



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Kandidatprogram i beteendevetenskap

## **Kartläggning av besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen i Region Skåne**

Ungdomars självskattade psykiska hälsa  
utifrån levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer

**Rebecka Hansen & Anna Löfberg**

Kandidatuppsats (15 hp)

VT 2015

Handledare: Henrik Levinsson

Examinator: Per Johnsson

## **Författarnas tack**

Först och främst vill vi rikta ett tack till verksamhetsledningen för ungdomsmottagningarna i Region Skåne som gav oss möjligheten och förtroendet att genomföra denna studie som uppdrag. Vi vill även tacka de ungdomar som tog sig tid att medverka och på så sätt gjort föreliggande studie möjlig. Sist men inte minst, vill vi tacka vår handledare Henrik Levinsson som bidragit med mycket tid, stort engagemang och socialt stöd i arbetet med uppsatsen.

*Lund, maj 2015*

Rebecka Hansen och Anna Löfberg

## Sammanfattning

Den psykiska ohälsan bland ungdomar har ökat de senaste decennierna. Ungdomsmottagningen är en viktig instans i främjandet av ungdomars psykiska hälsa samt i förebyggandet av psykisk ohälsa. Det är därmed väsentligt att den psykosociala verksamheten på ungdomsmottagningen anpassas till besöksgruppen samt dess behov av stöd. Syftet med studien var att kartlägga besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen i Region Skåne. Detta genomfördes utifrån två huvudfrågor som dels handlade om vilken besöksgruppen hos den psykosociala personalen är och dels om vilken inverkan levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer har på ungdomars psykiska hälsa. En enkätundersökning genomfördes och enkäten som besvarades av 232 ungdomar mätte psykisk hälsa utifrån självskattningsformuläret Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Även levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer samt ungdomens kontakt med ungdomsmottagningen undersöktes. I resultatet kunde könsskillnader i självskattad psykisk hälsa samt könsskillnader i upplevt socialt stöd konstateras. Sammanfattningsvis fastslogs att de skillnader i psykisk hälsa utifrån levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer som kunde urskiljas var relativt små. Besöksgruppens psykiska hälsa var således i hög grad oberoende av faktorer såsom ålder, antal besök på ungdomsmottagningen, socialt nätverk, HBTQ, bostadsort samt klass.

**Nyckelord:** *Ungdomsmottagningen, samtalsstöd, ungdomars psykiska hälsa och ohälsa, HADS, Region Skåne*

## **Abstract**

Mental ill-health among adolescents has increased over the past decades. The youth clinic is an important instance in promoting mental health and preventing mental ill-health. Hence, it is important to adjust the psychosocial work to the visit group and its needs of support. The purpose of this study was to chart the visit group at the psychosocial staff at the youth clinic in Region Skåne. This was conducted through questions concerning the visit group and its characteristics and the influence of living conditions and sociodemographic factors on mental health among adolescents. A questionnaire was handed out and responded by 232 adolescents. The questionnaire measured mental health based on the Hospital Anxiety and Depression Scale self-report instrument (HADS). Moreover, living conditions, sociodemographic factors and the contact between the adolescent and the youth clinic was examined. The results showed gender differences concerning self-reported mental health, but also concerning perceived social support. In conclusion, the differences in mental health based on living conditions and sociodemographic factors found were relatively small. The visit groups' mental health was to a high extent independent from factors such as age, number of visits at the youth clinic, social network, HBTQ, place of residence and social class.

**Keywords:** *Youth clinic, conversational therapy, adolescents' mental health and ill-health, HADS, Region Skåne*

## Introduktion

Föreliggande studie genomförs på uppdrag av Region Skåne. Region Skåne är “den högsta direktvalda politiska organisationen i Skåne med ansvar för vård och hälsa, kollektivtrafik, utveckling av näringsliv, kultur, infrastruktur, samhällsplanering och miljö- och klimatfrågor i Skåne” (Region Skåne, 2014). Uppdraget innebär en kartläggning av den psykosociala verksamheten på ungdomsmottagningarna inom Region Skåne. Syftet är att erhålla kunskap om besöksgruppen hos den psykosociala personalen. Psykosocial personal på ungdomsmottagningen innefattar i föreliggande studie kuratorer och psykologer.

Psykisk hälsa påverkas av flera faktorer som samspelar på olika nivåer. Dessa nivåer innefattar individ-, grupp- samt samhällsnivå. I denna studie undersöks faktorer som rör ungdomars levnadsvillkor och sociodemografi. Dessa faktorer valdes ut med tidigare forskning som utgångspunkt, forskning som menar att faktorerna tycks påverka psykisk hälsa respektive ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ungdomars psykiska ohälsa studeras således utifrån faktorerna kön, ålder, klass, föräldrars utbildningsnivå och bostadsort samt utifrån ett HBTQ-perspektiv och upplevt socialt stöd.

I den forskningsöversikt som följer diskuteras adolescensen med utgångspunkt i psykisk hälsa, därefter presenteras definitioner av dessa begrepp; psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa. Tyngdpunkten ligger på ungdomars psykiska ohälsa som utreds utifrån olika perspektiv som omfattar kön, sociodemografi, HBTQ samt upplevt socialt stöd. Sedermera följer en beskrivning av ungdomsmottagningen och dess psykosociala verksamhet, samt tidigare studie som kartlagt besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen.

**Adolescensen och ungdomens utmaningar.** Tonårs- och ungdomstiden är en period i livet då förändring i form av betydande fysisk, psykisk och social utveckling sker. Kännetecknande utmaningar för denna tid rör identitetsskapande, självständighet och skapandet av ett fungerande och trivsamt socialt nätverk (Dumont & Provost, 1999; Herman-Stabl, Stemmler & Petersen, 1995; Patterson & McCubbin, 1987). De kroppsliga och fysiologiska förändringar som sker under denna period har även påverkan på psykosociala komponenter såsom självkänsla, självförtroende samt oro och ångest. Vidare är kraven som ställs på ungdomen flera, denne ska hantera och bemästra krav som ställs i skolmiljön, i hemmet, bland kamrater och på eventuella arbetsplatser. Relationer och relationsskapande är

även betydelsefulla aspekter av ungdomstiden, både gällande kamrater och kärleksrelationer (Frydenberg, 1997; Patterson & McCubbin, 1987).

Processen från barn till vuxen kan präglas av konkurrerande intressen, stress och ansträngning (Herman-Stabl et al., 1995; Patterson & McCubbin, 1987). Adolescensen karaktäriseras av den påfrestning som förflyttningen från barndomskulturen till ungdomskulturen innebär. Huruvida denna förflyttning upplevs som påfrestande och i vilken grad bestäms av ett samspel mellan individuella och kontextuella faktorer. Dock tyder forskning kring ungdomars psykiska hälsa på att majoriteten av ungdomar genomgår denna period utan större svårigheter (Frydenberg, 1997). Trots detta ska ungdomstidens stressorer och svårigheter inte underskattas då denna omvälvande period ställer krav på god anpassnings- och copingförmåga hos individen. Coping inbegriper kognitiva och beteendemässiga strategier för att hantera eller minska stress kring krav och prestation (Herman-Stabl et al., 1995; Patterson & McCubbin, 1987). Förmåga till coping och tillvägagångssätt för detta är dock individuellt, vilket kan resultera i relativt okomplicerade tonårsperioder för somliga medan andra kan må tämligen dåligt psykisk under denna tid (Dumont & Provost, 1999; Frydenberg, 1997).

Dessa individuella skillnader kan vidare förklaras genom stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977). Modellen menar att varje individ innehar en viss grad av sårbarhet som under vissa omständigheter kan utvecklas till psykopatologiska tillstånd. Relationen mellan stressorer kopplade till olika livshändelser och sårbarhet betonas i modellen. Stress kan definieras som en diskrepans mellan de krav som ställs på individen och huruvida denne upplever sig ha kapacitet att hantera dessa krav. Sårbarhet kan vara genetiskt betingad, men även förvärvad genom exempelvis trauman, sjukdomar, familjeförhållanden och kamratrelationer i ungdomsåren. Stress-sårbarhetsmodellen tar sin utgångspunkt i en tröskel för sårbarhet, som antingen understigs eller överskrids i relation till upplevd stress. Om individen har kapacitet att hantera upplevd stress adaptivt, uppnås inte tröskeln för sårbarhet. Om stressen däremot ökar kan tröskeln överskridas och individen riskerar att drabbas av psykisk ohälsa i någon form (Zubin & Spring, 1977).

**Psykisk hälsa och ohälsa.** Det finns flera definitioner av psykisk hälsa respektive ohälsa. Enligt världshälsoorganisationen WHO beskrivs psykisk hälsa som "tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan bidra till det samhälle hon eller han lever i. Psykisk hälsa innefattar således mer än frånvaro av psykisk sjukdom" (Folkhälsomyndigheten, 2014). Vidare kan

psykisk hälsa anses handla om upplevd meningsfullhet i tillvaron och möjligheter till delaktighet i samhället. Förmåga att kunna hantera livets motgångar samt använda sina resurser väl kännetecknar också tillstånd av psykisk hälsa (SKL, 2015). Psykisk ohälsa, å andra sidan, är ett samlingsbegrepp med varierande innebörd beroende av kontext. Psykisk ohälsa kan omfatta psykiska symptom av olika svårighetsgrad, men som är så pass milda att de inte klassificeras som psykisk sjukdom. Detta kan exempelvis handla om oro, ångslan, nedstämdhet samt sömnsvårigheter. Paraplybegreppet psykisk ohälsa kan dock även innefatta psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. "Psykisk ohälsa" som begrepp kan således användas om konkreta symptom såsom ångest, oro och nedstämdhet, men även i mer allmänna ordalag som ett samlingsbegrepp (Socialdepartementet, 2012).

Psykisk ohälsa bland ungdomar har under de senaste decennierna ökat (Ahrén, 2010; Folkhälsomyndigheten, 2014; Kungliga Vetenskapsakademin 2010; Lager, 2009; Socialstyrelsen, 2013). Studier visar att ungdomars självskattade psykiska hälsa försämrats betydligt mer under det senaste decenniet jämfört med under 1980-talet (Hagquist, 2011). Ett exempel på detta är andelen 16-24-åringar som lider av oro, ångslan eller ångest, då denna grupp har tredubblats de senaste 20 åren (Lager, 2009). Samtidigt är dessa psykiska problem ofta kopplade till andra hälsobesvär och flera av symptomen är nära relaterade. Sömnbesvär och värk är några av de hälsobesvär som ofta uppkommer i samband med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2009). I Folkhälsomyndighetens folkhälsorapport från 2014 rapporterades ökad psykisk ohälsa bland unga, särskilt bland unga kvinnor. Antalet självmord minskar sedan 1990-talet i Sverige förutom bland ungdomar i åldern 15-24 år där självmorden ökat (Folkhälsomyndigheten, 2014).

**Könsskillnader i psykisk ohälsa.** Det förekommer tydliga skillnader mellan vuxna kvinnor och män i psykisk hälsa. Kvinnor rapporterar i högre utsträckning psykisk ohälsa, såsom ångest, oro, trötthet och sömnsvårigheter, jämfört med män. Dessutom ses en högre frekvens av depressionssjukdomar hos kvinnor än hos män (Toivanen, Gisselmann & Lindfors, 2012). Orsakerna till skillnaden i psykisk hälsa mellan vuxna kvinnor och män kan vara flera och dessutom kan psykisk ohälsa ta sig olika uttryck bland män respektive kvinnor. Det förekommer även skillnader i hur kvinnor och män hanterar svårigheter, följaktligen vilka så kallade copingstrategier som används. Psykisk ohälsa bland vuxna män är ofta förknippat med ökad alkoholkonsumtion. Vuxna män använder i större omfattning alkohol som strategi för att hantera svårigheter i livet, medan vuxna kvinnor generellt använder fler och mer funktionella copingstrategier (Toivanen et al., 2012). Frekvensen av psykisk ohälsa skulle

även kunna påverkas av skillnader i benägenheten att söka vård bland könen. Kvinnor har i högre utsträckning ett vårdsökande beteende jämfört med män (Forsell & Dalman, 2004).

Psykisk ohälsa i barn- och ungdomsåren påverkar individens psykiska hälsa i vuxen ålder. Att förebygga och behandla psykisk ohälsa och sjukdom i tidigt skede är av stor betydelse då tidiga insatser kan motverka psykisk ohälsa senare i livet. Psykisk ohälsa i vuxen ålder kan orsakas av brist på stödjande och behandlande insatser i barn- och ungdomsåldern. Vidare kan psykisk ohälsa tidigt i livet vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa i senare skeden av livet, i synnerhet vid brist på behandlande åtgärder. Det är därmed av stor vikt att barn och ungas psykiska ohälsa tas på allvar och att lämplig behandling ordineras i tid (Almqvist, 2006).

I folkhälsorapporten "Barn och Unga i Skåne" från 2012 beskrivs den psykiska ohälsan bland skolelever i Skåne som generellt högre bland flickor än bland pojkar. Psykiska besvär är dessutom vanligare samt ökar i större utsträckning med stigande ålder bland flickor än bland pojkar i samtliga åldersklasser. Vidare visar rapporten att en fjärdedel av skånska flickor i årskurs två på gymnasiet upplever nedstämdhet samt ängslan och oro flera gånger i veckan, medan endast en åttondel av pojkar i samma årskurs upplever dessa besvär (Grah, Modén, Fridh, Lindström & Rosvall, 2012). Den psykiska ohälsan bland såväl barn som ungdomar ökar med stigande ålder. Andelen flickor och pojkar som rapporterar psykisk ohälsa är betydligt större bland gymnasielever än bland grundskoleelever oberoende av kön (Socialstyrelsen, 2009). En studie utförd av Nolen-Hoeksema och Girgus (1994) förevisar liknande resultat. Studien visar att det inte förekommer könsskillnader i depression bland barn och ungdomar yngre än 15 år, men bland ungdomar äldre än 15 år löper kvinnor dubbelt så stor risk att drabbas av depression än män.

**Psykisk hälsa utifrån ett sociodemografiskt perspektiv.** De senaste decennierna har ökade klasskillnader i hälsa, särskilt i psykisk hälsa, kunnat uttydas och ojämlikheten i hälsa fortsätter att öka (Folkhälsomyndigheten, 2015; Socialstyrelsen, 2009). Denna negativa trend går stick i stäv med Folkhälsomyndighetens mål för det svenska folkhälsoarbetet som tar sin utgångspunkt i målformuleringen: "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Folkhälsomyndigheten, 2015). Socioekonomiska levnadsvillkor som bland annat omfattar uppväxtmiljö, utbildning och inkomstnivå har en stark påverkan på hälsa. Låg socioekonomisk status kan utgöra en risk för fysisk sjukdom och allvarigare psykiska sjukdomar. Vad gäller mildare former av psykisk ohälsa kopplat till socioekonomisk status finns inte lika tydliga samband (Andersson, 2008).



Utifrån ett geografiskt perspektiv visar forskning att risken för att utveckla psykisk sjukdom såsom depression och psykos ökar i urbana miljöer jämfört med rurala områden (Sundquist, Frank & Sundquist, 2004). Geografiska skillnader i psykisk hälsa kan enligt Andersson (2008) förklaras genom miljöfaktorer såsom negativ stress och låg social position. Psykisk ohälsa, liksom psykisk sjukdom, har även en geografisk dimension som påvisar att kvinnor i glesbygd lider av mindre psykosociala besvär jämfört med kvinnor i storstadsområden. Förhållandet är dock det motsatta när det gäller män, i denna grupp rapporterar män i glesbygd mer besvär jämfört med män i storstäder (Socialstyrelsen, 2009; Sundquist et al., 2004).

Utbildningsnivå och utbildningslängd är betydelsefulla faktorer för hälsa. Utbildning kan skapa positiva arbetsmarknadsmöjligheter och högre lön, vilket kan minska hälsorisker i arbetslivet. Med en högre inkomst minskar även risken för ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan även ha effekt på människors hälsorelaterade beteende och levnadsvanor samt ge en godare förmåga att inhämta och använda information om hälsa och hälsorelaterade riskfaktorer (Adler & Ostrove, 1999; Folkhälsomyndigheten, 2015).

I enlighet med denna forskning rapporterar människor med kortare utbildning psykisk ohälsa i högre utsträckning jämfört med högutbildade. Data från Statistiska Centralbyrån (SCB) visar att besvär kopplade till psykisk ohälsa förekommer i högre utsträckning bland lågutbildade än bland högutbildade. Även skillnader i mortalitet relaterat till utbildningsnivå kan urskiljas. Störst klyftor återfinns mellan de som endast har grundskoleutbildning och de som har högre utbildning såsom högskole- samt universitetsutbildning (Folkhälsomyndigheten, 2015). Särskilt utsatta är kvinnor med enbart grundskoleutbildning, medan män med eftergymnasial utbildning tillhör den grupp som rapporterar minst besvär (Folkhälsomyndigheten, 2014). Forskning visar även på ett tydligt samband mellan psykisk funktionsnedsättning samt ekonomisk utsatthet och detta särskilt bland unga (Levinsson & Jiborn, 2013).

