2(4%)	4(5%)	9(2%)
Dålig boendesituation/ bostadslös	0(0%)	3(2%)	3(7%)	1(1%)	7(2%)
Inget fast jobb/korta anställningar	0	2	1	0	3
Sjukskriven	1	1	0	0	2
Svårt att få jobb	2	0	0	0	2

Tabell 10. Trauman (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Något trauma – ospecificerat	6(5%)	11(6%)	0(0%)	0(0%)	17(4%)
Sexuella övergrepp	5(4%)	3(2%)	0(0%)	0(0%)	8(2%)
Misshandel (psykisk/ fysisk)		0	0	1	1
Våldtäkt	1	0	0	0	1
Inbrott	0	1	0	0	1

Tabell 11. Vårdrelaterat (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Inte fått hjälp/en dåligt fungerande psykiatri	4(3%)	11(6%)	0(0%)	1(1%)	16(4%)
Felaktig/ej fungerande medicin	2	1	0	3	6
Dåligt bemötande inom vården	1	0	0	3	4
För långa väntetider	1	0	0	0	1
Hjälp för sällan	0	1	0	0	1
Alltför sen diagnos	0	1	0	0	1

Tabell 12. Vet inte (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Vet inte	5(4%)	9(5%)	5(11%)	7(10%)	26(6%)

Tabell 13. Sorg

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Förälders bortgång/ själv mord	5(4%)	4(2%)	2(4%)	1(1%)	12(3%)
Dödsfall bland nära och kära	2(2%)	5(3%)	1(4%)	1(1%)	9(2%)
Husdjur har dött	1	1	0	0	2
Barns död	0	0	1	0	1

Tabell 14. Samhällets struktur/hårdhet (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Samhällets struktur/ hårdhet	7(6%)	5(3%)	1(2%)	3(4%)	16(4%)

Tabell 15. Existentiella aspekter (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Livsfrågor	0	2	0	1	3
Känsla av meningslöshet/ tomhet	2	0	0	0	2
Har inte reflekterat	0	1	1	0	2
Vilsenhet	1	0	0	0	1

Tabell 16. Övriga orsaker (orsaker som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Årstid/väder	0(0%)	6(3%)	2(4%)	1(1%)	9(2%)
Miljöpåverkan	1	0	1	0	2
För mycket teknik	1	1	0	0	2
Utseendefixeringen	1	0	0	0	1
Rasism	1	0	0	0	1
Sexism	1	0	0	0	1
Sociala medier	1	0	0	0	1
Kvinnosynen	1	0	0	0	1
Blattar	0	0	0	1	1
Julhelgerna	0	1	0	0	1
Tillgängligheten	1	0	0	0	1

Bilaga 3. Tema 2: Strategier. Subkategorier

Procentuell andel redovisas inte om totalen i subkategorin är en procent eller lägre.

Tabell 1. Samtal (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Samtal med professionella	32(35%)	39(31%)	8(25%)	7(12%)	86(28%)
Samtal med familj/vänner	7(8%)	21(17%)	3(9%)	5(9%)	56(18%)
Samtal, ospecificerat	10(11%)	17(13%)	4(13%)	6(11%)	37(12%)
Chatt via internet	3(3%)	2(2%)	1(3%)	1(2%)	7(2%)
Gruppträffar/dela erfarenheter	2(2%)	2(2%)	0(0%)	1(2%)	5(2%)

Tabell 2. Motion (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Motion, ospecificerat	30(33%)	36(28%)	11(34%)	20(35%)	97(32%)
Yoga	4(4%)	8(6%)	0(0%)	3(5%)	15(5%)
Promenader	0(0%)	4(3%)	1(3%)	2(4%)	7(2%)
Dans	0	0		1	1
Tai Chi	0	0		0	1
Simning	0	1		0	0

Tabell 3. Avslappning/medveten närvaro med mera (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Mindfulness	3(3%)	14(11%)	0(0%)	0(0%)	17(6%)
Avslappning	5(6%)	9(7%)	1(3%)	2(4%)	17(6%)
Avslappning och/eller meditation	5(6%)	6(5%)	2(6%)	1(2%)	14(5%)
Meditation	1(1%)	4(3%)	2(6%)	5(9%)	12(4%)
Sova bra	0	1	1	0	2
Breathworks	0	1	0	0	1
Andningsövningar	0	1	0	0	1
Vila/ladda batterierna	0	1	0	0	1
Zenbuddism	0	1	0	0	1
Koncentrationsövningar	1	0	0	0	1

Tabell 4. Strukturerade terapeutiska metoder (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
KBT	4(4%)	6(5%)	2(6%)	6(11%)	18(6%)
Terapi, ospecificerat	4(4%)	3(2%)	0(0%)	9(16%)	16(5%)
Internetbehandling	1(1%)	1(1%)	1(3%)	2(4%)	5(2%)
KBT i grupp	0	1	0	1	2
DBT terapi	1	1	0	0	2
Psykoanalys	0	1	0	0	1
Parterapi	0	1	0	0	1
Gestaltterapi	0	1	0	0	1
EMDR	0	1	0	0	1
Psykoterapi	0	1	0	0	1
Psykodynamisk terapi	0	0	0	1	1
Gruppterapi	0	1	0	0	1

Tabell 5. Medicin som kombineras med samtal (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Medicin (som kombineras med samtal)	3(3%)	8(6%)	1(3%)	0(0%)	12(4%)

Tabell 6. Medicin som kombineras med andra strategier än samtal (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Medicin (som kombineras med andra strategier än samtal)	4(4%)	5(4%)	0(0%)	1(2%)	10(3%)

Tabell 7. Medicin – enbart (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Medicin (enbart)	2(2%)	4(3%)	1(3%)	2(4%)	9(3%)

Tabell 8. Alternativ medicin (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Hälsokostpreparat	3(3%)	2(2%)	0(0%)	0(0%)	5(2%)
Healing/reiki	1	3	0	0	4
Alternativ medicin, ospecificerat.	1	3	0	0	4
Massage	0	2	0	0	2
Akupunktur	0	2	0	0	2
Ayahuaschabehandling	0	1	0	0	1
Osteopati	0	1	0	0	1
Naprapat	0	1	0	0	1
Vidarkliniken	0	1	0	0	1

Tabell 9. Mental inställning (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Självkännedom/ medvetenhet	0	3	0	0	3
Ha rutiner (sömn, mat mm)	1	1	0	0	2
Släppa alla krav	2	0	0	0	2
Undviker/hanterar stress	0	0	0	1	1
Sätta egna mål	0	1	0	0	1
Utgå ifrån egna behov	0	1	0	0	1
Använder sinnesrobönen	0	1	0	0	1
Positivt tänkande	1	0	0	0	1
Affirmationer	0	1	0	0	1

Tabell 10. Fritidsintressen (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Musik (spela/lyssna)	1	2	0	1	4
Naturen	0	1	1	0	2
Jobba med händerna	0	0	0	1	1
TV	0	1	0	0	1
Ljudböcker	1	0	0	0	1
Film	1	0	0	0	1
Smartphone	0	1	0	0	1
Sömnad	0	1	0	0	1
TV-spel	0	0	1	0	1
Bada	0	1	0	0	1

Tabell 11. Sociala värden (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Vännerna	2	0	2	0	4
Familjen	1	1	0	0	2
Flickvännen/pojkvännen	1	0	0	1	2
Hunden	0	2	0	0	2
Låtsaskompis (regelbundet stöd)	0	1	0	0	1
Barnbarnet	0	1	0	0	1
Att känna sig älskad	1	0	0	0	1

Tabell 12. Destruktiva handlingar (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Alkohol	1	0	0	1	2
Droger	0	0	2	0	2
Självskadabeteende	0	0	1	0	1
”Självmedicinering”	0	0	1	0	1
Missbruk av sex/porr	0	0	0	1	1

Tabell 13. Övriga strategier (gynnsamma strategier som beskrivits av patienterna)

	Kvinnor 18–30 Antal (%)	Kvinnor 31– Antal (%)	Män 18–30 Antal (%)	Män 31– Antal (%)	Totalt Antal (%)
Snabb/akut hjälp av vården	1(1%)	3(2%)	0(0%)	1(2%)	5(2%)
Bra kost	0	3	1	0	4
Erhållit information av vårdgivare	2	0	0	1	3
Inhämtat information själv	0	2	0	0	2
Spikmatta/kedjetäcke	0	1	0	1	2
Sjukgymnastik	0	1	0	0	1
Högre makter/böner	0	0	0	1	1
Använder olika sociala roller	0	1	0	0	1
Arbetsterapeut	1	0	0	0	1
Slippa bråka med FK	1	0	0	0	1

ISBN 978-91-87691-43-0



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING