

Östgötens psykiska hälsa

Om unga vuxna

Rapport 2006:4



Linköping maj 2006

Marika Wenemark

Lotta Fornander

Madeleine Borgstedt-Risberg

Östgötens psykiska hälsa

Om unga vuxna

Rapport 2006:4

Marika Wenemark
Lotta Fornander
Madeleine Borgstedt-Risberg

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	4
1 INLEDNING	5
1.1 BAKGRUND	5
1.2 SYFTE	6
2 MATERIAL OCH METOD	7
3 PSYKISKT VÄLBEFINNADE	9
3.1 JÄMFÖRELSE MELLAN 1999 OCH 2002	9
3.2 PSYKISKT VÄLBEFINNADE OCH SYSSELSÄTTNING	11
3.3 PSYKISKT VÄLBEFINNADE OCH ALKOHOLKONSUMTION	12
3.4 PSYKISKT VÄLBEFINNADE I LÄNETS KOMMUNER	13
4 PSYKISKA BESVÄR	14
4.1 DEPRESSION	14
4.2 FOBI	15
4.3 PANIKÄNGEST	17
4.4 SJÄLVMORD OCH SJÄLVSKADOR	18
4.5 STRESS	19
4.6 SÖMNPROBLEM	20
4.7 TVÅNGSSYNDROM OCH KONTROLLERINGSBEHOV	22
4.8 ÄTSTÖRNINGAR	23
4.9 ÖVRIGA PSYKISKA BESVÄR	24
4.10 ANDRA PROBLEM OCH BESVÄR	24
5 PÅVERKAN, ORSAKER OCH HANTERING AV PSYKISKA BESVÄR	26
5.1 PÅVERKAN AV PSYKISKA BESVÄR	26
5.2 ORSAKER TILL PSYKISKA BESVÄR	26
5.3 HANTERING AV PSYKISKA BESVÄR	27
6 VÅRDBEHOV OCH BEHANDLINGSFORMER	28
6.1 VÅRDBEHOV	28
6.2 SJÄLVUPPLEVT VÅRDBEHOV FÖR PSYKISKA BESVÄR I LÄNETS KOMMUNER	30
6.3 VART MAN VÄNDER SIG	30
6.4 BEHANDLINGSFORMER FÖR PSYKISKA BESVÄR	31
6.5 ANLEDNINGAR ATT EJ SÖKA VÅRD	32
7 FÖRTROENDE OCH SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN	35
7.1 FÖRTROENDE FÖR SJUKVÅRDEN	35
7.2 FÖRTROENDE FÖR SJUKVÅRDEN I LÄNETS KOMMUNER	36
7.3 SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN OCH IDÉER TILL FÖRBÄTTRINGAR FRÅN UNGA MED VÅRDBEHOV	36
8 DISKUSSION	39
REFERENSER	41

Förord

Hösten 2002 genomförde Folkhälsovetenskapligt centrum och FoU-enheten för Närsjukvården i Östergötland enkätundersökningen Östgötens psykiska hälsa. Undersökningen gjordes på uppdrag av Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan i Östergötland.

Syftet med studien var att kartlägga självrapporterad psykisk hälsa bland befolkningen i Östergötland och att analysera skillnader mellan olika grupper. Syftet var också att beskriva om och hur människor söker vård för psykiska besvär och vilken hjälp de får. En första deskriptiv rapport publicerades våren 2003 (Wenemark et al, 2003).

Ganska snart stod det klart att unga vuxna är de som själva beskriver psykiska besvär i störst utsträckning. De unga vuxna är också de som uppvisade de största försämringarna i psykisk hälsa i jämförelse med en studie som gjordes 1999. Det känns därför angeläget att försöka ge en fördjupad bild av de unga vuxnas psykiska hälsa.

Författarna vill tacka Enkät-service vid Folkhälsovetenskapligt centrum för allt arbete med scanning och inskrivning av öppna texter. Vi vill också tacka Marianne Karlsson och Ulla-Britt Strömstedt som med stort tålamod arbetade med den första kodningen av de öppna frågorna. Vi tackar också Christina Aldin som gjort layouten på rapporten och våra kollegor som har kommit med många bra synpunkter under arbetets gång. Slutligen vill vi rikta vårt allra största tack till alla unga vuxna som tog sig tid att besvara frågeformuläret och så generöst delade med sig av sina erfarenheter.

Marika Wenemark
Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping februari 2006

Sammanfattning

Flera studier visar att den psykiska ohälsan, främst bland unga har ökat under 90-talet. En orsak till den psykiska ohälsan bland unga skulle kunna vara de förändringar som skedde i början av 90-talet, då Sverige bland annat gick från låg till hög arbetslöshet. Ungdomar var en av de grupper som drabbades hårdast av samhällsförändringarna.

Studien är en tvärsnittsstudie baserad på ett frågeformulär till ett slumpmässigt kommunstratifierat urval om totalt 12 900 personer i åldrarna 18-90 år, bosatta i Östergötland hösten 2002. Enkäten innehöll bland annat frågor om psykiska besvär, vårdbehov, behandlingsformer och förtroende för vården. Den innehöll även en omfattande öppen fråga om psykiska besvär, hur besvären påverkar vardagen, vad man tror är orsaken och vad man gör för att hantera besvären.

År 2002 uppger en större andel unga vuxna (18-29 år) lindriga eller uttalade psykiska besvär jämfört med 1999. Skillnaden mellan åren var störst för de yngsta kvinnorna (20-21 år). Även bland unga män är det fler som uppger psykiska besvär 2002. Unga som är sjukskrivna uppger psykiska besvär i störst utsträckning. Dock finns psykiska besvär i alla sysselsättningsgrupper. Psykiska besvär som presenteras i rapporten är depression, fobi, panikångest, självmord och självsador, stress, sömnproblem, tvångssyndrom samt ätstörningar.

Dåligt självförtroende är speciellt vanligt som självupplevd orsak bland unga kvinnor och män. I jämförelse med andra ålders- och könsgrupper skriver unga kvinnor oftare än andra om höga krav. Unga män skriver oftare än andra om problem på arbetet och sociala problem. Unga män är också den grupp som näst efter de äldsta kvinnorna beskriver ensamhet som orsak till problemen.

Bland unga kvinnor upplever många att de har ett vårdbehov för psykiska besvär. Unga män har ett betydligt mindre vårdbehov än kvinnorna men är ändå större än i äldre åldrar. Många väljer att inte söka vård för sina psykiska besvär trots att de upplever ett vårdbehov. De vanligaste anledningarna till att inte söka vård är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk eller att man inte vet vart man ska vända sig. Unga uppger oftare än äldre att de inte har råd eller att det inte blir av. En anledning som ofta uppges av unga som sökt vård men som inte vill söka igen är att de inte har något förtroende för vården.

Unga som känt behov av att söka vård men inte gjort det, lämnar ofta synpunkter om mer tillgänglighet och information om vart man ska vända sig för att få hjälp. Unga som har haft kontakt med vården lämnar ofta synpunkter som handlar om väntetider och bemötande.

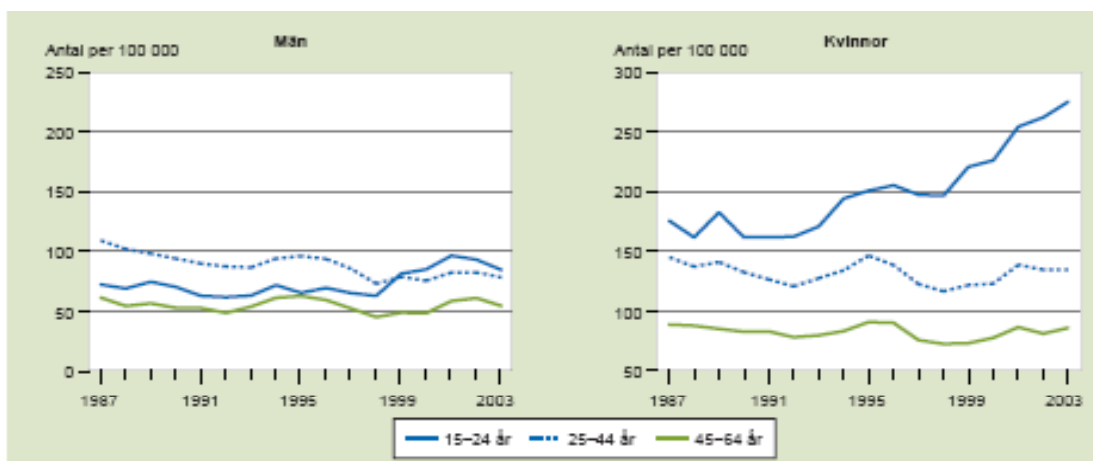
Unga vuxna vänder sig i mindre utsträckning än äldre till vårdcentralen för sina psykiska besvär. Istället söker unga oftare än andra åldersgrupper hjälp via psykiatrin. Unga får oftare än andra åldersgrupper samtalsbehandling eller samtalsbehandling i kombination med medicinsk behandling. Det är också vanligare att unga inte får någon behandling alls. De unga som fått samtalsbehandling är de som har det största förtroendet för vården.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Unga människors psykiska hälsa har uppmärksammats i många sammanhang de senaste åren. Folkhälsorapporten 2005, ULF-studien och Östgötens psykiska hälsa 2002 visar alla att den psykiska ohälsan har ökat under 90-talet, främst bland unga. Vid en jämförelse av den psykiska ohälsan mellan 1999 och 2002 har kvinnor och personer i åldrarna 20-24 år den största ökningen av självupplevd psykisk ohälsa (Söderwall, 2005).

Enligt Folkhälsorapporten 2005 har den psykiska hälsan försämrats bland unga kvinnor från början på 80-talet fram till nu. Psykiska problem har ökat mer bland unga än i andra åldersgrupper, vilket kan ses som en trend under 90-talet. Bland annat avtar inte självmordstalen i samma takt som för andra åldersgrupper, vilket är speciellt tydligt bland unga män. Andelen som vårdats för självmordsförsök eller annan självtillfogad skada har däremot varit konstant sedan 1987 med undantag för kvinnor mellan 15-24 år, där andelen ökat sedan 1992 (figur 1.1). En betydande riskfaktor för självmord är psykisk ohälsa.



Figur 1.1 Andel sjukhusvårdade för självmordsförsök och annan självtillfogad skada per 100 000 invånare i åldersgrupperna 15-24 år, 25-44 år och 45-64 år, 1987-2003 (Socialstyrelsen, 2005)

Enligt Ungdomsstyrelsens rapport Unga 2004 bidrar psykisk ohälsa med den största sjukdomsburden efter hjärt-kärlsjukdomar. Ängslan, ångest, oro, sömnproblem eller ständig trötthet kan leda till psykisk ohälsa om problemen inte uppmärksammas. Kvinnor uppger ängslan, oro och ångest i större utsträckning än män. Psykisk ohälsa kan bidra till stort lidande för den drabbade och kan medföra omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser. Utskrivning och försäljning av antidepressiva läkemedel har ökat kraftigt under hela 90-talet. Ökningstakten har varit lika stor bland såväl kvinnor som män. En förstärkning av samhällets resurser för att förbättra det psykiska välbefinnandet hos unga vuxna skulle kunna ge hälsovinster i form av långsiktiga samhällsekonomiska besparingar. Förslag på insatser för de unga vuxna är till exempel föräldrastöd, skolans möjlighet att stärka den psykiska hälsan, en starkt ställning för unga i arbetslivet, lättillgängligt psykiskt stöd och goda behandlingsmöjligheter.

Både Folkhälsorapporten 2005 och rapporten Ung 2004 diskuterar tänkbara orsaker till den psykiska ohälsan bland unga. En förändring mellan två ytterligheter skedde mellan 80- och 90-talet. Sverige gick från en tid med låg arbetslöshet och hög inflation till bland annat en fyrdubbling av arbetslösheten på tre år och kraftigt minskade disponibla inkomster. Ungdomar var en av de grupper som drabbades hårdast av samhällsförändringen i början av 90-talet. Sett till levnadsförhållandena i Sverige är unga de stora förlorarna de senaste 10 åren, bland annat när det gäller tillgång till arbete och ekonomiska resurser (Lindqvist, 2003). Enligt Statistiska centralbyrån har de yngre fått allt svårare att etablera sig på arbetsmarknaden. Lindqvists rapport visar att arbetslösheten bland framför allt unga män är stor och att skaffa eget boende och bilda familj sker vid allt högre ålder. Klyftan mellan generationernas ekonomiska resurser har ökat från 1995. Det har också skett en ökning av fattigdom bland unga vuxna i åldrarna 20-24 år. Enligt rapporten Psykiska ohälsa hos unga har även en reduktion av det formella sociala nätverket skett vilket bland annat medför senare inträde i vuxenlivet och därmed en förlängd ungdomstid. Detta har skett parallellt med den ökade psykiska ohälsan hos unga vuxna. I rapporten tas även olika möjliga riskfaktorer upp. Flera studier finns om enskilda riskfaktorer för uppkomst av psykisk ohälsa. Det kan handla om allt från mikro- (gener) till makronivå (nationella katastrofer). Några exempel på riskfaktorer för psykiska ohälsa är kön, genetisk sårbarhet, tidiga hjärnskador, uppväxtförhållanden, etablering i vuxenlivet och negativa händelser (Forsell et al, 2004).

Från undersökningen Psykisk hälsa, Arbete och Relationer (PART-studien) vilken är en befolkningsstudie som utförts i Stockholm framkom att det inte fanns några attitydskillnader i sättet att ange psykisk ohälsa mellan olika åldersklasser (Forsell et al, 2004)

1.2 Syfte

I arbetet med Östgötens psykiska hälsa är unga vuxna den grupp som utmärker sig mest. Syftet med denna rapport är att sammanfatta den kunskap om de unga vuxna som redan framkommit i projektets tidigare rapporter (Wenemark et al, 2003, Wenemark et al 2005, Borgstedt-Risberg et al, 2005). Syftet är också att komplettera med nya resultat, baserade på både kvalitativ och kvantitativ data, för att ge en mer nyanserad bild av de unga vuxnas självrapporterade psykiska besvär, hur och var de söker vård, varför de avstår från att söka vård och vilken behandling de får.

2 Material och metod

Beskrivning av studien

Studien är en tvärsnittsstudie baserad på ett frågeformulär till ett slumpmässigt, kommunstratifierat urval om totalt 12 900 personer i åldrarna 18-90 år bosatta i Östergötland hösten 2002. Frågeformuläret omfattar bakgrundsfrågor, olika mått på psykisk hälsa och ohälsa, frågor om vårdbehov, sjukvård och behandling. Studien genomfördes helt anonymt utan någon identitetsbeteckning på frågeformulären. För att veta vilka som svarat fick respondenten skicka in ett svarskort med ett personspecifikt nummer som inte går att koppla till ett visst frågeformulär. Svarefrekvensen för hela studien är 66 procent. För en mer detaljerad beskrivning av metod och bortfallsanalys hänvisas till rapport 2003:1 Östgötens psykiska hälsa (Wenemark et al, 2003).

Beskrivning av den öppna frågan

För att få människors egna beskrivningar av psykiska besvär användes en omfattande öppen fråga. Den öppna frågan bestod av fyra delfrågor om psykiska besvär, hur besvären påverkar vardagen, vad man tror är orsaken och vad man gör för att hantera besvären. Totalt har de som deltagit beskrivit 10 364 symtom, 5 703 påverkan på vardagen, 5 361 orsaker och 6 260 hanteringssätt. Frågorna kodades i två omgångar och kategoriserades hierarkiskt i en-, två- eller tresiffrig nivå. Materialet är kodat så nära ursprungstexterna som möjligt. Ett visst mått av bedömningar är oundvikliga eftersom en del personer skrivit mycket text. Det kan till exempel vara fall där detaljerade familjeproblem beskrivs, som i kodningen förkortas till enbart "familjeproblem". En viktig avgränsning i kodningsarbetet är att det inte har gjorts några försök till diagnostisering av psykiatriska tillstånd. En person som beskriver alla klassiska symtom på depression är inte kodad som depression om han eller hon inte själv har skrivit just detta ord. För en mer detaljerad beskrivning av kodningen av den öppna frågan hänvisas till rapport 2005:1 Östgötens psykiska hälsa – Med egna ord (Wenemark et al, 2005).

Variabler och definitioner

Som grov indikator på psykiska besvär används delskalorna Psykiskt välbefinnande (MH) och Vitalitet (VT) från SF-36, som är ett frågebatteri som mäter självskattad hälsorelaterad livskvalitet. Delskalan Psykiskt välbefinnande har, utifrån kunskap från denna och andra studier, använts för att dela in personerna i tre grupper:

Uttalade psykiska besvär	MH 0-50
Lindriga psykiska besvär	MH 51-65
Inga psykiska besvär	MH 66-100

För mer information om dessa variabler se Östgötens psykiska hälsa (Wenemark et al, 2003).

Punktskattningar och felmarginaler

En punktskattning är en uppskattning av det korrekta värdet, baserat på ett stickprov ur populationen. I rapporten presenteras både andelar i procent och medelvärden som punktskattningar. Felmarginalen är ett mått på punktskattningens osäkerhet. Osäkerheten beror på att endast ett stickprov undersökts och inte hela populationen som är alla individer mellan 18-90, år bosatta i Östergötland. Om stickproven är små blir felmarginalerna (osäkerheten i punktskattningarna) stora. I rapporten presenteras också 95-procentiga konfidensintervall. Med ett 95-procentigt konfidensintervall menas att intervallet i

genomsnitt täcker det sanna värdet i 95 fall av 100. Felmarginalen och konfidensintervallet tar inte hänsyn till den osäkerhet som beror på bortfallet i undersökningen.

Fallbeskrivningar

Fallbeskrivningarna är valda så att de representerar flera liknande berättelser och är alltså inga extrema fall. Eftersom det är vanligare med psykiska besvär bland kvinnor, vanligare att kvinnor svarar på enkäter och skriver på öppna frågor är det fler kvinnor än män som beskrivs i fallbeskrivningarna. De fallbeskrivningar som återges är i princip ordagrant återgivna från enkäten. Endast namnen är fingerade. Även svar från flervalsfrågor beskrivs i texterna.

Svarsfrekvens

Unga (18-29 år) har en lägre svarsfrekvens jämfört med övriga ålderskategorier (tabell 2.1). De allra yngsta (18-21 år) har den lägsta svarsfrekvensen. Kvinnor svarar i större utsträckning än män.

Tabell 2.1 Antal svarande och svarsfrekvens bland unga vuxna 18-29 år 1999 och 2002

	Befolkningenkät 1999		Östgötens psykiska hälsa 2002		
	Ålder	Antal svarande	Ålder	Antal svarande	Andel svar (%)
Kvinnor	20-21	132	18-21	191	57
	22-25	232	22-25	210	62
	26-29	247	26-29	240	65
	20-29	611	18-29	641	61
Män	20-21	73	18-21	155	40
	22-25	183	22-25	161	44
	26-29	203	26-29	170	46
	20-29	459	18-29	486	43

Totalt är det 4 516 personer (18-90 år) som skrev något på den öppna frågan. Fler unga jämfört med gamla har med egna ord skrivit om sina psykiska besvär (Wenemark et al, 2005). Bland de unga (18-29 år) är det 1 127 personer som skrivit något (tabell 2.2). Fler unga kvinnor än unga män skrev på den öppna frågan. De som enligt variabeln Psykiskt välbefinnande har uttalade psykiska besvär har i stor utsträckning skrivit på den öppna frågan.

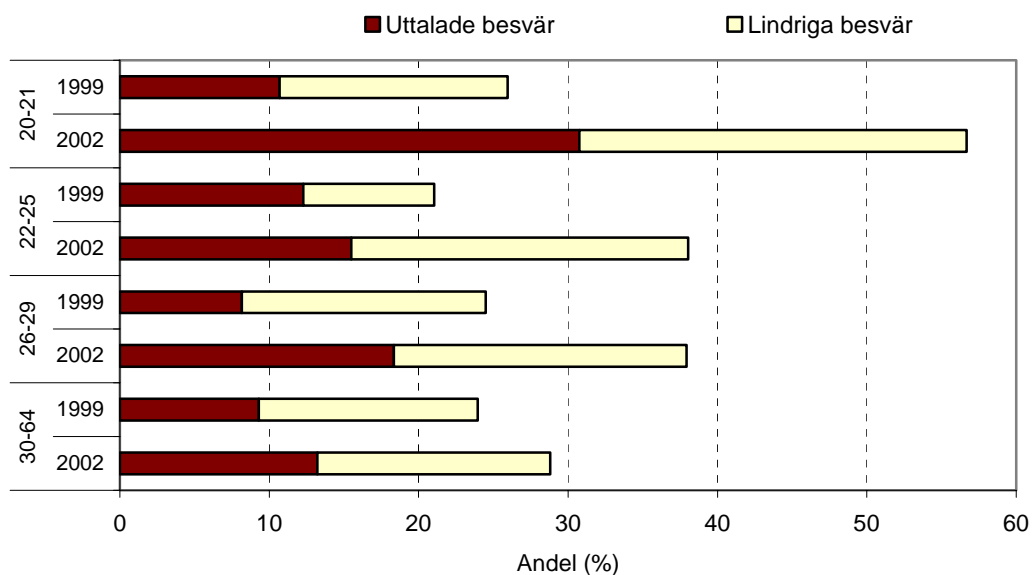
Tabell 2.2 Andel svar på den öppna frågan bland unga vuxna 18-29 år

	Andel svar på öppen fråga (%)	Andel svar på öppen fråga bland dem med lindriga eller uttalade psykiska besvär (%)	Andel svar på öppen fråga bland dem med uttalade psykiska besvär (%)
Kvinnor	74	86	92
Män	55	77	85

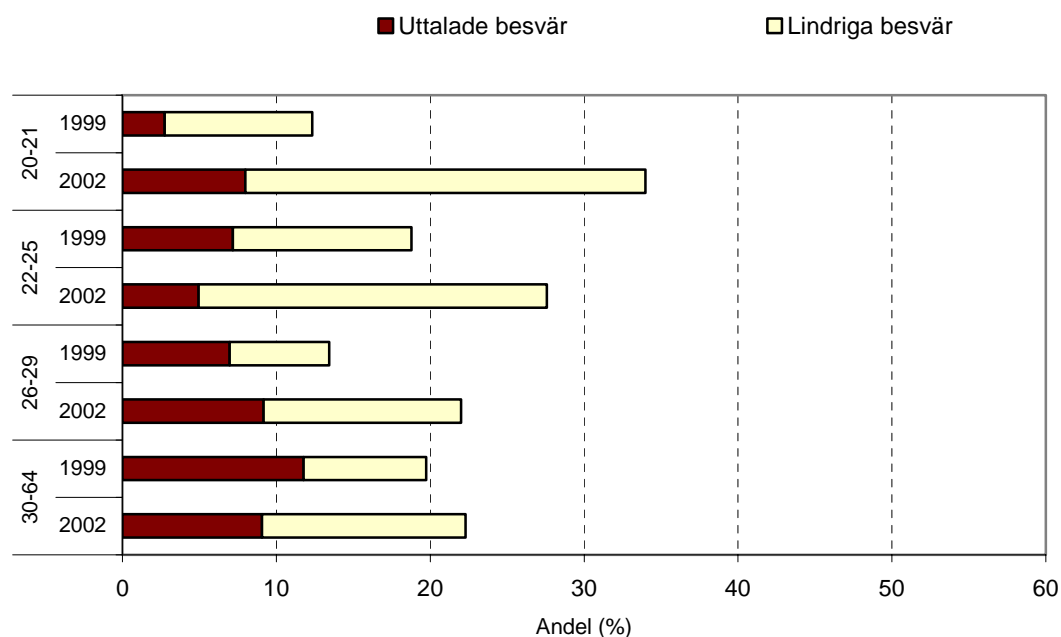
3 Psykiskt välbefinnande

3.1 Jämförelse mellan 1999 och 2002

I åldersgruppen 30-64 år finns det endast små förändringar i psykiskt välbefinnande mellan 1999 och 2002. För de unga är skillnaden mycket stor, framför allt för de yngsta (figur 3.1 och 3.2). Andelen med uttalade psykiska besvär är speciellt markant bland de yngsta kvinnorna där 11 procent uppgav uttalade besvär 1999 jämfört med 31 procent 2002. Bland männen är det framför allt andelen med lindriga besvär som har ökat mycket.



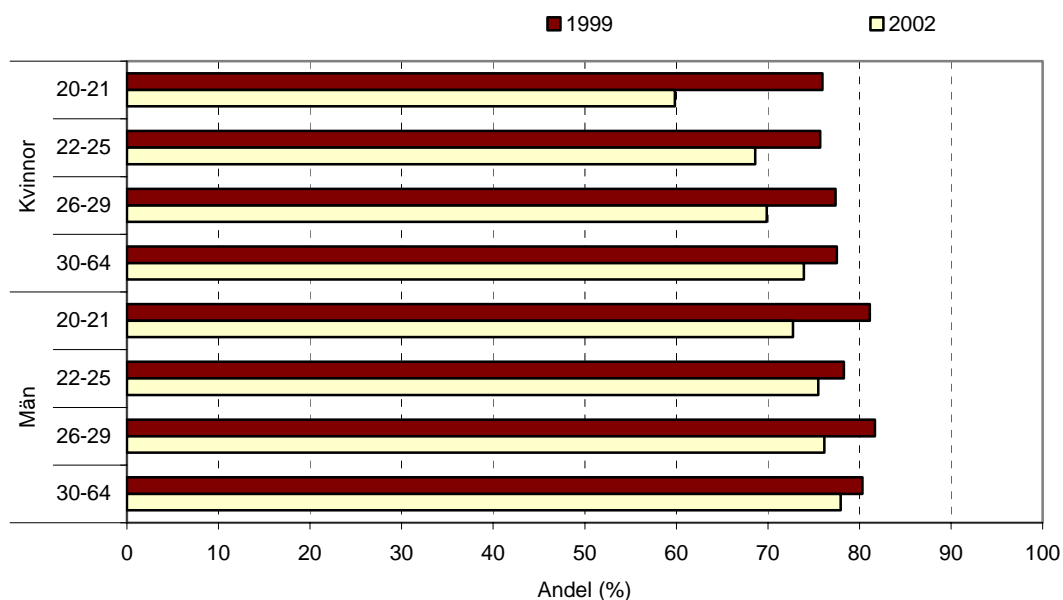
Figur 3.1 Andel kvinnor med uttalade (MH 0-50) respektive lindriga besvär (MH 51-65) 1999 och 2002 per ålder.



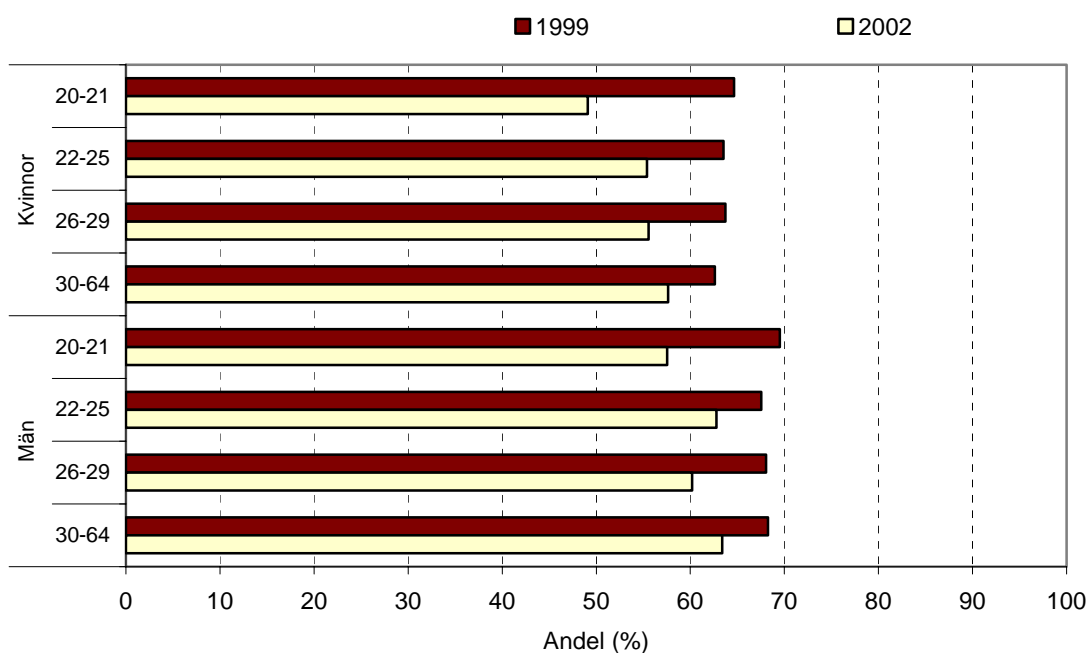
Figur 3.2 Andel män med uttalade (MH 0-50) respektive lindriga besvär (MH 51-65) 1999 och 2002 per ålder.

En jämförelse av de enskilda frågorna som ingår i delskalorna Psykiskt välbefinnande (MH) och Vitalitet (VT) visar att det är sämre resultat på alla enskilda frågor 2002 jämfört med 1999. Bland de unga männen är det sämre resultat framför allt på frågorna om man känt sig pigg och stark, mycket nervös, lugn och harmonisk, dystert och ledsen och glad och lycklig. Bland de unga kvinnorna är det framför allt frågorna om man känner sig lugn och harmonisk, dystert och ledsen och utsliten som har försämrats mellan 1999 och 2002. Kvinnor i åldern 20-21 år som känner sig lugna och harmoniska hela tiden eller största delen av tiden har till exempel minskat från 47 procent 1999 till 19 procent 2002.

Medelvärdet för Psykiskt välbefinnande (MH) har försämrats mest i den yngsta åldersgruppen även om det är skillnader även för dem i åldrarna 22-25 och 26-29 år (figur 3.3). Medelvärdena för Psykiskt välbefinnande (MH) respektive Vitalitet (VT) har försämrats ungefär lika mycket (figur 3.3 och figur 3.4).



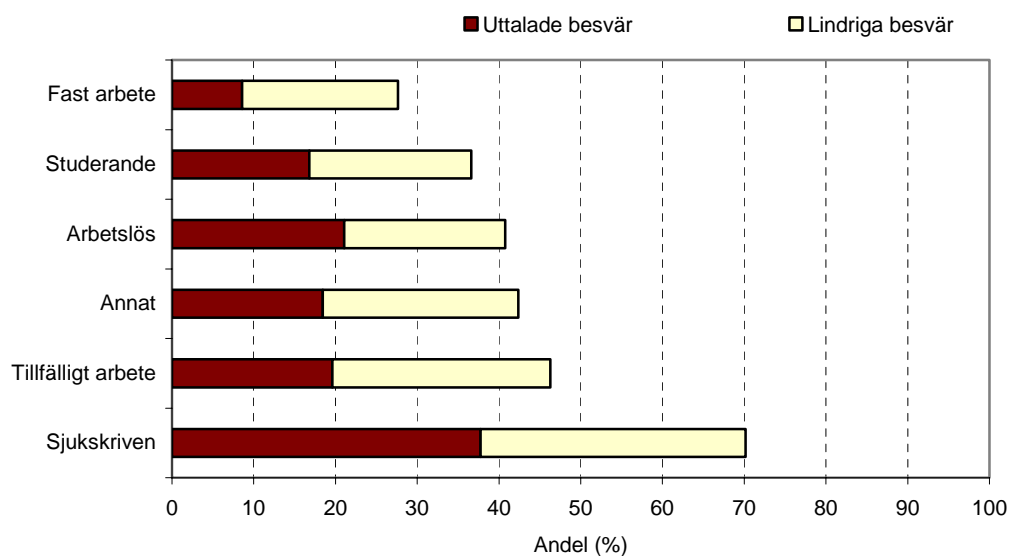
Figur 3.3 Medelvärden för Psykiskt välbefinnande (MH) 1999 och 2002 per kön och ålder.



Figur 3.4 Medelvärden för Vitalitet (VT) 1999 och 2002 per kön och ålder.

3.2 Psykiskt välbefinnande och sysselsättning

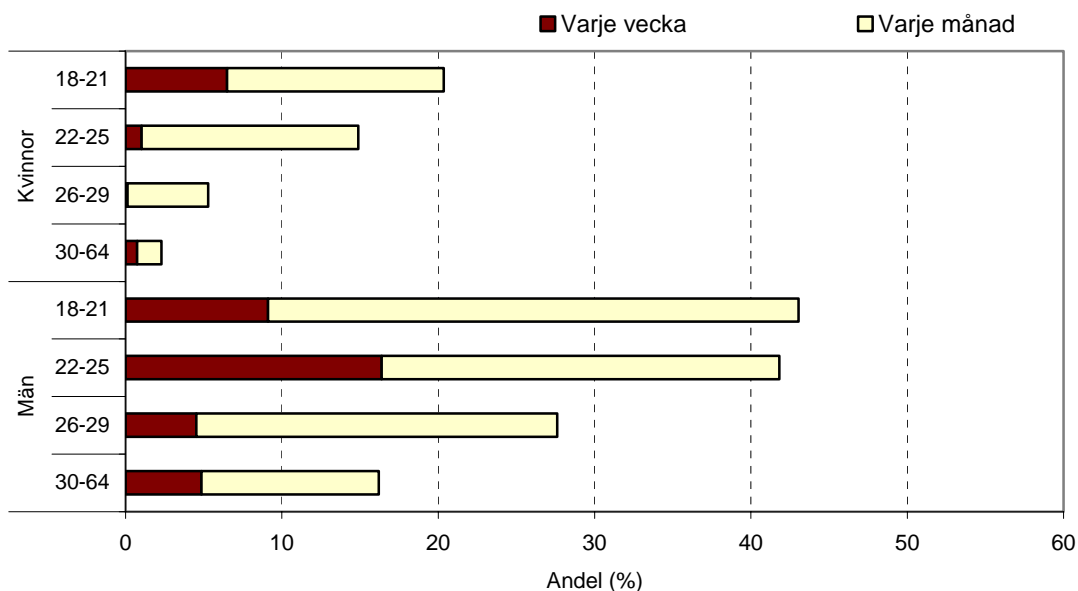
Bland sjukskrivna uppger 70 procent att de har lindriga eller uttalade psykiska besvär (figur 3.5). Det är betydligt fler än i övriga sysselsättningsgrupper. Personer med fast arbete är de som i minst utsträckning uppger besvär. Unga vuxna med lindriga eller uttalade besvär finns dock i alla sysselsättningsgrupper. Gruppen annat kan till exempel vara föräldraledighet och militärtjänstgöring.



Figur 3.5 Andel unga som uppger lindriga eller uttalade psykiska besvär (MH) per sysselsättningsgrupp.

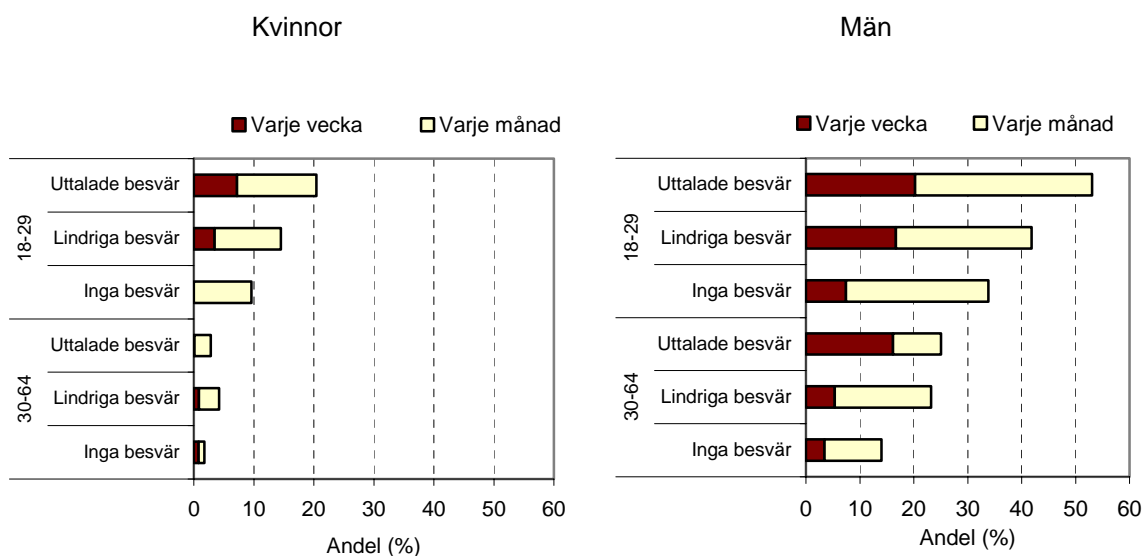
3.3 Psykiskt välbefinnande och alkoholkonsumtion

Bland både kvinnor och män är det de yngsta som står för den största alkoholkonsumtionen (figur 3.6). Med alkoholkonsumtion menas här intensivdrickande bestående av sex glas eller mer vid ett och samma tillfälle. De unga männen konsumerar mer alkohol än kvinnor och äldre män. Intensivdrickande är vanligast bland de yngsta männen.



Figur 3.6 Andel som uppger att de dricker sex glas alkoholhaltig dryck varje vecka eller månad per kön och ålder.

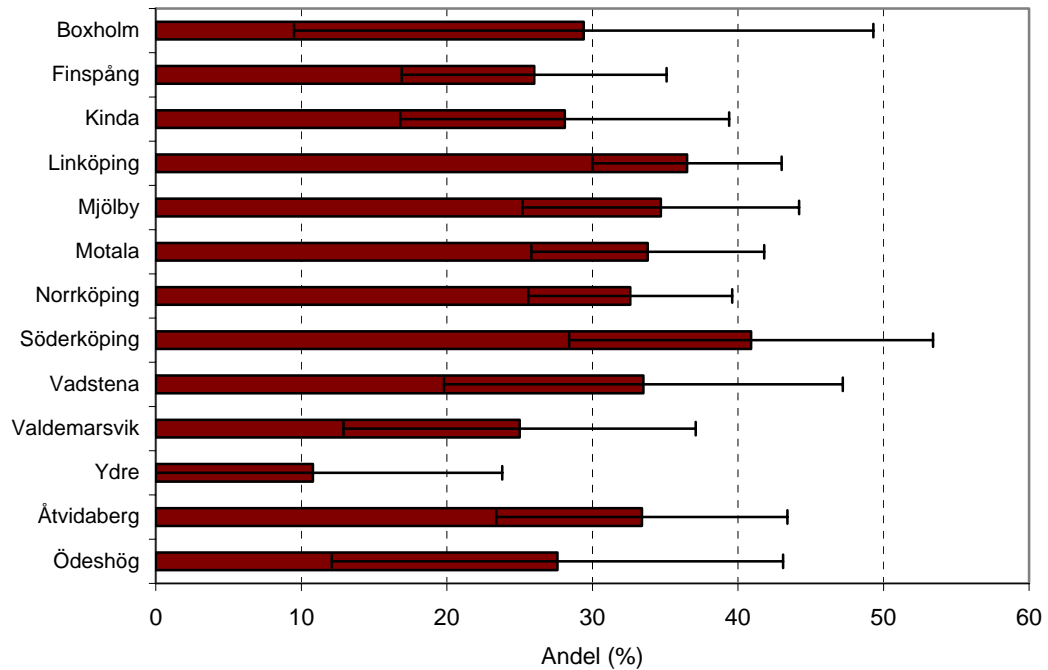
Bland de unga vuxna, främst männen, uppger de med uttalade psykiska besvär i störst utsträckning ett intensivdrickande (figur 3.7). Unga som uppger att de inte har några psykiska besvär intensivdricker i mindre utsträckning.



Figur 3.7 Andel som uppger att de dricker sex glas alkoholhaltig dryck varje vecka eller månad per ålder och psykiskt välbefinnande (MH).

3.4 Psykiskt välbefinnande i länets kommuner.

Det finns vissa skillnader i andel unga som uppger lindriga eller uttalade psykiska besvär i de olika kommunerna i Östergötland (figur 3.8). Ydre har en lägre andel unga med psykiska besvär jämfört med till exempel Linköping och Söderköping. Det finns också skillnader mellan unga inom samma kommun. En större andel unga kvinnor än unga män i till exempel Norrköpings kommun, uppger att de har psykiska besvär.



Figur 3.8 Andel unga som uppger lindriga eller uttalade psykiska besvär (MH) i länets kommuner (med 95-procentigt konfidensintervall).

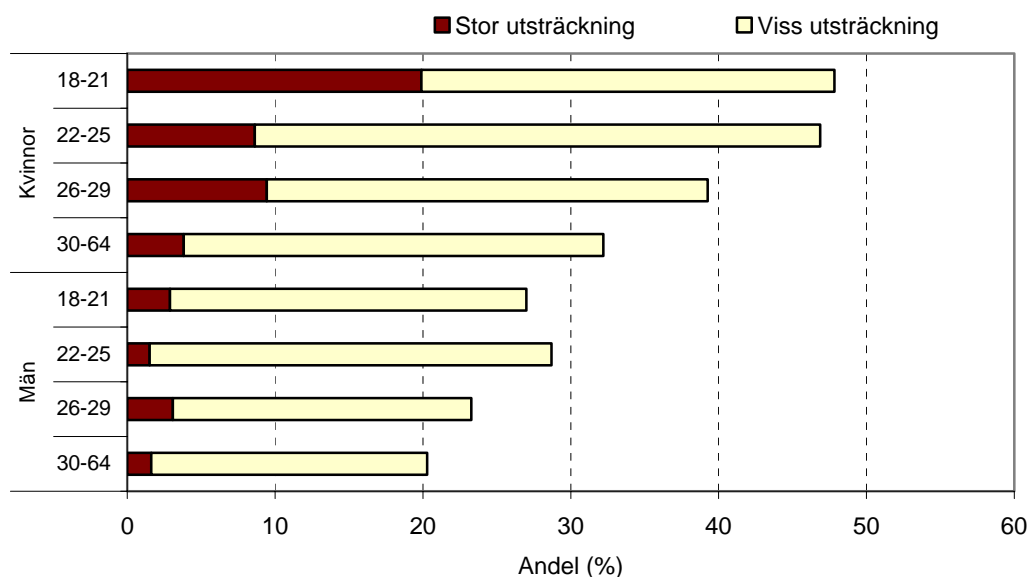
4 Psykiska besvär

De vanligaste psykiska besvären redovisas i separata avsnitt. En och samma person kan ha flera olika psykiska besvär och kan därför finnas med i redovisningen i flera avsnitt. De besvär som tas upp är depression, fobi, panikångest, självmord och självskador, stress, sömnproblem, tvångssyndrom och kontrolleringsbehov, ätstörningar och övriga psykiska besvär. I det sista avsnittet görs ett försök att sammanfatta dem som inte passar in i något av avsnitten om specifika psykiska besvär. Återigen är det viktigt att komma ihåg att det är personernas egen uppfattning om de psykiska besvären som redovisas. Resultaten är hämtade från såväl flervalsfrågor som öppna frågor.

4.1 Depression

Som indikator på depression används frågan: Har du återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner?

Nästan hälften av de unga kvinnorna mellan 18-25 år uppger återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner i viss eller stor utsträckning (figur 4.1). Många av de yngsta kvinnorna uppger dessutom att de har besvär i stor utsträckning.



Figur 4.1 Andel som uppger återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner i stor eller viss utsträckning per kön och ålder.

Sammanlagt 126 unga (11 %) har svarat ja på flervalsfrågan om återkommande depressioner eller skrivit om depression med egna ord på den öppna frågan.

De vanligaste symtomen som många med depression skriver om, är att ha självmordstankar och olika former av panikkänslor. Det är också vanligt att ange ätstörningar i samband med depressionsrelaterade besvär.

Påverkan på vardagslivet av en depression är ofta stor. Många använder ord som att man blir uppgiven, apatisk, passiv, trött och orkeslös. Många beskriver också att de blivit sjukskrivna på grund av depressionen, att man känner sig illa omtyckt eller att man inte är uppskattad.

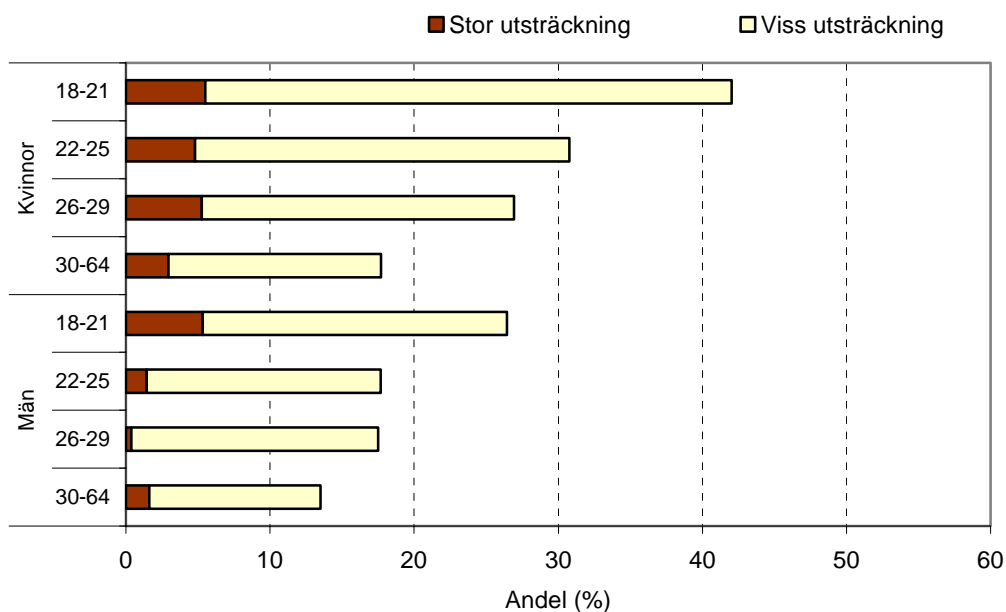
Orsaker som ofta nämns av personer med depression är att besvären uppkommit på grund av saker som inträffat i barndomen eller att orsaken är ärftlig. Personer med depressionsrelaterade problem vänder sig ofta till sjukvården för att få hjälp. En av de vanligast förekommande hanteringssätten är att få samtalsbehandling eller medicin för besvären. Det är också vanligt med passiva hanteringssätt som till exempel att vänta på att besvären ska gå över av sig själv.

Emelie är 18 år, bor med sina föräldrar och går på gymnasiet. Emelies mamma har varit deprimerad/utbränd. Emelie beskriver att hon känner sig trött och kraftlös. Hon orkar inte ta tag i någonting. Hon sökte hjälp och kom till BUP där depression konstaterades. Hon fick medicin både mot depression och mot ångest. Hon tyckte inte att medicinen hjälpte så hon slutade ta den. Hon fick också samtalsterapi som hon inte heller var särskilt nöjd med. Hon är besviken på att hon fick vänta sex veckor för att få komma till vård när hon mådde som sämst. Hon önskar också att hon fått någon mer konkret behandling än den hon fick.

4.2 Fobi

Som indikator på fobi används frågan: Undviker Du platser, situationer, föremål, djur etc. på grund av oro eller ångest?

En större andel unga jämfört med äldre uppger att de undviker någonting på grund av oro eller ångest (figur 4.2). Det är också fler unga som uppger besvär i stor utsträckning. Den största andelen som uppger fobi finns i den yngsta åldersgruppen bland både kvinnor och män.



Figur 4.2 Andel som uppger besvär med fobi i stor eller viss utsträckning per kön och ålder.

Andelen som skrivit om fobier på den öppna frågan eller som kryssat för besvär i stor utsträckning på frågan om att undvika vissa platser, situationer, föremål, eller djur på grund av oro eller ångest är totalt 5 procent (54 stycken).

När de med fobi beskriver sina besvär fritt är det framför allt olika former av oro, ångest eller panikångest som beskrivs. Många beskriver också rent fysiska symtom som hjärtklappning och yrsel.

Fobier kan leda till påverkan på vardagslivet i form av till exempel nedstämdhet. Fobier kan också framkalla ångest. Många beskriver också att de fått sociala problem eller fått svårt att klara av sitt arbete. Orsaker som man själv tror ligger bakom problemen är faktorer i barndomen, ärftlighet eller sociala besvär. Många uppger också att de inte vet orsaken till besvären.

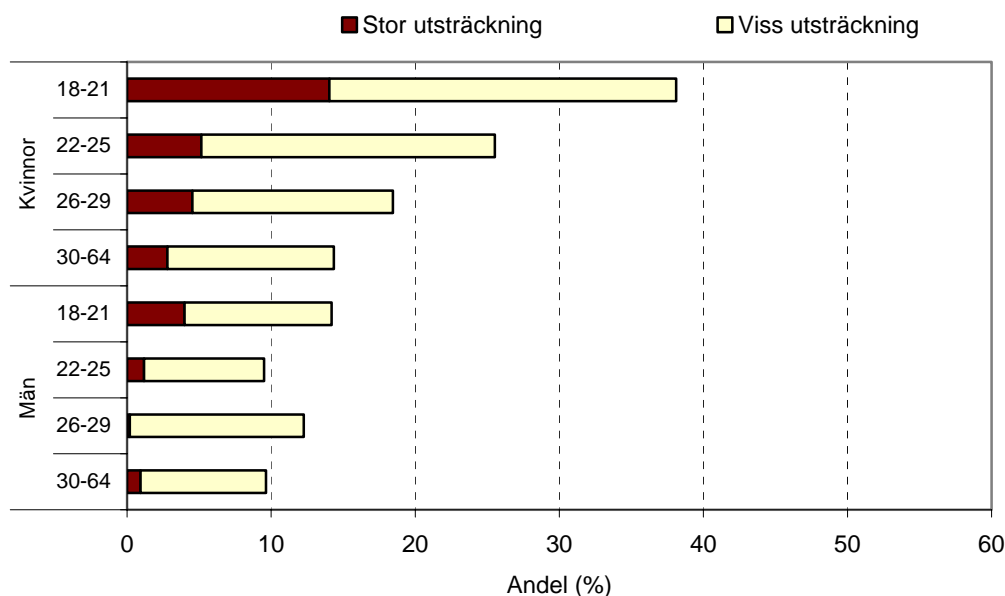
Ett hanteringssätt som många beskriver är att utsätta sig för det som orsakar fobin. Andra hanteringssätt är att vända sig till sjukvården eller att få samtalsbehandling. Det är också vanligt att man klarar av sina problem genom att undvika det som framkallar ångesten till exempel att man drar sig undan sociala situationer. De finns också de som väntar på att besvären ska gå över eller använder alkohol för att dämpa oron.

Ulrika är 24 år, bor i en större stad och har en tidsbegränsad anställning. Hon upplever sig mycket nervös för att träffa på folk hon känner när hon är ute. Hon rodnar lätt och är mycket rädd för att känna sig bortgjord. När någon pratar med henne känner hon sig nervös och vet inte hur hon ska bete sig. Hon känner sig överrumplad och iakttagen om hon träffar på någon och är rädd att de ska ställa pinsamma frågor. Helst håller Ulrika sig för sig själv och undviker att gå ut bland folk. Ibland försöker hon tvinga sig ut i alla fall, men annars har hon inga sätt att själv hantera problemen. Ulrika känner att hon behöver få hjälp med detta eftersom det påverkar hennes liv alltmer. Hittills har hon inte sökt hjälp, eftersom hon inte vill framstå som psykiskt sjuk. Om hon skulle söka hjälp tror hon att hon skulle vända sig till vårdcentralen i första hand. Ulrikas bästa vän har sökt hjälp för depression/nedstämdhet för ungefär ett år sedan. Vännen blev väl omhändertagen och för Ulrika känns det tryggt att veta att hjälp finns och att det kan fungera.

4.3 Panikångest

Som indikator på panikångest används frågan: Har du återkommande perioder av ångest och panik?

De yngsta kvinnorna är de som i störst utsträckning uppger återkommande perioder av panikångest (figur 4.3). Kvinnor jämfört med män uppger i större utsträckning panikångest. Bland de yngsta kvinnorna är det ungefär 15 procent som uppger panikångest i stor utsträckning vilket kan jämföras med drygt 4-5 procent bland övriga kvinnor och de yngsta männen.



Figur 4.3 Andel som uppger återkommande perioder av panikångest i stor eller viss utsträckning per kön och ålder.

Sammanlagt 68 unga (6 %) har svarat ja på frågan om panikångest eller skrivit om panikångest med egna ord på den öppna frågan.

Många som beskriver panikångest uppger olika former av fysiska besvär som hjärtklappning, andningssvårigheter och yrsel. Andra symtom som de själva beskriver är känslolöshet, självmordstankar och åtstörningar.

Unga med panikångest beskriver ofta att besvären leder till självmordstankar och sociala besvär. Livet med panikångest kan också leda till nedstämdhet, trötthet, orkeslöshet och rastlöshet. Som orsak anges ofta barndom, ärftliga faktorer eller traumatiska händelser. Hanteringen av besvären handlar ofta om att klara av den akuta situationen. Sådana beskrivningar är till exempel att andas, blunda, lugna ner sig eller att försöka intala sig att man klarar situationen. Många vänder sig också till sjukvården, får medicin för besvären eller dricker alkohol.

Sanna är 20 år och studerar på universitetet. En panikångestattack beskriver hon som fasansfull skräck, förtvivlan, andnöd, hyperventilerar tills hon får kramp, gråter hysteriskt och kan inte sitta still. Sannas liv påverkas i stor utsträckning av detta. Hon känner sig ständigt trött, kan inte slappna av och gör inte ens saker hon egentligen tycker om att göra. Hon tror att hennes förhållande till sin mor kan vara en orsak till besvären. Sanna har inga bra sätt att hantera besvären. Det enda hon kan göra är att gråta, göra saker som gör ont fysiskt och lyssna på hög musik. Sanna vände sig till studenthälsan och fick mediciner mot ångest och depression. Medicinerna fungerade inte bra. Hon blev illamående och fick huvudvärk och sömnsvårigheter. Dessutom tyckte hon att ångesten blev värre. Hon fick också samtalsbehandling. Sanna är mycket missnöjd med behandlingen. Nu har hon mycket litet förtroende för att kunna få hjälp av sjukvården om besvären förvärras. Hon vet inte vart hon skulle vända sig och vill inte framstå som psykiskt sjuk. Sanna önskar att hon fått samtal med en riktig psykolog/psykiatriker. Hon skulle också vilja att man kunde vända sig direkt till specialister utan att behöva gå via vårdcentralen.

4.4 Självmord och självskador

Som indikator på självmord/självskador har endast den öppna frågan använts där individen skrivit med egna ord.

Det finns 19 personer (2 %) som beskriver självmordstankar eller olika former av självskadebeteende. Bland de 19 anser 18 att de haft behov av att söka vård under det senaste året men endast 7 sökte vård.

När de beskriver sina symtom handlar det ofta om depression och nedstämdhet (orkeslöshet). Många nämner också olika samhällsfaktorer. Flera upplever att de är nedstämda och rastlösa. Flera anser också att besvären lett till arbetslöshet eller sjukskrivning. Uppfattningarna om orsak till besvären handlar ofta om problem från barndomen eller familjeproblem. Många nämner också ärftliga faktorer eller brist på rutiner i vardagslivet. Några försöker sysselsätta sig med någonting kreativt, men de flesta hänvisar

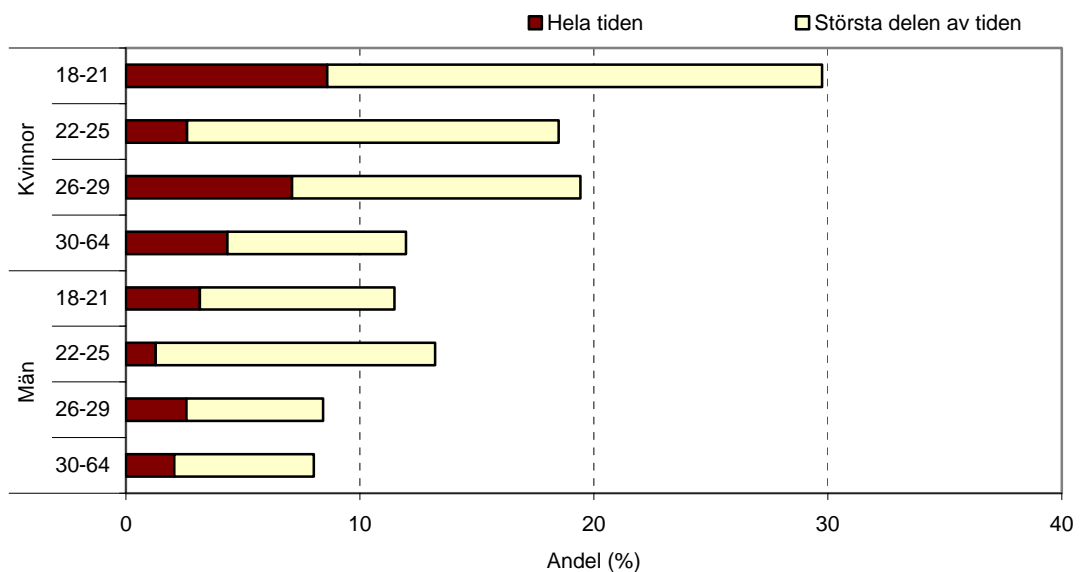
till sjukvård eller samtalsbehandling för att hantera besvären. Alkohol nämns också ofta som hanteringssätt i denna grupp.

Jonas är 22 år och har just nu en praktikplats. Jonas är ensamstående och har en yngre bror. Båda föräldrarna dricker mycket. Jonas upplever mycket ångest och har ofta självmordstankar. Han känner sig otillräcklig och tycker inte att han klarar någonting. Han känner sig som en skit och som en parasit. Ångesten gör att han skadar sig själv både genom att skära sig och att elda på sig. Andra sätt att hantera besvären är att dricka alkohol eller att sova. Jonas har vid ett tillfälle för flera år sedan varit tvångsintagen på BUP i fem veckor. Han har aldrig mått så dåligt som då och tiden efteråt. Även om vissa läkare var relativt bra träffade han många som han inte fick något som helst förtroende för. Vid ett tillfälle efter det, har han pratat med en läkare om att få sömntabletter. Läkaren vägrade skriva ut tabletterna. Jonas har därför köpt flera olika mediciner svart. Han har inget förtroende för vården och vill inte söka vård igen.

4.5 Stress

Som indikator på stress används frågan: Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har du känt dig spänd och stressad?

Unga jämfört med äldre uppger oftare att de känner stress hela tiden eller största delen av tiden (figur 4.4). Bland unga kvinnor uppger var femte att de känner sig stressade hela tiden eller största delen av tiden. Kvinnor i alla åldrar uppger mer stress än män. De yngsta kvinnorna är de som i störst utsträckning upplever sig stressade hela tiden.



Figur 4.4 Andel som känner sig stressad hela eller största delen av tiden per kön och ålder.

Antalet som beskrivit stress på den öppna frågan eller som kryssat för besvär hela eller största delen av tiden på flervalsfrågan om stress är totalt 358 stycken (32 %).

De symptom som personer med stress främst skriver om är egna krav och höga ambitioner. De skriver också om att de har svårt att klara vardagen. Stress leder till ytterligare ökade egna krav och till trötthet. Som orsak till besvären skriver många om höga yttre krav och stort ansvar. Arbetsmiljö och samhällsfaktorer är andra orsaker som flera uppger. För att hantera besvären väljer många att försöka vila eller slappna av. Flera försöker också att prioritera bort saker som ger upphov till stress.

Irina är 25 år och studerar. Hon kom till Sverige vid 10-års ålder. Irina upplever stark prestationsångest och tycker att hon aldrig räcker till. Hon har tidigare erfarenhet av sjukvården när det gäller psykiska besvär genom en anhörig. Irina har ganska litet förtroende för sjukvården när det gäller att hjälpa människor med psykiska besvär. Ibland tycker hon att besvären motiverar henne att prestera mer. Ibland dödar stressen passionen för det hon gör så att hon får svårt att finna ro och i stället tröttnar på tillvaron. Hon tror att orsaken till problemen är både hennes egna och andras förväntningar. Ibland tycker hon att besvären är så stora att hon borde söka hjälp men hon vet inte vart hon ska vända sig. Hon försöker också att förneka problemen och tänker att det finns de som har större problem och som behöver vården bättre än hon. Hon tror att många precis som hon själv har svårt att konkretisera sina besvär och formulera dem i ord och därför avstår från att söka vård. Hon tror också att många är rädda att inte bli tagna på allvar.

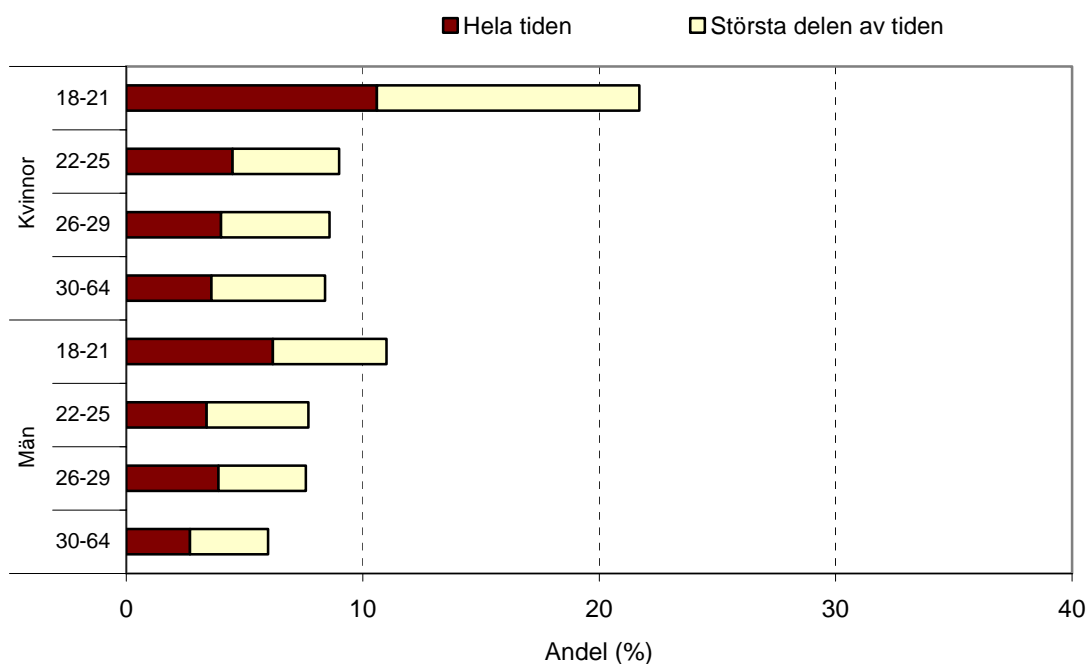
Veronica är 26 år och bor med sin sambo i en större stad. Veronica har ett fast jobb men är just nu sjukskriven på grund av stress. Veronica beskriver att hon känner sig trött, orkeslös och att hon inte kan ta in information. Hon sover mycket, har ofta ont i magen och orkar inte jobba. Besvären påverkar också hennes sociala relationer och hon blir lätt irriterad på andra. Själv tror hon att problemen kommer av att hon har höga krav på sig själv att alltid vara så bra som det går. När Veronica tog kontakt med vården fick hon beskedet att man måste ha självmordstankar för att få hjälp där. Efter detta har Veronica ganska litet förtroende för sjukvården när det gäller att få hjälp för psykiska besvär. Hon vände sig istället till Företagshälsovården och har där fått en samtalskontakt med en psykolog. Hon är mycket nöjd med den kontakten och behandlingen på Företagshälsovården och hon hoppas att hon ska få lära sig att hantera sina problem.

4.6 Sömnproblem

Som indikator på sömnbesvär används två frågor: Har du haft svårt att somna? Har du sovit dåligt?

Bland de yngsta kvinnorna är det ungefär tio procent som uppger att de har svårt att somna hela tiden och ytterligare ungefär tio procent som har svårt att somna största delen av tiden

(figur 4.5). Även bland männen är det de yngsta som uppger störst problem, men i betydligt mindre utsträckning än de yngsta kvinnorna.



Figur 4.5 Andel som uppger svårt att somna hela eller största delen av tiden per kön och ålder

Antalet som beskrivit sömnsvårigheter på den öppna frågan eller som kryssat för besvär hela eller största delen av tiden på flervalsfrågorna om sömn är totalt 217 stycken (19 %).

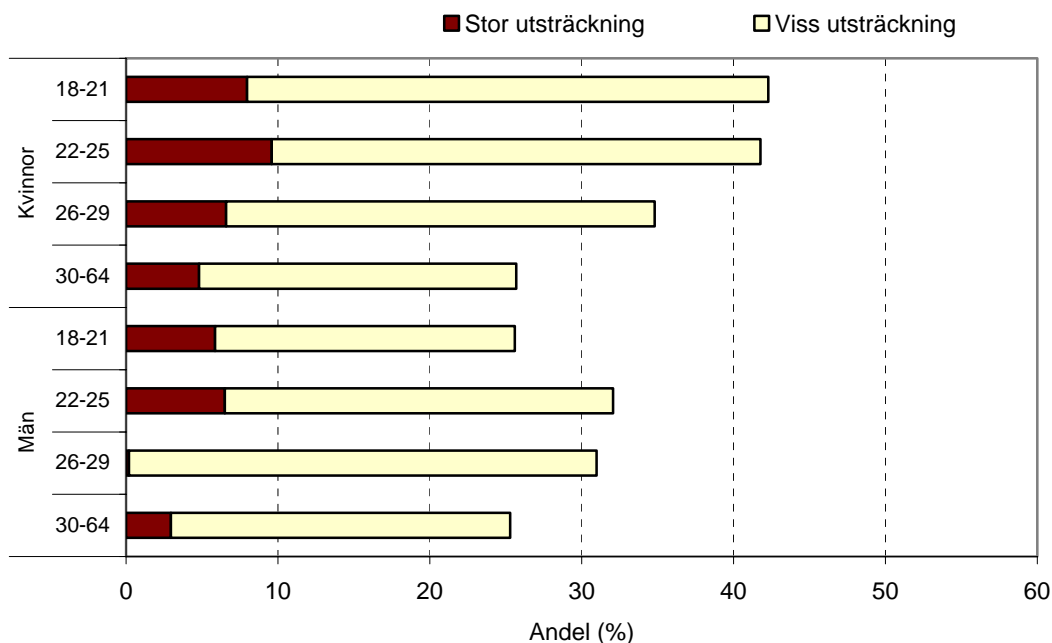
Personer med sömnbesvär beskriver ofta även ätstörningar och panikångest. Många anger att de inte påverkas av sömnbesvären i någon större utsträckning mer än att de känner trötthet. Personer med sömnbesvär anger inga direkta orsaker eller speciella hanteringssätt för besvären.

Nina är 20 år och hennes föräldrar har nyligen skilt sig och de har flyttat från sitt hus på landet med natur, hästar och kompisar. Nina har fått svårt att sova, hon vaknar ofta och sover mycket oroligt. Hon har också blivit orolig på dagarna och fått svårt att koncentrera sig. Hon presterar sämre i skolan och blir osams med människor hon egentligen tycker om. Nina har sökt vård och fått medicin mot sömnsvårigheter, men hon skulle hellre ha velat få samtalsterapi, men det tror hon inte att hon har råd med. Hon har också försökt söka information på Internet. Nina har många positiva faktorer runt sig som ridningen, kompisar, skolan och familjen. Nina är besviken på vården och tycker att det är mycket dåligt att det är så svårt att få hjälp när ens familj är i kris. Det skulle vara bättre att få hjälp innan allt blir som sämst. Hon uppfattade det som att en skilsmässa av vården ansågs som ett "banalt" problem.

4.7 Tvångssyndrom och kontrolleringsbehov

Som indikator på tvångsbesvär används tre frågor: Tycker du själv att du tvättar dig onödigt mycket? Tycker du själv att du måste kontrollera t.ex. kranar, spis eller lås onödigt mycket? Har du påträngande tankar med obehagligt innehåll som du har svårt att slå bort?

Över 40 procent av de unga kvinnorna mellan 18-25 år uppger att de har tvångsbesvär i viss eller stor utsträckning (figur 4.6). De unga kvinnorna uppger mer tvångsbesvär i viss eller stor utsträckning än de unga männen. Denna skillnad mellan kvinnor och män finns inte i åldersgrupperna över 30 år.



Figur 4.6 Andel som uppger besvär i stor eller viss utsträckning på någon av de tre frågorna om tvångsbesvär per kön och ålder.

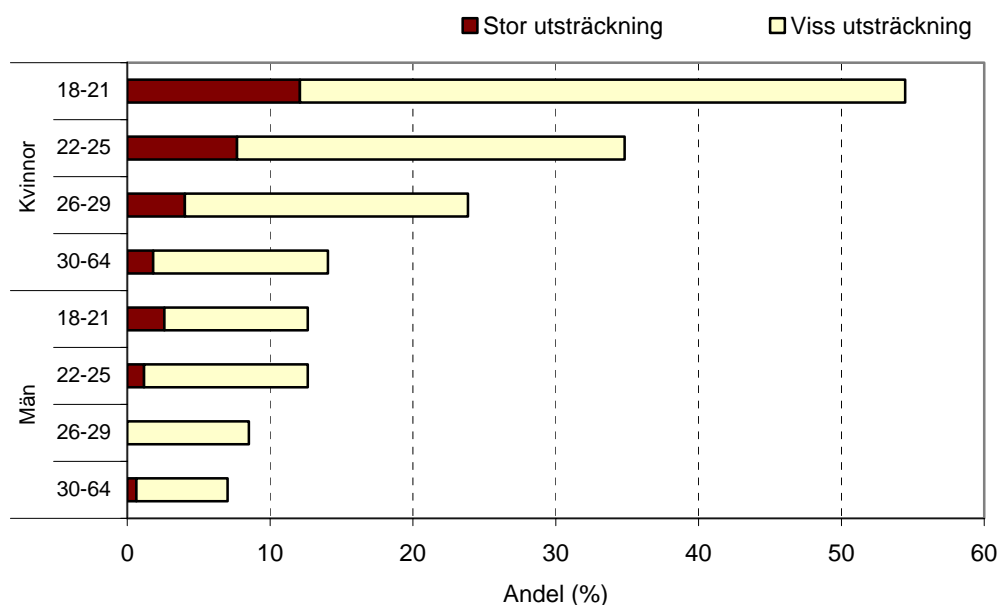
Olika former av tvångssyndrom kan till exempel vara tvättvång, kontrollbehov eller påträngande tankar med obehagligt innehåll. Sammanlagt 72 personer (6 %) har kryssat för någon av de tre flervalfrågorna eller beskrivit sådana besvär på den öppna frågan. Många av de unga med tvångssyndrom uppger att deras anhöriga påverkas negativt. Flera upplever att besvären leder till känslor av maktlöshet och ofrihet. De flesta anser att livet påverkas i stor utsträckning. Som orsak till besvären anges ofta barndomen eller att man upplever sig vara frånvarande. Många skriver att de varken vet vad som är orsaken till besvären eller hur de ska hantera dem. Istället uppger många att de inte gör någonting alls för att hantera besvären eller att de dricker alkohol. En del vänder sig också till sjukvården.

Jenny är 23 år, har just avslutat sina universitetsstudier och har fått en tillfällig anställning inom sitt yrke. Jenny har stora behov av att kontrollera allting och är ofta orolig för att hon glömt låsa dörren eller släcka ljuset när hon ska gå ut. Hon känner alltid tre gånger att det är låst innan hon går. Hon känner sig ofta tvingad att göra saker i en viss ordning. Ibland dyker det upp otäcka tankar som hon har svårt att slå bort och ibland kan hon få ångest att det ska komma sådana tankar. Oftast händer det när hon är ensam. Hon försöker intala sig själv att det hon tänker, inte kommer att hända. Istället försöker hon slå bort tankarna genom att tänka andra tankar. Jenny har aldrig haft kontakt med vården för sina psykiska besvär och känner inte heller att hon skulle vilja söka vård.

4.8 Ätstörningar

Som indikator på ätstörningar används tre frågor: Har du tänkt så mycket på mat eller kalorier att du haft svårt att koncentrera dig på annat? Har du känt svår ångest eller panik efter att ha ätit, på grund av din vikt eller kroppsform? Har du kräcks för att kontrollera din vikt eller kroppsform eller för att motverka matens inverkan?

Mer än hälften av de yngsta kvinnorna svarar ja på minst en av de tre frågorna (figur 4.7). Ungefär 12 procent av dessa kvinnor uppger att de har besvär i stor utsträckning. Bland de unga männen är det betydligt färre som uppger problem av detta slag, även om det också bland männen är vanligare i de yngsta åldersgrupperna. I åldern 18-21 år är det 46 procent som i viss eller stor utsträckning känt svår ångest eller panik efter att ha ätit, på grund av vikt eller kroppsform. Nästan 14 procent i samma åldersgrupp uppger att de kräcks för att kontrollera sin vikt eller kroppsform eller för att motverka matens inverkan.



Figur 4.7 Andel som uppger besvär i stor eller viss utsträckning på minst en av tre frågor om ätstörningar per kön och ålder.

Antalet som beskrivit ätstörningar på den öppna frågan eller som kryssat för besvär i stor utsträckning på någon av de tre flervalsfrågorna är totalt 50 stycken (5 %).

Många unga med ätstörningar uppger också andra psykiska besvär. Flera anger panikångest eller andra psykiska besvär som en effekt av ätstörningen. De vittnar om uppgivenhet inför problemet och ett vanligt hanteringssätt är att förneka problemen. Dåligt självförtroende anges ofta både som psykiskt besvär och som orsak till besvären.

Jessica är 26 år och bor ensam i en större stad. Jessica arbetar som tillfälligt anställd i ett mindre företag och trivs ganska bra. Jessica har länge haft problem med ätstörningar. Hon har ångest över att vara tjock och ful och tänker nästan ständigt på hur hon ska bli vackrare och smalare. Hon upplever stark rädsla för att äta vissa saker och vill inte bli sedd tillsammans med vissa livsmedel. Numera tycker hon själv att hon hanterat besvären ganska bra genom att ha kontroll på vad hon äter och hur mycket hon tränar för att gottgöra kaloriintaget. Jessica tror att hennes problem bottnar i ett dåligt självförtroende och prestationsångest. Hon tycker själv att hon strävar efter ett sjukt kvinnoideal. Jessica har haft kontakt med vården för sina besvär och har ganska stort förtroende för att vården ska kunna hjälpa henne om hon behöver söka vård igen. Nu känner hon att hon inte vill söka hjälp. Hon vill inte framstå som psykiskt sjuk. Saker som Jessica tycker ger henne kraft är vänner, fester och att få beröm på jobbet. Hon tycker också att det är viktigt att känna sig behövd och omtyckt.

4.9 Övriga psykiska besvär

Det finns unga som uppger att de har andra psykiska sjukdomar som schizofreni, psykos eller neuros. Det är endast ett fåtal personer som uppger denna typ av sjukdomar och resultaten kan därför inte redovisas. Det finns också några som beskriver att de missbrukar alkohol eller narkotika. Spelberoende är ett annat exempel på problem som inte finns med i grupperna ovan. Ungefär 8 procent av männen i åldern 18-29 år upplever att de tänkt så mycket på spel att de haft svårt att koncentrera sig på annat eller att de spelat bort mycket pengar och sedan försökt vinna tillbaka dem. Eftersom de olika typer av psykiska besvär som finns i denna grupp är av helt olika karaktär är det svårt att ge en generell bild av vad de uppfattar som orsak till besvären eller hur de hanterat dem. Flera nämner dock att de vänt sig till någon form av stödgrupp för att få hjälp. Flera använder också destruktiva hanteringssätt.

4.10 Andra problem och besvär

Utöver de tidigare redovisade grupperna finns personer som uppgett andra typer av problem eller besvär. För att få en mer komplett bild av vad de unga själva skriver på den öppna frågan om psykiska besvär redovisas i detta avsnitt problem eller besvär som återkommer i många beskrivningar.

Många av de ungas egna svar innehåller beskrivningar av maktlöshet och ensamhet. Det kan uppfattas både som besvär och som orsak till andra besvär. Känslor av trötthet och orkeslöshet beskrivs ofta i samband med svårigheter att klara vardagen och leder till olika former av sociala problem. De som anser sig vara orättvist behandlade skriver ofta om ilska och hat. Många skriver om problem inom familjen och att de tänker eller grubblar mycket.

Det finns en grupp som beskriver missnöje med det mesta. Det kan till exempel vara missnöje med sin relation, familj eller sysselsättning. Många skriver även ekonomi som en orsak till missnöje. Att vara rastlös eller orolig beskrivs av många, ofta i samband med rädsla och ångest. Beslutsfattande kan av dessa personer ses som ett jobbigt moment i tillvaron som orsakar mycket grubblerier. De som beskriver sig som rastlösa eller oroliga beskriver också ofta fysiska symtom som hjärtklappning eller hög puls.

Marcus är 19 år och läser sista året på gymnasiet. Marcus känner ensamhet och tomhet. Han tycker själv att han har låg självkänsla och dåligt självförtroende. Han beskriver att det känns som om han går omkring i en bubbla och att han inte kan ta in det som andra säger. Marcus hade i 16-års ålder kontakt med BUP. Nu tycker han att han skulle behöva söka vård men har mycket litet förtroende för vården. Han ser ingen väg ut från problemet. Ibland försöker han prata med kompisar men oftast förtränger han problemen. Marcus tror att orsaken till problemen är att han analyserar sig själv för mycket. Han tycker också att det är ett problem att han förstorar upp småsaker som blir stora för honom. Problemen påverkar skolan och fritiden i viss utsträckning men mest påverkas sociala relationer.

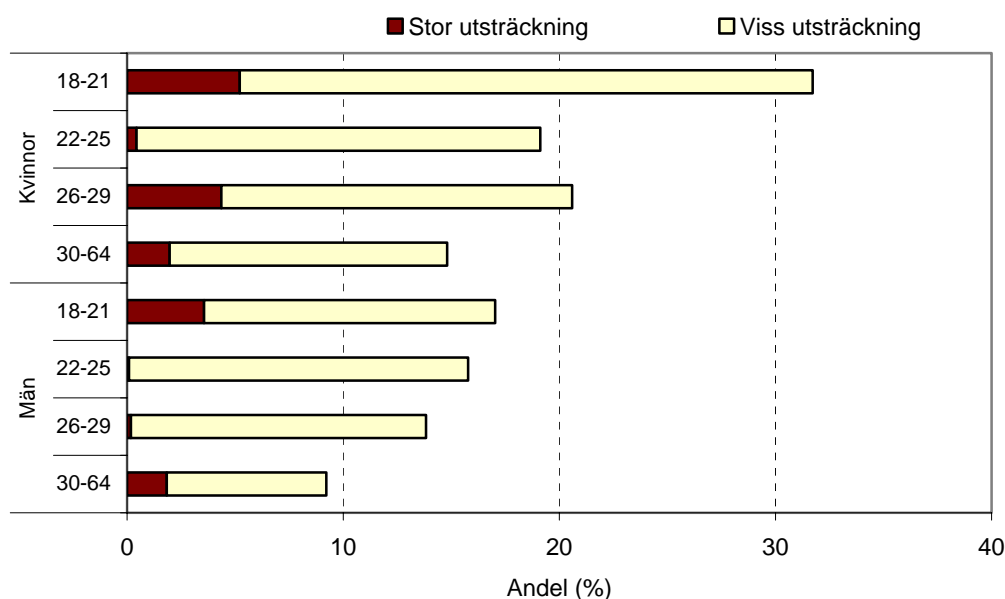
Helena är 25 år, har ett fast jobb och är sambo. Helena upplever att hon är negativ till allt och allra mest till "vårt" samhälle. Hon känner sig arg, ledsen, ser allt som bekymmer och har svårt att sova. Hon känner oro inför framtiden med arbete/arbetslöshet/skola. Hon ifrågasätter också livets mening, arbeta, äta, sova. Hon ser att omgivningen ser henne på ett negativt sätt och ibland påpekar arbetskamraterna att hon är ilsknen eller kommenterar hennes humör. Helena har sökt vård via vårdcentralen och fick då medicin mot depression. När problemen känns värre ökar hon dosen och minskar den när det känns bättre till exempel på sommaren. Hon tycker att medicinen fungerar bra men vill helst slippa söka vård igen. Dels vill hon inte framstå som psykiskt sjuk, dels har hon inget förtroende för vården.

Lisa är 20 år, har ett tillfälligt jobb och bor i en större stad. Lisa har stora humörsvängningar. Humöret pendlar upp och ner och gör att hon blir ledsen, irriterad och elak mot de närmaste. Lisa vet inte vad hon vill göra med sitt liv. Det är så många svåra beslut som hon inte tycker att hon kan fatta. Hon gråter mycket, känner sig ensam och får ibland ångestattack. Hon skulle vilja söka vård men vill inte framstå som psykiskt sjuk. Istället försöker hon hantera besvären genom att prata med kompisar eller träna. Lisa har erfarenhet genom anhörig av sjukvården när det gäller behandling av psykiska besvär.

5 Påverkan, orsaker och hantering av psykiska besvär

5.1 Påverkan av psykiska besvär

De unga uppger i störst utsträckning att de har minskat eller slutat göra sådant som de brukade göra på arbetet eller fritiden på grund av psykiska besvär. De anser också mer än andra åldersgrupper att psykiska besvär lett till försämring av relationer till vänner, arbetskamrater eller andra personer (figur 5.1). Bland de yngsta kvinnorna är det över 30 procent som anser att deras sociala relationer påverkats medan det bland de unga männen är ungefär 15 procent.



Figur 5.1 Andel som uppger att psykiska besvär har lett till att sociala relationer försämrats i stor eller viss utsträckning per kön och ålder.

5.2 Orsaker till psykiska besvär

Det som de flesta unga anger som orsak till sina psykiska besvär är specifika händelser, höga krav eller stort ansvar och problem på arbetet. Dåligt självförtroende är speciellt vanligt som självupplevd orsak bland unga kvinnor och män. I jämförelse med andra ålders- och könsgrupper skriver unga kvinnor också oftare än andra om höga krav. Unga män skriver oftare än andra grupper om problem på arbetet och sociala problem. Unga män är också den grupp som näst efter de äldsta kvinnorna beskriver ensamhet som orsak till problemen (Wenemark et al, 2005).

Den självupplevda orsaken har samband med benägenheten att söka vård. De som oftast söker vård när de känner ett behov är personer som uppger att orsaken är dåligt självförtroende och specifika händelser. Minst benägna att söka vård är de som upplever att orsaken till problemen är ensamhet (Wenemark et al, 2005).

5.3 Hantering av psykiska besvär

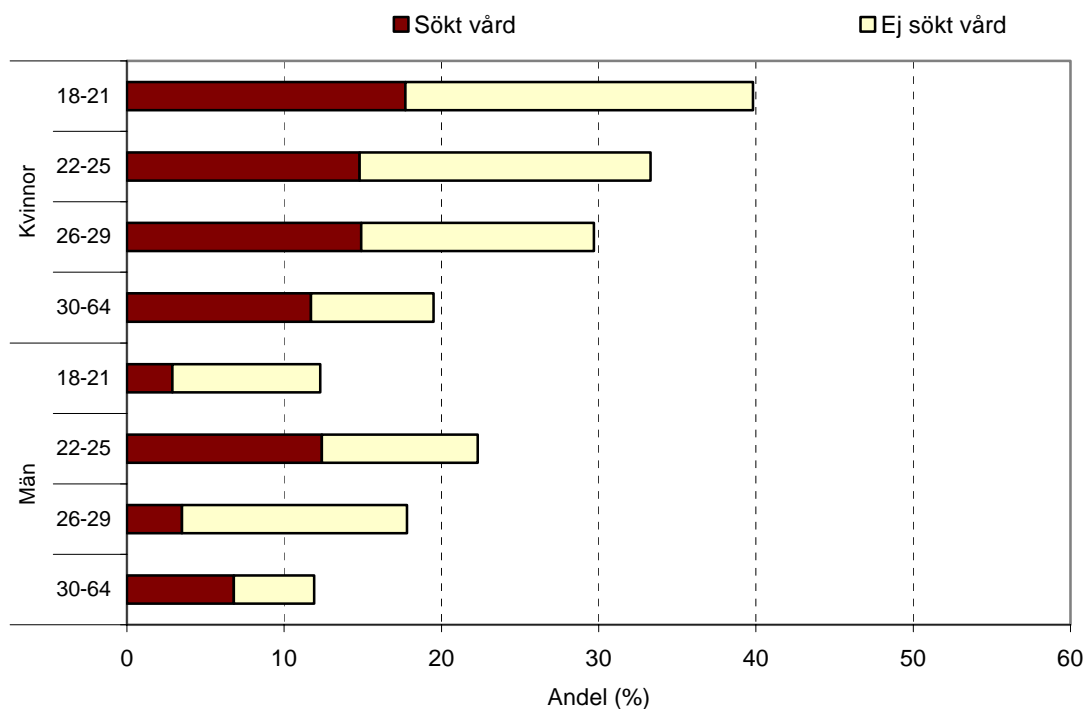
För att få en uppfattning om hur människor gör för att hantera sina psykiska besvär ställdes en öppen fråga: Hur brukar du göra för att hantera dessa besvär eller för att må bättre? Många unga kvinnor beskriver att familj och vänner är viktiga för att hantera psykiska besvär medan de unga männen ofta skriver om fritidsaktiviteter. Mental egenhantering, som till exempel kan vara att försöka intala sig att man klarar situationen eller genom att tänka positiva tankar, är speciellt vanligt bland de unga. Många unga beskriver också passiva hanteringssätt som till exempel att vänta på att problemen ska gå över av sig själv. En större andel av de unga har också skrivit om destruktiva hanteringssätt som alkohol, självsador eller att dra sig undan samhället.

De som upplever det största vårdbehovet är de som ser sjukvård eller medicinering som hanteringssätt. Andra grupper som har ett stort vårdbehov är de som uppger destruktiva eller passiva hanteringssätt. De som i minst utsträckning söker vård när de upplever ett behov är de som använder destruktiva hanteringssätt och en aktiv egenhantering. En aktiv egenhantering kan till exempel vara att ta tag i problemen, att utsätta sig för det som ger besvär eller att ta hand om sig själv.

6 Vårdbehov och behandlingsformer

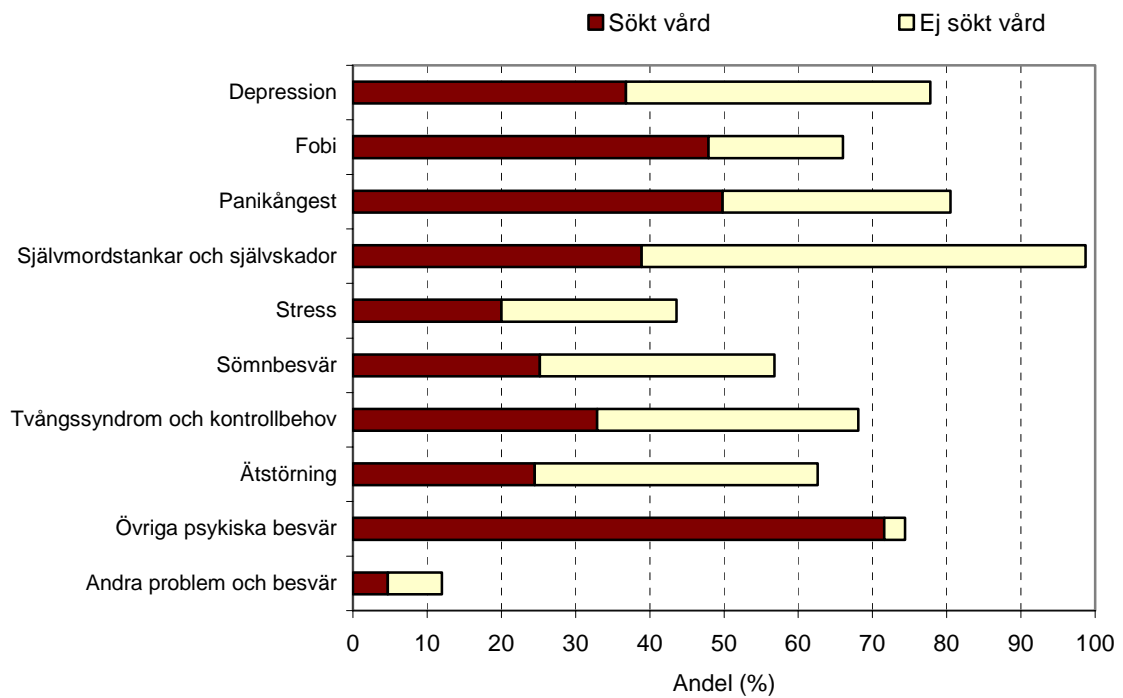
6.1 Vårdbehov

Bland de yngsta kvinnorna är det 40 procent som har upplevt ett vårdbehov för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna (figur 6.1). Andelen som faktiskt söker hjälp är däremot betydligt mindre. Bland de unga männen är det självupplevda vårdbehovet betydligt mindre än bland kvinnorna, men är ändå större än i äldre åldrar.



Figur 6.1 Andel med vårdbehov för psykiska besvär som sökt respektive inte sökt vård per kön och ålder.

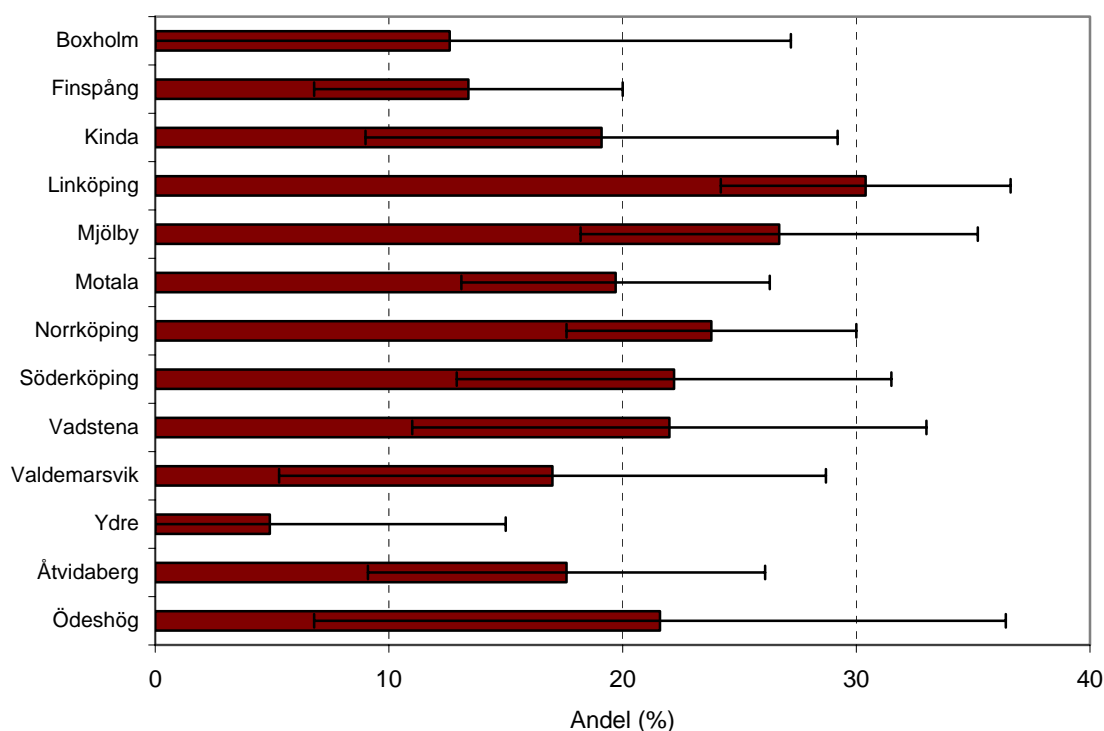
Bland dem som uppger självmordstankar eller självskaðebeteende är det nästan 60 procent som säger att de inte sökt vård trots att de känt ett behov (figur 6.2). Även unga med ätstörningar och sömnbesvär söker vård i liten utsträckning när de känner ett vårdbehov. De som i störst utsträckning söker vård när de känt ett vårdbehov är personer i gruppen med övriga psykiska besvär. I denna grupp ingår till exempel personer med psykiska sjukdomar som schizofreni, psykos eller neuros. Även personer med fobi och panikångest söker vård i större utsträckning än andra grupper.



Figur 6.2 Andel unga med vårdbehov för psykiska besvär som sökt respektive inte sökt vård per besvärsgrupp.

6.2 Självpupplevt vårdbehov för psykiska besvär i länets kommuner.

Andelen bland de unga som upplever ett vårdbehov för psykiska besvär varierar mellan olika kommuner i länet. Det är till exempel en större andel unga i Linköpings kommun med ett självupplevt vårdbehov jämfört med Finspång och Ydre (figur 6.2). I Linköping och Norrköping är det också en större andel unga kvinnor som uppger ett vårdbehov jämfört med i till exempel Kinda. I Norrköping och Söderköping uppger en betydligt högre andel av de unga kvinnorna ett vårdbehov jämfört med unga män i samma kommun (Borgstedt-Risberg et al, 2004).



Figur 6.3 Andel unga med självupplevt vårdbehov i länets kommuner (med 95-procentigt konfidensintervall).

6.3 Vart man vänder sig

Unga vuxna med psykiska besvär vänder sig i mindre utsträckning till vårdcentralen än andra åldersgrupper. Bland unga som sökt vård uppger 40 procent av kvinnorna och 31 procent av männen att de först vände sig till vårdcentralen. Unga vuxna söker oftare än andra åldersgrupper hjälp via psykiatrin men det finns också de som vänder sig till företagshälsovård, studenthälsan, kommunal social service eller till kyrkan (Wenemark et al, 2003).

På frågan om vart man tror att man skulle vända sig om man får psykiska besvär i framtiden svarar ungefär en fjärdedel av alla (både med och utan psykiska besvär) i åldern 18-29 år att de tror att de skulle vända sig till vårdcentralen. Ungefär lika många uppger att de inte vet vart de skulle vända sig. Det är färre unga än äldre som tror att de skulle vända sig till vårdcentralen och fler unga än äldre som uppger att de inte vet vart de skulle vända sig.

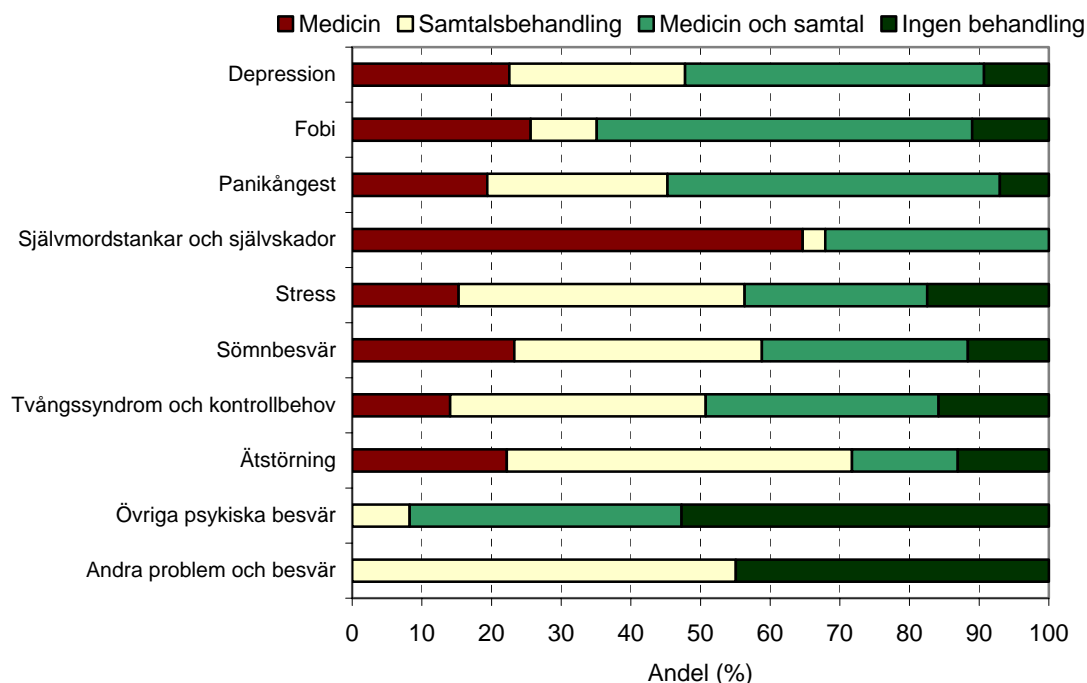
6.4 Behandlingsformer för psykiska besvär

Som behandling för psykiska besvär kan man få medicin, samtalsbehandling eller både medicin och samtalsbehandling. Unga personer får i mindre utsträckning än äldre enbart medicin som behandlingsform för sina psykiska besvär. Unga uppger i större utsträckning än äldre att de fått samtalsbehandling under det senaste året.

Bland de unga är det 37 procent som fått samtalsbehandling, 28 procent som fått både medicin och samtalsbehandling samt 16 procent som fått enbart medicin. Ungefär 19 procent uppger att de sökt vård men inte fått någon behandling. Det är betydligt fler än i äldre åldersgrupper.

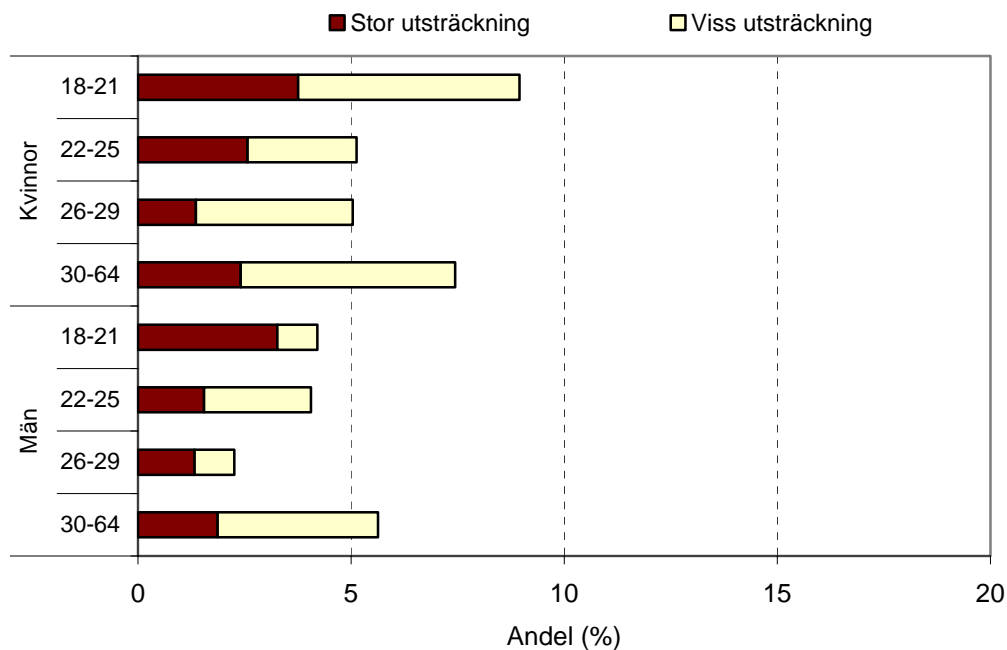
I en jämförelse mellan unga och äldre med samma psykiska besvär, kvarstår samma mönster. De yngre får oftare samtalsbehandling och mer sällan enbart medicin. De unga som inte får någon behandling trots att de sökt vård är framför allt de som söker för flera olika lindriga besvär. Bland de som söker för flera olika lindriga besvär är det över 40 procent som inte får någon behandling alls.

Unga med ätstörning är den grupp som i störst utsträckning uppger att de får samtalsbehandling medan personer med självmordstankar ofta får enbart medicin (figur 6.4). Unga med depression, fobi eller panikångest får ofta en kombination av medicin och samtalsbehandling. Personer som har övriga psykiska besvär eller andra problem uppger oftare än andra att de inte får någon behandling alls.



Figur 6.4 Andel unga som fått olika behandlingsformer av de som sökt vård för psykiska besvär per besvärstyp.

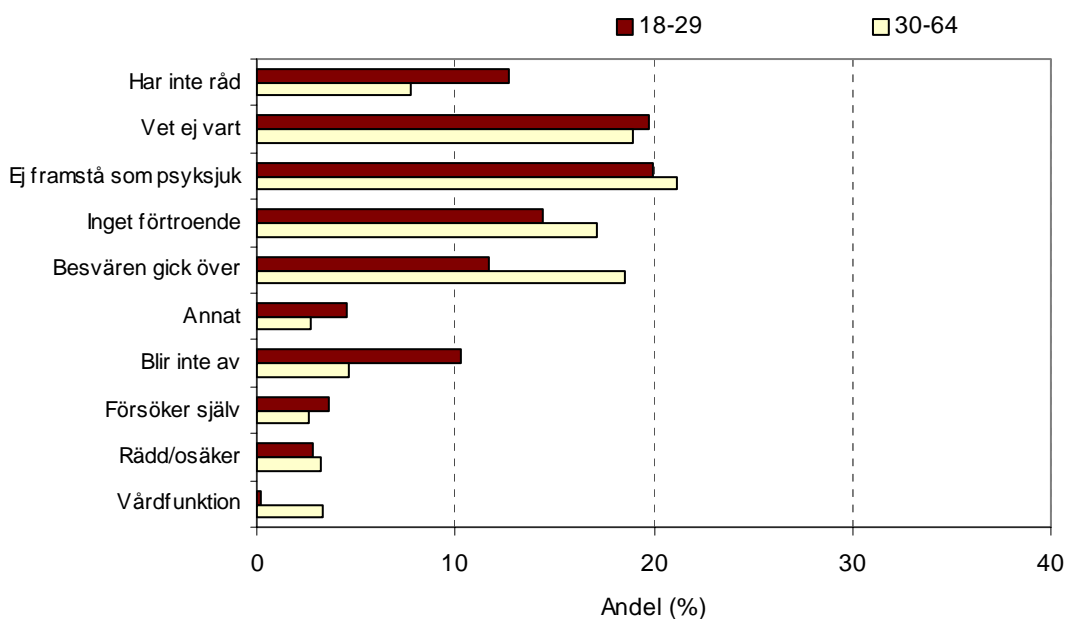
De yngsta kvinnorna upplever oftare än andra att de är beroende av lugnande mediciner (figur 6.5). Bland de yngsta kvinnorna är det nio procent som uppger att de i viss eller stor utsträckning har svårt att klara sitt vanliga liv utan vissa lugnande mediciner.



Figur 6.5 Andel som uppger att de har svårt att klara sitt vanliga liv utan vissa lugnande mediciner i stor eller viss utsträckning per kön och ålder.

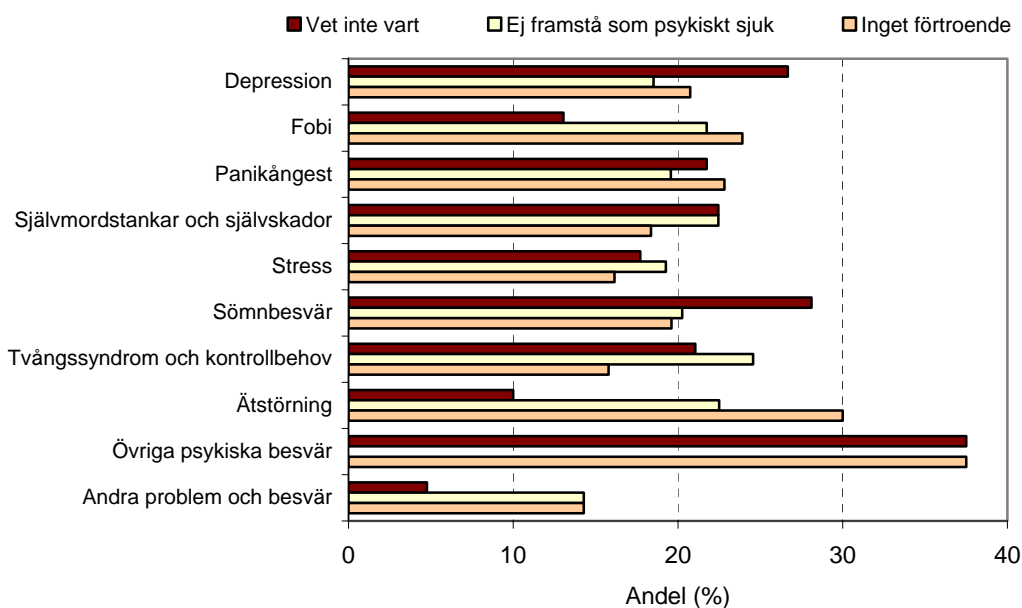
6.5 Anledningar att ej söka vård

Anledningar som unga uppger för att inte söka vård är till stor del samma som i andra åldersgrupper. De vanligaste anledningarna är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk och att man inte vet vart man ska vända sig (figur 6.6). Unga anser mer sällan än äldre att besvären gick över av sig själv eller att de inte söker för att de inte har något förtroende för sjukvården. I stället skriver de unga oftare att de inte har råd eller att det inte blir av att söka vård. Inom kategorin att det inte blir av ingår till exempel att man drar sig för att söka, att man avvaktar och hoppas att besvären ska gå över eller att man inte kan mobilisera tillräckligt med kraft för att komma iväg. Unga jämfört med äldre skriver oftare flera olika orsaker till varför de inte söker vård.



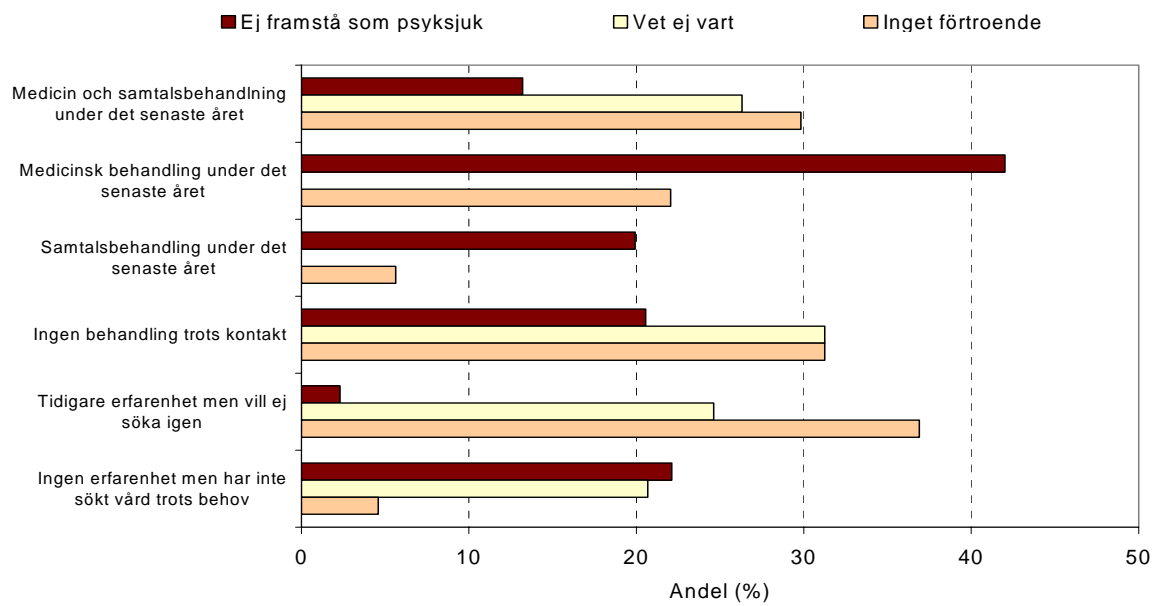
Figur 6.6 Andel som uppger olika anledning att inte söka vård per ålder.

Personer med sömnbesvär, depression och övriga psykiska besvär uppger ofta att de inte vet vart de ska vända sig för att få vård (figur 6.7). De med övriga psykiska besvär uppger också i stor utsträckning att de inte har något förtroende för sjukvården. Även personer som uppger ätstörningar har ett mycket litet förtroende för att sjukvården ska kunna hjälpa dem med deras psykiska besvär. Att inte söka vård på grund av att man inte vill framstå som psykiskt sjuk är en vanlig anledning i de flesta grupperna.



Figur 6.7 Andel unga som uppger de tre vanligaste orsakerna att inte söka vård per besvärsgrupp.

Unga som i stor utsträckning uppger litet förtroende för sjukvården som anledning till att inte söka vård är de som haft en egen tidigare erfarenhet av vård för psykiska besvär och som inte vill söka igen (figur 6.8). Även de som har sökt vård under det senaste året men inte fått någon behandling och de som fått medicinsk behandling uppger att de inte har något förtroende för vården. Unga som inte varit i kontakt med vården för sina psykiska besvär uppger däremot inte att förtroendet för sjukvården är anledningen till att de inte sökt vård. De uppger istället i större utsträckning att de inte vill framstå som psykisk sjuka eller att de inte vet vart de ska vända sig.



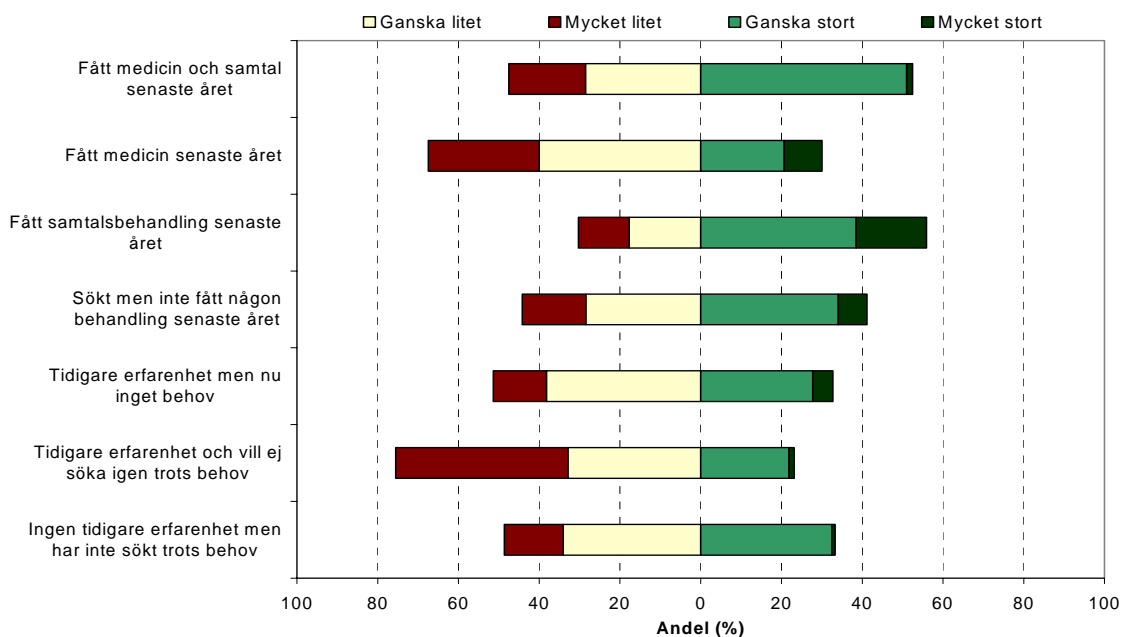
Figur 6.8 Andel unga med olika anledningar att inte söka vård för psykiska besvär per erfarenhetsgrupp.

7 Förtroende och synpunkter på vården

7.1 Förtroende för sjukvården

Bland de svarande i alla åldrar uppger 40 procent att de har ett stort (mycket eller ganska stort) förtroende för att sjukvården skulle ge dem den hjälp de behöver. Ungefär 30 procent anger att de har litet (mycket eller ganska litet) förtroende. Bland de unga är det fler som aktivt tar ställning till sitt förtroende för vården. Det är alltså färre unga jämfört med äldre som svarar vet ej på frågan. Bland de unga är det ungefär 46 procent som har ett stort förtroende och 35 procent som uppger ett litet förtroende.

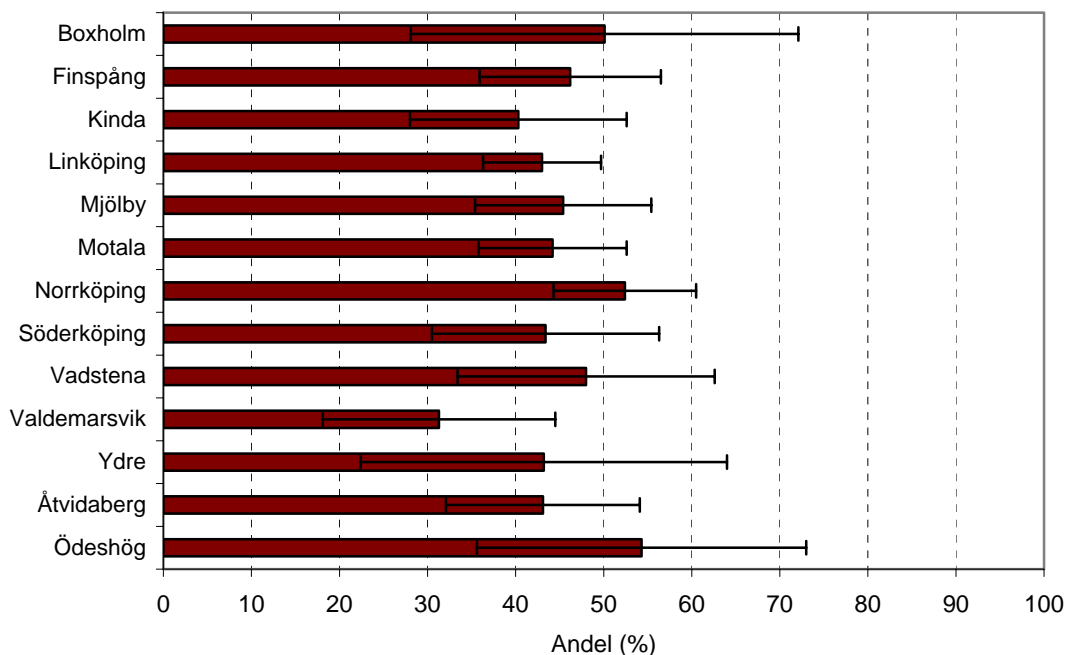
De personer som uppger det minsta förtroendet är de som har en erfarenhet av vård för psykiska besvär som ligger längre tillbaka än ett år och som inte vill söka vård igen trots att de upplever ett vårdbehov (figur 7.1). Även bland de unga som fått enbart medicinsk behandling under det senaste året är det en hög andel som uppger mycket eller ganska litet förtroende. De som uppger det största förtroendet är de som haft kontakt med vården under det senaste året och som fått enbart samtalsbehandling eller samtalsbehandling i kombination med medicin.



Figur 7.1 Andel unga med litet respektive stort förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp man behöver om man får psykiska besvär per erfarenhetsgrupp.

7.2 Förtroende för sjukvården i länets kommuner

Förutom att förtroendet är lägre i Valdemarsviks kommun är det inga stora skillnader mellan kommuner vad gäller de ungas förtroende för vården av psykiskt sjuka (7.2). I Finspångs kommun har de unga i större utsträckning än personer i åldern 45-64 år ett stort (mycket eller ganska stort) förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp de behöver om man får psykiska besvär. Även unga i Norrköpings kommun har ett större förtroende för sjukvården jämfört med äldre.



Figur 7.2 Andel unga med mycket eller ganska stort förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp man behöver om man får psykiska besvär i länets kommuner (med 95-procentigt konfidensintervall).

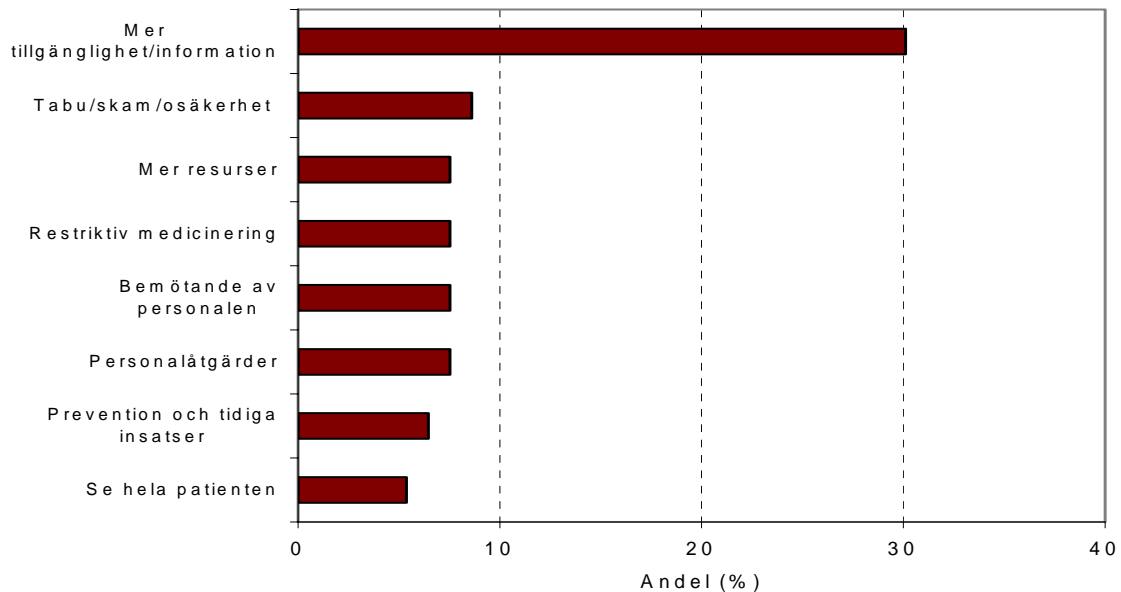
7.3 Synpunkter på vården och idéer till förbättringar från unga med vårdbehov

Av dem som sökt hjälp för sina psykiska besvär är de unga männen mer missnöjda med den första kontakten än övriga grupper. Ytterligare en studie på personer som sökt primärvård i Östergötland visar samma tendens. De yngre männen är mer missnöjda med sina besök jämfört med övriga ålderskategorier (Åkerlind, 1999).

Bland de unga vuxna är det 260 personer som uppger att de har haft ett vårdbehov under det senaste året, det vill säga att de antingen har sökt vård för psykiska besvär (107 personer) eller känt ett behov av att söka vård men inte gjort det (153 personer).

Av dem som känt ett behov av att söka vård men inte gjort det är det 64 som har lämnat synpunkter på en öppen fråga om synpunkter på vården eller idéer till förbättringar. De efterfrågar framförallt mer tillgänglighet och information om vart man kan vända sig (figur 7.2). De skriver om fördomar och skam och att det är svårt att veta när man är tillräckligt sjuk för att söka vård. De anser också att det behövs mer resurser och att läkarna ska vara

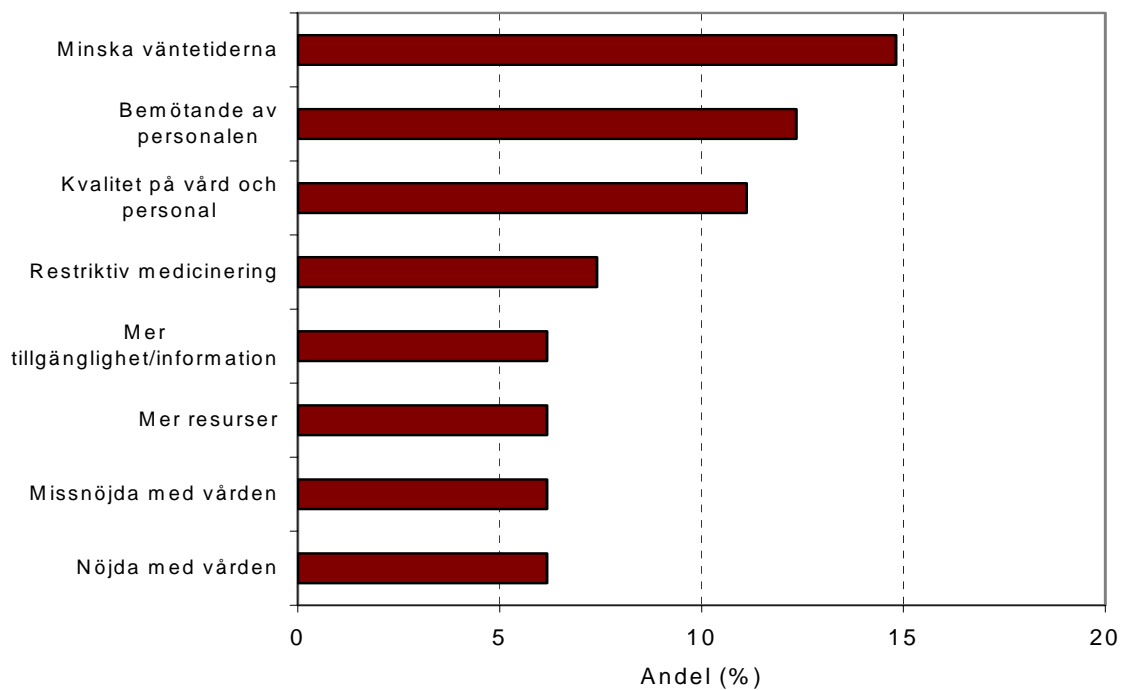
mer restriktiva när det gäller medicinering. En majoritet av dem som inte har sökt har inte heller någon tidigare erfarenhet av vård för psykiska besvär. Dessa personer skriver i mycket stor utsträckning om tillgänglighet/information och tabu/skam/osäkerhet. Unga med en tidigare erfarenhet som inte vill söka igen skriver oftare än de utan erfarenhet om personalåtgärder och bemötande från personalen.



Figur 7.3 De åtta vanligaste synpunkterna bland unga som känt ett behov att söka vård men inte gjort det.

Andra synpunkter som framförs av unga är att det ska finnas personal som har tid att lyssna och att det måste finnas möjlighet att söka vård för lättare psykiska besvär. En del har synpunkter på att läkare alltför lättvindigt skriver ut tabletter utan att följa upp med annan behandling. Många anser att psykisk ohälsa måste avdramatiseras så att det inte behöver vara skamligt att gå till psykolog. Andra kommentarer är till exempel att det är dyrt att söka vård, att det borde vara billigare eller helst kostnadsfritt.

Sammanlagt 52 unga som sökt vård har lämnat synpunkter. Många har skrivit om att väntetiderna måste minskas, om bemötande från personal och om kvalitet på vård och personal (figur 7.4). En vanlig kommentar är också att mediciner borde skrivas ut mer restriktivt.



Figur 7.4 De åtta vanligaste synpunkterna bland unga som sökt vård.

Synpunkter som också framförs är att läkare/personal måste ta de vårdsökande på allvar, sätta in tidiga insatser och hitta andra lösningar än medicin. De anser också att det är viktigt att sprida kunskap om psykisk ohälsa så att fördomarna minskar.

8 Diskussion

Metoddiskussion

Bortfallet i enkätstudier påverkar alltid resultaten. I denna studie är svarsfrekvensen sämst bland de unga männen. Även unga kvinnor svarar i mindre utsträckning än äldre. Jämfört med populationen som helhet är också invandrare något underrepresenterade bland de unga svarande. Bortfallet gör att uppskattningar av till exempel andelen med psykiska besvär eller andelen med självupplevt vårdbehov blir osäkra. Om unga utan psykiska besvär låter bli att svara på grund av att de till exempel inte känner sig berörda av frågorna kommer andelen med psykiska besvär i studien att överskattas. Om däremot unga med allvarliga psykiska besvär låter bli att svara på grund av att de till exempel är inlagda på sjukhus eller att frågorna blir alltför känsliga kommer andelen med psykiska besvär att underskattas.

I rapporten presenteras olika besvärsgupper som till exempel depression och fobi. Några av besvärsgupperna är stora och andra är små. Att till exempel stress och sömnbesvär är så stora grupper kan bero på att besvären är mer frekvent förekommande än andra. Det kan också bero på att kategoriseringen av de olika symtomen inte är jämförbara mellan de olika besvärsgupperna. Det kan också vara så att sömn och stress rapporteras som symptom på andra psykiska besvär.

Med intensivdrickande menas konsumtion av minst sex glas alkoholhaltig dryck vid ett och samma tillfälle. Intensivdrickande är vanligast bland de unga männen. Sex glas gäller som standardmätt för både män och kvinnor. Fysiologiskt däremot klarar oftast män av att konsumera en större mängd alkohol jämfört med kvinnor. Frågan skulle kunna ta hänsyn till denna skillnad genom att använda gränsen fyra glas för kvinnor. Andelen unga som intensivdricker skulle då bli mer jämförbara mellan män och kvinnor än vad som är fallet i denna rapport.

Resultatdiskussion

Psykiska problem bland unga har, jämfört med andra åldersgrupper, ökat sedan början av 90-talet. Under 90-talet var ungdomar den grupp som drabbades hårdast av samhällsförändringar som till exempel högre arbetslöshet och kraftigt minskade disponibla inkomster. Detta skulle kunna vara en av förklaringarna till den ökande psykiska ohälsan bland unga vuxna. Andra möjliga förklaringar till ökningen skulle kunna vara förändringar i sättet att rapportera psykisk ohälsa i enkätstudier eller att psykisk ohälsa är mer accepterat bland unga idag. Enligt rapporten Psykisk ohälsa om unga visar PART-studien att det inte finns några belegg för att unga rapporterar problem som de inte upplever, överdriver problem eller bejakar psykiska symptom i högre grad än tidigare. I Östgötens psykiska hälsa finns inte heller några tecken på att det till exempel skulle vara mindre genant med psykiska besvär bland unga vuxna. Den vanligaste anledningen att inte söka vård, trots att man upplever ett vårdbehov, är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk, bland unga såväl som bland äldre.

Många unga söker inte vård trots att de upplever ett vårdbehov. Unga uppger oftare än äldre att anledningen att inte söka vård är att man inte har råd eller att man inte vet vart man ska vända sig. Unga skriver också oftare än äldre flera olika anledningar till varför de inte söker vård. Många skriver om osäkerhet, till exempel om när man är tillräckligt sjuk för att söka vård och om rädsla för att inte bli tagen på allvar. Unga som sökt vård lämnar ofta synpunkter som handlar om bemötande av personalen som till exempel att man känner att man inte blivit tagen på allvar eller att man blivit avfärdad med en klapp på axeln. Unga

som söker vård får i större utsträckning än andra åldersgrupper ingen behandling. De som uppger litet förtroende för vården av psykiska besvär är de som har en tidigare egen erfarenhet men som inte vill söka igen trots att de upplever ett behov. För många är det ett stort steg att söka vård för psykiska besvär. Det är viktigt att vården strävar efter att alla som söker känner att de blir tagna på allvar. Det är viktigt även i de fall sjukvården anser att det inte föreligger en psykisk sjukdom eller att besvären är problem som hör livet till och inte borde behöva vård. Bemötandet av och förhållningssättet till dem som söker kan vara avgörande för förmågan att gå vidare och för förtroendet för vården fortsättningsvis.

En vanlig kommentar till den omfattande självupplevda psykiska ohälsan bland unga är att besvären verkar minska med åldern. Denna studie kan inte visa om så är fallet. En annan tänkbar utveckling är att den psykiska ohälsan kommer att följa med de unga upp i åldrarna så att psykisk ohälsa i framtiden inte enbart är utmärkande bland de unga. Det är viktigt att följa utvecklingen av psykiska besvär i alla åldersgrupper. Statens folkhälsoinstitut har fått i uppgift att kontinuerligt följa befolkningens hälsa genom nationella enkäter. Det kan vara ett sätt att följa utvecklingen i framtiden. Det kan också vara viktigt att få kunskap om den självupplevda psykiska hälsan genom lokala studier.

Referenser

Wenemark et al. (2003). *Östgötens psykiska hälsa. En kartläggning av självskattad psykisk hälsa i Östergötland hösten 2002*. Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport 2003:1.

Söderwall, T. (2005). *Jämförelse av psykisk ohälsa i Östergötland 1999 och 2002. En studie om vilka grupper som fått den största förändringen*. Magisteruppsats. LiU-MAT-D-05/10-SE.

Lindqvist, T. (2003). *Ungdomars etablering på 90-talet. 1: Välfärd och ofärd på 90-talet*. Stockholm. Statistiska centralbyrån (SCB). Levnadsförhållanden: Rapport 100.

Forsell, et al. (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*. Epidemiologiska enheten Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Rapport 2004:6. ISBN:91-975082-4-1.

Ungdomsstyrelsen (2004). *Ung 2004. Fjärde årets uppföljning av den nationella ungdomspolitik*. Stockholm. Rapport 2004:4. ISBN:91-89050-62-2.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm. ISBN: 97-7201-940-9.

Wenemark, et al. (2005). *Östgötens psykiska hälsa. Med egna ord*. Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport 2005:1.

Borgstedt-Risberg, et al. (2005). *Östgötens psykiska hälsa. Synpunkter på vården av psykiskt sjuka och idéer till förbättringar*. Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland. Rapport: 2005:2.

Åkerlind, I. (1999). *Patientupplevd kvalitet i primärvården i Östergötland 1998. Analys av skillnaderna mellan patientgrupper och mellan vårdcentraler*. Linköping: Primärvårdens FoU-enhet. Rapport FoU-urnalen 1999:9. (Ref. 41 i grundrapporten)

Borgstedt-Risberg et al (2004) *Östgötens psykiska hälsa. Kommunrapport om självskattad psykisk hälsa*. Folkhälsovetenskapligt centrum. Landstinget i Östergötland. Rapport: 2004:2

**Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland**

**Hälsans hus
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping**

Telefon: 013- 22 88 33
E-post: fhvc@lio.se

ISSN 1401-5048



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland