

Patienternas perspektiv – väntrumsstudie vid psykiatrisk mottagning

Nina Åsbring, Kyriaki Kosidou, Christina Dalman

Nina Åsbring, med.dr., Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin,
Stockholms läns sjukvårdsområde. E-post: nina.asbring@sll.se.

Kyriaki Kosidou, överläkare i psykiatri, med.dr., Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin (se ovan). E-post: kyriaki.kosidou@sll.se.

Christina Dalman, överläkare i socialmedicin, professor och enhetschef,
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (se ovan).
E-post: christina.dalman@ki.se.

Studien bygger på svaren på öppna frågor i en enkät som lämnades ut till patienter i väntrummen vid två psykiatriska öppenvårdsmottagningar 2014. Syftet var att ta reda på patienternas uppfattningar om orsakerna till deras psykiska ohälsa, samt vilka strategier som upplevts hjälpa dem. Det var diagnosen/ de psykiska besvären i sig, personliga egenskaper, livsstress, uppväxtvillkoren och relationsinriktade aspekter (i fallande ordning) som den största andelen ansåg vara en orsak till deras psykiska ohälsa. Många ansåg att samtal och motion hade haft positiv betydelse för deras hälsa. Det kan vara värdefullt för professionen och aktörer inom området att ta del av patienternas perspektiv på ett samlat plan, vilket kan öka förståelsen för patientgruppen och vara en utgångspunkt för fördjupade studier och satsningar på området.

The study is based on open ended questions in a questionnaire that was handed out to patients in waiting rooms at two open psychiatric clinics 2014. The aim was to find out perceptions of the causes of their mental illness, as well as strategies that they perceived to help them. It was the diagnosis/ mental problems, personal characteristics, life stress, early life conditions and relational aspects (in descending order) that the largest share considered to be a cause of their mental illness. Many felt that psychological support and physical exercise had a positive impact on them. Professionals and stakeholders could benefit to comprehend the patients' perspectives on an aggregated level, which can increase the understanding of the patient group and be a starting point for further studies and initiatives.

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 värdena var på samma höga nivå som år 2002. Det har skett en ökning av den självupplevda psykiska ohälsan i såväl Stockholms län som landet som helhet. Den psykiska ohälsan har ökat i samtliga åldersgrupper, men det är de unga kvinnorna som rapporterar högst självupplevd psykisk ohälsa, i synnerhet vad gäller nedstämdhet och oro [3]. Under 2000-talet har även andelen som haft kontakt med den specialiserade psykiatrin ökat, i synnerhet bland unga i åldern 18-24 år [4].

Men vad avses då med psykisk ohälsa? Psykisk ohälsa kan sägas vara

”en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos” [1, s.14].

Vidare kan man fråga sig vad som ligger bakom ökningen av den psykiska ohälsan i samhället och vad människor med psykisk ohälsa 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? Studien som här presenteras byg-

ger 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. 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 [5, 6, 7, 8]. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor konstaterar i en rapport att det behövs *”en bättre kunskap kring den psykiska ohälsans orsaker och uttryck”* [9, s.5], vilket vi försökt att åstadkomma i denna undersökning. Dessutom 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. Lawenius har också undersökt dessa aspekter i en studie som rört unga vuxna som besökt en psykiatrisk mottagning [10], och det finns också andra studier som genomförts inom liknande kontexter [11].

Syfte

Syftet är att ta reda på vilka uppfattningar patienter som sökt till psykiatrisk öppenvårdsmottagning har om orsakerna till sin psykiska ohälsa, samt vilka strategier som har upplevts ha haft en positiv effekt på deras psykiska mående. Dessutom undersöks hur dessa aspekter skiljer sig i stort mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre åldersgrupper.

Metod

Urvalet baseras på att mottagningarna var belägna i områden som har en socioekonomiskt sett relativt blandad befolkning. Dessutom var det möjligt att som patient komma till mottagningarna utan remiss och göra akutbesök där. Vårdcentralscheferna tillfrågades och gav sitt medgivande till att vi fick genomföra undersökningen. Projektet har även godkänts av den regionala etikprövningsnämnden vid Karolinska Institutet i Stockholm.

En enkät bestående av både öppna och slutna frågor utformades för att delas ut i väntrummen vid mottagningarna. Personal från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vistades där under några veckor under hösten 2014 för att dela ut enkäter till patienterna. Målet var att få in cirka 300 enkäter från varje mottagning. Information om undersökningen lämnades till merparten av 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. Om patienterna ville delta hade de möjlighet att besvara enkäten antingen som webb- eller pappersenkät, vid besökstillfället eller vid ett senare tillfälle. Insamlingen avslutades när ett tillräckligt antal patienter besvarat enkäten.

Analys

I denna delstudie ligger fokus enbart på svaren på två av de öppna frågorna

i enkäten. Resultaten från de slutna frågorna redovisas utanför denna artikel.

En innehållsanalys [12] har genomförts som inbegripit en process som handlat om att identifiera, koda, samt kategorisera grundläggande mönster i det empiriska materialet. En innehållsanalys kan användas för att analysera ett stort textmaterial som här och ger även möjlighet till att beräkna frekvenser för olika kategorier [13]. Innehållsanalysen består här av såväl en kvalitativ som en kvantitativ del. Efter att kategorierna utkristalliserats räknades den procentuella andelen ut för hur många som uppgivit en viss aspekt som inrymdes i huvudkategorierna respektive subkategorierna. Kvantifiering av kategorier kan göras för att få en överblick, men siffrorna bör inte 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 [14,15,16]. De beräkningar som gjorts är framtagna manuellt.

Samtliga aspekter som har varit kodningsbara har placerats in i en kategori. Vissa personer har uppgivit många olika aspekter avseende orsaker eller strategier, andra bara en enda. En del har angivit svävande svar som inte har varit möjliga att inordna i någon kategori och har därför uteslutits. Huvudkategorierna redovisas i texten. Däremot kommer inte subkategorierna redovisas i detalj, endast vissa centrala subkategorier beskrivs.

Resultat

Svaren är indelade i två åldersgrupper

för både kvinnorna och männen, 18-30 år och 31 år och äldre (upp till 78 år). Dessa grupper benämns den yngre och den äldre gruppen. I tabell 1

redovisas sysselsättning för dem som besvarat enkäten i sin helhet, dvs. 590 personer. I tabell 2 redovisas om dessa personer är födda i Sverige eller inte.

Tabell 1. Huvudsaklig sysselsättning (samtliga enkätsvar).

Sysselsättning (totalt antal svar: 580)	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%

Tabell 2. Etnicitet (samtliga enkätsvar).

Född i Sverige (totalt antal svar: 583)	Procentuell andel
Ja	82%
Nej	18 %

Tema 1: Uppfattningar om orsaker till psykisk ohälsa

Totalt angav 436 av de 590 personer (74 procent) som besvarat enkäten i sin helhet ett kodningsbart svar på frågan om upplevda orsaker till deras psykiska ohälsa. Av dessa är 316 (72 procent) kvinnor och 120 (28 procent) män. 39 procent av dem som besvarat frågan är mellan 18-31 år och 61 procent är 31 år och äldre. I tabell 3 beskrivs samtliga huvudkategorier som återfinns inom temat; Orsaker till psykisk ohälsa, samt procentuell andel för olika undergrupper.

Som visas i tabell 3 (nästa sida) beskrev den största delen (32 procent) av patienterna att det var den aktuella diagnosen eller de psykiska besvären som helt eller delvis orsakade deras psykiska ohälsa. ADHD dominerade som orsaksförklaring. Ängest, utbrändhet/utmattning och borderline lyftes i högre utsträckning fram av kvinnorna. 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

Tabell 3. Tema 1. Procentuell andel av patienterna som uppgett nedanstående orsaker till sin psykiska ohälsa, uppdelat på kön och åldergrupp.

Kategorier	Kv. 18-30	Kv. 31-	Tot. kv.	Män 18-21	Män 31-	Tot. män	18-30	31-	Tot. 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 studie-relaterat	7%	11%	9%	4%	5%	5%	6%	9%	8%
Sociala aspekter	5%	7%	6%	9%	15%	13%	6%	9%	8%
Trauman	10%	8%	9%	2%	3%	3%	8%	6%	7%
Vård-relaterat	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%

nämndes. Man tilldelar därmed sig själv olika svagheter/ brister. Bland 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 som orsak till sin psykiska ohälsa.

”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

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 den aktuella åldersgruppen befinner sig i.

"Jag har haft fler kriser på varandra, skilsmässa, barn som mått dåligt, provrörsbefruktnings som misslyckats tre ggr, sedan cancer." Kvinna, 45 år

Sex procent av patienterna, i högre grad männen, hade inte någon uppfattning om vad deras besvär var orsakade av. Nio procent av patienterna ansåg att deras psykiska besvär berodde på ärftlighet/genetisk sårbarhet. Många ansåg emellertid att besvären var självförvållade eller hade tillfogats av andra [17].

Det har visats att många hälso- och psykiska problem, även psykiska, kan förklaras av och/eller påverkas av olika samverkande förhållanden. Dahlgren och Whitehead [18] beskriver hälsans bestämningsfaktorer i en modell som relaterar till olika strukturer och nivåer. Modellen utgår från ärftliga faktorer, individuella livsstilsfaktorer, samhällsliga och lokala nätverk, levnadsvillkor och arbetsförhållanden samt generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Flera av dessa aspekter finns med i patienternas svar.

Utifrån de beräkningar som gjorts visas att kvinnorna i högre omfattning lyfte fram höga krav i arbetet och livsstress som orsak till sin psykiska ohälsa än vad männen gjorde. Inifrån-kommande problem, såsom höga inre krav och en känslig personlighet, beskrevs även i högre grad av kvinnorna.

"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 obärligt." Kvinna, 22 år

Liknande resultat har även framkommit i några andra studier, men dessa rör bara unga människor. I en studie av Simonsen [19] lyfte tonårsflickor i betydligt högre grad än tonårspojkar fram de krav som fanns i deras liv och som de upplevde var en stressfaktor. Westrup och Wahlgren [20] pekar även på en lägre upplevd självkänsla bland flickor.

En orsak till den psykiska ohälsan som lyftes fram av 19 procent av patienterna var uppväxten i en dysfunktionell familj. Det var i högre grad de yngre kvinnorna som lyfte fram denna aspekt jämfört med övriga grupper.

"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." Kvinna, 22 år

Förhållandena under uppväxten spelar en viktig roll för den psykiska hälsan under hela livet. Forskningen har visat att barn och unga som mår dåligt under uppväxten inte sällan gör det också som vuxna [21, 22, 23]. Det gäller exempelvis barn till missbrukande och psykiskt sjuka föräldrar. Även Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor [9] har pekat på att svåra förhållandena under uppväxtåren gör att det blir svårare att klara vardagens utmaningar.

Tabell 4: Tema 2. Procentuell andel av patienterna som uppgivit negstående strategier/insatser som de upplevt som gynnsamma för deras psykiska hälsa, uppdelat på kön och åldersgrupp.

Kategorier	Kv. 18-30	Kv. 31-	Tot. kv.	Män 18-31	Män 31-	Tot. män	18-30	31-	Tot. 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%

Tema 2: Strategier för att må psykiskt bra

Totalt besvarade 307 av de 590 personer (52 procent) som besvarat enkäten i sin helhet frågan om vad de ansåg hade en positiv inverkan på deras psykiska hälsa. Av dessa är 218 (71 procent) kvinnor och 89 (29 procent) män. 40 procent är mellan 18-30 år och 60 procent 31 år eller äldre. I tabell 4 beskrivs samtliga kategorier som återfinns inom temat; Strategier för att må psykiskt bra, samt procentuell andel för olika undergrupper.

Samtal var den strategi/insats

i denna undersökning som flest (51 procent) beskrev hade positiv betydelse för deras psykiska hälsa. En nästan dubbelt så stor andel kvinnor som män nämnde samtal som viktigt för att må bättre psykiskt, vilket är något som ofta framkommer i studier [24]. I vår undersökning handlade det främst om samtal med professionella, men också samtal med familj och vänner ansågs ha betydelse för många.

"Jag kan nog påstå att jag lever p.g.a. all samtals hjälp 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

Det ansågs således viktigt att bearbeta problematiken och situationen genom att ha dialog med någon människa. En hög andel (37 procent) ansåg också att motion i olika former gav positiva effekter. Motion ansågs vara stärkande både för kroppen och för psyket, men även fungera som distraktion. En del ansåg att motion fungerade, men endast tillfälligt.

"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+

Som den tredje viktigaste strategin lyftes avslappning/medveten närvaro fram. Inom denna kategori ingår exempelvis sådant som meditation och mindfulness. Dessa aspekter beskrevs i större utsträckning av kvinnorna, särskilt de äldre. Kvinnorna lyfte också oftare fram den mentala inställningens betydelse för mäendet.

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

Alternativmedicin i bred bemärkelse (som även inbegriper användande av hälsokostpreparat) beskrevs ge positiva resultat enbart av kvinnorna, särskilt de äldre. En större andel av männen jämfört med kvinnorna, särskilt de äldre, ansåg att någon strukturerad terapeutisk metod, i synnerhet

KBT, gav gynnsamma effekter.

Avslappningstekniker, samtal med familj och nära vänner, fysisk aktivitet, psykoterapi och samtal med psykolog står högt på listan av sådana insatser som anses vara verksamma i några andra studier [10, 25]. Wiman och Werbart [26] har noterat att kvinnor oftare finner hjälp i sina relationer till andra människor och av att närma sig och bearbeta problematiken, medan männen föreställer sig att de blir 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.

Vad gäller symtomlindring var det bara nio personer som enbart lyfte fram medicin som den strategi/insats som fick dem att må bättre. En viktig lärdom av detta är att medicin som enda strategi inte är det som patienterna främst efterfrågar, vilket också har visats av andra forskare [10, 27]. Däremot var det tio procent som lyfte fram medicin i kombination med samtal, motion eller något annat. Man kan emellertid fundera över om medicin uppfattas som en strategi av de patienter som besvarade denna enkät. Det är möjligt att en del ser det som något som existerar, men inte lyfter fram det som en speciell strategi.

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 de flesta beskrev konstruktiva strategier men några få, främst män, beskrev även destruktiva handlingar, oftast i

form av alkohol eller droger, som ansågs ge positiva effekter, åtminstone för stunden.

*"Cannabis. Blev lugn och glad."
Man, 22 år*

Varför är denna kunskap angelägen?

Det kan vara av värde för såväl professionen som andra aktörer inom området att ta del av vad patienter som sökt hjälp inom öppenvårdspsykiatri på ett samlat plan lyfter fram för orsaker till sin psykiska ohälsa. Det kan öka förståelsen för patientgruppen och även vara en utgångspunkt för fördjupade studier och diskussioner om satsningar. Studien visar exempelvis att många av patienterna ansåg att faktorer som uppväxtförhållandena, personliga egenskaper i form av exempelvis en bristande självkänsla, livsstress etc. upplevdes vara en orsak till den psykiska ohälsan. Detta har troligtvis en koppling till patienternas syn på effektiva behandlingar. I denna undersökning visas att det i synnerhet är samtal, men även motion, som patienterna ansåg ge positiva effekter på deras psykiska mående. Behandling med läkemedel som enda strategi var inte det som främst lyftes fram.

Det kan behövas ytterligare satsningar, kanske i synnerhet på det generella samtalsstödet [28]. För att fler ska kunna erbjudas samtal behövs emellertid såväl en fungerande första linjens psykiatri vid vårdcentralerna, som en öppenvårdspsykiatri med god tillgänglighet. Människor med psykisk ohälsa kan emellertid vara tveksamma till vårdcentralens möjlig-

het att erbjuda samtalsstöd [29], vilket kan få som konsekvens att man hellre söker sig till öppenvårdspsykiatri [4]. Ett observandum här är att sex procent av patienterna ansåg att deras psykiska ohälsa hade en koppling vårdrelaterade aspekter, såsom att inte ha fått rätt hjälp eller hjälp i tid.

"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." Kvinna, 31 år

Inom hälso- och sjukvården behöver man också uppmärksamma psykisk ohälsa som uppkommer till följd av fysisk ohälsa och vice versa [30, 31]. Flera av patienterna som ingår i denna undersökning, i synnerhet den grupp som här benämns den äldre gruppen, uppgav fysisk ohälsa som en orsak till sin psykiska ohälsa.

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

Denna studie visar också att strategier som avslappning, mindfulness och meditation uppskattas av många, vilket kan vara behandlingskoncept som skulle kunna erbjudas fler. Motionens upplevda positiva effekter kan också behöva lyftas fram [32].

Det finns också möjlighet till insatser utanför hälso- och sjukvårdens arena. Barn som befinner sig i dysfunktionella familjer måste exempelvis uppmärksammas och erhålla stödinsatser. Skolan kan vara en arena där dessa barn skulle kunna identifieras i ökad omfattning och bli

hänvisade till rätt hjälpinstans. Barns och ungas uppväxtvillkor är ett viktigt fokus inom folkhälsoarbetet, också i syfte att minska hälsoklyftorna [33].

Dessutom bör i synnerhet kvinnors känsla av alltför höga krav och stress tas på allvar. De äldre kvinnorna uppgav utbrändhet/utmattning som orsak i högre grad än andra grupper, vilket är ett observandum. Hur kan vi stärka i synnerhet unga människors självkänsla? En bättre självkänsla kan innebära att man får lättare att acceptera sina begränsningar och sätta gränser i förhållande till omvärlden, vilket skulle kunna innebära att krav och negativ stress kan hanteras bättre under livets gång. Även i detta avseende skulle skolan kunna bidra och ge tid för att diskutera sådana frågor.

Begränsningar

Fördelen med att fokusera på patienters svar uttryckt i egna ord är att man kan få en djupare förståelse kring deras uppfattningar om problematiken, som inte grundar sig i undersökarens egen förförståelse. Men denna studie är även behäftad med diverse svagheter. Endast två psykiatriska mottagningar ingår i urvalet, vilket innebär att studiens generaliserbarhet i huvudsak är begränsad till liknande kontexter. De siffror som räknats fram ska även tolkas med försiktighet eftersom det är en kvalitativt driven och inte någon statistisk undersökning. Det bör även understrykas att svaren på de öppna frågorna är upplevelser och uppfattningar, inte några objektiva sanningar. Ibland har det dessutom varit svårt att veta vad vissa svar som skrivits ned innebär mer

exakt, då följdfrågor har inte kunnat ställas, vilket hade varit möjligt vid en intervju. Det kan t.ex. 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 man skulle ha en mer specifik kännedom om den aspekt som nämnts. 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.

Referenser

1. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en kunskapsöversikt. Stockholm: Forté; 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. Steinholtz Ekecrantz L. Patienternas psykiatri. Stockholm: Carlsson Bokförlag; 1995.
6. Tegern G. Frisk och sjuk. Vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser. [akademisk avhandling]. Linköping: Linköpings Universitet; 1994.
7. Werbart A, Levander S. Ont i kroppen – ont i själen: Behovet av privata förklaringsystem vid upplevd ohälsa. *Psykisk Hälsa*. 1998; (39):112-29.

8. Calnan M. Health and illness. The lay perspective. London: Tavistock Publications; 1987.
9. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2015.
10. 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.
11. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17:339-46.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24:105-12.
13. 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.
14. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001; 358:483-88.
15. Morgan DL. Qualitative content analysis: A guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*. 1993; 3:112-21.
16. Morse J. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*. 1991; 40:120-23.
17. Hansson Scheerman M. Den besvärlige patienten. Om den inre logiken i skilda sätt att tänka om sjukdom och bot. Lund: Studentlitteratur; 1998.
18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 1991.
19. Simonsson B. Body and soul. Studies on health and psychosomatic complaints among adolescents in Sweden. [akademisk avhandling]. Solna: Karolinska Institutet; 2008.
20. Westrup E, Wahlgren L. Tonåringars upplevda stress. En litteraturstudie. Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola; 2014.
21. Maughan B, Kim-Cohen J. Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187:301-03.
22. Socialstyrelsen. Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
23. Socialstyrelsen. Utsatthet i unga år och psykisk ohälsa i vuxen ålder. Sammanfattning av resultat från en intervjustudie av 2500 unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Runebjörk A-K. Möte med psykiatri – bekräftelse eller besvikelse? Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet; 1993.
29. Åsbring P. Unga vuxnas beskrivningar av hur psykisk ohälsa hanteras vid vårdcentralen. *Allmän Medicin*. 2010; 31:6-8.
30. Editorial. The integration of mental and physical health care. *The Lancet*. 2014; 384:1072.
31. Åsbring P. Words about body and soul: Social representations relating to health and illness. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17:1110-20.
32. Andersson E, Hovland A, Kjellman B, Taube J, Martinsen EW. Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. *Läkartidningen*. 2015; 112:DP4E.
33. Statens Folkhälsoinstitut. Tio år med svensk folkhälsopolitik. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013. Rapport 2013:03.