

Psykisk hälsa och välbefinnande bland unga: en introducerande områdesöversikt kring främjande och förebyggande

Petra Lindfors & Kari Trost

Den här rapporten är genomförd inom ramen för ett forsknings- och innovationsprojekt i samverkan mellan Region Stockholm och Stockholms universitet där Petra Lindfors, professor vid Psykologiska institutionen, och Kari Trost, docent och universitetslektor vid Specialpedagogiska institutionen, ansvarat för arbetet.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	1
Centrala begrepp	2
Psykisk hälsa och välbefinnande bland unga i Sverige	4
Bakgrund till kunskapsläge.....	6
Välbefinnande	7
Slutsatser	13
Referenser.....	14

Bakgrund och syfte

Unga människors nuvarande och framtida psykiska hälsa och välbefinnande är resultat av komplexa och ständigt pågående samspel mellan olika faktorer på olika nivåer i den mellanmännskliga och fysiska miljön som en individ befinner sig i. Utöver faktorer inom en individ finns också olika faktorer utanför individen som kan bidra till att främja eller hindra upprätthållande och utveckling av långsiktig psykisk hälsa och välbefinnande. Bland sådana faktorer som återfinns utanför individen ingår exempelvis ungas familjer, bland ungas vänner, i arbetsrelaterade och utbildningsbildningsrelaterade sammanhang samt olika faktorer på övergripande samhällsnivå. Den här komplexiteten har som konsekvens att det är svårt att kort och lättillgängligt sammanfatta alla de olika faktorer som i forskning konstaterats ha betydelse för ungas psykiska hälsa och välbefinnande. Istället syftar den här rapporten till att ge en övergripande introduktion till kunskapsläget avseende psykisk hälsa och välbefinnande bland unga.

Den här kortfattade områdesöversikten fokuserar på främjande och välbefinnande men inkluderar även förebyggande och psykisk hälsa. Det hänger samman med att forskningslitteraturen ofta överlappar. En kort genomgång av för området centrala begrepp följs av en presentation av kunskapsläget avseende olika insatser i form av program avsedda att främja psykisk hälsa och välbefinnande bland unga. Vidare ges en översiktlig beskrivning av olika sätt att undersöka välbefinnande bland unga. Översikten inkluderar såväl nationell som internationell forskning. Det är nödvändigt eftersom det nationella kunskapsläget är otillräckligt. Det bristande nationella kunskapsläget är ett resultat av att forskning saknas¹.

Den åldersgrupp som är i fokus inkluderar unga från 15 till 29 års ålder². Åldersgruppen omfattar därmed en bred grupp av unga där de yngsta finns i grundskolans sista årskurs och de äldsta finns i högskoleutbildning, i annan vidareutbildning eller i arbetslivet. Även om de unga befinner sig på olika platser i utbildningssystem och arbetsliv delar de en erfarenhet av att etablera sig som självständiga individer i samhället, som även om de ingår i större sociala sammanhang också har egna vänner och familjer. Det här åldersspannet är därmed identifierat som viktig period som i Sverige vanligen är förenad med förändring och utveckling och därtill relaterad etablering i samhället. Samtidigt som många har god psykisk hälsa och välbefinnande och framgångsrikt klarar av anpassningen in i vuxenlivet finns också sårbara grupper. En sådan sårbar grupp inkluderar unga som står utanför utbildning och yrkesliv och ofta benämns som NEET³ (Not in Education, Employment, or Training). Det är exempel på en grupp av unga som kan gynnas av främjande insatser. Det tydliggör att främjande av psykisk hälsa och välbefinnande, tillsammans med förebyggande perspektiv, är av relevans för alla ungdomar och unga vuxna.

¹ Även om forskning saknas kan det finnas rapporter och liknande underlag. Sådana underlag har i huvudsak exkluderats i den här korta översikten. Det hänger samman med att det är svårt att på ett enkelt sätt få identifiera den här typen av publikationer samt för att det också är oklart i vilken mån sådana underlag varit föremål för sedvanlig sakkunniggranskning.

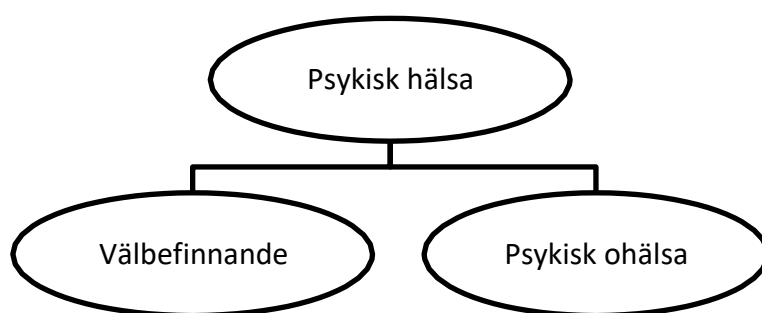
² Rapporten fokuserar på unga som i huvudsak har en övergripande psykisk hälsa och därmed kan klara av vardagen. Det innebär att särskilda omständigheter och behov som kan kopplas till olika diagnoser och funktionshinder lämnas därhän.

³ I Sverige är det knappt 8% mellan 20 och 34 års ålder som varken arbetar eller studerar.

Centrala begrepp

För att kunna navigera mellan olika centrala begrepp—psykisk hälsa, välbefinnande, främjande och förebyggande samt universell, selektiv och indikerad—som förekommer i den här rapporten och förstå hur de används i forskningslitteraturen är det nödvändigt att klargöra vad begreppen avser i det här sammanhanget. Figur 1 åskådliggör på ett övergripande plan hur psykisk hälsa hänger samman med välbefinnande och psykisk ohälsa (jämför Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2020; World Health Organization [WHO], 2001).

Som framgår av figur 1 är *psykisk hälsa* ett paraplybegrepp som beskriver ett tillstånd som inkluderar både välbefinnande och psykisk ohälsa. I korthet innebär det att psykisk hälsa inte utesluter psykisk ohälsa i lättare eller måttlig form. Det betyder att en människa, trots mer eller mindre långvariga besvär kopplade till psykisk ohälsa, ändå kan ha och uppleva psykisk hälsa. Det här innebär också att psykisk hälsa är någonting annat än frånvaron av psykisk ohälsa.



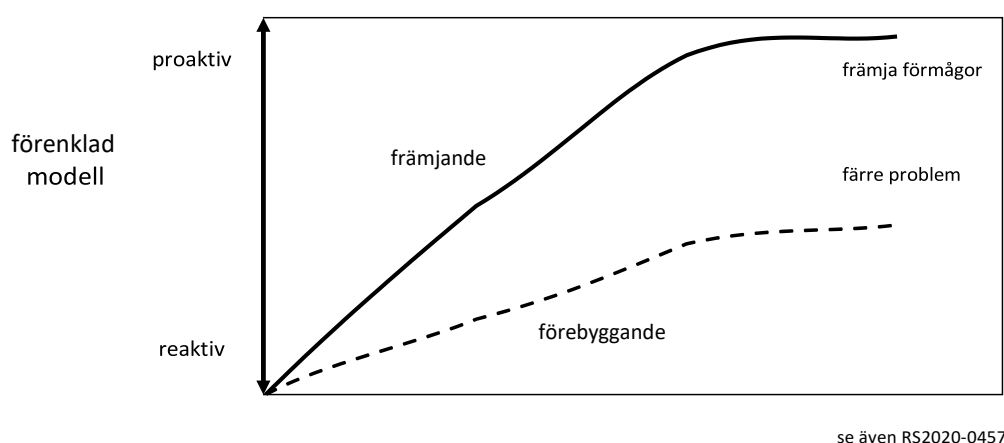
Figur 1. Schematisk beskrivning av inbördes relationer mellan psykisk hälsa, välbefinnande och psykisk ohälsa.

Samtidigt som välbefinnande utgör del av psykisk hälsa är välbefinnande också ett separat begrepp (se fig. 1). *Välbefinnande* inkluderar vanligen förmåga till mening, mål och tillfredsställelse i livet som helhet och i olika livsområden. Utöver det inkluderar välbefinnande också förmåga att känna positiva känslor som lycka och glädje. När det handlar om förmågor betonas ofta på mening och utveckling snarare än lycka och tillfredsställelse. Det betyder att välbefinnande kan inkludera olika positiva beteenden, känslor och tankar. Samtidigt anses möjligheten att kunna känna lycka och tillfredsställelse som avgörande för att kunna utveckla olika förmågor. Det betyder att olika aspekter av välbefinnande hänger ihop och utgör en helhet. Tillsammans har de olika aspekterna av välbefinnande också visat sig bidra till, eller främja, psykisk hälsa (se t ex Jahoda, 1958; Ryan & Deci, 2001; se även Region Stockholm, 2020; Socialstyrelsen et al., 2020).

Främjande, eller promotion, inkluderar att utgå från sådant som fungerar. Det främjade kan också bidra till att upprätthålla och stötta något annat (fig. 2). Begreppet *salutogen* används ibland för att särskilt understryka att fokus riktas på det som fungerar (se t ex WHO, 1986; se även Antonovsky, 1985). När det gäller psykisk hälsa och välbefinnande kan ett främjande arbete exempelvis handla om att tillhandahålla förutsättningar på individ-, grupp- eller samhällsnivå för att individer och grupper ska kunna upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt välbefinnande (se t ex Bronfenbrenner, 1977). Det kan till exempel handla om att klargöra hur det är möjligt för individer och olika grupper att lära sig att hantera olika situationer som utgör del av vardagslivet och därmed utvecklas i en positiv riktning. Det kan i sin tur främja både psykisk hälsa och välbefinnande. Ett främjande arbete kan vara generellt och övergripande eller avgränsat till specifika sammanhang eller specifika insatser.

Till skillnad från främjande, som fokuserar på det positiva, är *förebyggande* inriktat på att stävja det negativa. Förebyggande, eller prevention, är därmed mer inriktat på att identifiera vad som saknas eller brister. Det handlar alltså om att tydliggöra riskfaktorer för att undvika en negativ utveckling (se t ex WHO, 1986). Sådana riskfaktorer kan finnas på individ-, grupp-, eller samhällsnivå och exempelvis inkludera beteenden, familjesituation eller bristande stöd från samhällsinstitutioner (jämför t ex Bronfenbrenner, 1977). Riskfaktorer på dessa olika nivåer kopplas vanligen till ökad psykisk ohälsa i form av olika mer eller mindre långvariga besvär (se t ex Marmot et al., 2008). I likhet med främjande kan förebyggande vara generellt och övergripande eller avgränsat till specifika sammanhang eller specifika åtgärder som riktas till delar av befolkningen.

Främjande och förebyggande: vad och hur?



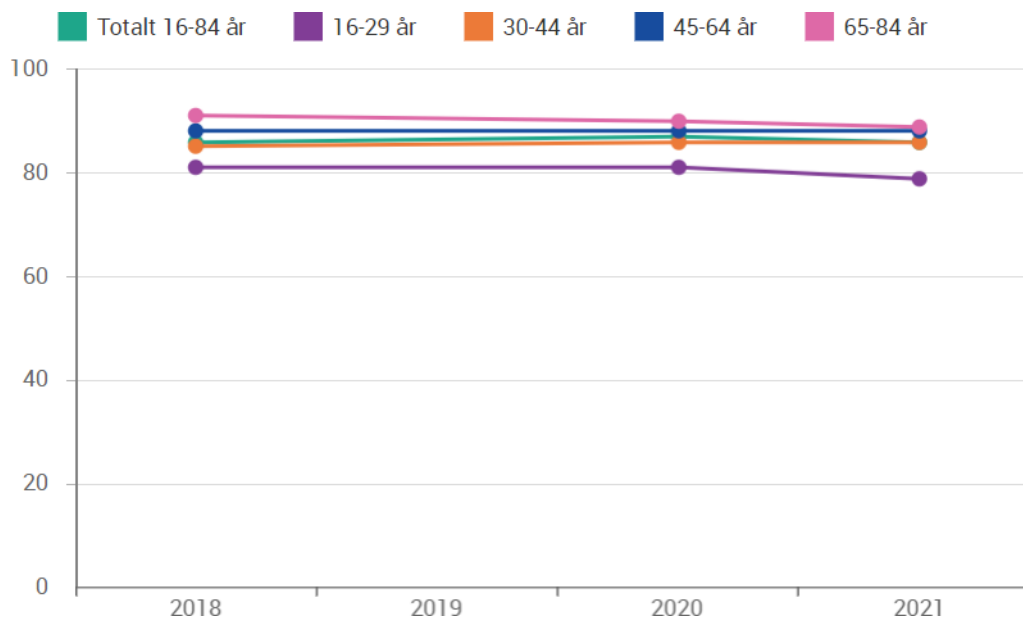
Figur 2. En förenklad bild av främjande och förebyggande med avseende på fokus och mål.

Det finns alltså skillnader i vad som är i fokus i främjande och förebyggande arbete (fig. 2). Medan det främjande fokuserar på att bidra till att något fungerar handlar det förebyggande om att undvika att något inte fungerar. När det gäller välbefinnande kan förebyggande insatser också handla om att upprätthålla och stödja en positiv utveckling genom att undvika risker. Det kan också handla om att undersöka vilka risker som är förenade med sämre förutsättningar till psykisk hälsa och välbefinnande och att motverka sådana risker (jämför t ex Ryff & Singer, 1998). Vilken typ av insats som ska genomföras och hur den ska följas upp och utvärderas varierar också beroende på om det är främjande eller förebyggande som är i fokus. Det finns också en skillnad i att främjande arbete ofta inkluderar ett system- eller helhetsperspektiv som tar hänsyn till hur olika faktorer och processer hänger samman och samspelar med varandra. Här fokuserar ett förebyggande arbete snarare på enskilda riskfaktorer eller på olika grupper av riskfaktorer och deras inbördes kopplingar och antar ibland ett systemperspektiv. Trots dessa skillnader kan övergripande mål för främjande och förebyggande fortfarande vara jämförbara (jämför t ex WHO, 2022). Det gäller särskilt i praktisk verksamhet där det kan finnas en samtidig målsättning om att minska psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa och välbefinnande bland olika grupper av unga i de olika vardagliga sammanhang som de befinner sig i.

Utöver att vara främjande eller förebyggande kan en insats beskrivas som universell, selektiv eller indikerad. En *universell insats* är generell och riktar till sig alla. Det kan handla om att inkludera hela befolkningen. Det är dock vanligare att universella insatser anpassas och riktas till en avgränsad grupp av allmänbefolkningen, t ex unga mellan 15 och 29 års ålder. Det betyder att alla i en åldersgrupp ges samma insats oavsett behov och potentiell nytta. Istället antas en universell insats främja alla i en grupp. Till skillnad från universella insatser är *selektiva insatser* riktade till en särskilt utvald del av befolkningen som har högre risk att drabbas av något. När det gäller psykisk hälsa och välbefinnande bland unga kan selektiva insatser till exempel ges till unga i åldrarna 15 till 29 som kan riskera en försämrad psykisk hälsa eller lägre välbefinnande. Det innebär att en selektiv insats tar sin utgångspunkt i ett förebyggande perspektiv. I likhet med selektiva insatser fokuserar även *indikerade insatser* på risk. Skillnaden består i att indikerade insatser riktar sig till individer som redan har en problematik. När det gäller unga i åldersgruppen 15 till 29 kan det handla om personer som har konstaterat låg psykisk hälsa och ett bristande välbefinnande som kan urholkas ytterligare och kanske ge upphov till ökade psykiska besvär.

Psykisk hälsa och välbefinnande bland unga i Sverige

För att klargöra utgångspunkter kring psykisk hälsa och välbefinnande bland ungdomar och unga vuxna i Sverige behövs uppgifter som klargör hur det ser ut på nationell nivå i olika åldrar. Figur 3 ger information om den andel av befolkningen i respektive åldersgrupp som under perioden 2018 till 2021 uppger en god psykisk hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2023). Det framgår att omkring 80 procent av unga i åldersgruppen med 16-29-åringar rapporterar en god psykisk hälsa. Andelen ter sig stabil vid alla tidpunkter. Jämfört med övriga åldersgrupper är dock andelen med god psykisk hälsa något lägre bland de yngre.



Figur 3. Andel (i procent) som anger en god psykisk hälsa i olika åldersgrupper mellan för åren 2018, 2019, 2020 och 2021. Figuren är baserad på underlag från Folkhälsomyndighetens Folkhälsodata.

Samtidigt som en stor andel av unga har god psykisk hälsa och välbefinnande kan det också konstateras att allt fler söker vård. Under 2021 var det över 8000 kvinnor och drygt 6000 män per 100 000 invånare i åldersgruppen 15-29 år som under 2021 sökte och fick stöd för depression eller depressiva besvär i Stockholm⁴. Bland kvinnor är det här det högsta antalet i alla åldersgrupper. För män är det här det näst högsta där antalet endast är högre för pojkar mellan 10-14 års ålder. För unga finns en ökning över tid. Även om det finns många hypoteser är det fortfarande oklart vad den här ökningen beror på. På liknande sätt är det oklart vad som kan göras för att bryta trenden. Frågan är också om det är så att den andel unga som söker och får vård samtidigt rapporterar att de har en god psykisk hälsa eller om de unga som söker och får vård tillhör de omkring 20 procent som saknar en god psykisk hälsa. Det här är angeläget att veta för att klargöra om det är främjande eller förebyggande insatser, eller en kombination, som kan fungera.

Med hänsyn till att sjukvårdens resurser är begränsade och att vård därmed huvudsakligen behöver ges till de personer som har ett vårdbehov och där vårdinsatser förväntas ge avsedd effekt är det angeläget att utveckla över andra möjligheter till stöd. Eftersom alla problem varken kan eller ska hanteras inom sjukvården är det angeläget att tillhandahålla andra typer av väl valda insatser. Sådana insatser kan bidra till att individer ges möjlighet att utveckla psykisk hälsa och välbefinnande, exempelvis genom att få pröva sina egna förmågor i de vardagsmiljöer där de vistas och därigenom förebygga ohälsa. För att kunna särskilja olika

⁴ Underlag från Patientregistret (Socialstyrelsen, 2022).

typer av insatser och klargöra vad som är främjande och därmed bidrar till psykisk hälsa och välbefinnande är det nödvändigt att veta något om hur kunskapsläget ser ut just nu.

Bakgrund till kunskapsläge

I modern tid, från 1950-talet och framåt har finns systematiska studier av faktorer som kopplade till olika aspekter av ett gott psykologiskt fungerande, psykisk hälsa och välbefinnande (se t ex Antonovsky, 1987; Jahoda, 1958; Ryff & Singer, 1998). På ett övergripande plan finns olika forskningsansatser med olika fokus. En dominerade och vanligt förekommande ansats betonar och utgår från frånvaron av psykisk ohälsa i form av avsaknad av olika svårigheter och tillstånd som går att diagnosticera. Inom ramen för den här traditionella ansatsen antas hälsa i stort vara liktydigt med frånvaron av sjukdom, besvär och riskfaktorer inom ett eller flera områden. Den här ansatsen har kritiserats och konstaterats vara förenad med en mängd olika tillkortakommanden där en av de viktigaste begränsningarna består i att mänskliga tillstånd bortom frånvaro av sjukdom och riskfaktorer exkluderas. Det innebär alltså att andra viktiga aspekter huvudsakligen utelämnas. Den här ansatsen har ändå kommit att dominera vilket fått till följd att forskning kring psykisk hälsa, välbefinnande och ett gott fungerande i vardagliga sammanhang begränsats (se t ex Ryff & Singer, 1998; Lindfors, 2017). Det har i sin tur som konsekvens att kunskapen inom området är begränsad och det särskilt i Sverige.

Andra forskningsansatser som inkluderar vardagligt fungerande, psykisk hälsa och välbefinnande på individnivå utgår vanligen från en individs funktion och bygger vidare på det. I sådana studier kan fokus inkludera tillfredsställelse med livet eller någon särskild del av tillvaron, positiva känslor som lycka, eller individuella förmågor och möjlighet till anpassning och utveckling (se t ex Ryff & Singer, 1998; Lindfors, 2017). Det betyder att de här ansatserna vanligen beskriver psykisk hälsa och välbefinnande som någonting som kan samexistera med besvär och problem och också gå bortom besvär och problem och därmed vara angelägna att undersöka som sådana (Keyes, 2002, 2005). Den här forskningen återfinns idag inom olika discipliner även om den psykologiskt orienterade forskningslitteraturen är mest framträdande. Merparten av forskningen inom psykologiområdet har utöver att fokusera på att beskriva och förstå psykisk hälsa och välbefinnande också inkluderat olika insatser avsedda att främja välbefinnande i olika vardagliga miljöer samt i behandlingssammanhang. Forskningen har i huvudsak ett individfokus även om det också finns andra typer av studier (se t ex Ryff, 2014; jämför Martela & Ryan, 2023).

Intresset för att studera och därigenom främja psykisk hälsa och välbefinnande i vardagen har ökat markant sedan 1990-talet (se t ex Ryff, 2014; se även Martela & Ryan, 2023). Även om mycket av forskningen kommit att fokusera på barn (se t ex SBU, 2022) har fokus på senare tid bland annat riktats mot ungdomar och unga vuxna (Hides et al., 2020; Lindfors, Hultell, Rudman & Gustavsson, 2014; Söderqvist & Larm, 2023). Det hänger till del samman med en vilja att ge unga goda förutsättningar till psykisk hälsa och välbefinnande genom livet genom att göra människor medvetna om olika möjligheter och val som finns i vardagen för att därigenom kunna leva ett gott liv. En annan central aspekt i det ökande intresset för främjande insatser hänger samman med insikten om att en god psykisk hälsa och ett gott välbefinnande utgör viktiga mänskliga resurser (Jahoda, 1958; Ryff & Singer, 1998; Martela & Ryan, 2023). Det hänger bland annat samman med att individer med en god psykisk hälsa och ett gott välbefinnande anses ha möjlighet och resurser att på ett medmänniskt sätt stötta varandra i vardag och i kris. Det här innebär att unga vuxna på ett konstruktivt sätt har

möjlighet att upprätthålla och utveckla sin psykiska hälsa och sitt välbefinnande i samspel med andra och därigenom kan bidra till sin omedelbara omgivning och till samhället. Det betyder i sin tur att ett främjande perspektiv, med fokus på vad som fungerar och gynnar en långsiktig psykisk hälsa och ett välbefinnande också kan utgöra en samhällelig resurs som bidrar till att minska olika risker. Därmed kan ett främjande perspektiv samtidigt ha implikationer för ett förebyggande arbete (se t ex Bronfenbrenner, 1977; Ryff, 2014; WHO, 2022).

Välbefinnande

Det över tid ökande forskningsintresset för välbefinnande speglas bland annat i antalet vetenskapliga publikationer (jämför t ex Martela & Ryan, 2023; Ryff, 2014). Under drygt 120 år, från 1901 till 2022, publicerades 36 004⁵ sakkunniggranskade vetenskapliga publikationer kring välbefinnande. Av dessa artiklar har 28 806 publicerats under de senaste 20 åren. Det framgår också att det mesta av forskningen genomförs utanför Sverige och framförallt härrör från USA eller andra anglosaxiska länder. Det här gör att kunskapen om välbefinnande i andra kulturella kontexter är mer begränsad.

När det gäller forskning kring insatser avsedda att främja välbefinnande finns i dagsläget mer än 420 randomiserade kontrollerade studier som omfattar kliniska grupper. Det handlar därmed om indikerade insatser som primärt riktas till grupper som har någon form av problematik. Typ av problematik varierar från enklare till svårare. Utöver det finns 53 000 studier som på något sätt prövar olika insatser som syftar till att främja välbefinnande i allmänpopulation. Dessa studier kan huvudsakligen kategoriseras som universella insatser. Tabell 1 ger en översikt av vanligen förekommande insatser och programinterventioner som riktas till ungdomar och unga vuxna. De flesta insatser inkluderar flera komponenter och någon form av uppföljning. Hur insatserna genomförs varierar dock; det digitala formatet är vanligast (omkring 24 000 studier). Näst vanligast är studier som inkluderar någon form av gruppinsats (drygt 18 000 studier). Det minsta antalet studier inbegriper ett individuellt format, även om det fortfarande finns ett stort antal studier (drygt 9 000). Här är det värt att notera att ett digitalt format kan inkludera grupper. På liknande sätt kan det individuella formatet vara digitalt. Det betyder att det kan finnas överlapp avseende formatet för en insats. Likväl är det värt att notera att litteratursökningen visar att mindre än en halv procent av de studier som identifierats härrör från Sverige och än färre inkluderar ungdomar och unga vuxna i Sverige. Det betyder att det saknas kunskap från svensk kontext.

Den befintliga forskningen tyder på att riktade och avgränsade insatser och interventionsprogram som fokuserar på specifika aspekter av välbefinnande kan vara effektiva och därmed värdefulla (jämför t ex SBU, 2022 som i viss mån omfattar ungdomar). Effekterna på välbefinnande är i bästa fall måttliga men det finns stora variationer. De här variationerna är beroende av typ av studie, vilken grupp som ingår, intensitet och längd på insatser eller interventionsprogram. Även om det finns studier av mycket god kvalitet är kvaliteten totalt sett låg. Det hänger samman med den stora variation i kvalitet som finns mellan olika studier där många studier är av lägre kvalitet. Samtidigt verkar insatser och interventioner som inkluderar flera komponenter, eller flera delar, ha störst effekt i såväl kliniska grupper (s k indikerade insatser) som i allmänbefolkning (s k universella insatser). På motsvarande sätt finns en trend som tyder på att mer intensiva interventionsprogram kan ge

⁵ Resultat från egen sökning i databaser som inkluderar humanvetenskapliga och samhällsvetenskapliga studier.

tydligare resultat och det särskilt i icke-kliniska grupper. Den här är dock ingen entydig trend. Istället behöver den här trenden kopplas till den kontext där interventionsprogrammet genomförs, vilka komponenter som ingår och hur programmet är strukturerat och i vilken mån det går att anpassa till en enskild individ. Det är i linje med annan forskning som visat på vikten av att kunna individanpassa insatser för att främja välbefinnande. Fortfarande saknas dock kunskap om vilken typ av individanpassning som ger bäst effekt. På liknande sätt saknas kunskap om dos-respons-förhållanden vilket betyder att det är oklart hur mycket som behövs av en insats för att ge effekt på välbefinnande. Det behövs också mer kunskap kring vilka insatser som passar bäst för en enskild individ. Slutligen återstår att klargöra vilka effekter som kvarstår över tid och om det anses kostnadseffektivt.

Utöver de exempel som återfinns i tabell 1 finns en mängd olika insatser avsedda att främja och förebygga ett lägre välbefinnande. Dessa insatser kan betraktas som universella. En del av dessa insatser är av enklare karaktär och kan t ex inkludera delar av sådant som påminner om expressivt skrivande eller tacksamhet (se tab. 1). Det kan exempelvis handla om att med utgångspunkt i reflektion dokumentera tre till fem positiva händelser eller upplevelser under en specifik tidsrymd (ofta en dag). Det kan också handla om att kartlägga individstyrkor och sedan göra uppgifter avsedda att utveckla de egna förmågorna. Utöver att det kan finnas ett generellt värde i att reflektera kring sådant som händer och sker, utan att älta, saknas entydigt forskningsstöd för flertalet av de enklare insatserna. Det gäller även i fall där det kan finnas en professionell inramning med digitala verktyg och litteratur i form av exempelvis populärvetenskaplig litteratur. Utöver det kan det också finnas resultat som gör vetenskapliga anspråk. Det medför att fältet kan vara svårt att navigera. Med utgångspunkt i att det finns kunskapsluckor krävs en systematisk analys av befintligt kunskapsläge för att en verksamhet ska kunna vara tydlig kring vad som är känt inför eventuella rekommendationer kring specifika insatser.

Den här typen av kunskapsluckor är inte unika för forskningen kring välbefinnande utan gäller många insatser och interventionsprogram, inklusive behandlingsprogram. Även om evidensläget kring insatser och programinterventioner med fokus på välbefinnande är oklart finns det många studier. För att kunna dra säkrare slutsatser kring vad som fungerar, när och på vilket sätt skulle det behövas en mer finmaskig analys av studier som inkluderar jämförbara insatser inom ett avgränsat område och med specifika grupper. Det skulle göra det möjligt att dra säkrare slutsatser och också klargöra i vilken mån det behövs mer forskning. Utifrån nuvarande kunskapsläge är det angeläget att beslutsfattare och fattar välavvägda beslut kring eventuella insatser och parallellt har en beredskap för att följa upp och vid behov omvärdera tidigare beslut. Den här typen av avvägningar behöver samtidigt beakta att värdet av att verksamheter, grupper och individer bidrar till att öka kunskapen genom att medverka i systematiska studier där även eventuella negativa konsekvenser kartläggs.

Tabell 1. Exempel på fokus i vanligt förekommande program som syftar till att öka psykisk hälsa och främja välbefinnande på individnivå.

Typ av insats	Beskrivning
ACT ¹ acceptans och engagemangsbaserade tekniker	ACT-tekniker utgör grund. Inkluderar att identifiera vad som är viktigt och ta konkreta steg för att nå vad som är viktigt och samtidigt acceptera upplevelser som de är och beskriva vad som sker. Målet är att utveckla psykologisk flexibilitet, d v s att kunna leva ett rikt liv och samtidigt acceptera att livet för med sig svårigheter, och därigenom främja psykisk hälsa och välbefinnande.
Expressivt skrivande ²	Självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg. Handlar om att genom skrivande reflektera kring sådant som händer i livet och hur det kan hanteras. Kan bidra till att öka förmågan att hantera tillvaron och främja psykisk hälsa och välbefinnande.
Individstyrkor	Finns kurser samt självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg. Handlar om att utveckla egna styrkor, eller förmågor, och mäta dessa. Inkluderar målinriktat fokus utifrån värderingar, tankar, känslor, förmågor, attityder, beteende. Kan bidra till att öka förmågan att hantera tillvaron och främja psykisk hälsa och välbefinnande.
Kognitiva tekniker, ibland med beteendefokus	Har ett kognitivt eller kognitivt beteendefokus. Handlar om att ändra eller kontrollera sina tanke- och beteendemönster och därigenom bidra till psykisk hälsa och välbefinnande.
Medkänsla ³ /socioemotionellt fokus	Finns självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg. Handlar om att reflektera kring tankar, emotioner och beteende i relation till andra och därigenom öka eget välbefinnande.
Medveten närvaro ⁴	Finns självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg. Handlar om att kunna vara närvarande i nuet, i stunden genom att rikta uppmärksamheten inåt mot sig själv. Utgår från sinnesupplevelser och fokus på andning.
Multikomponent Tacksamhet ⁵	Finns självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg. Kombinerar olika tekniker och övningar till ett program som pågår över en begränsad tid för att öka psykisk hälsa och främja välbefinnande Handlar om att reflektera kring erfarenheter, relationer, situationer, erfarenheter. Fokus på det positiva i vardagen. Kan inkludera återkoppling till andra genom att tacka andra. Bidrar till ökad psykisk hälsa och främjar välbefinnande. Finns självhjälpl i form av böcker och digitala verktyg.

¹ ACT = Acceptance Commitment Therapy/Training det vill säga acceptans och engagemang. I behandlingssammanhang är det en terapiform ("therapy"). Utanför terapisammanhang läggs fokus på träning ("training") och övning.

² Expressivt skrivande omtalas ibland som uttryckfullt skrivande, reflekterande skrivande eller terapeutiskt skrivande.

³ Medkänsla benämns ofta "compassion".

⁴ Medveten närvaro benämns ofta "mindfulness".

⁵ Tacksamhet omtalas vanligen som "gratitude" i forskningslitteraturen.

Mäta välbefinnande

För att kunna klargöra om en insats eller ett interventionsprogram har någon betydelse för välbefinnande är det nödvändigt att kunna mäta välbefinnande. Det finns en sedan länge pågående forskningsdiskussion om hur välbefinnande kan mätas, kartläggas och utredas på ett tillförlitligt sätt (se t ex Keyes, 2002; Lindfors, 2017; Martela & Ryan, 2023; Ruggeri et al., 2020). En del anser att självrapporter är att föredra eftersom självrapporter av välbefinnande ger direkt information från individer kring deras egna upplevelser. Andra argumenterar istället för en objektiv kartläggning som anses ge en mer tillförlitlig bild av välbefinnande. Ytterst handlar olika avvägningar om hur välbefinnande ska mätas om att bestämma vad mätningen syftar till och vilken typ av information som är tillgänglig eller möjlig att hämta in till en rimlig kostnad. Andra viktiga avvägningar handlar om att bestämma om mätningar ska göras på individ-, grupp- eller samhällsnivå. För att klargöra det här är det också angeläget att ta reda på om uppgifter kan samlas in direkt från individer eller grupper eller om det handlar om att inhämta information på annat sätt, exempelvis från registeruppgifter. Ytterligare frågor handlar om att klargör vilket sammanhang det handlar om.

När det gäller objektiv information som grund för välbefinnande handlar det ofta om registeruppgifter. Sådana registeruppgifter samlas ofta in för andra ändamål än för att mäta just välbefinnande men inkluderar vanligen olika faktorer som konstaterats ha samband med välbefinnande. Det kan exempelvis handla om utbildningsnivå, inkomst, yrke, typ av bostad, antal boende i hushållet och tillgång till gröna miljöer i vardagen för att nämna några (se t ex Martela & Ryan, 2023). Vanligen ger den här typen av objektiva uppgifter information om faktorer som säger något om vilka förutsättningar för välbefinnande som finns på individ, grupp- eller samhällsnivå. När den här typen av registeruppgifter sammanställs på ett systematiskt sätt kallas de ibland för indikatorer. Om det finns en relevant koppling till sociala och miljömässiga aspekter av välbefinnande är det möjligt att använda indikatorer för att beskriva välbefinnande på samhällsnivå. Beskrivningen kan vara generell och inkludera olika sammanhang men kan också fokusera på något specifikt område. Ofta finns ett värde i att följa utveckling och förändring över tid. Det betyder att indikatorer sammanställs och undersöks under en längre tid för att klargöra om en utveckling går i positiv eller negativ riktning. Vid behov kan det då vara möjligt att initiera främjande och förebyggande insatser som kan bidra till att förstärka en positiv utveckling eller stävja en negativ förändring. Samtidigt ger den här typen av indikatorer ingen information om det faktiska välbefinnandet. För att veta något om välbefinnande i sig behövs alltså någon form av rapportering från individer.

Om en målet att undersöka välbefinnande på individnivå är det rimligt att ställa direkta frågor om just välbefinnande till den aktuella gruppen. Sådana frågor kan exempelvis ställas i intervjuer eller i enkäter. Då kan de som svarar själva beskriva hur de upplever sitt välbefinnande. I dagsläget finns en mängd olika självrapporteringsinstrument för att mäta välbefinnande. Tabell 2 inkluderar en beskrivning av olika aspekter av välbefinnande och exempel på tillhörande mätinstrument i form av självrapporteringsinstrument. Urvalet avser spegla den bredd och variation som finns inom området men inkluderar också vanligt förekommande mätinstrument.

Tabell 2. Välbehinnande indelat i olika övergripande aspekter samt exempel på vanligt förekommande självrapporteringsinstrument.

Typ av välbehinnande	Mätinstrument
<i>Subjektivt välbehinnande (SWB)</i>	
	Tillfredsställelse med livet* (Satisfaction with Life Scale; SWLS) Personligt välbehinnande (Personal well-being Index)
<i>Psykologiskt välbehinnande (PWB)</i>	
	Välbehinnandeindex (Psychological Well-being Index; PWI) Oxford Happiness Inventory (OHI) Blomstrande (Flourishing Scale; FS) Ryff-skallorna* (Ryff Psychological Well-being Scales; RPWB)
<i>Affektivt, känslolokuserat, välbehinnande (AWB)</i>	
	Positiv och negativ affect* (Positive and Negative Affect Scale; PANAS) Differential emotions scale (DES) Global humörskala (Global Mood Scale) Affektivitet (Affectivity Scale) Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) Positiv affekt (Type of Positive Affect Scale; TPAS) Index of General Affect and Well-being (TGA)
<i>Kombinerade aspekter av välbehinnande</i>	
	Psykiskt hälsokontinuum* Mental Health Continuum (MHC) Perma Pemberton Happiness Index (PHI) Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)* Psykologiska behov: autonomi, kompetens, tillhörighet* Basic psychological needs: autonomy, competence, relatedness

Notera. De olika välbehinnande-kategorierna överlappar. Indelningen ska inte betraktas som absolut.

*Välrepresenterad i internationell forskning.

Studier har visat på för- och nackdelar med olika mätinstrument. Det kan till exempel handla om antalet frågor, där det ofta är lättare att få många att svara om antalet frågor är färre. Samtidigt kan ett färre antal frågor minska tillförlitligheten i mätningen. Vidare gäller att vissa självskattningsinstrument är passar bättre för specifika sammanhang som i arbetslivet, medan andra är mer generella. Utöver att ta ställning till om frågorna är lämpliga för det aktuella sammanhanget är det också viktigt att ta ställning till om de som ska besvara frågorna har möjlighet att göra det och om frågorna är relevanta. Det kan till exempel inkludera överväganden kring ålder, språkförståelse och andra kunskaper.

Utöver frågor om det egna välbefinnandet går det också att ställa frågor om vilka förutsättningar som människor upplever att de har för att utveckla och upprätthålla sitt välbefinnande. Det betyder att det går att ställa frågor om olika sociala och miljömässiga förhållanden och därigenom få vet hur människor uppfattar de möjligheter som finns på samhällsnivå. Sådana frågor kan ha ett övergripande fokus och inkludera samhälleliga faktorer i stort men kan också vara specifikt inriktade på särskilda aspekter av miljön som boendemiljö, arbetsmiljö eller trafikmiljö. Det här betyder att det är möjligt att be individer tillhandahålla information om individuella och samhälleliga aspekter av välbefinnande.

Två vanliga mätinstrument

När det gäller de olika självskattningsformulär som finns används för att mäta olika aspekter av välbefinnande på individnivå finns för närvarande två som används mer brett i Sverige och därmed finns översatta till svenska. Det handlar om kortversioner av Mental Health Continuum (MHC; se t ex Keyes, 2002; Söderqvist & Larm, 2023) och Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS; Stewart-Brown et al., 2009; Tennant et al., 2007). Den korta versionen av MHC omfattar tre aspekter av välbefinnande, nämligen emotionellt välbefinnande, psykologiskt välbefinnande och socialt välbefinnande. Det emotionella välbefinnandet inkluderar upplevelser av positiva känslor och tillfredsställelse med livet medan det psykologiska välbefinnandet omfattar möjligheter att tillvarata den egna förmågan samt mening i livet. Det sociala välbefinnandet inkluderar frågor om och hur en individ bidrar till det omgivande samhället. Kortversionen av MHC består av 14 frågor som handlar om upplevelser med avseende den senaste månaden. Kortversionen finns i två olika varianter där en är anpassad för ungdomar (12-17 år) och en för vuxna (18 år och äldre). I likhet med MHC inkluderar SWEMWBS olika aspekter av välbefinnande. Framförallt inkluderar går SWEMWBS emotionella och psykologiska aspekter av välbefinnande. Utöver det ingår också en fråga om närhet till andra människor som kan sägas spegla socialt välbefinnande. Sedan 2018 finns en kortversion av SWEMWBS i den nationella folkhälsoenkäten. Den här kortversionen inkluderar sju frågor som handlar om hur det varit under den senaste två-veckorsperioden. Frågorna anses kunna besvaras av individer från 13 års ålder och uppåt i åldrarna. Sammantaget går det att konstatera att det finns stora innehållsliga likheter mellan de två självskattningsformulären även om SWEMWBS inkluderar färre frågor.