Vad gäller ungdomars psykiska hälsa kan denna påverkas av föräldrarnas socioekonomiska status. Forskningen kring detta är dock motsägelsefull. I Socialstyrelsens rapport från 2009 konstateras att föräldrarnas yrkeskategori inte påverkar ungdomarnas psykosociala besvär nämnvärt (Socialstyrelsen, 2009). Samtidigt visar siffror från Statistiska Centralbyrån (SCB) från 2012 på ett starkt samband mellan föräldrars och deras barns utbildningsnivå (Carlsson Dahberg, 2012). Utifrån detta samband kan det antas finnas en koppling mellan föräldrarnas utbildningsnivå och ungdomens risk att utveckla psykisk ohälsa

(Folkhälsomyndigheten, 2015). Med utgångspunkt i denna motsägelsefulla forskning är det intressant att vidare undersöka detta antagande.

**Psykisk ohälsa och HBTQ.** I Sverige finns ingen forskning kring hur vanligt förekommande homosexualitet, bisexualitet samt heterosexualitet är, eller hur många som är homo-, bi- samt heterosexuella. Internationella studier på området menar att mellan fem och tio procent av befolkningen är homo- samt bisexuella. Människor som benämner sig som trans- eller queerperson är av okänt antal (RFSL, 2015).

Forskning visar att unga homosexuella, bisexuella samt transpersoner mår sämre och i högre utsträckning är drabbade av psykisk ohälsa samt psykisk sjukdom än heterosexuella ungdomar (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb & Christensen, 2002; Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010; Ross, Doctor, Dimito, Kuehl & Armstrong, 2008). Psykiska besvär är två till tre gånger vanligare bland homosexuella personer än i övriga befolkningen, vilket är tydligast bland unga homosexuella i åldern 16-24 år. Även psykisk ohälsa i form av självmordstankar är betydligt vanligare bland homosexuella än i andra grupper. Skillnader i psykisk hälsa mellan homosexuella personer och den övriga befolkningen är störst bland ungdomar. Ungdomsperioden är för många en omvälvande tid då utvecklingen från att vara barn till att bli vuxen sker och då sökandet och skapandet av en egen identitet äger rum. Möjligen är ungdomstiden en särskilt svår period för ungdomar inom HBTQ-gruppen, vilket skulle kunna vara en förklaring till den högre graden av psykisk ohälsa samt psykisk sjukdom i denna grupp (Jorm et al., 2002; Mustanski et al., 2010).

Vidare var andelen med psykisk ohälsa enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät från 2005 dubbelt så hög bland homo- samt bisexuella personer än bland befolkningen i övrigt. Dessutom uppgav betydligt fler homo- och bisexuella personer att de led av svår ångest, ängslan eller oro jämfört med andra. Besvären var dessutom vanligast bland kvinnliga homo- och bisexuella. Därutöver visade sig problematik såsom stress och sömnsvårigheter vara mer vanligt förekommande bland homo- samt bisexuella personer än i andra grupper i befolkningen. Folkhälsoenkäten påvisade även att transpersoner i åldern 16-29 år hade avsevärt sämre psykisk hälsa än transpersoner i åldern 45-64 år (Folkhälsomyndigheten, 2005). Vidare kan en av orsakerna till att HBTQ-personer är en utsatt grupp gällande psykisk ohälsa vara stigmatisering av homosexualitet, bisexualitet samt trans- och queerpersoner (Jorm et al., 2002).

**Psykisk hälsa och socialt stöd bland ungdomar.** Definitionen av psykisk hälsa som tidigare presenterats inrymmer flera sociala aspekter. Sociala faktorer som rör stöd och socialt nätverk har visat sig vara viktiga faktorer för både psykisk och fysisk hälsa (Dumont & Provost, 1999). Socialt stöd kan definieras som individens upplevelse av stöd från människor i sitt sociala nätverk, som i sin tur kan bidra till en förbättring av individens sätt att fungera. Det upplevda sociala stödet kan även skydda mot negativa upplevelser och resultat inom olika områden i livet (Demaray & Malecki, 2002; Dumont & Provost, 1999; Uchino, 2006).

Upplevelsen av socialt stöd förutsätter i sin tur förekomsten av ett socialt nätverk. En individs sociala nätverk kan exempelvis omfatta familj, partner, vänner samt bekanta och detta nätverk har en väsentlig funktion som emotionellt och praktiskt stöd. Socialt umgänge och relationer innehar en trygghetskapande funktion för individen, då denne har möjlighet att erhålla stöd vid svårigheter och någon att anförtro sig åt. En ökad delaktighet i samhället kan även främjas genom sociala sammanhang såsom föreningsliv, kulturaktiviteter och studiecirklar. Denna sociala delaktighet kan fungera som en resurs och buffert för individen och tycks minska risken för psykisk ohälsa (Dumont & Provost, 1999; Folkhälsomyndigheten, 2007).

Liksom socialt deltagande och socialt umgänge skapar förutsättningar för hälsa, har forskning visat att social isolering ökar risken för psykisk ohälsa. Sociologen Émile Durkheim fastställde detta redan vid sent 1800-tal och sedan dess har fler forskningsfynd inom området gjorts. Det har konstaterats att små sociala nätverk, brist på nära relationer och lågt socialt stöd kan utgöra ökad risk för psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2007).

Vidare förekommer skillnader mellan könen gällande det sociala stödets betydelse för psykisk hälsa. Kvinnor är särskilt utsatta i detta sammanhang, då ett uteblivet socialt stöd i denna grupp utgör en större riskfaktor för psykisk ohälsa jämfört med gruppen män. Dock konstateras att sambandet mellan socialt stöd och psykisk hälsa är signifikant både bland män och kvinnor (Cheng & Chan, 2004; Folkhälsomyndigheten, 2007). Gymnasieelever studerades i en longitudinell studie utförd av Friberg, Hagquist och Osika (2012), i vilken det fastslogs att socialt stöd var en av de mest betydelsefulla faktorerna för prediktion av psykisk hälsa.

Ytterligare forskning inom området visar på skillnader mellan kvinnor och män i upplevt socialt stöd, en skillnad som i sin tur kan bidra till könsskillnaden i psykisk hälsa (Colarossi & Eccles, 2003). Flickor och pojkar upplever olika grad av socialt stöd från personer i sitt sociala nätverk. Flickor upplever ett större stöd från vänner och klasskamrater, men även från lärare i skolmiljön. Emotionellt stödjande relationer har bland flickor en

förebyggande funktion när det gäller psykisk ohälsa. I enlighet med detta påverkas även flickors psykiska hälsa mer negativt vid upplevelse av ett lågt socialt stöd. Vidare har forskningen visat att goda kamratrelationer tycks fungera som en buffert som kan ha en dämpande effekt vid misslyckanden inom andra områden i livet (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat, 2008; Cheng & Chan, 2004; Kendlers, Myers & Prescott, 2005). Oberoende av kön finns en koppling mellan upplevt lågt socialt stöd bland ungdomar och ökad risk för problematik såsom ångest/oro, depression samt sömnsvårigheter (Bruwer et al., 2008; Dumont & Provost, 1999)

**Sammanfattning.** Forskningsöversikten som presenterats ger en bakgrund till individuella skillnader i hälsa utifrån ett antal sociodemografiska variabler. Samtidigt återfinns hälsans bestämningsfaktorer på både individ- och gruppnivå. Även bredare, samhällseliga faktorer kan förklara skillnader i ungdomars hälsa. För att återknyta till forskning om försämringen i ungdomars psykiska hälsa de senaste decennierna, kan konstateras att ungdomars psykiska hälsa generellt försämrats oberoende av kön och socioekonomiska faktorer. Denna försämring skulle, ur ett samhällsperspektiv, kunna härledas till kulturella förändringar i samhället, förändringar inom utbildningsväsendet eller förändringar på arbetsmarknaden (Lager, 2009).

Dessa samhällseliga förklaringar diskuteras dock inte i föreliggande studie, då tyngdpunkten ligger på individuella skillnader i psykisk hälsa i gruppen 'ungdomar som besöker kurator eller psykolog på ungdomsmottagningen inom Region Skåne'.

**Ungdomsmottagningen.** En instans dit ungdomar mellan 12 och 23 år kan vända sig med olika typer av problematik är ungdomsmottagningen. Ungdomsmottagningen har som uppdrag att "förebygga fysisk och psykisk ohälsa, stärka ungdomar i att hantera sin sexualitet, respektera sig själva och sin omgivning samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner" (Region Skåne, 2002, s. 15). De huvudsakliga professioner som finns representerade på ungdomsmottagningen omfattar barnmorska, läkare, kurator och psykolog (Region Skåne, 2001). Ungdomsmottagningens ambition är att vara en plats där ungdomar kan söka hjälp för varierande problematik. Det kan exempelvis röra sig om allt från behov av råd och stöd och någon att prata med om bekymmer i livet, till frågor rörande sexualitet, preventivmedel och kroppen.

Ungdomsmottagningen strävar efter att unga människor öppet ska kunna tala om det som känns besvärligt. Verksamheten inriktar sig inte på någon speciell riskgrupp utan vänder

sig till samtliga unga människor som frivilligt söker sig till ungdomsmottagningen. Ungdomar med allvarigare problematik vilken ungdomsmottagningen inte har möjlighet att hantera eller behandla hänvisas vidare till lämpliga instanser, såsom vårdcentral, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2003).

Behovet av psykosociala resurser på ungdomsmottagningen har blivit större i takt med en ökad psykisk ohälsa bland unga människor. Ungdomar efterfrågar i större utsträckning stöd kring det psykiska måendet än tidigare, vilket har bidragit till en ökad psykosocial kompetens på ungdomsmottagningarna. Den psykosociala verksamheten syftar till att inbegripa områdena psykisk hälsa respektive ohälsa, identitetsutveckling samt relationer och sociala nätverk (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, 2002).

År 2006 genomfördes en journalstudie med inriktning på den psykosociala verksamheten vid ungdomsmottagningen inom Primärvården Sydväst i Region Skåne. Studien omfattade 463 ungdomar som under 2005 haft samtalskontakt vid någon av ungdomsmottagningarna med anledning av psykisk, sexuell, samlevnads- eller existentiell problematik, krisreaktioner och/eller utsatthet för våldshandlingar. Könsfördelningen bland de som besökte kurator, psykolog eller socialpedagog på ungdomsmottagningen inom Region Skåne 2005 var 80 procent kvinnor och 20 procent män. Medelåldern för första besöket hos kurator eller psykolog var för kvinnor 17.2 år ( $SD = 2.1$ ) och för män 18.7 år ( $SD = 2.4$ ). Besöksorsakerna var i huvudsak depression/nedstämdhet, ångest/oro, sömn- och koncentrationsstörningar, självskadehandlingar, stress, åtstörning, psykosomatiska problem och självmordstankar. Flertalet ungdomar sökte samtalskontakt för mer än ett problem. Depression/nedstämdhet (31 %) samt ångest/oro (28 %) var de vanligaste besöksorsakerna, men även sömn- och koncentrationssvårigheter (22 %) var en vanlig orsak till samtalskontakt. Även relationsproblem, identitetsproblem samt krisreaktioner var vanligt förekommande. I genomsnitt genomfördes 11 samtal hos kurator, psykolog eller socialpedagog per ungdom (Berséus, 2006).

Sammanfattningsvis kan konstateras att ungdomsmottagningen är en viktig instans i främjandet av ungdomars psykiska hälsa samt i förebyggandet av psykisk ohälsa. Ungdomsmottagningens psykosociala verksamhet fyller en viktig funktion i och med ungdomars ökade psykiska ohälsa. Det är därför väsentligt att denna verksamhet anpassas till besöksgruppen och dess behov av hjälp och stöd. En kartläggning kring besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningarna inom Region Skåne genomfördes senast år 2006 (Berséus, 2006). Med tanke på ungdomars försämrade psykiska hälsa är det angeläget att återigen genomföra en studie kring detta.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet med föreliggande studie är att kartlägga den psykosociala verksamheten på ungdomsmottagningen i Region Skåne för att få kunskap om besöksgruppen hos den psykosociala personalen. Vidare ska samband och skillnader i ungdomars psykiska hälsa undersökas med utgångspunkt i levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer. Med benämningen "ungdomar" avses individer i åldrarna 15-23 år som besöker kurator eller psykolog vid någon av ungdomsmottagningarna inom Region Skåne. En avgränsning avseende ålder på undersökningsdeltagarna har gjorts. Det är etiskt problematiskt för studien att inbegripa ungdomar under 15 år, då detta kräver vårdnadshavares medgivande.

Frågeställningarna är:

### **Vilken är besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen?**

1. Hur ser besöksgruppen ut avseende kön, ålder, klass och HBTQ?
2. Vilka är de vanligaste besöksorsakerna?
3. Hur skattar ungdomar sin psykiska hälsa utifrån självskattningsskalan HADS?
4. Hur många gånger besöker ungdomar ungdomsmottagningen i relation till den specifika besöksorsaken?
5. Hur många ungdomar står i kö till annan instans?
6. Vilka instanser besöker ungdomarna innan de söker sig till ungdomsmottagningen?
7. Upplever deltagarna socialt stöd i sin omgivning kopplat till besöksorsaken?
8. Vilka typer av socialt nätverk är vanligast i målgruppen?

### **Vilken inverkan har levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer på ungdomars psykiska hälsa?**

9. Kan en association mellan kön, respektive ålder, och besöksorsak urskiljas?
10. Har kön och ålder någon inverkan på självskattad psykisk hälsa mätt med HADS?
11. Finns det skillnader i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS utifrån antal besök hos kurator/psykolog?
12. Finns det en interaktion mellan upplevt socialt stöd och kön avseende självskattad psykisk hälsa mätt med HADS?
13. Finns könsskillnader i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS avseende typ av socialt nätverk?

14. Finns könsskillnader i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS mellan HBTQ-personer och heterosexuella?
15. Har klass och bostadsort någon inverkan på självskattad psykisk hälsa mätt med HADS?

## **Metod**

### **Deltagare och urval**

Undersökningsdeltagarna var ungdomar mellan 15-23 år som besökte kurator eller psykolog vid någon av ungdomsmottagningarna i Region Skåne. Den yngsta deltagaren var 15 år och trots ungdomsmottagningens åldersgräns på 23 år förekom en deltagare i studien som var 24 år. Studiens urval omfattade besökare hos kurator eller psykolog vid ungdomsmottagningarna i Region Skåne under tidsperioden 13-21 april 2015. Ungdomsmottagningarna i Malmö (Lönne, Rooseum och Triangeln), Helsingborg, Lund, Trelleborg, Landskrona, Ängelholm, Kristianstad, Hässleholm, Eslöv, Vellinge samt den mobila mottagningen i Skurup deltog i undersökningen. Mottagningarna i Ystad, Klippan, Osby och Perstorp samt den mobila mottagningen i Höganäs, Sjöbo och Svedala deltog inte. Då majoriteten av ungdomsmottagningarna var representerade i studien erhöles en representativ bredd avseende deltagande ungdomar samt den psykosociala verksamheten bland mottagningarna.

Sammanlagt deltog 232 ungdomar i studien varav 182 var kvinnor (78.4 %), 43 var män (18.5 %), 4 benämnde sig som "annat" (1.7 %) och 3 ville ej uppge kön (1.3 %). Medelåldern bland deltagarna var 19,7 år ( $SD = 2.1$ ). Respektive ungdomsmottagning ansvarade för att registrera bortfall, dock var det endast fem mottagningar som gjorde detta. Den information om bortfall som mottogs tydde på ett relativt litet bortfall, dock var det svårt att uttala sig om det totala bortfallet baserat på detta begränsade underlag.

### **Material**

Materialet i studien bestod av en enkät med frågor kring ungdomens kontakt med ungdomsmottagningen, självskattningsskalan HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) samt bakgrundsfrågor (se Bilaga 4). I den första delen av enkäten ställdes frågor av relevans för kartläggning av besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen. Den andra delen, bestående av självskattningsskalan HADS, gav ett

mått på ungdomens sinnesstämning och mätte grad av självskattad ångest respektive depression. Vidare bestod den tredje delen av personliga frågor kring ungdomen och dennes levnadsvillkor samt sociodemografi.

**Frågeformulär.** Konstruktion av frågeformulär skedde i samförstånd med verksamhetschefen samt enhetschefer vid ungdomsmottagningarna i Region Skåne. Utifrån studiens syfte att kartlägga besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen formulerades frågor kring bland annat besöksorsak, antal besök, tidigare sökta instanser samt upplevt socialt stöd.

Utifrån erfarenhet har verksamhetsledningen på ungdomsmottagningen i Region Skåne kunskap om vanligt förekommande besöksorsaker samt specifika enkätfrågors relevans för kartläggning av det psykosociala arbetet. Vidare baserades enkätfrågorna i relevant forskning kring psykisk hälsa respektive ohälsa och intressanta områden för undersökning identifierades. Första och andra avsnittet av frågeformuläret bestod enbart av frågor att besvara genom att kryssa i eller skriva själv. Dessa avsnitt av frågeformuläret omfattade, bortsett från ålder, inga numeriska värden utan enbart nominala variabler. Första delen av frågeformuläret behandlade ungdomens kontakt med ungdomsmottagningen och bestod av sex frågor. Andra delen utgjordes av självskattningsformuläret HADS och tredje delen bestod av sex frågor kring bakgrundsinformation.

**Hospital Anxiety and Depression Scale.** HADS är ett instrument som ger ett mått på sinnesstämning och mäter ångest och depression. Självskattningsformuläret används bland psykiatripatienter, vårdpatienter samt bland befolkningen i allmänhet (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Självskattningsformuläret konstruerades ursprungligen av Zigmond och Snaith (1983). Zigmond och Snaith fann behov av att utveckla ett självskattningsinstrument för användning även utanför psykiatrin. Tidigare användes främst General Health Questionnaire (GHQ) för att upptäcka mindre allvarliga psykiska problem, men Zigmond och Snaith ansåg detta instrument problematiskt ur flera synpunkter. Dels upplevdes GHQ vara ett alltför långt självskattningsformulär och dessutom gavs ingen information om det psykiska problemets karaktär. Därför utvecklades HADS utifrån två huvudsakliga riktlinjer: det skulle vara begränsat till undersökning av de två vanligaste psykiska åkommorna ångest och depression samt vara enkelt att fylla i under några minuters tid (Zigmond & Snaith, 1983).

HADS består av 14 påståenden, varav sju berör ångest och sju berör depression. Vartannat påstående gäller ångest (udda nummer) och vartannat påstående gäller depression



(jämna nummer). Samtliga påståenden har fyra svarsalternativ som graderas på en Likertskala från 0-3 poäng. Utifrån poängsystemet kan självskattad ångest och depression mätas. Påståendena som berör ångest (HADS-A) samt depression (HADS-D) beräknas separat och utgör skilda subskalor som tillsammans utgör totalpoängen för HADS (HADS-T). Poänggränserna för ångest är följande: 0-7 poäng förebådar ej ångest, 8-10 poäng förebådar att ångest eventuellt förekommer och 11 poäng och uppåt förebådar att ångest förekommer. Poänggränserna för depression är följande: 0-7 poäng förebådar ej depression, 8-10 poäng förebådar att depression eventuellt föreligger och 11 poäng och uppåt förebådar att depression föreligger. HADS är inte diagnostiskt utan bör enbart användas som ett första vägledande instrument för undersökning om ångest och/eller depression kan föreligga (Doktorerna, 2015).

I en norsk studie utförd av Bjelland et al. (2002) granskades 747 artiklar som använde HADS som mätinstrument. Studien visade på god intern validitet för HADS, vilket tyder på att självskattningsformuläret är ett välfungerande instrument för att undersöka om ångest och/eller depression föreligger. Vidare konstaterades att HADS tycks ha lika goda mätegenskaper som liknande, mer omfattande, mätinstrument avseende ångest och depression (Bjelland et al., 2002).

HADS har även visat sig ha hög konvergent validitet trots sin, i jämförelse med andra självskattningsinstrument, mindre omfattning. HADS förevisar samma sensitivitet och noggrannhet som mer omfattande mätinstrument såsom GHQ. En hög korrelation (0.60 och 0.80) mellan HADS och andra mätinstrument gällande ångest och depression såsom BDI (Beck Depression Inventory), STAI (Spielberger's State Trait Anxiety Inventory), CAS (Cognitive Assessment System) samt SCL-90 (Symptom Checklist-90) kunde urskiljas. Dock är korrelationen mellan totalpoängen på HADS (HADS-T) och liknande mätinstrument högre jämfört med korrelationen mellan HADS subskalor (HADS-A) och (HADS-D) och andra mätinstrument (Bjelland et al., 2002).

Gällande intern konsistens bör ett självskattningsformulär ha en Cronbach's alpha på minst .60 för hög reliabilitet och minst .80 vid användning som undersökningsinstrument. Flera studier har funnit hög intern konsistens för HADS-T, med Cronbach's alpha på .78-.93 för HADS-A och 0.82-0.90 för HADS-D. Intern konsistens för HADS är hög även vid översättning till andra språk än engelska, vilket påvisar självskattningsskalans lämplighet som vägledande undersökningsinstrument (Bjelland et al., 2002; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001).

Trots HADS goda mätegenskaper förekommer begränsningar. Specifika aspekter av ångest och depressionstillstånd, såsom somatiska symptom, omfattas inte av HADS. Påståendena som berör depression fokuserar främst på oförmåga att uppleva glädje och

uppskatta de saker och ting som man tidigare gjort. Andra karaktäriserande symptom vid depression, såsom känslor av hopplöshet, skuld samt låg självkänsla har dock utelämnats. Denna avgränsade inriktning bidrar till en robust faktorstruktur och hög intern konsistens i depressionsskalan (HADS-D) (Mykletun et al., 2001).

I en utvärdering av den svenska översättningen av HADS utförd av Lisspers, Nygren och Söderman (1997) valdes 624 personer slumpmässigt ut från befolkningen i Jämtland. Ett medelvärde på 4.55 poäng ( $SD = 3.73$ ) på delskalan för ångest samt ett medelvärde på 3.98 ( $SD = 3.46$ ) på delskalan för depression konstaterades. Förekomsten av depression i stickprovet var 6 procent och för ångest 8 procent, vilket baserades på gränsvärdet 11 poäng på subskalorna. Responsfrekvensen uppgick till 48 procent, vilket är en svaghet för studien. Studiens bidrag med normdata för den svenska befolkningen är betydelsefullt för användandet av den svenska översättningen av HADS (Lisspers et al., 1997).

## **Procedur**

Kuratorer och psykologer på ungdomsmottagningarna ansvarade för utdelning av enkäten. De erhöll skriftlig information kring studien och dess syfte samt praktiska instruktioner (se Bilaga 1). I instruktionerna tydliggjordes tillvägagångssätt för enkätutdelning samt etiska aspekter. Instruktionerna syftade till att fungera som riktlinjer för personalen, men att dessa efterföljdes i strikt mening kunde inte kontrolleras. Kuratorer och psykologer ombads enligt instruktionerna att vid besökets slut tillfråga ungdomen huruvida denne kunde tänka sig att delta i studien, samt ge allmän information kring studien och vad ett deltagande skulle innebära. Om ungdomen ställde sig villig att delta delades ett separat informationsbrev och samtyckesblankett sammanhäftad med frågeformulär ut (se Bilaga 2, 3 & 4). Ungdomen instruerades att besvara enkäten i väntrummet och lämna den ifylld i den enkätbrevlåda som finns på samtliga ungdomsmottagningar. Besvarandet av enkäten uppskattades ta cirka 5-10 minuter, men då detta skedde efter besökets slut fanns ingen tidsbegränsning för ungdomen att förhålla sig till. Insamling av enkäten till författarna skedde via post.

## **Dataanalys**

Statistiska analyser genomfördes i Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0. Då data skulle analyseras statistiskt upptäcktes ett visst, om än litet, bortfall. Detta bortfall var inte möjligt att korrigera och efter övervägande lämnades dessa svarsrutor tomma. Dessutom ansågs bortfallet inte påverka det totala resultatet på gruppnivå nämnvärt. Vidare adderades poängen på subskalorna för att erhålla totalpoäng för HADS- T.

Preliminära analyser genomfördes för att säkerställa att antaganden om normalfördelning, varianshomogenitet och linjäritet var uppfyllda, detta för att kunna genomföra parametriska test. Vidare kontrollerades även för outliers. Dessa var få till antalet och inte extrema. Dessa behölls då de inte ansågs påverka resultatet av analyserna nämnvärt. Signifikansnivån justerades till  $p < .05$ .

I de analyser där variabeln kön användes, inkluderades de deltagare som benämnt sig som kvinna eller man. Svartalternativen "annat" och "vill ej uppge" uteslöts på grund av låga frekvenser som därmed begränsade genomförandet av analyser. Variablerna ålder och antal besök dikotomiserades för att göra analyser med dessa variabler inkluderade möjliga. Ålder dikotomiserades till två grupper, 15-19 år samt 20-24 år. Indelningen gjordes utifrån kriteriet att deltagare 15-19 år representerade ungdomar i gymnasieålder medan deltagare 20-24 år representerade ungdomar på väg in i vuxenlivet som avslutat gymnasiet. Variabeln antal besök dikotomiserades till tre grupper bestående av 0-3 besök, 4-10 besök samt 10 besök eller fler, vilket kategoriserades utifrån kriterierna "få", "medel" samt "många" besök.

Gällande enkätfrågan kring deltagarnas besöksorsaker omkodades några av svartalternativen på grund av för låga frekvenser. Besöksorsaken "sorg" slogs samman med "nedstämdhet". "Sömnproblem" slogs samman med "ångest/oro". Vidare slogs relationsproblem med partner respektive familj samt vänner samman till en gemensam variabel under beteckningen "relationsproblem". Gällande inferentiella analyser togs några av besöksorsakerna bort på grund av för låga frekvenser, samtliga besöksorsaker och dess frekvenser redovisas dock i den deskriptiva delen av resultatet. De orsaker som exkluderades ur analyserna var inte möjliga att omkoda och dessa var: "ätstörning", "våld/trakasserier", "självskaumbeteende", "sexuella problem", "mobbing", "problem med alkohol/droger", "skol-/studierelaterade problem" samt "annat". I variabeln socialt nätverk uteslöts nivåerna "vänner och/eller ledare inom fritidsaktivitet", "Internet" samt "annan", på grund av för få frekvenser i dessa grupper. De nivåer som inkluderades i analyserna var "familj/vårdnadshavare", "partner/partners" och "vänner".

Gällande enkätfrågan om förälders högst avslutade utbildning exkluderades svartalternativen "ingen", "grundskola" samt "annan eftergymnasial utbildning", på grund av för låga frekvenser. De nivåer som inkluderades var "gymnasieutbildning" samt "högskole-/universitetsutbildning". Vid kategorisering av bostadsorter valdes de städer med tillräckligt hög svarsfrekvens ut. Dessa var Malmö, Lund, Helsingborg och Trelleborg. Kategorin "småort" utgjordes av orter och byar som inte kunde klassificeras som städer, dessa hade inte

heller tillräckligt höga svarsfrekvenser för att separata analyser skulle vara möjliga. Därför sammanslogs de till en gemensam variabel under beteckningen "småort".

För att beskriva gruppen av deltagare och beräkna svarsfrekvens användes deskriptiv statistik. De parametriska test som användes för att genomföra statistiska analyser var t-test för oberoende stickprov, vilket användes för att analysera medelvärdeskillnader mellan två grupper. Vidare användes envägs- samt tvåvägs ANOVA för att genomföra analyser där variabeln bestod av fler än två nivåer, samt undersöka interaktionseffekter respektive huvudeffekter. När association mellan kategoriska variabler analyserades användes oberoende Chi<sup>2</sup>-test. För vägledning gällande genomförande och rapportering av analyser användes *SPSS Survival Manual* (Pallant, 2013).

## **Etik**

Innan studiens genomförande gjordes flera etiska överväganden. En avgränsning gällande undersökningdeltagarnas ålder gjordes, då det skulle vara etiskt problematiskt för studien att inbegripa ungdomar under 15 år. Detta då vårdnadshavares medgivande skulle krävas för ungdomens deltagande i studien. Hantering av vårdnadshavares medgivande skulle medföra etiska, praktiska samt tidsmässiga problem. Vårdnadshavares vetskap om ungdomens kontakt med ungdomsmottagningen kan inte förutsättas och krav på vårdnadshavares samtycke skulle därmed vara etiskt och praktiskt olämpligt.

Frågeformulärets och informationsbrevets språk och innehåll anpassades efter målgruppen och dess ålder. Frågor av alltför känslig karaktär utelämnades med hänsyn till den psykosociala problematik som målgruppen sökt stöd för hos kurator eller psykolog på ungdomsmottagningen. Somliga frågor skulle kunna uppfattas vara av känslig karaktär eftersom de berör psykisk hälsa samt personlig information. Detta upplystes ungdomarna om i informationsbrevet. Därmed fanns möjlighet att direkt avböja medverkan i studien. I informationsbrevet informerades ungdomarna om frivillighet till deltagande i studien, konfidentialitet samt rätt att avbryta sin medverkan. Inga känsliga personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204), såsom namn och personnummer, samlades in och enkätsvaren kunde därmed inte spåras till enskilda individer. Resultatet sammanställdes statistiskt i avidentifierad form, vilket ungdomarna även informerades om.

Vidare informerades ungdomarna om rätten att avbryta sin medverkan i studien utan påverkan på den fortsatta kontakten med ungdomsmottagningen. Ungdomarna informerades även om möjligheten att vid ett eventuellt nästa besök tala med sin kurator eller psykolog på ungdomsmottagningen om besvarandet av enkäten skulle väcka tankar eller känslor som

upplevdes obekväma eller obehagliga. Samtycke till deltagande i studien inhämtades genom en samtyckesblankett där deltagarna fick kryssa i att de tagit del av informationen om studien och ge sitt medgivande (se Bilaga 2 & 3). Kontaktuppgifter till författarna till föreliggande studie samt handledare delgavs ungdomarna om frågor kring studien skulle uppkomma eller om det skulle finnas intresse av att ta del av resultatet.

Eventuell risk för psykologisk påverkan eller skada i samband med besvarande av enkät togs i beaktande, men bedömdes inte vara större än möjliga vinster med studien.

## **Resultat**

Nedan presenteras resultatet av enkätundersökningen. Deskriptiv statistik ger en bild av besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen med hänsyn till könsfördelning, åldersfördelning, besöksorsak, antal besök samt självskattad psykisk hälsa mätt med HADS. Även kö, första instans, upplevt socialt stöd, socialt nätverk, HBTQ och klass beskrivs utifrån deskriptiv statistik. Därefter följer inferentiell statistik som tagits fram genom t-test, ANOVA, samt Chi<sup>2</sup>-test med syfte att undersöka ungdomars hälsa med utgångspunkt i deras levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer.

### **Deskriptiv statistik gällande besöksgruppen**

I Tabell 1 som följer på nästa sida presenteras karakteristika gällande besöksgruppen, såsom frekvenser gällande kön samt medelålder.

**Tabell 1***Karakteristika gällande besöksgruppen*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Procent</i>
Antal deltagare			232	100 %
Kvinna			182	78.4 %
Man			43	18.5 %
Annat			4	1.7 %
Vill ej uppge kön			3	1.3 %
Ålder	19.7	2.1		
Ålder man	19.9	2.1		
Ålder kvinna	19.7	2.1		
Ålder annat	20.3	2.4		
Ålder vill ej uppge kön	18.0	1.0		

**Besöksorsak.** Gällande besöksorsaker visade sig ångest/oro och nedstämdhet vara mest frekventa bland deltagarna. Av 232 deltagare sökte 71 stycken samtalsstöd för problem med ångest och/eller oro, vilket innefattar en knapp tredjedel av deltagarna (30.6 %). Vidare sökte 53 ungdomar (22.8 %) samtalsstöd för upplevd nedstämdhet. Därefter följde alternativet “annat” (12.5 %), där deltagaren hade möjlighet att själv skriva sin besöksorsak om det alternativet inte förekom som en benämnd besöksorsak (se Bilaga 5). Relationsproblem (med familj, partner eller kompis/ar), var den fjärde vanligaste besöksorsaken (11.6 %). För mer detaljerad beskrivning, se Tabell 2 på nästa sida.

**Tabell 2***Frekvens besöksorsaker*

Besöksorsak	Frekvens	Procent
Ångest/oro	71	30.6 %
Nedstämdhet	53	22.8 %
Annat	29	12.6 %
Relationsproblem	27	11.6 %
Stress	13	5.6 %
Identitetsproblem	11	4.7 %
Sexuella problem	10	4.3 %
Skol/studierelaterade problem	9	3.9 %
Ätstörning	6	2.6 %
Självskadebeteende	3	1.3 %

**Hospital Anxiety and Depression Scale.** Mätning av självskattad psykisk hälsa i deltagarurvalet visade en genomsnittlig totalpoäng på HADS-T på 17.1 poäng ( $SD = 6.5$ ). Medelvärdena på HADS subskalor var 11.4 poäng ( $SD = 4.0$ ) på HADS-A och 5.7 poäng ( $SD = 3.5$ ) på HADS-D. Den deskriptiva statistiken visade att ångest/oro var den vanligaste besöksorsaken och samtidigt att medelpoängen på HADS-A, enligt poänggränserna för subskalan, var hög. Nedstämdhet var den näst vanligaste besöksorsaken, dock var medelpoängen på HADS-D, enligt poänggränserna för subskalan, låg.

**Antal besök.** Data visade att det genomsnittliga antalet besök per individ och besöksorsak var 6.25 ( $SD = 11.80$ ). Antal besök hos kurator/psykolog på ungdomsmottagningen i relation till den specifika besöksorsaken skiljde sig åt beroende av besöksorsak. De besöksorsaker som deltagarna tidigare besökt kurator eller psykolog vid ungdomsmottagningen flest antal gånger för var ätstörning ( $M = 12.4$ ,  $SD = 16.1$ ), självskadebeteende ( $M = 11.3$ ,  $SD = 10.3$ ), identitetsfrågor ( $M = 10.9$ ,  $SD = 19.2$ ) och sexuella problem ( $M = 9.0$ ,  $SD = 12.0$ ). De ungdomar som sökt stöd för stressrelaterade problem hade

inte besökt ungdomsmottagningen tidigare. Vidare hade ungdomar med skol/studierelaterade problem besökt ungdomsmottagningen få gånger tidigare med denna besöksorsak ( $M = 0.4$ ,  $SD = 1.3$ ).

**Kö till andra instanser och ungdomsmottagningen som första instans.** Datan visade att 13 deltagare (5.6 %) stod i kö till annan instans vid tillfället för det aktuella besöket på ungdomsmottagningen, medan 219 deltagare (94,4 %) inte stod i kö till annan instans. Vidare besökte 147 deltagare (63.4 %) ungdomsmottagningen som första instans för den aktuella besöksorsaken och 85 deltagare (36.6 %) hade tidigare besökt andra instanser för den aktuella besöksorsaken. De instanser som besökts mest frekvent var skolkurator ( $N = 39$ ), vårdcentral ( $N = 28$ ), barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ( $N = 19$ ) samt vuxenpsykiatri ( $N = 12$ ). Frekvensen för varje tidigare besökt instans baseras på antal besök per instans och därmed kan samma individ förekomma i flera av grupperna.

**Upplevt socialt stöd och socialt nätverk.** Av deltagarna upplevde 190 ungdomar (81.9 %) socialt stöd för sitt problem. Vidare uppgav 42 deltagare (18.1 %) att de inte upplevde socialt stöd från sin omgivning när det gällde problemet de sökte stöd för vid ungdomsmottagningen. Det vanligaste sociala nätverket bland deltagarna var vänner, då 104 ungdomar (44.8 %) uppgav vänner som sitt primära sociala nätverk. Vidare var familj/vårdnadshavare ett vanligt socialt nätverk, 66 ungdomar (28,4 %) uppgav detta som sitt primära nätverk. 43 ungdomar (18,5 %) uppgav på samma fråga partner/partners, medan 6 ungdomar (2.6 %) hade vänner och/eller ledare inom en fritidsaktivitet som sitt primära sociala nätverk. Tio deltagare (4.3 %) uppgav Internet som sitt huvudsakliga sociala nätverk och tre stycken (1.3 %) uppgav "annan".

**Klass.** På enkätfrågan gällande föräldrars högst avslutade utbildning svarade en deltagare (0.4 %) att föräldrarna inte hade någon avslutad utbildning. Vidare svarade 12 deltagare (5.2 %) grundskoleutbildning, 65 stycken (28.0 %) svarade gymnasieutbildning, 124 stycken (53.4 %) svarade högskole-/universitetsutbildning och 23 stycken (9.9 %) svarade annan eftergymnasial utbildning. Sju deltagare svarade ej på frågan.

**HBQ.** Utav deltagarna i urvalet tillhörde 32 ungdomar (13,8 %) gruppen HBQ-personer och 185 deltagare (79,7 %) tillhörde inte gruppen HBQ-personer. Vidare kunde eller ville 15 deltagare (6,5 %) ej uppge svar på frågan huruvida man tillhörde gruppen



HBTQ-personer. Av de som tillhörde gruppen HBTQ-personer var 23 kvinnor, 3 var män och resterande 6 svarade "annat" eller ville ej uppge kön.

### **Inferentiell statistik gällande besöksgruppen**

**Association mellan kön och besöksorsak.** Ett oberoende  $\chi^2$ -test genomfördes för att undersöka huruvida det fanns en association mellan de två vanligaste besöksorsakerna (ångest/oro samt nedstämdhet) avseende kön (man och kvinna). Det oberoende  $\chi^2$ -testet (med Yates Continuity Correction) indikerade ingen signifikant association mellan kön och besöksorsak,  $\chi^2 (1, n = 120) = .80, p = .37, phi = .10$ .

**Association mellan ålder och besöksorsak.** Ett oberoende  $\chi^2$ -test genomfördes för att undersöka huruvida en association mellan ålder och besöksorsak fanns. Grupperna delades in utifrån ålder i två grupper (Grupp 1: 15-19 år; Grupp 2: 20-24 år). Indelningen gjordes utifrån ungdomar i gymnasieålder respektive ungdomar över gymnasieålder. Gällande besöksorsakerna valdes de fyra vanligaste besöksorsakerna ångest/oro, nedstämdhet, stress samt relationsproblem ut, då testet krävde högre frekvenser i respektive åldersgrupp än vad övriga besöksorsaker hade. Testet indikerade att det inte fanns någon signifikant association mellan ålder och besöksorsak,  $\chi^2 (3, n = 164) = 2.03, p = .57, phi = .11$ .

**Könsskillnader i självskattad psykisk hälsa.** Ett oberoende t-test genomfördes mellan könen avseende HADS-A. Det fanns en signifikant skillnad i poängen på HADS-A mellan män ( $M = 9.93, SD = 4.53$ ) och kvinnor ( $M = 11.71, SD = 3.75; t(222) = 2.68, p = .01$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnaden = 1.78, 95 % CI: .47 till 3.08) var liten (eta squared = .03).

Ett oberoende t-test genomfördes även för att undersöka huruvida könsskillnad fanns avseende HADS-D. Det fanns ingen signifikant skillnad i poängen på HADS-D mellan män ( $M = 5.93, SD = 3.73$ ) och kvinnor ( $M = 5.73, SD = 3.48; t(220) = -.34, p = .73$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnaden = -.20, 95 % CI: -1.39 till .98) var liten (eta squared = .001).

Ytterligare ett oberoende t-test genomfördes för att undersöka eventuella könsskillnader avseende HADS-T. Det fanns ingen signifikant skillnad i poängen på HADS-T mellan män ( $M = 15.86, SD = 7.47$ ) och kvinnor ( $M = 17.46, SD = 6.30; t(220) = 1.44, p =$

.15, tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnaden = 1.60, 95 % *CI*: -.59 till 3.79) var liten (eta squared = .01).

**Interaktion mellan kön och ålder avseende självskattad psykisk hälsa.** En tvåvägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka kön och ålders inverkan på självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T. Deltagarna delades in i två grupper utifrån kön (kvinna och man) samt utifrån ålder (Grupp 1: 15-19 år; Grupp 2: 20-24 år). Det fanns ingen signifikant interaktionseffekt mellan kön och ålder,  $F(1, 218) = 1.33, p = .25$ . Dock var effektstorleken liten (partial eta squared = .01). Det fanns ingen statistiskt signifikant huvudeffekt för ålder  $F(1, 218) = .05, p = .83$  och effektstorleken var obefintlig (partial eta squared = .0001). Huvudeffekt för kön var inte heller statistiskt signifikant  $F(1, 218) = 2.55, p = .11$ ; dock fanns en liten effektstorlek (partial eta squared = .01).

**Skillnader i självskattad psykisk hälsa utifrån antal besök.** En envägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka huruvida det fanns skillnader i självskattad psykisk hälsa utifrån antal besök hos kurator och psykolog. Deltagarna delades in i tre grupper baserat på antal tidigare besök hos kurator och psykolog för en specifik besöksorsak (Grupp 1: 0-3 besök; Grupp 2: 4-10 besök; Grupp 3: 10 besök eller fler). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de tre grupperna på signifikansnivån  $p < .05$  gällande HADS-T:  $F(2, 217) = 2,5, p = .09$ . Effektstorleken, beräknad genom eta squared, var .02. Observation av medelvärdena visade att Grupp 1 hade en medelpoäng på 16.54 ( $SD = 6.81$ ) på HADS-T, Grupp 2 hade en medelpoäng på 19.56 ( $SD = 5.45$ ) och Grupp 3 hade en medelpoäng på 17.27 ( $SD = 6.23$ ).

**Association mellan kön och upplevt socialt stöd.** Ett oberoende Chi<sup>2</sup>-test genomfördes för att undersöka huruvida en association mellan kön och upplevt socialt stöd förelåg. Gruppindelning gjordes utifrån kön (man och kvinna) samt utifrån upplevt socialt stöd, (ja eller nej). Det oberoende Chi<sup>2</sup>-testet (med Yates Continuity Correction) indikerade en signifikant association mellan kön och upplevt socialt stöd,  $\chi^2(1, n = 225) = 4.20, p = .04, phi = .15$ . Frekvenserna visade att 84.6 % av kvinnorna upplevde socialt stöd för sitt problem, medan 15.4 % av kvinnorna inte gjorde det. Vad gäller männen upplevde 69.8 % socialt stöd gällande sitt problem medan 30.2 % inte upplevde detta.

**Interaktion mellan kön och upplevt socialt stöd avseende självskattad psykisk hälsa.** En tvåvägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka om det fanns en interaktion mellan kön och upplevt socialt stöd avseende självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T. Deltagarna delades in i två grupper utifrån kön (man och kvinna) samt utifrån upplevt socialt stöd (ja eller nej). Interaktionseffekten mellan kön och upplevt socialt stöd var inte statistiskt signifikant,  $F(1, 218) = .42, p = .52$ . Det fanns ingen statistiskt signifikant huvudeffekt för kön  $F(1, 218) = 1.49, p = .22$ . Huvudeffekt för upplevt socialt stöd var däremot signifikant  $F(1, 218) = 4.43, p = .04$ ; med en liten effektstorlek (partial eta squared = .02). Gällande huvudeffekten för socialt stöd visade medelvärdena att deltagare som upplevde socialt stöd hade en medelpoäng på HADS-T på 16.79 ( $SD = 6.50$ ) och deltagarna som inte upplevde socialt stöd hade en medelpoäng på 18.80 ( $SD = 6.62$ ).

**Interaktion mellan kön och socialt nätverk avseende självskattad psykisk hälsa.** En tvåvägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka huruvida det fanns könsskillnader i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T avseende typ av socialt nätverk. Deltagarna delades in i två grupper utifrån kön och typ av primärt socialt nätverk. Interaktionseffekten mellan kön och typ av socialt nätverk var inte statistiskt signifikant,  $F(2, 198) = 2.51, p = .08$ ; dock fanns en liten effektstorlek (partial eta squared = .03). Det fanns ingen statistiskt signifikant huvudeffekt för socialt nätverk avseende HADS-T:  $F(2, 198) = 1.37, p = .26$ . Huvudeffekt för kön var dock statistiskt signifikant  $F(1, 198) = 4.47, p = .04$ ; med en liten effektstorlek (partial eta squared = .02).

Gällande självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T hade kvinnor med familj/vårdnadshavare som primärt socialt nätverk en medelpoäng på 18.00 ( $SD = 6.42$ ). Män som uppgav familj/vårdnadshavare som primärt socialt nätverk hade en medelpoäng på 11.20 ( $SD = 7.01$ ) gällande HADS-T. Kvinnor som hade partner som huvudsakligt socialt nätverk hade ett medelvärde på 17.19 ( $SD = 7.26$ ) på HADS-T och männen med samma primärt socialt nätverk hade ett medelvärde på 16.57 ( $SD = 5.19$ ). Medelpoäng på HADS-T för kvinnor med vänner som primärt socialt nätverk var 17.22 ( $SD = 5.99$ ) medan motsvarande för män var 16.37 ( $SD = 8.09$ ).

**Skillnader i självskattad psykisk hälsa avseende HBTQ.** Ett t-test för oberoende grupper genomfördes för att undersöka skillnader i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T mellan grupperna icke-HBTQ-personer och HBTQ-personer. Det fanns ingen signifikant skillnad i självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T mellan heterosexuella ( $M$

=17,04,  $SD = 6,68$ ) och HBTQ-personer ( $M = 18,23$ ,  $SD = 5,63$ ;  $t(212) = .94$ ,  $p = .35$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnad = 1.19, 95 %  $CI$ : -1.32 till 3.69) var mycket liten (eta squared = .004).

Då det var få män i HBTQ-gruppen ( $N = 3$ ) kunde inte en flervägs ANOVA avseende kön och HBTQ genomföras. Dock fanns fler kvinnor i HBTQ-gruppen ( $N = 23$ ), därför utfördes ytterligare ett t-test för att jämföra HBTQ-kvinnor samt heterosexuella kvinnor avseende HADS-T. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan HBTQ-kvinnor ( $M = 19,00$ ,  $SD = 5,53$ ) och heterosexuella kvinnor ( $M = 17,13$ ,  $SD = 6,47$ );  $t(168) = -1,31$ ,  $p = .19$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnad = -1.87, 95 %  $CI$ : -4.68 till .94) var liten (eta squared = .01).

**Association avseende socialt nätverk mellan HBTQ-kvinnor och heterosexuella kvinnor.** Ett oberoende  $\chi^2$ -test genomfördes för att undersöka huruvida en association mellan HBTQ och typ av socialt nätverk fanns. Då gruppen av HBTQ-män var för få ( $N = 3$ ) undersöktes enbart HBTQ-kvinnor respektive heterosexuella kvinnor. Testet indikerade att det inte fanns någon signifikant association mellan HBTQ-kvinnor respektive heterosexuella kvinnor avseende typ av socialt nätverk,  $\chi^2(2, n = 161) = 4.94$ ,  $p = .09$ ,  $phi = .18$ .

Frekvenserna inom gruppen HBTQ-kvinnor visade att vänner generellt utgjorde det primära sociala nätverket (65.2 %) för majoriteten av HBTQ-kvinnorna, medan partner/partners (21.7 %) och särskilt familj/vårdnadshavare (13.0 %) var mindre frekventa som primära sociala nätverk inom gruppen. Frekvenserna bland heterosexuella kvinnor visade, liksom bland HBTQ-kvinnor, att vänner utgjorde det huvudsakliga sociala nätverket (43.5%). Dock var familj/vårdnadshavare som primärt socialt nätverk betydligt vanligare bland heterosexuella kvinnor (34.8 %), medan partner/partners var lika vanligt bland heterosexuella kvinnor som bland kvinnor inom HBTQ-gruppen (21.7 %).

**Sociodemografiska faktorerers inverkan på självskattad psykisk hälsa.** Ett t-test mellan ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var gymnasial samt ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var högskole-/universitetsutbildning genomfördes med avseende på HADS-T. Deltagarna delades in i två grupper utifrån klass (Grupp 1: Ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var gymnasial; Grupp 2: Ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var på högskole- eller universitetsnivå). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan Grupp 1 ( $M = 17.12$ ,  $SD = 6.51$ ) och Grupp 2 ( $M = 17.35$ ,

$SD = 6.29$ );  $t(183) = -.23$ ,  $p = .82$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnad =  $-.23$ , 95 %  $CI$ :  $-2.16$  till  $1.71$ ) var obefintlig (eta squared =  $.0003$ ).

En tvåvägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka huruvida klass och bostadsort hade någon inverkan på självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T. Deltagarna delades in i två grupper utifrån klass (Grupp 1: Ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var gymnasial; Grupp 2: Ungdomar vars föräldrars högsta avslutade utbildning var på högskole- eller universitetsnivå). Interaktionseffekten mellan klass och bostadsort var inte statistiskt signifikant,  $F(4, 151) = 0.22$ ,  $p = .93$ . Det fanns ingen statistiskt signifikant huvudeffekt för bostadsort  $F(4, 151) = .95$ ,  $p = .44$ ; dock fanns en liten effektstorlek (partial eta squared =  $.02$ ). Huvudeffekt för klass var inte heller statistiskt signifikant  $F(1, 151) = .85$ ,  $p = .36$ , dock fanns en liten effektstorlek (partial eta squared =  $.01$ ).

Vidare genomfördes ett oberoende t-test för att undersöka skillnaden i självskattad psykisk hälsa genom HADS-T avseende bostadsort (Grupp 1: Stad; Grupp 2: Småort). Liksom mindre orter slogs ihop till en gemensam variabel i tidigare analys har de fyra städerna (Malmö, Lund, Helsingborg och Trelleborg) i denna analys slagits ihop till en gemensam variabel benämnd "stad". Det fanns ingen signifikant skillnad i poängen på HADS-T mellan deltagare boende i stad ( $M = 16.85$ ,  $SD = 6.51$ ) respektive deltagare boende i småort ( $M = 16.95$ ,  $SD = 6.26$ ;  $t(193) = -.10$ ,  $p = .92$ , tvåsidig). Storleken på skillnaden i medelvärdena (medelskillnaden =  $-.10$ , 95 %  $CI$ :  $-2.1$  till  $1.90$ ).

I Tabell 3 som följer på nästa sida presenteras medelpoäng på HADS-T utifrån bostadsort och förälders utbildning.

**Tabell 3***HADS-T utifrån bostadsort och förälders utbildning*

Bostadsort	Utbildning	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Helsingborg	Gymnasium	15.13	7.22	8
	Högskola/universitet	15.33	4.62	15
Lund	Gymnasium	14.50	8.10	6
	Högskola/universitet	17.50	5.29	26
Malmö	Gymnasium	17.57	6.61	14
	Högskola/universitet	18.96	7.51	28
Trelleborg	Gymnasium	16.22	5.52	9
	Högskola/universitet	16.86	5.90	7
Småort	Gymnasium	16.50	3.75	18
	Högskola/universitet	16.57	7.01	30

### **Diskussion**

Syftet med studien var att kartlägga besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen i Region Skåne. Studien syftade även till att undersöka vilken inverkan levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer har på ungdomars psykiska hälsa. Nedan följer en diskussion av de resultat som presenterats i resultatdelen med utgångspunkt i studiens syfte.

## Resultatdiskussion utifrån deskriptiv statistik gällande besöksgruppen

**Kön och ålder.** Könsfördelningen, som var ungefär 80 procent kvinnor och 20 procent män, var relativt förväntad och överensstämmer även med könsfördelningen i Berséus journalstudie (Berséus, 2006). Denna fördelning kan därmed antas spegla besöksgruppen generellt. Fördelningen mellan män och kvinnor kan förklaras av skillnaden i sökbenägenhet mellan könen som omnämndes tidigare, men även av skillnaden i psykisk ohälsa mellan könen. Flickor mår sämre i högre utsträckning jämfört med pojkar, men även i tidigare ålder (Grahn, Modén, Fridh, Lindström & Rosvall, 2012; Socialstyrelsen, 2009).

Medelåldern i deltagarurvalet var 19.7 år. Män var något äldre än kvinnor, dock marginellt. Vidare var de personer som ej ville uppge kön något yngre än de som uppgav kön och de som benämnde sig som annat var något äldre än genomsnittet. För att jämföra dessa siffror med medelåldern i Berséus journalstudie (2006), kan konstateras att medelåldern då var lägre bland båda könen, 17.2 år för kvinnor och 18.7 år för män. Dessa siffror gällde dock det allra första besöket hos psykosocial personal på ungdomsmottagningen, vilket så inte nödvändigtvis var fallet i denna studie. Medelåldern som redovisas i denna studie är därmed ett mått på hur gammal deltagaren var just vid undersökningstillfället och inte hur gammal denne var vid första besöket på ungdomsmottagningen, därav en relativt hög medelålder i detta urval. Samtidigt visade forskning som tidigare presenterats att psykisk ohälsa ökar med stigande ålder, utifrån detta resonemang tycks den relativt höga medelåldern i denna studie vara tämligen logisk. Dock kunde en större spridning i ålder bland flickor förväntas, då flickor i högre utsträckning mår sämre än pojkar samt i tidigare ålder. Vidare skulle även den relativt höga medelåldern kunna förklaras av deltagarnas bostadsorter. Majoriteten av deltagarna kom från universitets- och högskolestäderna Lund, Malmö och Helsingborg, vilket skulle kunna vara en bidragande faktor till den relativt höga medelåldern bland deltagarna.

**Besöksorsak.** De vanligaste besöksorsakerna var ångest/oro samt nedstämdhet. Dessa besöksorsaker utgjorde sammantaget mer än hälften av de besökande ungdomarnas orsaker till samtalsstöd. De vanligast förekommande besöksorsakerna i denna studie stämmer väl överens med den journalstudie som gjordes 2006 vid sydvästra Skånes ungdomsmottagningar (Berséus, 2006), då de vanligaste orsakerna till samtalskontakt var just depression/nedstämdhet samt ångest/oro. Flera av de besöksorsaker som förekom som alternativ i enkäten, såsom stress, sömnproblem, identitetsfrågor och sorg, fick relativt låga svarsfrekvenser. Detta kan ha flera orsaker. Först och främst kan dessa problem vara nära

relaterade till både ångest/oro och nedstämdhet. Vidare kan det vara svårt att avgöra vad som är orsak och vad som är verkan när flera problem upplevs parallellt. Den faktiska bakomliggande orsaken till de problem som upplevs skulle kunna vara oklar för individen. Orsaken till problemet kan vara något helt annan som ungdomen blir medveten om först under samtalsterapin. Flera problem kan yttra sig genom ångest/oro eller nedstämdhet som är känslotillstånd som alla människor, i olika grad, kan antas känna igen sig i.

Därmed kan eventuellt somliga deltagare haft svårt att endast välja ett alternativ gällande besöksorsak. Deltagarnas möjlighet att själva ange egen besöksorsak som svar bidrog till en stor bredd gällande besöksorsaker (se Bilaga 5), vilket är fördelaktigt då deltagarna inte tvingades välja ett av de benämnda alternativen.

Vidare kan ångest/oro samt nedstämdhet vara av både mild eller allvarlig karaktär. Det kan röra sig om allt från vardaglig ångest respektive nedstämdhet som drabbar de flesta ibland, till allvarligare former av ångest, såsom panikångest, respektive nedstämdhet som kan utvecklas till depression. Det är därmed svårt att endast utifrån besöksorsak avgöra grad av psykisk ohälsa bland deltagarna.

**Hospital Anxiety and Depression Scale.** Ungdomarnas självskattade psykiska hälsa mätt med HADS gav en fingervisning kring deltagarnas grad av psykisk ohälsa. Medelpoängen på HADS-T på 17.1 poäng antyder att ångest eller depression eventuellt kan föreligga hos genomsnittsdeltagaren, dock är det svårt att uttala sig med säkerhet. Medelpoängen på 11.4 på HADS-A gällande ångest är dock mer talande och förebådar att ångest föreligger hos genomsnittsdeltagaren. Just ångest var den vanligaste besöksorsaken vilket generellt tyder på en korrespondens mellan upplevda problem och faktiska problem bland ungdomarna. Resultatet kan ses som oroväckande, samtidigt motsvarar urvalet inte ungdomar i allmänhet utan ungdomar som sökt stöd och hjälp för psykosociala problem hos kurator eller psykolog. Att problem såsom ångest troligtvis föreligger bland flera av deltagarna är därför inte oväntat.

Medelpoängen på HADS-D var däremot låg och förebådade inte depression hos genomsnittsdeltagaren. Detta resultat kan ses som positivt, särskilt med tanke på att många sökte stöd för nedstämdhet. Utifrån resultatet på HADS-D kan antas att de som upplever nedstämdhet inte lider av depression. Med tanke på det låga medelvärdet på HADS-D i relation till de 53 individer som sökt stöd för nedstämdhet kan man fråga sig i vilken grad mätinstrumentet HADS fångade upp dessa individer. Alternativt rörde det sig främst om mildare former av nedstämdhet som inte framkom genom HADS påståenden kring



depression. Vidare kan upplevelsen av psykisk ohälsa vara svår för individen att själv kategorisera då det kan röra sig om olika grader av ohälsa som kommer till uttryck i olika former och under olika lång tid. Vad gäller könsskillnader avseende HADS-T förekommer en viss skillnad som antyder att kvinnor mår sämre jämfört med män, vilket överensstämmer med den forskning kring könsskillnader i psykisk hälsa som tidigare presenterats.

Gällande specifika påståenden i HADS-T var det ett par som utmärkte sig gällande medelpoängen (se Bilaga 6). *“Jag bekymrar mig över saker”*, *“Jag känner mig rastlös”* samt *“Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända”* var de påståenden med högst medelvärden per påstående. Påståendet *“Jag bekymrar mig över saker”* var det påstående med högst medelvärde på 2.06. Maxpoäng på varje påstående var tre poäng och därmed kan detta medelvärde klassas som högt. De genomsnittliga deltagande ungdomarna bekymrade sig, var rastlösa och hade en känsla av att något hemskt skulle inträffa. Samtliga av dessa påståenden ingick i HADS-A. Frågan är om dessa fenomen är karakteristiska för ungdomar generellt eller om just dessa ungdomar som faktiskt besöker ungdomsmottagningen för att de på något sätt mår psykisk dåligt skattar sin psykiska ohälsa högre. Möjligen är ungdomstiden en tid då individer har mycket att bekymra sig över. Detta stämmer även väl överens med teorierna om adolescensen som menar att denna period i livet ställer stora krav på individen genom ökad självständighet, skapande av identitet och fungerande sociala nätverk (Herman-Stabl, et al., 1995; Patterson & McCubbin, 1987).

De påståenden som däremot utmärkte sig åt motsatt håll, med låga medelpoäng var: *“Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting”*, *“Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram”* samt *“Jag har tappat intresset för hur jag ser ut”*. Medelvärdena för dessa påståenden var lika och låg kring .60. Då högsta poäng på varje påstående var tre poäng kan detta medelvärde klassas som lågt. Majoriteten av deltagarna var således kapabla till att skratta och se det roliga, de kunde uppskatta böcker samt TV- eller radioprogram och det hade inte tappat intresset för det egna utseendet. Samtliga av dessa påståenden ingick i HADS-D. Detta resultat stämmer väl överens med de låga medelpoängen på HADS-D och de betydligt högre medelpoängen på HADS-A.

Varför utmärkte sig just dessa tre påståenden? Först och främst så skattade majoriteten av deltagarna lågt på HADS-D, vilket betyder att den genomsnittliga deltagaren inte led av depression enligt HADS poänggränser. Att kunna skratta och se det roliga i saker och ting är därför eventuellt inte speciellt märkligt. Intressant att diskutera är det låga medelvärdet på påståendet *“Jag har tappat intresset för hur jag ser ut”*. Samtliga deltagare i studien besökte ungdomsmottagningen på grund av någon typ av psykisk problematik och kan därmed antas

må sämre än den genomsnittliga ungdomen, därför är det eventuellt anmärkningsvärt att så pass många bryr sig om sitt yttre. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara dagens relativt utseendefixerade samhälle, där höga krav på egenskaper kopplade till utseende ställs. Eventuellt är detta särskilt påtagligt bland ungdomar just då ungdomstiden är en period då en del strävar efter att "passa in" och inte bryta mot rådande normer. Dessutom präglas ungdomstiden av relationsskapande och en del ungdomar initierar en första kärleksrelation och då skulle utseendet kunna klassas som en viktig faktor för en del ungdomar (Frydenberg, 1997; Patterson & McCubbin, 1987).

**Antal besök.** Det genomsnittliga antalet besök per deltagare för den aktuella besöksorsaken var i genomsnitt sex besök. Utifrån kategoriseringen att inga till och med tre besök räknades som "få", fyra till och med tio besök räknades som "medel" samt tio besök eller fler räknades som "många", så kategoriserades sex besök som "medel". Viktigt att ha i åtanke är att ungdomarna som besökte ungdomsmottagningen i denna studie i många fall troligtvis befann sig mitt i samtalsstödsprocessen och att antal besök i genomsnitt då inte representerar längden på samtalskontakten.

Trots detta kunde en viss skillnad i medelvärdena mellan olika besöksorsaker tydas. Ätstörning, självskadebeteende, identitetsfrågor samt sexuella problem var de besöksorsaker då deltagarna besökt kurator eller psykolog vid ungdomsmottagningen flest antal gånger tidigare. Stress och skol/studierelaterade problem var de besöksorsaker där ungdomarna besökt ungdomsmottagningen minst antal gånger tidigare.

Det är svårt att dra generella slutsatser gällande problemets karaktär och grad av allvar utifrån antal besök, då antal besök i denna undersökning inte representerar längden på samtalskontakten. Ätstörning och självskadebeteende skulle eventuellt kunna klassas som tämligen allvarliga former av psykisk ohälsa trots att dessa problem kan inneha olika grad av allvarlighet. Dessa två besöksorsaker hade även i förhållande till de övriga besöksorsakerna i genomsnitt fler antal besök per individ, vilket möjligen skulle kunna säga något om problemets karaktär. De deltagare som uppgav besöksorsakerna stress eller skol/studierelaterade problem hade besökt kurator eller psykolog få gånger tidigare. Dessa problem skulle eventuellt kunna klassas som problem av mindre allvarlig karaktär, på så sätt skulle man kunna förklara de få tidigare besök för dessa besöksorsaker. Därför är det rimligt att anta att ungdomarna med denna problematik inte besöker ungdomsmottagningen lika många gånger för att erhålla samtalsstöd. Självfallet skulle denna skillnad även kunna bero på tillfällighet. Detta då undersökningen skedde under en begränsad tidsperiod och antalet

deltagare uppgick till 232 stycken. Intressant är dock att en skillnad kan ses enbart genom medelvärden för antal besök kopplat till specifika besöksorsaker.

**Kö till andra instanser och ungdomsmottagningen som första instans.** Största delen av de deltagande ungdomarna stod inte i kö till annan instans vid tillfället för det aktuella besöket. Något fler än de som stod i kö till annan instans hade dock besökt en eller flera instanser tidigare för den aktuella besöksorsaken. Dessa resultat kan tyda på att ungdomsmottagningen i många fall är den första instansen som många ungdomar vänder sig till för stöd och hjälp. Ungdomsmottagningen kan ses som en bra första instans då ungdomsmottagningen har möjlighet att hänvisa ungdomar med allvarligare problematik vidare till lämpliga instanser. Dessutom är ungdomsmottagningen är dessutom en instans som är anpassad efter ungdomars behov och problematik samt att personalen enbart innehar en besöksgrupp bestående av ungdomar. Det är även positivt att ungdomsmottagningen nyttjas som instans dit ungdomar kan vända sig med frågor, funderingar och problem. Även ungdomsmottagningens ökade psykosociala kompetens, som tillkommit på grund av den ökade psykiska ohälsan bland ungdomar, skulle kunna bidra till att ungdomar faktiskt vänder sig dit. Att huvuddelen av deltagarna inte stod i kö till annan instans skulle eventuellt kunna kopplas till ungdomarnas grad av ohälsa. Möjligtvis är den problematik som ungdomarna vänder sig till ungdomsmottagningen för inte så pass allvarlig att ytterligare eller annan instans är nödvändig, utan att ungdomsmottagningen är den mest lämpliga instansen för problemet.

**Upplevt socialt stöd och socialt nätverk.** Majoriteten av deltagarna upplevde socialt stöd kopplat till problemet de sökt stöd för på ungdomsmottagningen, vilket kan ses som positivt. I huvudsak angav deltagaren vänner som sitt primära sociala nätverk, men en relativt stor andel angav även familj/vårdnadshavare. Denna fördelning skulle kunna illustrera den sociala utveckling som präglar adolescensen, då vänner får en allt större betydelse, men då familjen fortfarande utgör en viktig social komponent och referensram. En något mindre andel deltagare uppgav partner som sitt primära sociala nätverk, detta ligger också i linje med teorier kring adolescensen som menar att kärleksrelationer börjar få en allt större betydelse under denna period (Frydenberg, 1997).

En liten andel deltagare uppgav vänner och/eller ledare inom fritidsaktivitet som sitt primära sociala nätverk, vilket kan tyda på att majoriteten av ungdomar har sina vänner inom ramen för skolan och inte inom fritidsaktiviteter. Möjligen kan det även vara så att ungdomar

under tonåren gör avkall på tidigare fritidsaktiviteter och prioriterar annorlunda (Wagnsson, 2009). Samtidigt kan vänner och ledare inom fritidsaktiviteter fylla en viktig och värdefull funktion för de ungdomar som har det svårt hemma eller i skolan. Slutligen uppgav endast tio deltagare Internet som huvudsakligt socialt nätverk. Internet kan fylla en värdefull stödjande funktion för individer som inte har innehar någon annan typ av socialt nätverk. På Internet finns möjlighet att få uttryck för tankar och känslor som man inte kan uttrycka i andra sammanhang. Dessutom kan Internet fungera som ett forum för möten med likasinnade som kanske befinner sig i liknande situationer som individen. Den anonymitet som Internet möjliggör kan även bidra till ett större mod att tala, ställa frågor och diskutera sådant som man inte vågar tala om annars.

**Klass.** Drygt hälften av deltagarnas föräldrar hade högskole-/universitetsutbildning som högst avslutad utbildning och en dryg fjärdedel hade gymnasieutbildning. Denna fördelning var relativt förväntad då en stor del av deltagarna kom från universitets- och högskolestäderna Lund, Malmö och Helsingborg. Det är kanske därför inte förvånande att utbildningsnivån bland föräldrarna var tämligen hög.

Vidare kan diskuteras huruvida sökbenägenhet kan vara en klassfråga, baserat på en större kunskap och medvetenhet kring ohälsa och hjälpmöjligheter. Hur sökbenägenheten påverkar förekomsten av psykisk ohälsa bland ungdomar är även intressant, då majoriteten av de ungdomar som sökte stöd kom från relativt högutbildade hem. Man kan även fundera kring huruvida detta ger en representativ bild av besöksgruppen och dess psykiska hälsa, då många ungdomar från lägre utbildade hem föll bort. Möjligtvis skulle det även kunna vara så att ungdomar vars föräldrar hade en lägre utbildningsnivå befinner sig inom andra instanser. Detta kan ge en snedvriden bild av besöksgruppen vid ungdomsmottagningen gällande klass.

**HBTQ.** Av de 232 deltagare som besvarade enkäten benämnde sig 32 ungdomar som HBTQ-person. Av dessa var 23 kvinnor och tre var män, en könsfördelning som överensstämmer väl med könsfördelningen i urvalet generellt. Antalet HBTQ-personer kan ses som relativt stort, vilket bör vara ett positivt tecken för ungdomsmottagningen och dess arbete med HBTQ-frågor. Det är även positivt att ungdomar, oavsett tillhörighet i HBTQ-gruppen eller ej, söker stöd för frågor, funderingar och problem oavsett karaktär. Viktigt att notera är att de problem HBTQ-personer söker stöd för inte nödvändigtvis behöver vara kopplade till sexualitet, sexuell läggning eller identitet.

## **Resultatdiskussion utifrån inferentiell statistik gällande besöksgruppen**

**Kön respektive ålder avseende besöksorsak.** Resultatet visade att det inte fanns någon signifikant association mellan varken kön eller ålder avseende besöksorsak. Dock exkluderades majoriteten av de benämnda besöksorsakerna ur analysen på grund av för låga frekvenser. De två vanligaste besöksorsakerna ångest/oro och nedstämdhet analyserades. Utifrån analyserna kan därmed fastslås att det varken fanns köns- eller ålderskillnader i utbredningen av ångest/oro samt nedstämdhet bland deltagarna. Detta kan tänkas rimligt då just dessa besöksorsaker var de vanligaste och återkom regelbundet bland merparten av deltagarna. Med ett större dataunderlag och högre svarsfrekvenser per besöksorsak hade det varit intressant att undersöka köns- och ålderskillnader bland övriga benämnda besöksorsaker.

Forskning som presenterades i introduktionen menade att kvinnor i högre utsträckning rapporterar besvär såsom ångest och oro jämfört med män (Toivanen et al., 2012). Med utgångspunkt i denna forskning hade en större könsskillnad i besöksorsakerna ångest/oro samt nedstämdhet kunnat väntas, samtidigt finns några begränsande faktorer att förhålla sig till. Då urvalet bestod av mestadels kvinnor fanns en större spridning i besöksorsaker bland kvinnor, medan de relativt få män som deltog i hög grad sökte stöd just för ångest/oro eller nedstämdhet. Denna fördelning kan bidra till den icke-signifikanta associationen mellan könen. Samtidigt är det inte genomsnittliga ungdomar i allmänhet som undersöks, utan ungdomar på en instans som faktiskt sökt stöd för psykosociala problem. I denna grupp kan därmed tänkas att kvinnor och män är relativt jämlika i sin psykiska hälsa eller ohälsa.

**Självskattad psykisk hälsa utifrån kön.** Resultaten från kartläggningen av självskattad psykisk hälsa mätt med HADS visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan könen gällande HADS-T samt HADS-D. Dock fanns en signifikant skillnad mellan könen gällande HADS-A. Den signifikanta skillnaden kan tyda på att grad av ångest enligt HADS är beroende av kön i besöksgruppen. Grad av depression enligt HADS-D är dock oberoende av kön i besöksgruppen. Genom att enbart observera medelvärdena på HADS-A kan en skillnad mellan könen identifieras. Män hade en genomsnittlig poäng på 9.93 på HADS-A och kvinnor hade en genomsnittlig poäng på 11.71. Kvinnornas genomsnittliga poäng tyder på att ångest föreligger hos den genomsnittliga kvinnliga deltagaren. Männen genomsnittliga poäng ligger i gränslandet och är enligt HADS subskalegränser högt och tyder på att ångest skulle kunna föreligga hos den genomsnittliga

manliga deltagaren. Ångest/oro var dessutom den vanligaste besöksorsaken i urvalet, därför är det inte särskilt överraskande att deltagarna skattas högt på HADS-A. Självfallet är det oroväckande att medelvärdet är så pass högt bland deltagarna och att ångest faktiskt verkar föreligga bland en stor del av undersökningsdeltagarna. Det är dock viktigt att ha i åtanke att de ungdomar som undersöks är ungdomar som sökt samtalsstöd hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen och därmed inte kan representera en genomsnittlig ungdom generellt. Samtidigt kan man se detta höga medelvärde i ljuset av att ungdomarna har sökt stöd för sitt problem och befinner sig i en samtalsstödsprocess som de förhoppningsvis blir hjälpta av. Dock kan funderas över om så pass hög grad av ångest som deltagarna i denna studie uppvisar bedöms som lättare eller allvarigare form av psykisk ohälsa. Är ungdomarna med denna grad av ångest inom rätt instans? Frågan huruvida ungdomsmottagningen och dess psykosociala verksamhet har resurser att hantera denna grad av ångest är väsentlig att ställa. Det är dock viktigt att poängtera att HADS-A inte är diagnostiskt. Förekomsten av ångest enligt HADS-A behöver inte betyda att diagnosen ångest kan ställas.

Resultatet gällande HADS-D visade ett medelvärde på 5.93 bland män samt 5.73 bland kvinnor. Som kan observeras genom medelvärdena förekom ingen signifikant könsskillnad med avseende på HADS-D. Den genomsnittliga deltagaren i studien led således inte av depression enligt poänggränserna på HADS-D. En andel av deltagarna besökte ungdomsmottagningen för nedstämdhet och eventuellt hade en något högre poäng på HADS-D kunnat förväntas. En möjlig förklaring skulle kunna vara att ungdomarna söker stöd för just nedstämdhet och att denna inte utvecklats till depression enligt HADS kriterier. Detta kan därmed tolkas som ett positivt resultat då deltagarna sökt stöd för sin nedstämdhet och genom samtalsstöd har möjlighet att nå ökad psykisk hälsa. Ungdomsmottagningen är därför en viktig instans för ungdomar som mår psykisk dåligt på något vis och har genom denna instans möjlighet att i ett tidigt stadié söka stöd för sitt problem. Att i ett tidigt skede behandla psykisk ohälsa är väsentligt för att motverka uppkomsten av psykisk ohälsa senare i livet. Utebliven behandling under ungdomsåren kan vara en riskfaktor för psykosociala problems uppkomst i vuxen ålder (Almqvist, 2006). Ungdomsmottagningens psykosociala verksamhet kan därmed inneha en avgörande roll för den enskilde individen i förebyggandet av psykisk ohälsa senare i livet.

Gällande resultatet på HADS-T förekom ingen signifikant skillnad mellan könen. Gällande medelvärdena mellan män respektive kvinnor skiljde det ändå två poäng. Medelvärdet för de deltagande männen på HADS-T var 15.86 och för de deltagande kvinnorna var medelvärdet 17.46. Denna skillnad i medelvärdena är trots sin ringhet

intressant att förhålla sig till. Könsskillnaden i HADS-T orsakas i huvudsak av könsskillnaden gällande HADS-A, då medelvärdena i HADS-D var lika mellan könen och då det skiljde två poäng mellan könen i HADS-A. Sammantaget kan konstateras att kvinnorna i studien har något sämre självskattad psykisk hälsa än männen och att detta beror på en högre grad av självskattad ångest hos kvinnorna.

**Antal besök hos ungdomsmottagningen och självskattad psykisk hälsa.** I en envägs ANOVA kring skillnader i HADS-T utifrån antal besök fanns ingen signifikant skillnad och relativt liten effektstorlek. Det fanns dock en viss tendens till signifikant resultat då betydande medelvärdeskillnader mellan samtliga tre grupper, men särskilt mellan Grupp 1 och Grupp 2 kunde urskiljas. Dessa två grupper skiljde sig åt med tre poäng på HADS-T. Vidare visade medelvärdena att den självskattade psykiska hälsan var högst i Grupp 1 ("få" antal besök), lägst i Grupp 2 ("medel" antal besök) och något högre i Grupp 3 ("många" antal besök). Denna fördelning kan ha flera olika orsaker. Först och främst skulle detta kunna bero på problemets karaktär och grad av allvarlighet. Troligtvis kräver mindre allvarliga besöksorsaker färre besök vilket eventuellt kan resultera i bättre självskattad psykisk hälsa. Gällande de ungdomar som besöker ungdomsmottagningen under en längre tid, kan man spekulera i hur samtalsstödsprocessen påverkar deras psykiska hälsa. Man skulle kunna anta att ungdomen under mitten av samtalsprocessen, då medvetenheten kring problemen ökar och då dessa ska bearbetas, mår något sämre. Det är positivt att den självskattade psykiska hälsan tycks vara bättre i slutet av processen, vilket kan tyda på att samtalsstödet haft en positiv inverkan på den psykiska hälsan.

**Kön och upplevt socialt stöd.** Associationen mellan kön och upplevt socialt stöd var signifikant. Att de deltagande kvinnorna i högre grad upplever socialt stöd jämfört med de deltagande männen överensstämmer med forskning gällande detta (Cheng & Chan, 2004; Kendlers, Myers & Prescott, 2005). Socialt stöd är en viktig komponent för psykisk hälsa (Demaray & Malecki, 2002; Dumont & Provost, 1999), men det fanns också en motsägelsefullhet i denna studies resultat gällande kön och socialt stöd. Kvinnorna mådde sämre än männen, men upplevde i större omfattning socialt stöd. Männen mådde bättre än kvinnorna, men angav i mindre omfattning upplevelse av socialt stöd. Förhållandet mellan psykisk hälsa och socialt stöd kan alltså vara en funktion av kön, liksom resultatet visar. Detta resultat kan även kopplas till forskning kring skillnader i copingstrategier könen emellan, som funnit att kvinnor i högre grad än män är beroende av socialt stöd som en form av

copingstrategi (Mullis & Chapman, 2000). Kvinnor tycks också använda sig av emotionsfokuserad coping i högre utsträckning jämfört med män (Ptacek, Smith & Dodge, 1994), vilket troligtvis påverkar graden av självskattad psykisk hälsa. Möjligen använder sig män i besöksgruppen av mer funktionella copingstrategier som kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa.

I analysen kring kön och upplevt socialt stöd avseende självskattad psykisk hälsa fanns ingen signifikant interaktion mellan kön och socialt stöd avseende HADS-T. En signifikant huvudeffekt för socialt stöd kunde däremot konstateras. Deltagarna som angav att de upplevde socialt stöd från sin omgivning skattade sin psykiska hälsa bättre jämfört med de som inte upplevde socialt stöd. Detta påvisar just det sociala stödets betydelse för psykisk hälsa.

**Kön och socialt nätverk avseende självskattad psykisk hälsa.** Resultatet visade en tendens till signifikant interaktion mellan kön och socialt nätverk gällande självskattad psykisk hälsa. Detta skulle kunna tyda på könsskillnader bland deltagarna gällande typ av socialt nätverk i relations till självskattad psykisk hälsa. De sociala nätverk som inkluderades i analysen var familj/vårdnadshavare, vänner samt partner/partners eftersom de var de vanligaste bland deltagarna och därmed hade tillräckligt höga frekvenser.

Enbart det sociala nätverkets betydelse för självskattad psykisk hälsa var inte heller signifikant. Vilken typ av socialt nätverk av familj/vårdnadshavare, vänner samt partner/partners verkar således inte ha betydelse för den psykiska hälsan mätt med HADS-T. En orsak till detta skulle kunna vara att typ av socialt nätverk inte har någon betydelse för den psykiska hälsan, utan att det mest väsentliga är att individen *har* ett socialt nätverk.

Dock fanns en signifikant huvudeffekt för kön avseende självskattad psykisk hälsa mätt med HADS-T. Detta kan verka egendomligt då t-testet mellan könen avseende HADS-T under rubriken "*Självskattad psykisk hälsa utifrån kön*" inte visade på någon signifikant skillnad. I t-testet gällande kön och HADS-T inkluderades nämligen samtliga män och kvinnor. I denna analys där även socialt nätverk inkluderades, så exkluderades alternativen Internet, vänner och/eller ledare inom fritidsaktivitet samt annat. Detta bidrog till att de deltagare som valt något av dessa alternativ uteslöts ur analysen även när huvudeffekt för kön gällande HADS-T analyserades. Att dessa nivåer exkluderades gjorde således att huvudeffekten för kön gällande självskattad psykisk hälsa var signifikant. Detta kan eventuellt bero på att de tio deltagare som valt Internet som sitt huvudsakliga sociala nätverk måste



ningen sämre enligt HADS-T och eventuellt var även majoriteten av dessa individer män. Någon analys gällande detta har dock inte utförts.

Gällande medelpoängen på HADS-T mellan män ( $M = 11.20$ ) och kvinnor ( $M = 18.00$ ) med familj/vårdnadshavare som primärt socialt nätverk skiljde det nästan sju poäng. Detta var det primära sociala nätverk där männen hade bäst självskattad psykisk hälsa, medan kvinnorna med familj/vårdnadshavare som primärt socialt nätverk hade sämst självskattad psykisk hälsa i jämförelse med de andra sociala nätverken. Skillnaden skulle kunna härledas till den forskning som funnit att flickor upplever ett särskilt stort socialt stöd från vänner och klasskamrater (Colarossi & Eccles, 2003). Detta kan tänkas säga något om kvinnors behov av nära vänskapsrelationer för psykisk hälsa.

**HBQ och självskattad psykisk hälsa.** Gällande HBQ kunde inga signifikanta skillnader i HADS-T mellan HBQ-gruppen och heterosexuella urskiljas. Analys av HADS-T mellan HBQ-kvinnor och heterosexuella kvinnor visade inte heller på signifikanta resultat. En medelvärdeskillnad på två poäng i HADS-T antyder ändå en viss skillnad mellan grupperna som visar att HBQ-kvinnor mår något sämre. Denna skillnad är dock inte statistiskt signifikant. Dessa resultat kan tyckas motstrida den forskning kring HBQ och hälsa som presenterats som funnit att HBQ-personer i markant högre utsträckning lider av psykisk ohälsa jämfört med heterosexuella (Folkhälsomyndigheten, 2005). Samtidigt var urvalet i denna studie litet, vilket försvårade genomförande av representativ analys samt generalisering.

En tendens till signifikant association mellan HBQ-kvinnor och heterosexuella kvinnor avseende typ av socialt nätverk kunde konstateras. Medelvärdeskillnader mellan grupperna visar att vänner var det primära sociala nätverket bland båda grupperna, partner/partners var lika vanligt bland grupperna, dock var familj/vårdnadshavare betydligt vanligare som socialt nätverk bland heterosexuella kvinnor jämfört med HBQ-kvinnorna. Detta skulle kunna tolkas på flera sätt. De ungdomar som i frågeformuläret svarat att de tillhör HBQ-gruppen måste inte nödvändigtvis ha "kommit ut" bland familj och vänner. Alternativt har man berättat om detta för antingen vänner och/eller familj, vilket möjligen påverkar val av primärt socialt nätverk i frågeformuläret. Det mest väsentliga är trots allt att man upplever att man *innehär* ett socialt nätverk och dess karaktär har därmed mindre betydelse.

**Sociodemografi och självskattad psykisk hälsa.** Gällande faktorerna klass och bostadsort avseende HADS-T fanns inga signifikanta skillnader i hälsa. Det fanns inte heller någon signifikant interaktionseffekt mellan klass och bostadsort och inga signifikanta huvudeffekter för dessa variabler. Dessa resultat motstrider den forskning som presenterats som menar att det finns en geografisk dimension av psykisk hälsa. Forskning tyder nämligen på att de som bor i stad tycks må sämre jämfört med de som bor på mindre ort eller landsbygd (Socialstyrelsen, 2009; Sundquist et al., 2004). Likaså menar forskning att individer med högre utbildning tycks må bättre än individer med lägre utbildning, som i denna studie operationaliserades genom enkätfråga kring föräldrars högst avslutade utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2015). Trots detta kunde inga signifikanta klasskillnader i hälsa identifieras.

De medelpoäng på HADS-T som kunde observeras i analysen kring bostadsort och klass avseende självskattad psykisk hälsa visade på intressanta skillnader. Dock utfördes inga ytterligare analyser gällande detta, enbart medelvärden observerades. Särskilt bland deltagare bosatta i Lund var klasskillnaden i psykisk hälsa mellan de ungdomar med högskoleutbildade föräldrar och ungdomar med gymnasieutbildade föräldrar betydande. Utifrån den forskning som presenterats var denna skillnad oväntad. I denna studie var det nämligen de ungdomar med högskoleutbildade föräldrar som mådde sämst enligt HADS. Deltagare bosatta i Lund med föräldrar vars högsta utbildning var gymnasieutbildning hade ett medelvärde på 14.50 på HADS-T och de vars föräldrar hade högskole/universitetsutbildning som högst avslutade utbildning hade en medelpoäng på 17.50. Det skiljde således tre poäng på HADS-T mellan grupperna. Eventuellt skulle denna skillnad i självskattad psykisk hälsa kunna bero på att ungdomar från akademiska hem upplever större prestationskrav hemifrån och att ungdomarna därför pressar sig själva i högre utsträckning. Detta skulle i sin tur kunna leda till sämre självskattad psykisk hälsa.

Vidare kan detta kopplas till stress-sårbarhetsmodellen. Modellen menar att stress är diskrepansen mellan de krav som ställs på individen och hur individen har förmåga att hantera dessa krav. Vilken tröskel för sårbarhet som individen innehar påverkar hur hög grad av stress som denne har kapacitet att hantera (Zubin & Spring, 1977). Eventuellt är det så att ungdomarnas upplevda prestationskrav hemifrån samt de krav som ungdomen ställer på sig själv bidrar till att denna sårbarhetströskel överskrids och därmed bidrar till psykisk ohälsa.

Möjligen upplever inte ungdomar med lägre utbildade föräldrar samma krav på prestation hemifrån och innehar därför bättre psykisk hälsa. Gällande deltagare bosatta i Malmö kunde en skillnad mellan grupperna identifieras. Skillnaden var mindre mellan

ungdomar med föräldrar vars högsta utbildning var gymnasieutbildning och ungdomar vars föräldrar hade högskole/universitetsutbildning som högst avslutade utbildning, men ungdomarna i den senare gruppen hade sämre självskattad psykisk hälsa i Malmö än i Lund. De deltagande ungdomar med högskole/universitetsutbildade föräldrar i Malmö mådde således sämre än samma grupp deltagare i Lund. I samtliga bostadsorter som analyserades, Helsingborg, Lund, Malmö, Trelleborg samt småort, skattade de deltagare med akademiskt utbildade föräldrar sin psykiska hälsa generellt sämre än deltagare med gymnasieutbildade föräldrar. Avseende somliga bostadsorter var skillnaden mellan grupperna marginell, men en skillnad kunde ändå identifieras genom observation av medelvärdena. Därmed skulle något typ av mönster kunna uttydas. Det hade varit intressant att vidare analysera dessa skillnader.

### **Metoddiskussion**

HADS som syftar till att mäta ångest och depression visade sig vara ett mycket lämpligt mätinstrument, då ångest/oro och nedstämdhet var de vanligaste besöksorsakerna bland deltagarna i studien.

Den interna validiteten i denna studie kan bedömas vara relativt god. Cronbach's alpha för HADS-påståendena testades inte, då detta gjorts i tidigare studier som visat på god intern konsistens för HADS. Vidare kan man i Tabell 5 (se Bilaga 6) konstatera ett genomgående mönster kring poängen, vilket tyder på intern konsistens: ångestpåståendena hade generellt högre poäng jämfört med depressionspåståendena som generellt hade låga poäng. Då ångest/oro var den vanligaste besöksorsaken kan man tänka sig att HADS gett en rättvis uppskattning av självskattad ångest bland ungdomarna. Nedstämdhet var den näst vanligaste besöksorsaken, vilket dock inte framkommer lika tydligt i HADS-T. Detta beror troligtvis inte på brister i mätinstrumentets depressionspåståenden utan antyder snarare att de deltagare som sökte för nedstämdhet inte lider av depression enligt HADS.

Den externa validiteten i denna studie kan diskuteras utifrån målgruppen för undersökning. De resultat som framkommit i denna studie kan antas vara generaliserbara till andra psykosociala verksamheter på ungdomsmottagningar i Sverige, dock är det inte möjligt att generalisera till ungdomar i allmänhet. En medvetenhet kring denna begränsning måste finnas då denna studie enbart undersöker ungdomar som aktivt sökt stöd för ett psykosocialt problem och därmed inte motsvarar genomsnittliga ungdomar.

Vidare kan metodvalets lämplighet diskuteras. Genomförande av enkätundersökning kan anses vara ett adekvat tillvägagångssätt då tillgång till journalldata ej fanns. Användning av journalldata som metod hade ökat antalet deltagare, samtidigt hade individens subjektiva

upplevelse och skattning av sin hälsa gått förlorad. Ett ökat deltagarantal hade troligtvis bidragit till högre svarsfrekvenser inom de olika frågorna och påståendena, vilket hade bidragit till större möjligheter att genomföra analyser och generalisera resultaten. Dessutom genomfördes denna studie på uppdrag av Region Skåne med syfte att kartlägga *hela* besöksgruppen, något alternativ till kvantitativ metod var därför inte aktuellt.

**Begränsningar i studien.** Antalet deltagare i studien ( $N = 232$ ) lämpade sig väl för utförandet av statistiska analyser. Problematiskt var dock att de deltagande männen var relativt få till antalet ( $N = 43$ ) och det var därför svårt att inkludera män i flertalet analyser. Troligtvis speglar könsfördelningen besöksgruppen hos den psykosociala personalen väl, med en större andel kvinnor (78.4 %) och en mindre andel män (18.5 %). Siffrorna överensstämmer med könsfördelningen i journalstudien som utfördes 2006 (Berséus, 2006)

Antalet deltagare hade ökat om fler mottagningar deltagit i studien samt om utdelning av enkäten pågått under fler dagar. Med fler antal deltagare hade en större spridning i besöksorsaker troligtvis erhållits och då hade exkludering av vissa besöksorsaker antagligen inte blivit nödvändig i de inferentiella analyserna. Av tidsmässiga skäl begränsades enkätundersökningen till sju dagar. Av etiska skäl inkluderades inte ungdomar under 15 år i studien, vilket möjligen minskade antalet deltagare något.

På grund av låga svarsfrekvenser inom vissa frågor var nivåer av en del variabler tvungna att uteslutas för att möjliggöra inferentiella analyser. Detta var en begränsning då individer föll bort i några analyser. Analyserna blev därmed inte fullt representativa. Vidare var det flera av mottagningarna på de mindre orterna som föll bort. Hade dessa inkommit med besvarade enkäter hade deltagarantalet stigit och analyser kring bostadsort kopplat till självskattad psykisk hälsa hade varit genomförbart i högre utsträckning.

Bortfallsanalysen blev knapphändig då majoriteten av ungdomsmottagningarna inte registrerade bortfallet. Det var därför omöjligt att uttala sig om bortfallet på ett tillförlitligt sätt. En komplett bortfallsanalys från varje deltagande ungdomsmottagning hade kunnat säga något om hur många individer som tillfrågats, avböjt deltagande och så vidare.

## **Framtida forskning och praktiska implikationer**

Gällande ungdomars psykiska hälsa och ungdomsmottagningens funktion som instans i arbetet med psykosocial problematik hade det varit intressant att vidare undersöka hur besöksgruppen ser ut på andra ungdomsmottagningar. Detta för att kunna kartlägga samband och skillnader i ungdomars psykiska hälsa geografiskt, sociodemografiskt samt utifrån levnadsvillkor. Då hade variablerna könsfördelning, HBTQ, klass, grad av psykisk hälsa respektive ohälsa samt besöksorsaker kunnat studeras och jämföras geografiskt. Vidare skulle ytterligare faktorer av relevans kunna undersökas, såsom etnicitet och sysselsättning. Etnicitet hade kunnat undersökas med syfte att i högre grad kunna kartlägga besöksgruppens sammansättning, men även för att analysera självskattad psykisk hälsa utifrån variabeln etnicitet. Ungdomars sysselsättning utifrån ett klassperspektiv hade vidare varit intressant att studera kopplat till psykisk hälsa. Å ungdomsmottagningens vägnar hade det även varit betydelsefullt att undersöka i vilken utsträckning ungdomar som besöker psykosocial personal på ungdomsmottagningen upplever att de blir hjälpta. Därutöver hade sökbenägenhet som eventuell klassfråga kunnat studeras vidare.

Vidare hade den tämligen sneda könsfördelningen inom besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen och dess orsaker varit intressant att studera utifrån frågan ”Varför är det så få män som söker stöd hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen?” En sådan fråga skulle kunna utredas kvalitativt för bildskapande av mäns upplevelser av hjälpsökande och av ungdomsmottagningen som instans. Generellt sett är det betydelsefullt att identifiera möjligheter för att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa och hjälpsökande.

Gällande praktiska implikationer inom detta område skulle man kunna anställa fler manliga kuratorer på ungdomsmottagningarna, på samma sätt som man anställt fler manliga sjuksköterskor för att öka sökbenägenheten bland män. Särskilt då män i denna studie upplevde lägre socialt stöd jämfört med kvinnor skulle det vara betydelsefullt att undersöka hur sökbenägenheten bland män kan ökas. Studiebesök på ungdomsmottagningen under skoltid är även ett exempel på försök att öka medvetenheten bland ungdomar kring ungdomsmottagningens psykosociala verksamhet och dess funktion.

För att sammanfatta förslag till framtida forskning, utöver ovan nämnda variabler, hade det varit önskvärt att i framtida studier genom större dataunderlag genomföra mer nyanserade analyser med syfte att öka extern validitet och generaliserbarhet av resultat.

## Slutsatser

I denna studie fastslogs att besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen i Region Skåne i huvudsak bestod av kvinnor runt 20 år. Ungefär en sjättedel av deltagarna tillhörde gruppen HBTQ-personer. Majoriteten av ungdomarna hade högskole- eller universitetsutbildade föräldrar och kom från städerna Lund, Malmö, Helsingborg och Trelleborg. De vanligaste besöksorsakerna var ångest/oro samt nedstämdhet, och den självskattade psykiska ohälsan i gruppen relativt hög. Särskilt ångest förelåg hos den genomsnittliga deltagaren enligt HADS. Vidare kunde konstateras att kvinnor i högre grad jämfört med män upplevde socialt stöd från sin omgivning. Oberoende av kön hade upplevelsen eller avsaknaden av socialt stöd från omgivningen en inverkan på självskattad psykisk hälsa. Ungdomar som uppgav att de inte upplevde socialt stöd från sin omgivning hade högre grad av psykisk ohälsa. Vidare kunde könsskillnader i självskattad ångest uttydas. Slutligen kan de icke-signifikanta resultat som erhöles i studien ses som positiva då deltagarnas självskattade psykiska hälsa föreföll relativt oberoende av levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer.

## Referenser

- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 3-15. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Ahrén, C. J. *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa* (Statens offentliga utredningar, 2010:80). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Almqvist, F. (2006). De tidiga barnaårens betydelse för psykisk hälsa i vuxen ålder: Från epidemiologisk forskning till randomiserad psykoterapiforskning. *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 166(2), 44-49.
- Andersson, L. (2008). Geografiska skillnader i psykisk hälsa - samband med socioekonomisk position. *Socialmedicinsk tidskrift*, 85(2), 113-120. Hämtad från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/149>
- Berséus, M-L. (2006). *Jag behöver någon att prata med... - en journalstudie av ungdomar som söker samtalskontakt på ungdomsmottagning* [Internt dokument]. Region Skåne.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.09.002
- Carlsson Dahberg, J. (2012). Barn från övre medelklassen - blir föräldrar sent i livet. Hämtad 14 april, 2015, från [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Barn-fran-ovre-medelklassen--blir-foraldrar-sent-i-livet/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Barn-fran-ovre-medelklassen--blir-foraldrar-sent-i-livet/)
- Cheng, S-T., & Chan, A. C. M. (2004). The the multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1359-1369. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.006
- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27(1), 19-30.
- Demaray M K., & Malecki C K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39(3), 305-316.
- Doktorerna. *Tolkning av HAD för bedömning av depression och ångest*. Hämtad 9 mars, 2015, från <http://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning/>

- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Folkhälsomyndigheten. (2005). Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation - Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer. Hämtad från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12296/a200519-uppdraghbt-0512.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2007). Socialt kapital och psykisk hälsa. Hämtad från [http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/13155/A2007\\_05\\_Socialt%20kapital%20och%20psykisk%20halsa.pdf](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/13155/A2007_05_Socialt%20kapital%20och%20psykisk%20halsa.pdf)
- Folkhälsomyndigheten. (2014). Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014. Hämtad från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa. Hämtad 13 april, 2015, från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/psykisk-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - elva målområden. Hämtad 14 april, 2015, från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
- Folkhälsomyndigheten. Sambandet mellan utbildningsnivå och hälsa. Hämtad 16 april, 2015, från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/ekonomiska-och-sociala-forutsattningar/utbildningsniva/>
- Forsell, Y., & Dalman, C. (2004). Psykisk ohälsa hos unga. Stockholms läns landsting. Hämtad från <http://www.pappamanualen.se/dokument/Psykisk%20oh%20hos%20unga%20004.pdf>
- Friberg, P., Hagquist, C., & Osika, W. (2012). Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time. *British medicine journal*, 2(4), 1-6.
- Frydenberg, E. (1997). Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspectives. London: Routledge.



- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. (2002). Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar. Hämtad från <http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf>
- Grahn, M., Modén, B., Fridh, M., Lindström, M., & Rosvall, M. (2012). Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne - en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa (Kommunförbundet Skåne & Region Skåne). Hämtad från [http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer\\_dokument/folkhalsorapport\\_barn\\_och\\_unga\\_i\\_skane.pdf](http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/folkhalsorapport_barn_och_unga_i_skane.pdf)
- Hagquist, C. (2011). Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige? *Socialmedicinsk tidskrift*, 88(6), 474-485. Hämtad från <http://socialmedicinsktidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/837/657>
- Herman-Stabl, M A., Stemmler, M., & Petersen, A C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649-665.
- Jorm, A. F., Korten, A.E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423-427.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 250-256.
- Kungliga Vetenskapsakademien. (2010). *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige* (Hälsoutskottet, 2010).
- Lager, A. (2009). Psykisk ohälsa hos ungdomar. *Framtider*, 3, 14-17. Hämtad från [http://larare.at/psykologi/moment/moment\\_06/framtider\\_nr3\\_2009\\_psykisk\\_ohalsa\\_hos\\_ungdomar.pdf](http://larare.at/psykologi/moment/moment_06/framtider_nr3_2009_psykisk_ohalsa_hos_ungdomar.pdf)
- Levinsson, H., & Jiborn, M. (2013). *Minuskontot: Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Hämtad 13 maj, 2015, från [http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2014/09/Minuskontot\\_3\\_slutversion-formsatt.pdf](http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2014/09/Minuskontot_3_slutversion-formsatt.pdf)
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, Gender, and Self-Esteem Differences in Adolescent Coping Styles. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 539-541.

- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual and transgender youths. *Am J Public Health, 100*(12), 2426-2432. doi: 10.2105/AJPH.2009.178319
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 540-544.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424
- Pallant, J. (2013). SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS. Open University Press: McGraw-Hill Education.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence, 10*(2), 163-186. doi:10.1016/S0140-1971(87)80086-6
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender Differences in Coping With Stress: When Stressor and Appraisals Do Not Differ. *Personality and Social Psychologybulletin, 20*(4), 421-430.
- Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. (2003). Hälso- och sjukvårdsprogram - barns och ungdomars psykosociala hälsa. Hämtad från [https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Hälso%20och%20sjukvårdsprogram/Dok\\_BoU\\_NY.pdf](https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Hälso%20och%20sjukvårdsprogram/Dok_BoU_NY.pdf)
- Region Skåne. (2001). Generell kravspecifikation. Hämtad från [http://www.skane.se/upload/webbplatser/wardwebb/dokument/halsoval/kravspec\\_2001.pdf](http://www.skane.se/upload/webbplatser/wardwebb/dokument/halsoval/kravspec_2001.pdf)
- Region Skåne. Om Region Skåne. Hämtad 13 april, 2015, från Region Skåne: <http://skane.se/organisation-politik/om-region-skane/>
- RFSL. (u.å.). Sexuell läggning - vad är det? Hämtad 14 april, 2015, från RFSL: <http://www.rfsl.se/?p=414>
- Ross, L. E., Doctor, F., Dimito, A., Kuehl, D., & Armstrong, S. M. (2008) Can Talking About Oppression Reduce Depression? *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 19*(1), 1-15. doi: 10.1300/J041v19n01\_01

- Socialdepartementet. (2012). PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. Hämtad från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/19/37/97/644e4dfe.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport 2009. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). Psykisk ohälsa bland unga - underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>
- Sundquist, K., Frank, G., & Sundquist, J. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 293-298. doi: 10.1192/bjp.184.4.293
- Sveriges Kommuner och Landsting. Psykisk hälsa. Hämtad 13 april, 2015, från Sveriges Kommuner och Landsting: <http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa.229.html>
- Sveriges Riksdag. Personuppgiftslag (1998:204). Hämtad 22 april, 2015, från Sveriges Riksdag:[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/)
- Toivanen, S., Gisselmann, M., & Lindfors, P. (2012). Kön, genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män. Malmö Stad. Hämtad från [http://malmo.se/download/18.d8bc6b31373089f7d9800038759/1383647137486/Kön+genus+och+hälsa\\_Toivanen+mfl.pdf](http://malmo.se/download/18.d8bc6b31373089f7d9800038759/1383647137486/Kön+genus+och+hälsa_Toivanen+mfl.pdf)
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
- Ueno, K. (2005). The Effects of Friendship Networks on Adolescent Depressive Symptoms. *Social Science Research*, 34(3), 484-510.
- Wagnsson, S. (2009). Föreningsidrott som socialisationsmiljö – En studie av idrottens betydelse för barn och ungdomars psykosociala utveckling (Karlstad University Studies, 2009:53). Karlstad universitet, Estetisk-filosofiska fakulteten.
- Zigmond, A S., & Snaith, R P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

## Bilaga 1



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Kandidatprogram i beteendevetenskap

### **Information till kuratorer och psykologer vid ungdomsmottagningarna Region Skåne gällande enkätundersökning**

#### ***Kandidatuppsats om ungdomsmottagningar i Skåne på uppdrag av Region Skåne - Kartläggning av det psykosociala arbetet***

Studien vänder sig till ungdomar mellan 15 och 23 år som är i kontakt med kurator eller psykolog vid någon av ungdomsmottagningarna inom Region Skåne. Åldersindelningen har gjorts då ungdomar under 15 år behöver vårdnadshavares medgivande till att delta i studien. Frågeformuläret får alltså **inte** delas ut till ungdomar som är under 15 år. Frågeformulärets innehåll handlar om ungdomens kontakt med ungdomsmottagningen, ungdomens psykiska hälsa och bakgrundsinformation om ungdomen. En del frågor som berör psykiskt mående och privatliv kan upplevas som känsliga, såsom frågor som berör HBTQ och klass. Denna information behövs för att få kunskap om besöksgruppen hos kurator/psykolog på ungdomsmottagningen. Om ungdomen upplever att frågeformuläret väcker tankar eller känslor som känns obekväma eller obehagliga så ska det finnas möjlighet för ungdomen att tala om detta vid ett eventuellt nästa besök hos den kurator/psykolog på ungdomsmottagningen som ungdomen har kontakt med.

Syftet med studien är att kartlägga det psykosociala arbetet på ungdomsmottagningarna inom Region Skåne för att få kunskap om besöksgruppen hos den psykosociala personalen. Vidare ska samband och skillnader i ungdomars psykiska hälsa undersökas med utgångspunkt i levnadsvillkor och sociodemografiska variabler.

Det är helt frivilligt för ungdomarna att delta i studien och de har rätt att avbryta sin medverkan när de vill utan att det påverkar deras fortsatta kontakt med ungdomsmottagningen. Ingen personal på ungdomsmottagningen kommer att ta del av enskilda svar. Ungdomarna är helt anonyma, vilket innebär att varken namn eller personnummer finns på frågeformuläret. Svaren på frågorna kommer därför inte kunna spåras till enskilda individer. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i aidentifierad form i vetenskaplig rapport.

**Enkäten ska börja delas ut måndagen den 13 april och delas ut till och med tisdagen den 21 april. Mer information om insamling och postning av enkät ges på nästa sida.**

### **Praktisk information till samtliga ungdomsmottagningar:**

- Det är att föredra att en kurator/psykolog per mottagning är huvudansvarig för utskrivning av enkät och utdelning av dessa till varje kurator/psykolog på respektive mottagning.
- Enkätundersökningen består av både ett informationsbrev och en samtyckesblankett samt själva frågeformuläret. Det är väsentligt att informationsbrevet är separerat från samtyckesblankett och frågeformulär. Informationsbrevet får ungdomen behålla medan samtyckesblankett och frågeformulär lämnas i enkätbrevlådan i väntrummet. **Samtyckesblankett och frågeformulär ska alltså vara sammanhäftade!**
- Ansvarig kurator/psykolog ser också till att samla in och ha hand om de ifyllda enkäter som läggs i den enkätbrevlådan som ska finnas i väntrummet på varje mottagning.
- Det finns ingen specifik rekommendation för antal enkäter som skrivs ut på varje mottagning, detta görs efterhand beroende på hur många som behövs under den tid som undersökningen genomförs per kurator/psykolog och mottagning. Riktmärket är att alla ungdomar mellan 15-23 år som besöker kurator/psykolog på ungdomsmottagningen ska tillfrågas om deltagande i studien. Frågeformuläret får **inte** delas ut till ungdomar som är under 15 år
- Ansvarig kurator/psykolog på varje mottagning ansvarar även för att posta samtliga insamlade enkäter.
- **Posta enkäterna onsdagen den 22 april alternativt torsdagen den 23 april, så att enkäterna är oss tillhanda senast fredagen den 24 april!**

**Posta till följande adress:**

<p><b>Henrik Levinsson Institutionen för psykologi Box 213 221 00 Lund</b></p>
--

### **Praktisk information till respektive kurator/psykolog:**

- Enkätundersökningen består både ett informationsbrev och en samtyckesblankett samt själva frågeformuläret. Det är väsentligt att informationsbrevet delas ut separat, medan samtyckesblankett ska vara sammanhäftat med frågeformuläret. Informationsbrevet får ungdomen behålla medan samtyckesblankett och frågeformulär lämnas i enkätbrevlådan i väntrummet.
- Enkätundersökningen delas ut vid besökets slut av kurator/psykolog för att ungdomen ska kunna fylla i enkäten i lugn och ro *efter* besöket. Berätta kort om enkätundersökningen och fråga om ungdomen kan tänka sig att delta. Om ungdomen vill delta, be denne fylla i enkäten i exempelvis väntrummet. Be ungdomen lägga enkäten i enkätbrevlådan i väntrummet när den är ifylld.

- Om ungdomen direkt tackar nej till att delta i studien så behöver detta inte registreras. Den tomma enkäten läggs tillbaka i högen.
- Om ungdomar som fyller i enkäten har frågor om enkätundersökningen/studien som kurator/psykolog vid ungdomsmottagningen inte kan besvara, be då ungdomen kontakta ansvariga studenter eller ansvarig handledare på e-mailadresserna som anges i informationsbrevet.

**Tack för er hjälp!**

Anna Löfberg och Rebecka Hansen, [bvp12lu@gmail.com](mailto:bvp12lu@gmail.com)

Handledare: Henrik Levinsson, [henrik.levinsson@psy.lu.se](mailto:henrik.levinsson@psy.lu.se)

## Bilaga 2



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Kandidatprogram i beteendevetenskap

### Hej!

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie som bedrivs på programmet för beteendevetenskap vid Lunds Universitet. Deltagandet i studien innebär att du fyller i ett frågeformulär. Detta tar ca 5-10 minuter. När du besvarat frågeformuläret lägger du det där du fått information om att det ska lämnas.

Studien vänder sig till ungdomar mellan 15 och 23 år som är i kontakt med kurator eller psykolog vid någon av ungdomsmottagningarna i Skåne. Frågeformulärets innehåll handlar om din kontakt med ungdomsmottagningen, din psykiska hälsa och bakgrundsinformation om dig. En del frågor som berör ditt psykiska mående och ditt privatliv kan upplevas som känsliga. Dessa frågor ställs för att bättre kunna beskriva besöksgruppen hos kurator/psykolog på ungdomsmottagningen. Denna information kommer nämligen inte kopplas till individer utan till besöksgruppen som helhet. Om du upplever att frågeformuläret väcker tankar eller känslor hos dig som känns obekväma eller obehagliga finns det möjlighet att tala om detta vid ett eventuellt nästa besök hos din kurator/psykolog på ungdomsmottagningen. Du kan också kontakta handledare Henrik Levinsson (se e-mailadress nedan) om du har frågor kring studien.

Det är helt frivilligt att delta i studien och du har rätt att avbryta din medverkan när du vill utan att det påverkar din fortsatta kontakt med ungdomsmottagningen. Ingen personal på ungdomsmottagningen kommer att ta del av ditt enskilda svar. Du är helt anonym, vilket innebär att varken ditt namn eller personnummer finns på frågeformuläret. Dina svar på frågorna kommer därför inte kunna spåras till dig. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form i vetenskaplig rapport.

### Tack för din medverkan!

Behåll gärna detta informationsbrev om du har eller senare skulle få några frågor, eller om du vill ta del av resultatet av studien. Kontakta då:

Anna Löfberg och Rebecka Hansen, [bvp12lu@gmail.com](mailto:bvp12lu@gmail.com)

Handledare: Henrik Levinsson, [henrik.levinsson@psy.lu.se](mailto:henrik.levinsson@psy.lu.se)

### **Bilaga 3**

Jag har tagit del av informationen om studien och ger mitt medgivande till att delta i studien (kryssa i rutan):

**JA**



## Bilaga 4

Nedan följer sex frågor om din kontakt med kurator/psykolog på ungdomsmottagningen. Denna information behövs för att få kunskap om besöksgruppen hos kurator/psykolog på ungdomsmottagningen.

### 1. Vilken är den *huvudsakliga* anledningen till att du besöker kurator/psykolog på ungdomsmottagningen idag?

Kryssa i ett alternativ

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress   | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet        | <input type="checkbox"/> Mobbning                        |
| <input type="checkbox"/> Ångest/oro   | <input type="checkbox"/> Självskadebeteende | <input type="checkbox"/> Relationsproblem med partner    |
| <input type="checkbox"/> Ätstörning   | <input type="checkbox"/> Sorg               | <input type="checkbox"/> Relationsproblem med familj     |
| <input type="checkbox"/> Våld/trakasserier  | <input type="checkbox"/> Sömnproblem        | <input type="checkbox"/> Relationsproblem med kompis(ar) |
| <input type="checkbox"/> Identitetsfrågor   | <input type="checkbox"/> Sexuella problem   | <input type="checkbox"/> Problem med alkohol/droger      |
| <input type="checkbox"/> Skol/studierelaterade problem (till exempel problem kopplat till prestation, betyg osv.) |   |  |

Annat, nämligen: \_\_\_\_\_

### 2. Har du tidigare besökt kurator/psykolog på ungdomsmottagningen för detta problem?

- Ja       Nej

Om ja, hur många besök har du tidigare varit på för detta problem?

Antal besök: \_\_\_\_\_

### 3. Upplever du att du har någon i din närmaste omgivning som du kan tala med om ditt problem?

- Ja       Nej

### 4. Vilken typ av socialt umgänge är vanligast för dig i ditt liv?

Kryssa i ett alternativ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familjen/vårdnadshavare                       | <input type="checkbox"/> Vänner  |
| <input type="checkbox"/> Partner/partners                              | <input type="checkbox"/> Internet (till exempel Facebook eller andra nätforum) |
| <input type="checkbox"/> Vänner och/eller ledare inom fritidsaktivitet |  |
| <input type="checkbox"/> Annan, nämligen: _____                        |  |

**5. Är ungdomsmottagningen den första instansen du vänder dig till angående det problem du är här för idag?**

Ja       Nej

*Om nej, vilken eller vilka instanser har du vänt dig till tidigare gällande detta?*

Skolsköterska       Skolkurator       Unga vuxnas mottagning  
 Vårdcentral       Studenthälsan       Barn och ungdomspsykiatri (BUP)  
 Vuxenpsykiatri       Akutmottagning       Privat mottagning

Annan, nämligen: \_\_\_\_\_

**6. Står du i kö till någon av ovanstående instanser?**

Ja       Nej

*Om ja, vilken instans står du i kö till?* \_\_\_\_\_

---

*Nedan följer 14 påståenden om din psykiska hälsa. Var vänlig kryssa i det alternativ som stämmer bäst och svara utan alltför lång betänketid.*

**1. Jag känner mig spänd eller nervös:**

Mestadels     Ofta     Av och till     Inte alls

**2. Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:**

Definitivt lika mycket     Inte lika mycket     Endast delvis     Nästan inte alls

**3. Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:**

Mycket klart och obehagligt     Inte så starkt nu     Betydligt svagare nu     Inte alls

**4. Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:**

Lika ofta som tidigare    Inte lika ofta nu    Betydligt mer sällan nu    Aldrig

**5. Jag bekymrar mig över saker:**

Mestadels    Ganska ofta    Av och till    Någon enstaka gång

**6. Jag känner mig på gott humör:**

Aldrig    Sällan    Ibland    Mestadels

**7. Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:**

Definitivt    Vanligtvis    Sällan    Aldrig

**8. Allting känns trögt:**

Nästan alltid    Ofta    Ibland    Aldrig

**9. Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:**

Aldrig    Ibland    Ganska ofta    Våldigt ofta

**10. Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:**

Fullständigt    Till stor del    Delvis    Inte alls

**11. Jag känner mig rastlös:**

Våldigt ofta    Ganska ofta    Sällan    Inte alls

**12. Jag ser med glädje fram emot saker och ting:**

Lika mycket som tidigare  Mindre än tidigare  Mycket mindre än tidigare  Knappast alls

**13. Jag får plötsliga panikkänslor:**

Våldigt ofta  Ganska ofta  Sällan  Aldrig

**14. Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:**

Ofta  Ibland  Sällan  Mycket sällan

---

*Nedan följer sex bakgrundsfrågor som berör information om dig.*

*Denna information behövs för att få kunskap om besöksgruppen hos kurator/psykolog på ungdomsmottagningen.*

**1. Kön:**  Kvinna  Man  Annat  Vill ej uppge

**2. Ålder:** \_\_\_\_\_

**3. I vilken ort/stad bor du?** \_\_\_\_\_

**4. I vilken ort/stad ligger ungdomsmottagningen du besöker idag?** \_\_\_\_\_

**5. Tillhör du gruppen HBTQ-personer (homo, bi, trans eller queer)?**

Ja  Nej  Kan eller vill ej uppge

**6. Vilken är den högsta avslutade utbildningen dina föräldrar har?**

*Om dina föräldrar har olika utbildningsnivåer, kryssa i för den förälder som har högst avslutad utbildning*

- Ingen
- Grundskoleutbildning
- Gymnasieutbildning
- Högskole-/universitetsutbildning
- Annan eftergymnasial utbildning

**Tack för dina svar!**

**Var vänlig lämna frågeformuläret där du fått information om att det ska lämnas.**

## Bilaga 5

### Tabell 4

#### *Övriga besöksorsaker*

---

Abort

Aggressionsproblem

Bekräftelsebehov

Depression

Fobi/rädsla

Närstående cancersjuk

Panikångest

Prestationsångest/otillräcklighetskänsla

Samtalsterapi om livssituation i allmänhet

Separation/kris efter förhållande

Svartsjuka

Trauma

Tvångssyndrom (OCD)

---

## Bilaga 6

**Tabell 5**

*Medelpoäng på HADS-påståenden*

Påstående HADS	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. (A) Jag känner mig spänd eller nervös	1.52	.74
2. (D) Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat	.94	.78
3. (A) Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända	1.57	.94
4. (D) Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting	.57	.69
5. (A) Jag bekymrar mig över saker	2.06	.83
6. (D) Jag känner mig på gott humör	.79	.66
7. (A) Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad	1.47	.76
8. (D) Allting känns trögt	1.50	.73
9. (A) Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen	1.47	.86
10. (D) Jag har tappat intresset för hur jag ser ut	.61	.76
11. (A) Jag känner mig rastlös	1.76	.79
12. (D) Jag ser med glädje fram emot saker och ting	.77	.79
13. (A) Jag får plötsliga panikkänslor	1.54	.85
14. (D) Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram	.60	.77