Utifrån en proaktiv främjande ansats anses det viktigt att mätinstrument uppfyller vissa krav. Det handlar exempelvis om exakthet, att det fungerar i både kliniska grupper och allmänbefolkning och att det går att beräkna stabilitet och förändring på grupp- och individnivå. Även med färre antal frågor anses SWEMWBS och MHC ha godtagbara egenskaper vilket innebär att mätningen ger tillfredsställande resultat i likhet med andra mätinstrument som kan ha fler frågor och ta mer tid att samla in. Det har även visat sig vara känslig till förändring även i kliniska grupper som genomgår en behandlingsinsats eller ett interventionsprogram. Med SWEMWBS anses det också möjligt att göra beräkningar på individ- och grupp nivå för att visa förändringar i olika representativa grupper. Utöver det ger

både SWEMWBS och MHC möjlighet till internationella jämförelser på gruppnivå samt med hänsyn till ålder, socioekonomiska faktorer, kliniskt sammanhang och kulturer. SWEMWBS finns översatt och testat på mer än 16 olika språk medan MHC finns tillgängligt på över 20 olika språk. Eftersom det här inkluderar studier i olika geografiska områden och för olika åldrar gör möjliggör det jämförelser i likvärdiga grupper avseende ålder. Det går därmed att konstatera att såväl SWEMWBS som MHC utifrån mätgenskaper, språklig och kulturell bredd etablerats som tillräckligt fullgoda instrument för att undersöka variationer i välbefinnande över tid.

Slutsatser

Utifrån den här korta inledande översikten framkommer att det finns en mängd olika studier kring psykisk hälsa och välbefinnande. Även om det finns många studier är det oklart vilka slutsatser som egentligen går att dra utifrån tillgänglig forskning. För att klargöra det behövs mer av finmaskiga analyser av den forskning som finns att tillgå. Det är också tydligt att det övergripande kunskapsläget kring psykisk hälsa och välbefinnande är mer oklart jämfört med motsvarande kunskap om olika aspekter av psykisk ohälsa. Dessutom kommer merparten av forskningen från USA. Det gör att det saknas kunskap från svensk kontext. I dagsläget finns dock mätinstrument tillgängliga även på svenska vilket gör det möjligt att undersöka välbefinnande även i svensk kontext. Dessutom finns översättningar till andra språk att tillgå i de fall sådana behövs. Utöver det är det också möjligt att undersöka förutsättningar för välbefinnande utifrån registerinformation. Sammantaget gör det här att det är möjligt att kombinera olika typer av information för att undersöka hur välbefinnande och förutsättningar för välbefinnande ser ut bland olika grupper i Sverige.

Fortfarande behövs dock systematiska studier av psykisk hälsa och välbefinnande som sträcker sig över tid för att klargöra i vilken mån det finns behov av universella, selektiva och indikerade insatser. Utöver det behövs även göra systematiska analyser för att tydliggöra vilka insatser som är förenade med positiva effekter och minimalt av negativa konsekvenser. Det är nödvändigt för att klargöra vad som kan fungera långsiktigt. Det gäller särskilt för ungdomar och unga vuxna där främjande av psykisk hälsa och välbefinnande gör det möjligt att utveckla förmågor och strategier som underlättar för individer att hantera tillvaron och över tid kan bidra till ett gott liv.

Referenser

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

Folkhälsomyndigheten (2023). Folkhälsodata. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/?pk_vid=02478a9ea29e4a72168796037704a174

Hides, L., Quinn, C., Stoyanov, S., Cockshaw, W., Kavanagh, D. J., Shochet, I., Deane, F., Kelly, P., & Keyes, C. L. M. (2020) Testing the interrelationship between mental well-being and mental distress in young people. *Journal of Positive Psychology*, 15(3), 314-24. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1610478>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–48. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Lindfors, P. (2017). Perspektiv på hälsa: Omvårdnad utifrån individens styrkor. I E. Drevenhorn (Red), *Hemsjukvård* (2 uppl., s. 109–31). Studentlitteratur.

Lindfors, P., Hultell, D., Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2014). Change and stability in subjective well-being over the transition from higher education to employment. *Personality and Individual Differences*, 70, 188–93. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.043>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, 372(9650), 1661–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Martela, F., & Ryan, R. M. (2023). Clarifying eudaimonia and psychological functioning to complement evaluative and experiential well-being: why basic psychological needs should be measured in national accounts of well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/17456916221141099>

Region Stockholm. (2020). Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande samt förebyggande av psykisk ohälsa 2022-2030. Dnr RS 2020-0457. Hämtad från <https://www.regionstockholm.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/2-verksamhetsstod/halso--och-sjukvard/rs-2020-0457-strategi-for-framjande-av-psykisk-halsa-och-valbefinnande-samt-forebyggande-av-psykisk-ohalsa-20222030-1.pdf>

Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health Quality of Life Outcomes* 18, 192. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–66. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

Ryff, C. D., & Singer, B. H (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1

Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

SBU. (2022). *Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar: en systematisk översikt av universella programs effekter på psykiskt välbefinnande, upplevelser av dessa program samt hälsoekonomiska och etiska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), SBU Utvärderar 350. Hämtad från: <https://www.sbu.se/350>

Socialstyrelsen. (2022). Patientregistret. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/>

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020*. Hämtad från https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 7, 15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>

Söderqvist, F., & Larm, P. (2023). Psychometric evaluation of the mental health continuum – short form in Swedish adolescents. *Current Psychology*, 42, 2136-44.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01626-6>

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>

World Health Organization. (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Geneva. Hämtad från: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhancedwellbeing/first-global-conference>

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva.