

Unga vuxna med psykisk ohälsa

En kvalitativ studie hur primärvården upplevs vid psykisk ohälsa

Linn Ahlskog

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2025

EXAMENSARBETE

Författare: Linn Ahlskog

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: Unga vuxna med psykisk ohälsa – En kvalitativ studie hur primärvården upplevs vid psykisk ohälsa

Datum: 13.5.2025

Sidantal: 49

Bilagor: 2

Abstrakt

Psykisk ohälsa är vanligt bland unga vuxna och är ett stort folkhälsoproblem. Vanliga tillstånd som depression och ångestsyndrom förekommer ofta i denna åldersgrupp och kan påverka den psykiska hälsan negativt om stöd saknas. För unga vuxna är ofta primärvården det första steget till hjälp, därför är ett gott bemötande och ett lättillgängligt stöd viktigt. Syftet med detta examensarbete var att undersöka hur unga vuxna har upplevt bemötandet och det stöd de fått inom primärvården vid psykisk ohälsa, samt hur de önskat att bemötandet och stödet ska vara.

Studien genomfördes med en kvalitativ metod. Fem unga vuxna i åldern 19–24 år intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Det insamlade materialet analyserades med reflexiv tematisk analys med induktiv ansats. Den teoretiska utgångspunkten som användes i studien baserades på Halldórsdóttir (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*.

Resultatet visar att unga vuxna upplevde bemötandet inom primärvården på olika sätt. Vissa beskrev positiva upplevelser, där det framkom att ett gott bemötande kunde skapa trygghet när vårdpersonal försökte förstå deras situation på djupet, lyssnade och tog sig tid. Andra upplevde att deras psykiska ohälsa inte togs på allvar eller att det saknades kontinuitet och ansvar. Unga vuxna som deltog i studien beskrev även hur viktigt det är att vårdpersonalen har kunskap om psykisk ohälsa, och det fanns en tydlig önskan om mer fokus på samtal och information. Unga vuxnas perspektiv på ett gott bemötande kännetecknas av medkänsla, respekt och hänsyn till individuella behov.

Språk: Svenska

Nyckelord: Psykisk ohälsa, unga vuxna, primärvård, bemötande, stöd

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Linn Ahlskog

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Marlene Gädda

Nimike: Nuoret aikuiset ja mielenterveysongelmat – Laadullinen tutkimus siitä, miten perusterveydenhuolto koetaan mielenterveysongelmien yhteydessä

Päivämäärä: 13.5.2025

Sivumäärä: 49

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä nuorilla aikuisilla ja ovat suuri kansanterveydellinen ongelma. Tavallisia tiloja, kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy usein tässä ikäryhmässä, ja ne voivat vaikuttaa kielteisesti psyykkiseen hyvinvointiin, jos tuki puuttuu. Nuorille aikuisille perusterveydenhuolto on usein ensimmäinen askel avun hakemisessa, joten hyvä kohtaaminen ja helposti saatavilla oleva tuki ovat erityisen tärkeitä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten nuoret aikuiset kokivat kohtaamisen ja saamansa tuen perusterveydenhuollossa mielenterveysongelmien yhteydessä sekä miten he toivoivat kohtaamisen ja tuen toteutuvan.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella menetelmällä. Viisi 19–24-vuotiasta nuorta aikuista haastateltiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Aineisto analysoitiin refleksiivisellä temaattisella analyysillä induktiivisella lähestymistavalla. Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana käytettiin Halldórsdóttirin (1996) teosta *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*.

Tulokset osoittavat, että nuoret aikuiset kokivat kohtaamisen perusterveydenhuollossa eri tavoin. Osa heistä kuvaili myönteisiä kokemuksia, joissa hyvä kohtaaminen loi turvallisuuden tunnetta, kun hoitohenkilökunta pyrki ymmärtämään heidän tilanteensa syvällisesti, kuunteli ja antoi aikaa. Toiset puolestaan kokivat, ettei heidän mielenterveysongelmiaan otettu vakavasti tai että jatkuvuus ja vastuunotto puuttuivat. Tutkimukseen osallistuneet nuoret aikuiset korostivat myös, kuinka tärkeää on, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa mielenterveydestä. He toivoivat selvästi enemmän keskittymistä keskusteluihin ja tiedon jakamiseen. Nuorten aikuisten näkökulmasta hyvä kohtaaminen perustuu myötätuntoon, kunnioitukseen ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamiseen.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Mielenterveysongelmat, nuoret aikuiset, perusterveydenhuolto, kohtaaminen, tuki

BACHELOR'S THESIS

Author: Linn Ahlskog

Degree Programme: Nurse, Vasa

Supervisor: Marlene Gädda

Title: Young Adults with Mental Health Problems – A Qualitative Study on How Primary Health Care Is Experienced in the Context of Mental Health Issues

Date: 13.5.2025

Number of pages: 49

Appendices: 2

Abstract

Mental health problems are common among young adults and a major public health issue. Common conditions such as depression and anxiety disorders occur frequently in this age group and can negatively affect mental health if support is lacking. For young adults, primary health care is often the first step to seeking help and therefore good encounters and accessible support are important. The purpose of this thesis was to examine how young adults experienced the encounter and the support they received within primary health care when seeking help for mental health problems, and how they wished the encounter and support would be.

This study was conducted using a qualitative method. Five young adults aged 19–24 were interviewed through semi-structured interviews. The collected material was analyzed using reflexive thematic analysis with an inductive approach. The theoretical framework used in the study was based on Halldórsdóttir (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*.

The results show that young adults experienced encounters within primary care in different ways. Some described positive experiences, where a supportive encounter contributed to a sense of safety when healthcare staff tried to understand their situation in depth, listened and took their time. Others felt that their mental health issues were not taken seriously or that continuity and responsibility were lacking. The young adults who participated in the study also emphasized the importance of healthcare staff having knowledge about mental health, and there was a clear desire for more focus on dialogue and information. From the perspective of young adults, a good encounter is characterized by compassion, respect, and consideration for individual needs.

Language: Swedish

Key words: Mental health problems, young adults, primary health care, encounter, support

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	3
2.1	Psykisk hälsa	3
2.2	Psykisk ohälsa	4
2.2.1	Depression	5
2.2.2	Ångestsyndrom	6
2.2.3	Suicidalt beteende	8
2.3	Primärvård	9
2.4	Bemötande	11
2.5	Verbal och icke-verbal kommunikation	12
2.6	Personcentrerad vård	13
2.7	Att möta personer med psykisk ohälsa	14
2.7.1	Att möta en person med depression	15
2.7.2	Att möta en person med ångest	16
2.7.3	Att möta en person med suicidtankar	17
3	Teoretisk utgångspunkt	18
3.1	Bron och muren	18
3.2	Professional Caring	18
3.3	Uncaring	19
3.4	Hur inre och yttre faktorer påverkar patienten	19
4	Syfte och frågeställningar	20
5	Metod	20
5.1	Urval	21
5.2	Datainsamling	22
5.3	Dataanalys	23
5.4	Etiska överväganden	24
6	Resultat	25
6.1	Att inte bli tagen på allvar inom primärvården	26
6.1.1	Att inte bli förstådd eller hörd	26
6.1.2	Att känna sig som en belastning	28
6.2	Bristande kontinuitet och ansvar inom primärvården	28
6.2.1	Att bollas runt utan hjälp	29
6.2.2	Att behöva börja om varje gång	29
6.2.3	Otydlig väg framåt i vårdprocessen	30
6.3	När bemötandet skapar trygghet	31

6.3.1	Att bli sedd och bekräftad	31
6.3.2	Helhetssyn i bedömningen	32
6.4	God vård ur unga vuxnas perspektiv	32
6.4.1	Att bli förstådd som hel person	33
6.4.2	Tydligare information och mer samtal	33
7	Diskussion	34
7.1	Resultatdiskussion	34
7.2	Metoddiskussion	38
7.3	Slutsats	40
8	Litteraturförteckning	42

Bilageförteckning

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Intervjufrågor

1 Inledning

Psykisk ohälsa är ett utbrett folkhälsoproblem, och en stor andel av de drabbade är unga vuxna (Lovén Wickman & Coetzee, 2024, s. 53). God psykisk hälsa gör det lättare att skapa relationer, fungera i vardagen och känna livsglädje. När den psykiska hälsan påverkas negativt och tillgång till stöd saknas kan detta leda till psykisk ohälsa, vilket kan göra det svårt att hantera vardagens krav och utmaningar. Psykisk hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet för alla. Det innebär skydd mot risker för psykisk ohälsa, tillgång till vård som är lättillgänglig och av god kvalitet, samt rätt till frihet, självständighet och att få vara en del av samhället (World Health Organization [WHO], 2022). Begreppet psykisk ohälsa omfattar både psykiska besvär och psykiska tillstånd, och de vanligaste psykiska tillstånden hos unga vuxna är depression och ångestsyndrom (Glantz & Salberg, 2024; Global Burden of Disease Collaborative Network [GBD], 2022).

Primärvården är ofta den första kontaktpunkten för personer som söker vård för psykisk ohälsa (WHO, 2018, s. 5). Tidigare forskning visade att det år 2020 var vanligare för unga vuxna att söka hjälp för psykisk ohälsa inom primärvården än inom den psykiatriska specialistsjukvården (Forsell, 2022, s. 6). Det framkom också att flera unga vuxna hade upplevt brist på kontinuitet i primärvården (Lovén Wickman & Schmidt, 2023, s. 635). År 2024 uppgav nästan två av tre unga vuxna vid yrkeshögskola eller universitet att stödet de fått för mentalvård inom studerandehälsovården, som är en del av primärvården, varit otillräckligt eller uteblivit helt (Kiviruusu & Suvisaari, 2024).

Ett gott bemötande är en viktig del av vården och kan skapa tillit, vilket har stor betydelse för unga vuxna (Lovén Wickman & Coetzee, 2024, s. 61). Bemötande kan beskrivas som en social interaktion där individers attityder, värderingar och förhållningssätt påverkar hur andra upplever och tolkar situationen (Mellstrand, 2022, s. 28). Tidigare forskning visade att flera unga vuxna med psykisk ohälsa upplevde att deras problem inte alltid togs på allvar inom primärvården. Det förekom också att unga vuxna upplevde problem i relation till vårdpersonalen, bland annat på grund av brister i kommunikation och interaktion (Lovén Wickman & Schmidt, 2023, s. 635; Rikala, 2018, s. 166).

Suicid, det vill säga självmord, är den näst vanligaste dödsorsaken bland unga i åldern 15–29 år (United Nations, 2020, s. 5). Statistik från 2016–2018 visade att 21 % av dem som begick suicid hade haft kontakt med vården samma dag som dödsfallet. Detta visade att suicidrisken antingen inte hade identifierats, exempelvis till följd av låg kunskap hos vårdpersonal, eller att de åtgärder som vidtogs inte var tillräckliga för att förhindra suicid (Linnaranta, Strand, Suvisaari, Partonen & Solin, 2022, s. 128). Tidigare forskning visade också att flera unga vuxna upplevde att det saknades utrymme att prata öppet om sina suicidtankar med vårdpersonal, samt att personalen ibland inte tog sig tid att lyssna eller engagera sig i samtalet (Looijmans et al., 2024, s. 5).

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur unga vuxna har upplevt bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa, samt hur de har önskat bli bemötta och få stöd. Genom att ta del av deras egna erfarenheter och perspektiv kan man få fram både det som fungerar väl och det som kan förbättras. Även om det finns tidigare studier om hur unga vuxna upplever vården vid psykisk ohälsa så är det relativt få som specifikt fokuserar på unga vuxna inom primärvården. Att fylla denna kunskapslucka är viktigt för att kunna tillföra en mer anpassad och tillgänglig vård inom primärvården för unga vuxna.

I detta examensarbete anges unga vuxna som personer i åldersgruppen 19–24 år. Avgränsningen har gjorts med beaktande av att WHO (2022) definierar unga vuxna som personer i åldersgruppen 20–24 år, och enligt ungdomslagen (1285/2016, kap. 1 § 3) räknas personer under 29 år som unga. Studien fokuserar på depression och ångestsyndrom, eftersom dessa tillstånd är de vanligaste i den valda åldersgruppen. Suicidalt beteende inkluderas också eftersom personer i en suicidnära situation ofta upplever psykisk ohälsa, som depression och ångest, men också för att suicid är den näst vanligaste dödsorsaken bland unga vuxna (Mellstrand, 2022, s. 138; United Nations, 2020, s. 5).

2 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs begreppen psykisk hälsa och psykisk ohälsa samt de vanligaste psykiska tillstånden hos unga vuxna. Därefter förklaras vad primärvården är, vilket ansvar primärvården har vid psykisk ohälsa och vilka utmaningar som finns. En viktig del av vården är hur personer med psykisk ohälsa blir bemötta, där betydelsen av personcentrerad vård samt både verbal och icke-verbal kommunikation lyfts fram. Det är också viktigt att ha kunskap om psykisk ohälsa för att skapa en trygg och stödjande vård. Därför kommer även metoder att diskuteras för hur man kan möta personer som kämpar med olika svårigheter.

2.1 Psykisk hälsa

Enligt WHO (2022) är definitionen av psykisk hälsa ett tillstånd av psykiskt välbefinnande som möjliggör för människor att hantera livets utmaningar, erkänna sina styrkor, lära sig effektivt och arbeta produktivt, samt bidra positivt till samhället. Psykisk hälsa är en viktig del av den allmänna hälsan och har stor betydelse för individens välbefinnande och funktionsförmåga (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2023).

Psykisk hälsa kan ses på olika sätt. I vissa sammanhang används begreppet psykisk hälsa för att enbart beskriva motsatsen till psykisk ohälsa. I andra sammanhang kan man se psykisk hälsa som något som kan variera, där en person kan uppleva psykiskt välbefinnande även om psykisk ohälsa eller annan sjukdom är närvarande. Det innebär att psykiska resurser kan utvecklas och stärkas oavsett diagnos (Appelqvist-Schmidlechner, 2025, ss. 18–19).

Begreppet psykiskt välbefinnande som ibland också kallas positiv psykisk hälsa, handlar om den egna upplevelsen av välbefinnande och psykisk balans. Det finns flera olika former av välbefinnande. Känsломässigt välbefinnande innebär att känna glädje och tillfredsställelse i vardagen samt att ha ett genuint intresse för livet. Psykologiskt välbefinnande handlar om att vara nöjd med sig själv och känna frihet att uttrycka sina tankar och åsikter. Socialt välbefinnande innebär att uppleva samhörighet och känna att man bidrar till samhället. God psykisk hälsa har visat sig hänga samman med flera positiva faktorer, som förbättrad fysisk hälsa, ökad livskvalitet och hälsosamma levnadsvanor (Molin, 2024, s. 49; Appelqvist-Schmidlechner, 2025, s. 18; THL, 2023).

Att främja psykisk hälsa innebär att stärka det som skyddar och stödjer välbefinnande. Främjandet sker på olika nivåer. På individnivå handlar det om att stärka självkänslan och förmågan att hantera livet. I närmiljön kan det ske genom att öka trygghet, trivsel, socialt stöd och delaktighet. På samhällsnivå handlar det om beslut som minskar ojämlikhet och diskriminering samt ger ekonomisk trygghet (THL, 2023).

2.2 Psykisk ohälsa

Begreppet psykisk ohälsa omfattar både psykiska besvär och psykiska tillstånd. Psykiska besvär kan vara något som de flesta upplever någon gång under livet, och kan visa sig genom nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter (Glantz & Salberg, 2024). Psykiska besvär kan också visa sig genom fysiska symtom, till exempel magont och huvudvärk. Ofta är psykiska besvär inte så allvarliga att en diagnos kan ställas, utan ses som en vanlig reaktion på belastande livssituationer (Mellstrand, 2022, s. 13). Unga vuxna är en grupp där psykisk ohälsa är vanligt och kan leda till både psykiska och fysiska besvär (Lovén Wickman & Coetzee, 2024, s. 53).

Riskfaktorer för psykisk ohälsa är ofta kopplade till långvarig stress. En vardag som kännetecknas av höga krav, begränsade möjligheter till återhämtning och brist på kontroll över livssituationen kan öka risken för att drabbas. Även ekonomiska svårigheter och bristande socialt stöd bidrar till en ökad sårbarhet. För många kan dagens samhälle innebära sämre förutsättningar, vilket gör det svårt att hitta arbete, få en bostad och klara den ekonomiska situationen. Detta kan leda till inre stress, känslor av misslyckande och en upplevelse av bristande kontroll över den egna livssituationen (Skärsäter & Lilas, 2019, s. 643). Tidigare forskning visade att unga ofta uppfattade psykisk ohälsa som vanligt, särskilt på grund av stress från skolan, sociala krav och påverkan från sociala medier. Det framkom också att när psykisk ohälsa uppfattades som något vanligt, fanns en risk att allvarliga problem inte togs på tillräckligt stort allvar av omgivningen (Hermann, Durbeej, Karlsson & Sarkadi, 2022, ss. 4–6).

Psykiska tillstånd medför lidande och har en stark påverkan på funktionsförmågan. En diagnos kan ställas utifrån symtomens omfattning, varaktighet och allvarlighetsgrad. Dessa tillstånd kan innebära en stor förändring i hur man tänker, känner, agerar och bearbetar information (Social- och hälsovårdsministeriet [STM], 2020, s. 16). De vanligaste psykiska

tillstånden hos unga vuxna är depression och ångestsyndrom, både i Finland och globalt. Utöver detta är även ätstörningar och substansbrukssyndrom vanliga. Ungefär 15 % av unga vuxna har ett pågående psykiskt tillstånd eller ett substansbrukssyndrom. Ätstörningar är vanligare bland kvinnor, medan substansbrukssyndrom förekommer oftare hos män (Appelqvist-Schmidlechner, 2025, s. 25; GBD, 2022). Tidigare forskning visade att psykiatrisk samsjuklighet var vanligt bland unga vuxna, särskilt när det gällde depression och ångestsyndrom. Bland dem med ångestsyndrom hade cirka en av fem även depression (Gustavson et al., 2018, s. 12).

Personer med psykiska tillstånd har ofta en större risk att hamna i fattigdom, till exempel på grund av att de förlorat arbetet. Stigma och diskriminering kan också göra att de förlorar viktiga sociala kontakter och stöd. De blir sårbara för en negativ spiral där brist på resurser och socialt utanförskap förvärrar den psykiska ohälsan. Detta i sin tur kan leda till ökad risk för till exempel substansbrukssyndrom, svårigheter i föräldraskap eller problem i skolan, vilket förstärker den onda cirkeln (WHO, 2022, s. 23).

2.2.1 Depression

Det är naturligt att uppleva nedstämdhet som en del av livet. Skillnaden mellan vanlig nedstämdhet och depression handlar om hur intensiva symtomen är och hur länge de pågår. Nedstämdhet är ofta tillfällig och kan gå över av sig själv, medan depression innebär djupare och mer långvariga symtom. Uppkomsten av depression beror sällan på en enda orsak, i stället är det en kombination av biologiska, psykologiska och miljömässiga faktorer som samverkar. Depression kan variera i svårighetsgrad och delas in enligt ICD-10 i lindrig, medelsvår och svår, beroende på antal och typ av symtom (Mellstrand, 2022, s. 131; Steingrimsson, 2024).

Det förekommer också andra former av depression. Dystymi är en form som också kallas ihållande depression. Dystymi kännetecknas av långvarig nedstämdhet som pågår i minst två år, där symtomen kvarstår kontinuerligt utan att personen har varit symtomfri i mer än två månader. En annan form är säsongsbunden depression som kännetecknas av återkommande depressiva episoder som uppstår och förbättras vid ungefär samma tid varje år. Denna form visar sig ofta som en atypisk depression med ökad aptit, viktuppgång, större sömnbehov och sug efter sötsaker (Steingrimsson, 2024).

Vanliga symtom vid depression är nedstämdhet, nedsatt förmåga till glädje och lust samt förändringar i självkänsla och aktivitetsnivå. Många personer med depression söker vård för kroppsliga besvär som trötthet, förstoppning, smärtor, sömnproblem och viktnedgång (Jarbin, 2023). Sömnproblem är vanligt, och kan visa sig genom att vakna upp tidigt eller sent, minskad sömnmängd och sämre sömnkvalitet. Aptitförändringar förekommer också, där minskad aptit är det vanligaste, men även ökad aptit och viktuppgång kan förekomma (Steingrimsson, 2024).

Depressiva tillstånd är kopplade till en tydligt ökad risk för suicid. Ungefär 5 % av personer med depression begår suicid, och vid svår depression kan suicidrisken vara så hög som 15–20 % (Rovasalo, 2022). Enligt tidigare forskning från 2022 hade depression den högsta belastningen av de undersökta kroniska tillstånden i produktivitetsjusterade levnadsår, vilket är ett mått som visar hur mycket en persons arbetsförmåga påverkas av sjukdom. Detta gällde särskilt unga vuxna med depression och annan psykisk ohälsa, som förlorade mer arbets- och hushållsproduktivitet än de med andra kroniska sjukdomar (Lavikainen et al., 2025, s. 383).

Behandling av depression beror på hur svår sjukdomen är och vilken typ det handlar om. De flesta med lindrig eller måttlig depression kan behandlas i primärvården. Målet är att eliminera eller minska depressiva symtom, hjälpa personen att fungera i vardagen och förbättra livskvaliteten. Ofta fungerar en kombination av olika behandlingsmetoder bäst. Vid lindrig till måttlig depression används ofta en kombination av antidepressiva läkemedel och terapi. För att öka följsamheten vid läkemedelsbehandling är det viktigt att tidigt informera om både effekter och möjliga biverkningar (Liinajarja, 2022).

2.2.2 Ångestsyndrom

Ångest är en naturlig del av livet och en vanlig reaktion på hot eller fara. Lindrig ångest kan vara hjälpsam eftersom den bidrar till att fatta rätt beslut och undvika faror. Ibland kan ångesten kännas starkare än vad den är i förhållande till situationen. Den kan utlösas av något tydligt och konkret, men ibland är orsaken otydlig. Ångest kan upplevas både fysiskt och känslomässigt. Fysiska symtom kan vara rastlöshet, spänningar, hjärtklappning, snabb andning och en obehagskänsla i magen eller bröstet. Känslomässigt kan ångest visa sig genom oro, rädsla, panik eller svårigheter att koncentrera sig (Hakala, 2024).

Ångestsyndrom är inte samma sak som vanlig ångest. Det kan vara svårt att avgöra var gränsen går mellan en normal reaktion och ett ångestsyndrom. Ångestsyndrom innebär en långvarig och ständig känsla av oro och rädsla, som skiljer sig från vanlig oro. Om man lider av ångestsyndrom är ångesten ofta stark, begränsar funktionsförmågan och kan leda till sämre livskvalitet. Det är också vanligt att personen börjar undvika situationer som väcker eller förvärrar ångesten. De vanligaste ångestsyndromen är generaliserat ångestsyndrom, social fobi, paniksyndrom och agorafobi (Liinaharja, 2024; THL, 2024).

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) innebär överdriven och svårkontrollerad oro inom flera livsområden. Ett kännetecken är att oron pågår nästan dagligen i minst sex månader. Tillståndet förekommer ofta tillsammans med andra ångestsyndrom eller depression. Förutom ångest är oro kring till exempel hälsa eller ekonomi vanligt, samt kroppsliga symtom. Generaliserat ångestsyndrom är en form av ångest som inte är kopplad till någon särskild situation eller ett specifikt föremål (Liinaharja, 2024; THL, 2024).

Social fobi eller social ångest handlar om rädsla för situationer som innebär exponering för okända personer eller risk för kritisk granskning av andra. Dessa situationer undviks ofta helt eller uthärdas med stark ångest. Tillståndet stör det dagliga livet, relationer, studier eller arbete i stor utsträckning. Att vara lite blyg eller känna nervositet i sociala situationer är helt normalt, men om ångesten är intensiv, kommer ofta och gör att man börjar undvika sociala situationer, kan det vara fråga om social ångest (Nager, 2021; Liinaharja, 2024).

Paniksyndrom är ett ångestsyndrom som kännetecknas av återkommande panikattacker. En panikattack är kort och intensiv, där stark rädsla eller ångest förekommer, ofta tillsammans med kroppsliga symtom. Attackerna uppstår ofta utan tydlig orsak och kan inträffa i situationer som inte tidigare har väckt ångest. Stress, ärftlighet och svåra livshändelser kan utlösa en panikattack. Även om symtomen vid en panikattack inte är farliga, kan upprepade attacker skapa stort obehag och oro för att det ska hända igen (Hentunen, 2024). Paniksyndrom kan ibland förekomma tillsammans med agorafobi, då rädslan för att få en panikattack gör att vissa platser undviks (Skärsäter & Lilas, 2019, s. 647). Agorafobi eller torgskräck innebär rädsla för platser eller situationer där det kan vara svårt att komma bort från eller där det är svårt att få hjälp om ångestsyndromet uppstår. Det kan handla om att undvika till exempel kollektivtrafik, butiker, folksamlingar eller offentliga evenemang (THL, 2024).

Behandling av ångestsyndrom fokuserar på kognitiv beteendeterapi, psykoedukation och läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel, såsom SSRI-preparat. Personer med ångest har oftare suicidtankar. Vid behandling är det viktigt att uppmärksamma risken och prata om den (Liinaharja, 2024). Egenvård vid ångest är viktigt och syftar till att öka den egna förmågan att hantera ångesten. Att behandla ångest handlar om att möta, acceptera och förstå den gradvis. Att dölja ångesten kan göra att den blir värre, men att uttrycka den öppet och prata med nära och kära som har förståelse kan lindra den. Genom att arbeta med levnadsvanor och använda sig av till exempel andningsövningar finns det också möjlighet att påverka och minska ångestkänslor (Rovasalo & Eerola, 2023; THL, 2024).

2.2.3 Suicidalt beteende

Suicidalt beteende är ett brett begrepp som omfattar suicidtankar, suicidförsök och suicid. Suicid, eller självmord, innebär en medveten och avsiktlig handling som leder till döden, och är den näst vanligaste dödsorsaken bland unga i åldern 15–29 år. Ett suicidförsök innebär att en person skadar sig själv med avsikten att dö, men försöket kan avbrytas av yttre omständigheter eller personen själv. Självskadebeteende skiljer sig från suicidförsök då det handlar om att orsaka smärta eller skada på kroppen utan en avsikt att dö. Självskadebeteende kan visa sig genom att en person till exempel skär, rispar, bränner eller på annat sätt skadar sin kropp (Lundh, 2025; United Nations, 2020, s. 5).

Den främsta riskfaktorn för suicid är att tidigare ha gjort ett suicidförsök. Manligt kön anser också öka risken. Hos personer som befinner sig i en suicidnära situation förekommer ofta psykisk ohälsa, som depression, ångest eller psykos. Det kan också handla om att personen befinner sig i en svår personlig kris. Suicidtankar kan vara en del av psykiska tillstånd men kan också uppstå vid icke-psykiska tillstånd och fungera som ett sätt att fly från psykisk smärta. Under en suicidkris kan smärtan kännas outhärdlig och ofrånkomlig. Suicidalt beteende kan vara tillfälligt eller långvarigt, och därför är det viktigt att skilja mellan akut suicidrisk och en mer ihållande risk (Mellstrand, 2022, ss. 138-141; Lundh, 2025; Rantanen & Kukkonen, 2024).

Att identifiera en suicidrisk inom vården är viktigt för att kunna förebygga suicid (Rantanen & Kukkonen, 2024). Samtidigt visade tidigare forskning att unga vuxna ofta upplevde att de inte blev tagna på allvar när de försökte prata om suicidtankar, och att vårdpersonalen inte gav tillräcklig tid eller uppmärksamhet (Looijmans et al., 2024, s. 5). I en annan studie

beskrev vårdpersonal inom primärvården att de upplevde osäkerhet i att identifiera och bedöma suicidrisk. Det handlade bland annat om bristande utbildning, svårigheter att ta upp frågan om suicidtankar och oro för att agera fel. Det framkom också att strukturella brister i primärvården, som tidsbrist, var ett hinder i arbetet för att kunna ge rätt stöd till patienter med suicidalt beteende (Mayer et al., 2025, s. 3). Genom att se över livssituationen och om det finns tankar på suicid, planer, förberedelser eller tidigare försök, blir det lättare att bedöma risken och vad som kan behövas för att ge rätt stöd (Lundh, 2025).

Syftet med behandlingen vid suicidalt beteende är att förebygga nya självdestruktiva handlingar, behandla bakomliggande psykisk ohälsa samt minska stress och andra yttre påfrestningar, för att göra livssituationen mer hanterbar (Lundh, 2025). En säkerhetsplan rekommenderas att göra om patienten riskerar att ta sitt liv, har suicidtankar eller på annat sätt har ett självskadebeteende. En säkerhetsplan är ett verktyg som patient och vårdpersonal utformar tillsammans för att hjälpa patienten hantera svåra känslor och situationer. Planen innehåller bland annat strategier hur man kan förutse situationen, förebygga impulsivt beteende och hitta anledningar att leva. Den kan fungera som ett stöd i stunden när tankarna blir mörka och det är svårt att tänka klart. Eftersom kriser ofta kommer plötsligt kan det vara till stor hjälp att ha en färdig plan att följa när det känns svårt (Eräkare-Laamo, 2024).

2.3 Primärvård

I Finland ansvarar välfärdsområdena för att ordna tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården. Ett undantag är Helsingfors, där tjänsterna produceras av Helsingfors stad istället (STM, 2025). Inom hälso- och sjukvården erbjuds mentalvårdstjänster både på grundläggande och specialiserad nivå. Den grundläggande nivån motsvarar primärvård, som består av vårdcentraler, elev- och studenthälsovård samt företagshälsovård. I Finland erbjuds även mentalvårdstjänster inom primärvården utanför vårdcentraler. På grundläggande nivå ges vård genom telefonrådgivning, tillfälligt stöd, lågtröskeltjänster och kontinuerlig uppföljning. Den specialiserade nivån inkluderar bland annat sjukhusvård, akutvård, psykoterapi och onlineterapi (THL, 2023; Väisänen, Linnaranta, Sinervo, Hietapakka & Elovainio, 2024, s. 2).

Primärvården utgör en viktig grund i behandlingen av psykisk ohälsa. Mentalvårdsarbete handlar om att främja den psykiska hälsan, förebygga psykisk ohälsa samt ge vård och stöd vid psykiska besvär (STM, 2025). Studenthälsovården erbjuder hälsovårdstjänster för studenter, där bland annat stöd för psykisk ohälsa och missbruk ingår. En studerande har rätt till studenthälsovård om studierna är inom en utbildning som berättigar till studiestöd. Rätten gäller fram till slutet av den termin då den studerande har anmält sig som närvarande (Tuovila, Seilo & Kunttu, 2021, ss. 11–19). Även företagshälsovården arbetar för att främja den arbetsföra befolkningens psykiska hälsa och förebygga problem. Företagshälsovården ger både behandling och stöd, vilket gör den till en viktig del av primärvården (STM, 2025; Väisänen et al., 2024, ss. 2–3). Lågtröskeltjänster inom primärvården ger olika typer av stöd. En lågtröskeltjänst innebär att tröskeln för att få tillgång till tjänster underlättas genom att krav på tidsbokningar eller remisser tas bort, vilket gör det enklare att få vård (Huhta et al., 2023, ss. 2–4).

Continuity of Care Index är ett index som mäter kontinuiteten i vården, särskilt hur relationen och interaktionen mellan patient och vårdpersonal fungerar. Inom vården visade statistik från 2022 att kontinuiteten inom primärvårdens öppenvårdsbesök var dåligt genomförda över hela Finland. Det genomsnittliga indexet för vårdkontinuitet under år 2022 var lågt för läkarbesök, med ett värde på cirka 0,3 och mycket lågt för sjuksköterskebesök, där det var mindre än 0,2. Kontinuitetsindexet ligger inom intervallet 0 till 1. Om patienter oftare träffar samma yrkesutbildade personer, som läkare eller sjuksköterskor, ökar indexvärdet (Suomela & Mikkola, 2023).

Enligt tidigare forskning hade flera unga vuxna upplevt att de inte fick tillräckligt med stöd inom primärvården i Finland. Rikala (2018, ss. 165–168) beskrev att flera unga vuxna kämpade med allvarliga depressiva symtom under en längre tid inom primärvården utan att få det stöd de behövde. Svårigheter att få remiss till psykiatriska specialsjukvården och tillgång till psykoterapi med stöd från FPA bidrog till situationen. Unga vuxna som hade fått vård inom företagshälsovård eller student- och elevhälsovård hade bättre tillgång till den psykiatriska specialsjukvården jämfört med de som använde offentlig hälso- och sjukvård. År 2024 uppgav nästan två av tre unga vuxna som studerar vid yrkeshögskola eller universitet att det stöd de fick för mentalvård vid studerandehälsovården varit otillräckligt eller uteblivit helt (Kiviruusu & Suvisaari, 2024). I en annan studie framkom det att lågtröskeltjänster var överbelastade och att köerna var långa till verksamheter som var

avsedda att vara lättillgängliga. Flera unga i studien beskrev att de tvingades vänta länge, förlita sig på självhjälp och att deras problem inte togs på allvar (Huhta et al., 2023, ss. 4–5).

Det har börjat ske förändringar för att förbättra tillgången till vård vid psykisk ohälsa. Ett exempel är den nya terapigarantin som träder i kraft i maj 2025. Enligt regeringens förslag ska barn och unga under 23 år få tillgång till mentalvårdstjänster på grundläggande nivå inom en månad efter att behovet har konstaterats. Terapigarantin omfattar psykosocialt stöd i olika former (Finlands regering, 2024). Vidare tog Social- och hälsovårdsministeriet fram en nationell strategi för psykisk ohälsa samt ett nationellt program för suicidprevention 2020–2030. Ett viktigt mål är att stärka lågröskeltjänster inom primärvården. Strategin lyfter också upp behovet av att öka resurserna och kompetensen hos vårdpersonalen inom bland annat primärvården men också att utveckla tillvägagångssätt där specialsjukvården stöder den vård som ges på grundläggande nivå (STM, 2020).

2.4 Bemötande

Bemötande är ett brett begrepp som kan tolkas på olika sätt och innefattar både förhållningssätt, attityd, interaktivt beteende och upplevelse. Hur det förstås beror på vilket perspektiv man utgår från och det kan ses utifrån en eller flera av dessa aspekter (Echeverri, 2010, s. 12; Fossum, 2019, s. 37). Bemötande kan beskrivas som en social interaktion där individers attityder, värderingar och förhållningssätt påverkar hur andra upplever och tolkar situationen. Detta återspeglas i den ton man använder och i det sätt man kommunicerar. Även icke-verbala uttryck, som kroppsspråk och ansiktsuttryck, spelar en viktig roll i hur man uppfattas och hur relationer utformas (Mellstrand, 2022, s. 28).

Ett gott bemötande kännetecknas av engagemang, validering, samarbete, respekt, empati, lyhördhet och vänlighet (Mellstrand, 2022, s. 28). Engagemang handlar om att visa genuint intresse för det som är betydelsefullt både för en själv och för dem man möter (Mellstrand, 2022, s. 52). Validering innebär att visa att en annan persons tankar och känslor är viktiga och förståeliga utifrån deras situation. Motsatsen, invalidering, innebär att inte ta den andras känslor på allvar eller att förbise dem (Fossum, 2019, s. 408).

Empati är förmågan att förstå och känna med andras känslor, både glädje och lidande. Samtidigt är det viktigt att behålla sin egen känslomässiga stabilitet och vara medveten om att det är den andras känsla som upplevs. Att möta någon annans lidande kan vara svårt, särskilt om gränsen mellan egna och andras känslor blir otydliga. För att undvika att lidandet blir överväldigande kan man bemöta det med medkänsla (Singer & Klimecki, 2014, s. 76).

Medkänsla handlar inte om att själv ha upplevt samma sak som den man lyssnar på, utan om att försöka förstå den andras situation och visa ett genuint intresse. Det innebär att lyssna uppmärksamt, ta den andra personen på allvar och försöka se situationen, samtalet och vården ur deras perspektiv (Mattila, 2019, s. 828). Tidigare forskning visade hur viktigt det var att bli bemött med medkänsla i vården i samband med psykisk ohälsa. När vårdpersonal visade medkänsla, upplevdes det ha en positiv effekt på återhämtningen. Medkänsla sågs som en viktig del av vårdrelationen och bidrog till ökat självförtroende och tillit (Bond, Hui, Timmons, Wildbore & Sinclair, 2024, s. 36).

Bristande bemötande kan däremot innebära att empati och förståelse saknas, att personen möts av ovänlighet, ointresse, inte blir lyssnad på, blir misstrodd, inte tas på allvar eller upplever sig som en börda (Mellstrand, 2022, s. 28). Bristande bemötande inom vården kan leda till negativa konsekvenser för patienter och anhöriga, vilket påverkar vårdkvaliteten. Negativa upplevelser kan försämra både den fysiska och psykiska hälsan, öka lidandet och minska patientens delaktighet i sin vård (Fossum, 2019, ss. 34–38; Eriksen, Fegran, Fredwall & Beate, 2023, s. 5832). Tidigare forskning visade att patienter med psykisk ohälsa som upplevde sig dömda eller avvisade av vårdpersonal ofta fick ett förvärrat psykiskt mående, och det uteblivna stödet från vården förstärkte känslor av ensamhet (Bond et al., 2024, ss. 34–36).

2.5 Verbal och icke-verbal kommunikation

Bemötande är även en form av kommunikation. Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet *communicare*, vilket ursprungligen betyder att skapa gemenskap. Därför är bemötande något som sker i samspel med andra, det vill säga tillsammans (Echeverri, 2010, s. 34). Kommunikation handlar om att utbyta information, tankar och känslor mellan personer, antingen genom tal eller på andra sätt. I vården handlar kommunikationen om

ett samtal mellan vårdpersonalen och patienten eller deras anhöriga. Patienten berättar om sina bekymmer, och vårdpersonalen använder informationen för att ställa rätt diagnos och förklara sjukdomen på ett förståeligt sätt (Kourkouta & Papathanasiou, 2014, ss. 65–66).

Kommunikation handlar också om det som uttrycks utan ord. Detta kan ske genom ansiktsuttryck, gester, kroppshållning och även genom fysiskt avstånd. Den icke-verbala kommunikationen spelar en viktig roll i hur man uppfattar och förstår varandra (Kourkouta & Papathanasiou, 2014, s. 66). Kommunikation innebär nästintill oändliga möjligheter att kombinera rörelser och ljud, men om dessa uttryck inte används med eftertanke kan det leda till förvirring. Därför är det viktigt att kroppsspråk och tal hänger ihop. Småprat, ögonkontakt och hur man riktar kroppen kan ha stor betydelse för hur budskapet tas emot. Leenden och tystnad är också viktiga delar av kommunikationen. Ibland kan tystnad säga mer än ord, och ett leende signalerar vänlighet och omtanke (Echeverri, 2010, ss. 89–93).

Att lyssna är en viktig färdighet som utvecklas genom erfarenheter och goda förebilder. Det handlar om att visa intresse för den hjälpsökandes berättelse (Fossum, 2019, s. 124). Lyssnande innebär att medvetet flytta uppmärksamheten från sig själv till den andra personen. Förmågan att lyssna kan visa sig på olika sätt, som att ge den som pratar tid att uttrycka sina synpunkter utan avbrott, hålla ögonkontakt och ställa relevanta frågor för att säkerställa förståelse. Det handlar också om att lyssna och försöka förstå innan man drar slutsatser eller delar med sig av egna tankar (Echeverri, 2010, s. 105).

2.6 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att se hela personen och inte bara sjukdomen. Genom detta förhållningssätt tar man hänsyn till individens livsberättelse och erfarenheter, vilket skapar en mer förstående och respektfull vård (Fossum, 2019, s. 62). Både patientcentrerad och personcentrerad vård har likheter, men det finns en viktig skillnad. Patientcentrerad vård fokuserar på att skapa ett fungerande liv, medan personcentrerad vård handlar om att livet också ska kännas meningsfullt. Denna skillnad påverkar hur vården byggs upp. Ett bra liv handlar inte bara om att klara vardagen, utan också om att känna att livet har en mening. Därför är det viktigt att ta hänsyn till hur personen själv ser på sin situation (Molin, 2024, s. 69).

Personcentrerad vård kan beskrivas utifrån fem olika delar. Den första handlar om att vården utgår från personens egna värderingar och livssituation. Detta kräver att vårdpersonalen försöker förstå vad som är viktigt för just den personen. Den andra delen är delaktighet, där personen får vara med och fatta beslut. Det är viktigt att respektera personens val och ge stöd i att kunna välja, både i små och stora frågor. Den tredje delen är engagemang, där vårdpersonalen skapar en nära vårdrelation med personen. Detta bygger på att lära känna personen, ha tydliga värderingar, självinsikt och använda sin yrkeskompetens. Den fjärde delen handlar om att ge en helhetssyn i vården. Vid psykisk ohälsa är det viktigt att inte enbart fokusera på det psykiska måendet, det är också viktigt att beakta fysiska, sociala, ekonomiska och kulturella behov. Den femte och sista delen handlar om att visa medmänsklig närvaro. Det handlar om att visa omtanke och se varje person som unik och värdefull (McCormack & McCance, 2016, ss. 219–220).

Som tidigare nämnts är det viktigt att den hjälpsökande får vara delaktig i beslutsfattandet inom vården. Varje person ska ha möjlighet att fatta beslut om sitt eget liv, även om dessa beslut inte alltid överensstämmer med vad vårdpersonalen anser vara bäst. Det betyder inte att personalen ska hålla sig utanför beslutsprocessen, istället handlar det om att vara delaktig genom att dela med sig av sin kunskap och erfarenheter för att hjälpa personen förstå sina val och de möjliga konsekvenserna. Det är viktigt att inte trycka på sina egna åsikter eller värderingar, utan i stället använda dem för att skapa en öppen diskussion. Detta kan hjälpa både vårdpersonal och den hjälpsökande att förstå varandra bättre och se hur olika synsätt påverkar besluten (Hewitt-Taylor, 2018, ss. 57–61).

2.7 Att möta personer med psykisk ohälsa

Cullberg beskriver (enligt Mellstrand, 2022, s. 27), att det viktiga i arbetet med psykisk ohälsa sker i mötet mellan två personer. Den ena personen söker hjälp efter en period av svårigheter i sin livssituation, och den andra är yrkespersonen som erbjuder stöd. Om den hjälpsökande känner att den professionella verkligen lyssnar och visar respekt, kan det ha stor betydelse för förmågan att bygga en relation i fortsättningen.

Psykisk ohälsa omges ofta av stigma och fördomar, även inom hälso- och sjukvården. Stigma betyder att en person blir sedd på ett negativt sätt på grund av sin bakgrund, sjukdom, livssituation eller något de har gjort. Det handlar ofta om fördomar och felaktiga

uppfattningar. Stigma uppstår när samhället bestämmer vad som är normalt och vad som ses som annorlunda eller fel. Detta kan leda till att den som mår psykiskt dåligt undviker att söka hjälp, känner skam eller försöker dölja hur det känns. Därför är det viktigt att vårdpersonal bemöter personer med psykisk ohälsa på ett professionellt sätt och är medveten om hur stigma kan påverka (Strand, 2024; Hyvönen, 2025).

Personer med psykisk ohälsa har olika styrkor, behov och tankar om hur de vill bli bemötta. Vårdpersonal behöver visa förståelse för de svårigheter som psykisk ohälsa kan innebära och ha grundläggande kunskap om tillståndet och de symtom som kan förekomma. En diagnos säger inte allt, även om problemen liknar varandra kan behoven vara olika. Därför behöver vården utgå från den enskildes upplevelse, eftersom det är personen själv som bäst kan beskriva vad god vård innebär för hen utifrån egna behov och erfarenheter (Molin, 2024, ss. 263–264; Glantz & Salberg, 2024).

En annan viktig del är viljan att hjälpa, som ibland kan missförstås om den kommer för snabbt. Även om syftet är gott och avsikten är att hjälpa, kan det ibland få motsatt effekt. När personen delar sina tankar kan den som lyssnar snabbt komma på lösningar och ge råd. Denna benägenhet att vilja lösa problem kallas "rättningsreflexen". Om den kommer för tidigt kan det skapa motstånd och uppfattas som att man inte lyssnar ordentligt eller är otålig. I stället för att ge råd direkt kan det vara effektivare att lyssna, reflektera och sammanfatta för att skapa en trygg grund för förändring (Mellstrand, 2022, ss. 64–65).

2.7.1 Att möta en person med depression

Depression är inte alltid något som syns tydligt, särskilt bland unga. Detta kan göra det svårt för omgivningen att förstå den psykiska påfrestning som drabbar en person. Det är viktigt att inse att svåra och återkommande depressiva tillstånd inte är något som kan kontrolleras eller övervinnas på egen hand. Många som lider av depression har svårt att sätta ord på sina känslor och behov, vilket kan försvåra kommunikationen och förståelsen hos andra (Rovasalo, 2022).

Bristen på motivation och den svårighet som kan upplevas när det gäller att påbörja eller slutföra aktiviteter är en grundläggande del av tillståndet. Det är viktigt att inte tolka detta som lathet eller brist på vilja, utan i stället se det som ett symptom på den psykiska ohälsan som påverkar förmågan att engagera sig i livet (Mellstrand, 2022, s. 135). Att visa intresse

och medkänsla är viktigt, då detta kan lindra psykiska påfrestningar och skapa en känsla av trygghet, samt främja den hjälpsökandes engagemang i vården (Hyvönen, 2025).

Det är viktigt att ställa frågor, även om ämnet är svårt, och att uppmuntra till att dela tankar och känslor. Att vara uppmärksam på kroppsspråk och uttryck kan ge förståelse för personens erfarenheter, inre konflikter och försvarsmekanismer. Det är också viktigt att inte vara påträngande eller kräva mer än vad personen orkar med, små framsteg bör uppmärksammas (Hyvönen, 2025). När den hjälpsökande känner sig hörd och förstådd blir det ofta lättare att prata om sin depression och ta ansvar för sin behandling. En tydlig behandlingsplan och regelbundna uppföljningar ger stöd i vardagen och hjälper personen att hitta egna sätt att hantera sjukdomen (Liinaharja, 2022).

2.7.2 Att möta en person med ångest

När någon befinner sig i ett hotsystem och upplever ångest kan det vara svårt att koncentrera sig och agera socialt. Därför är det viktigt att ge tid och trygghet, så att ångesten kan minska. När personen känner sig säker blir det lättare att ta till sig information och stöd (Mellstrand, 2022, ss. 76–77). Det kan vara till hjälp att förklara att ångest är en automatisk respons på ett upplevt hot, även om inget verkligt hot finns. Ångesten kan liknas som ett falskt alarm från kroppen, vilket inte i sig är farligt. Att få veta att symtom som bröstsmärtor, svårigheter att svälja eller magsmärtor är kopplade till ångest kan ofta ge en känsla av lättnad (Hakala, 2024).

Vid en panikattack som ibland är synlig men inte alltid, är det viktigt att själv behålla lugnet. Att säga ord som "andas!" kan vara ineffektivt eller till och med stressande. I stället kan det hjälpa att lugnt uppmuntra personen att beskriva vad som händer i tankarna, känslorna och kroppen. Genom detta kan ångesten bli lättare att hantera i stunden (Mellstrand, 2022, ss. 88–89). Det är viktigt att förklara att symtomen vid panikångest är ofarliga, även om de kan kännas skrämmande och väcka stark oro (Hentunen, 2024).

Att bemöta en person med ångest kan vara utmanande och väcka känslor av otillräcklighet. Dessa känslor kan i sin tur leda till olika försvarsreaktioner, som att undvika personen, försöka ta kontroll eller känna sig uppgiven. I vissa fall kan vårdpersonal reagera genom att dra sig undan eller känna sig handlingsförlamad och tappa hoppet om att kunna hjälpa. För att ge ett bra stöd är det viktigt att vara medveten om de egna reaktionerna. Genom att

reflektera och dela erfarenheter med andra i personalen kan vårdpersonal utveckla förståelse för den hjälpsökandes situation och hantera egna reaktioner på ett mer medvetet sätt (Molin, 2024, s. 381).

2.7.3 Att möta en person med suicidtankar

Att ha suicidtankar betyder inte alltid att en person inte vill leva eller planerar suicid, men det är alltid ett tecken på att hjälp behövs. Självskadebeteende, som att skära sig, innebär inte heller i alla situationer att en person inte vill leva. Det kan vara ett sätt att hantera svår ångest. Därför är det viktigt att hitta tryggare sätt att lindra ångesten. När någon med suicidtankar söker stöd, visar det på en vilja att bli lyssnad på, prata om sin situation och hitta en väg framåt (Rantanen & Kukkonen, 2024).

Det är viktigt att ge en person med suicidtankar möjligheten att prata om sina känslor, eftersom det kan bryta en negativ spiral. Den som planerar suicid berättar sällan om det på eget initiativ. Om ämnet inte tas upp spontant behöver vårdpersonal ställa raka frågor för att kunna bedöma risken. Att ha ett öppet samtal är inte farligt, det är undvikandet av samtalet som kan vara skadligt. Det är viktigt att fokusera på att lyssna istället för att försöka lösa problem direkt. Många gånger kan det kännas som att man måste hitta lösningar om man förstår vad som ligger bakom alla känslor. I stället handlar det om att på ett lugnt sätt visa att man verkligen lyssnar och bryr sig (Mellstrand, 2022, s. 143; Rantanen & Kukkonen, 2024).

Alla unga med suicidal tankar och ett psykiskt tillstånd behöver en psykiatrisk bedömning, och i de flesta fall även behandling. Situationen för en självmordsbenägen ung person måste bedömas noggrant och omfatta både tidigare och aktuella symtom, stämningsläge och psykosocial funktion. Det är också viktigt att kartlägga vilka personer i omgivningen som kan vara ett stöd. En viktig del är att ta reda på om suicidal beteende är en del av ett psykiatriskt tillstånd eller om det bör ses som något skilt från tillståndet. Om det är en del av tillståndet behöver behandlingen förbättras (Liinajarja, 2024).

3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten baseras på Halldórsdóttir (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*. Teorin syftar till att beskriva och förstå begreppen professionellt vårdande och icke-vårdande, *Professional Caring and Uncaring*, i mötet mellan patient och vårdare utifrån patientens perspektiv (Halldórsdóttir, 1996, s. 5).

I det här kapitlet beskrivs teorin utifrån dess olika delar, där Halldórsdóttir använder två viktiga metaforer: bron och muren, *The Bridge and the Wall*, som representerar olika sidor av mötet mellan patient och vårdare. Teorin beskrivs vidare genom begreppen professionellt vårdande och icke-vårdande, *Professional Caring and Uncaring* samt hur inre och yttre faktorer påverkar patienten (Halldórsdóttir, 1996, s. 5).

3.1 Bron och muren

Metaforerna bron och muren, *The Bridge and the Wall*, används för att förstå hur professionellt vårdande och icke-vårdande påverkar vårdrelationen. Bron symboliserar öppenhet i kommunikationen och den samhörighet som uppstår i ett vårdande möte. Den utvecklas genom ömsesidig tillit och skapandet av en anknytning mellan patient och vårdare. Samtidigt ser vårdaren till att hålla ett professionellt avstånd, vilket skapar en trygg relation där omtanke och stöd balanseras med respekt och tydliga gränser (Halldórsdóttir, 1996, s. 5). Muren är motsatsen till bron och står för brist på kommunikation och avståndstagande. På grund av den uppfattade bristen på vårdande känner patienten inget förtroende för vårdaren, vilket leder till ömsesidig undvikelse. Vårdaren uppfattas som antingen ovillig eller saknar förmågan att skapa kontakt med patienten, vilket resulterar i upplevelsen av en mur (Halldórsdóttir, 1996, s. 32).

3.2 Professional Caring

Professionellt vårdande, *Professional Caring*, i mötet med en vårdare ur patientens perspektiv uppfattas som en kombination av kompetens, vårdande och anknytning. Kompetens innebär att vårdaren har förmågan att stärka patientens känsla av välbefinnande, skapa en meningsfull kontakt, öka patientens kunskap om sin hälsa, utföra kliniska bedömningar samt ge aktivt stöd och samarbeta för patientens bästa. Den vårdande aspekten innebär att vårdaren är öppen och uppmärksam gentemot andra. Det

handlar om att genuint bry sig om patienten, både som individ och som patient, samt ta ett moraliskt ansvar och visa respekt. Det handlar också om att vara närvarande i stunden, både fysiskt och känslomässigt, samt att visa engagemang och vara professionellt delaktig. Denna kombination av kompetens och vårdande skapar en känsla av tillit som främjar den professionella anknytningen mellan patienten och vårdaren. Anknytningen kan ses som en bro som symboliserar öppenhet i kommunikationen och en känsla av samhörighet (Halldórsdóttir, 1996, ss. 33–34).

3.3 Uncaring

Ett möte som upplevs som icke-vårdande, Uncaring, kännetecknas av en vårdare som uppfattas som empatilös och inkompetent, vilket skapar en känsla av distans och en mur mellan patienten och vårdaren. Detta leder till brist på förtroende, ömsesidigt undvikande och en upplevelse av att relationen saknar närhet och medkänsla. Ett möte som upplevs som icke-vårdande resulterar i negativa förändringar, som nedstämdhet och minskad känsla av välbefinnande. Vårdaren kan framstå som oaktsam, dålig på att kommunicera, ointresserad av patientens behov av information och stöd, och oförstående för vad patienten går igenom. Kontakten begränsas ofta till det absolut nödvändiga, vilket upplevs som respektlöst och känslolöst (Halldórsdóttir, 1996, s. 35).

Denna mur som kan uppstå symboliserar avstånd och avsaknad av omsorgsfull kommunikation. Muren kan ha olika storlekar och former, vilket innebär att det finns en skillnad i hur patienten upplever muren beroende på hur negativt vårdarens bemötande är. Graden av denna distansering kan ta sig olika uttryck, vilket är ointresse, okänslighet, kyla och omänsklighet. Ointresse innebär att vårdaren är ouppmärksam och saknar genuin omtanke. Okänslighet uppstår när patienten börjar känna sig som en börda. Kyla upplevs när vårdaren framstår som kall och stel. Omänsklighet är det värsta uttrycket, där patienten ignoreras, hånas eller behandlas som en belastning (Halldórsdóttir, 1996, s. 36).

3.4 Hur inre och yttre faktorer påverkar patienten

Den sista delen av teorin handlar om hur patienten upplever vården, vilket påverkas av både inre och yttre faktorer. Inre faktorer handlar om patientens tidigare erfarenheter, förväntningar, behov och självbild. Dessa faktorer kan skapa en känsla av sårbarhet och gör

patienten känslig för hur vården upplevs. Yttre faktorer består av miljön patienten befinner sig i. En främmande sjukhusmiljö, brist på kontinuitet och tidspress kan göra det svårare att skapa en trygg vårdrelation. Samtidigt kan små handlingar, som ett vänligt bemötande få stor betydelse för patienten. Välbefinnande är något som kan se olika ut för olika personer och påverkas både av det som händer runt omkring och hur man upplever sitt mående från insidan. Därför är det viktigt att vårdaren tar i beaktan hur både inre och yttre faktorer kan påverka patienten för att kunna skapa en god vårdrelation (Halldórsdóttir, 1996, ss. 37–38).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur unga vuxna som har sökt vård för psykisk ohälsa har upplevt bemötandet och det stöd de har fått inom primärvården, samt hur de har önskat att bemötandet och stödet ska vara. I dagens samhälle är det många unga vuxna som lider av psykisk ohälsa och primärvården är ofta den första kontaktpunkten. Därför är unga vuxnas erfarenheter viktiga för att lyfta fram det som fungerar och det som kan förbättras, i syfte att utveckla primärvården.

Följande frågeställningar har väglett denna studie:

1. Hur upplever unga vuxna bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa?
2. Hur önskar unga vuxna bli bemötta och få stöd vid psykisk ohälsa inom primärvården?

5 Metod

En kvalitativ ansats har valts då den har bedömts vara lämplig för att undersöka och förstå unga vuxnas upplevelser av bemötande och stöd samt hur de önskat bli bemötta och få stöd inom primärvården. För att samla in data har semistrukturerade intervjuer använts och det insamlade materialet har analyserats med hjälp av reflexiv tematisk analys med induktiv ansats. Dessa metoder presenteras mer ingående i detta kapitel.

Kvalitativ forskning fokuserar på att få förståelse för hur individen upplever och tolkar sin verklighet. Eftersom upplevelser är subjektiva finns det varken någon absolut sanning eller något rätt eller fel, det handlar om hur det upplevdes för den personen. Målet är att få insikt i deras tankar och synsätt på omvärlden (Taylor, Bogdan, & DeVault, 2015, ss. 18–19; Henricson & Billhult, 2023, s. 115).

5.1 Urval

Urvalet i denna studie har varit ändamålsenligt. Ändamålsenligt urval innebär att man väljer ut personer som har erfarenhet av ett visst fenomen och som är villiga att dela med sig av sina upplevelser. Syftet är att samla in innehållsrika data genom att fånga olika perspektiv i berättelserna (Engström & Juuso, 2023, ss. 152–153). Inklusionskriterierna för deltagande har varit att personen skulle vara ung vuxen med erfarenhet av psykisk ohälsa samt ha sökt vård inom någon form av primärvård för detta. En händelse har delats på ett offentligt Instagram-konto med information om studien samt en förfrågan om deltagande i en kort intervju om bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa. Intresserade har ombetts att skicka ett privat meddelande via Instagram. Eftersom detta inte har lett till tillräckligt med deltagare, har flera personer tillfrågats genom snöbollsurval. Snöbollsurval innebär att en person som redan har deltagit i studien föreslår andra personer som kan ha relevanta erfarenheter (Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 103). Deltagande har även tillfrågats via bekanta. Oavsett tillvägagångssätt har det säkerställts att alla deltagare har uppfyllt samma inklusionskriterier.

Totalt har fem personer deltagit i studien, tre kvinnor och två män, i åldern 19–24 år, med ett genomsnitt på 22,2 år. Samtliga deltagare är finska medborgare bosatta i två olika regioner i Finland, Österbotten och södra Finland. De som har valt att delta har fått ta del av ett informationsbrev (Bilaga 1) samt frågorna inför intervjun (Bilaga 2) för att vara förberedda.

Alla som har deltagit i studien har sökt vård för psykisk ohälsa, främst på grund av ångest och depression. Det har förekommit olika former av ångestsyndrom, bland annat paniksyndrom. I vissa fall har ångesten varit kopplad till sömnproblem, och det har även framkommit ostabila livssituationer med suicidtankar. Den första kontaktpunkten inom primärvården har ofta varit hälsovårdscentraler. I ett senare skede har de flesta fått stöd

från andra verksamheter inom primärvården. För vissa har det varit lättare att få hjälp, för andra har det varit svårare. En har fått remiss till psykiatrisk specialistsjukvård snabbt, en annan efter ett till två år. Nästan alla har idag ett långvarigt stöd. Det är viktigt att poängtera att de erfarenheter som beskrivs i denna studie enbart handlar om primärvården.

5.2 Datainsamling

I denna studie har en semistrukturerad intervju använts som metod för datainsamling. Denna typ av intervju kombinerar förbestämda frågor med möjlighet att ställa följdfrågor beroende på informanternas svar. Till skillnad från strukturerade intervjuer är frågorna mer flexibla och kan anpassas efter hur samtalet utvecklas. Informanten får därmed större frihet att utveckla sina svar vilket ger möjlighet att få djupare förståelse av deras erfarenheter, tankar och känslor. Denna metod lämpar sig väl för att undersöka olika typer av problemställningar (Jacobsson & Skansholm, 2019, ss. 87–89).

Det viktigaste i en kvalitativ intervju är att frågorna gör det möjligt att förstå hur de intervjuade upplever sin vardag och sitt liv. För att få så utförliga och ärliga svar som möjligt bör intervjuerna vara flexibla och öppna. På så sätt kan nya perspektiv och idéer upptäckas som annars kanske inte skulle ha kommit fram. Det är också viktigt att intervjuaren inte tolkar svaren utifrån sina egna uppfattningar, utan ställer följdfrågor för att förstå vad informanterna menar (Bryman, 2002, s. 305; Engström & Juuso, 2023, s. 161).

För att säkerställa att frågorna har passat med studiens syfte och bakgrund har de granskats noggrant innan intervjuerna har påbörjats. Intervjutiderna har anpassats utifrån informanternas tidsschema och behov. Intervjuerna har genomförts som videosamtal antingen via Teams eller Whatsapp, eller hemma hos informanterna, beroende på vad som har varit mest passande för dem. Innan intervjuerna har börjat har syftet med studien förklarats, hur konfidentialiteten hanteras har tydliggjorts, och samtycke till inspelning har hämtats in (se Bilaga 1). Skribenten har klargjort att ingen annan skulle ha tillgång till materialet och att det skulle raderas efter att resultatet har blivit färdigt. Varje intervju har utförts enskilt och alla informanter har fått samma frågor (se Bilaga 2). Vid vissa tillfällen har informanterna fått följdfrågor för att förtydliga. Skribenten har undvikit att ställa ledande frågor. Alla intervjuer har spelats in och transkriberats. Den genomsnittliga längden på intervjuerna har varit 24 minuter.

5.3 Dataanalys

Analysen har genomförts med hjälp av reflexiv tematisk analys med en induktiv ansats för att tolka och bearbeta det material som har samlats in genom semistrukturerade intervjuer. Begreppet induktiv betyder att man utvecklar insikter och förståelse från mönster i data, i stället för att samla in data för att pröva modeller, hypoteser eller teorier som redan finns (Taylor, Bogdan, & DeVault, 2015, s. 18). Tematisk analys är en lämplig metod då den gör det möjligt att identifiera återkommande mönster i informanternas svar och fånga deras upplevelser på ett djupare plan (Braun & Clarke, 2006, ss. 29–30). Därför har denna metod valts för studien, eftersom den möjliggör en djupgående analys av kvalitativa data med fokus på informanternas egna perspektiv. Inom tematisk analys tolkas citat, och genom detta kan man få fram vad informanterna verkligen menar.

Reflexiv tematisk analys består av sex faser. Begreppet reflexiv handlar om att vara medveten om de egna tankarna, antaganden och perspektiv, och hur dessa påverkar tolkningen. Fas 1 innebär att sätta sig in i materialet, följt av fas 2 där relevanta delar kodas. I fas 3 formas teman, som i fas 4 granskas och utvecklas. Fas 5 innebär att förfinas teman, och i fas 6 skrivs analysen fram och kontrolleras (Kjellström, 2023, ss. 316–319).

Analysen har påbörjats genom att det transkriberade materialet har lästs flera gånger för att få en klar bild av vad som har framkommit. Detta har varit viktigt för att förstå informanternas berättelser och för att hitta mönster i deras svar. Under läsningen har ord och meningar som ofta förekommit och verkat viktiga antecknats, för att få en första uppfattning vad som har framgått i materialet. Efter att datamaterialet har blivit bekant har kodningen påbörjats. Under kodningen har viktiga ord, uttryck och meningar som beskriver informanternas upplevelser markerats. Överstrykningspennor har använts för att lättare dela upp materialet. Efter detta har koder kunnat identifieras. Exempel på koder som har kommit fram är "tid att öppna upp", "visat engagemang", "otydlig information" och "inte bli lyssnad på". Dessa koder har hjälpt till att dela upp materialet i ännu mindre delar som har gjort det lättare att analysera. Kodningen har genomförts noggrant för att se till att inget viktigt innehåll har gått förlorat.

När kodningen har slutförts har koderna sorterats in i större teman. Genom att jämföra liknande koder har bredare teman kunnat skapas. Inom flera av dessa teman har det också identifierats mönster som har blivit till subteman. Teman och subteman presenteras i

resultatdelen. Att ordna materialet på detta sätt har gjort det lättare att förstå hur informanternas upplevelser hänger ihop. Alla teman och subteman har granskats noggrant för att vara säkra på att de tydligt visar innehållet i materialet. I detta steg har vissa teman ändrats för att undvika att de överlappar varandra och för att analysen ska bli så tydlig som möjligt. Slutligen har varje tema och subtema fått ett namn som förklarar vad de handlar om, vilket har varit viktigt för att resultatet ska bli lätt att följa.

5.4 Etiska överväganden

Forskning som involverar människor kräver noggrann hänsyn till etiska aspekter, så att ingen riskerar att bli skadad eller negativt påverkad (Forskningsetiska delegationen, 2019). Det finns fyra grundläggande krav som behöver tas i beaktan inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 109). Dessa krav kommer att presenteras och förklaras närmare i detta kapitel.

Informationskravet innebär att den som utför studien har en skyldighet att ge tydlig och utförlig information till deltagarna om studiens syfte. Deltagarna ska få en kort och tydlig beskrivning av forskningsbakgrunden, anledningen till varför just de tillfrågas samt vilka metoder som kommer att användas, exempelvis intervjuer, och den beräknade tidsåtgången (Månsson & Johansson Westholm, 2023, s. 44; Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 109).

Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva måste kunna fatta beslut om sitt deltagande och ha möjlighet att när som helst avsluta sin medverkan. Informerat samtycke innebär att deltagarna får tillräcklig information om studiens innehåll och sina rättigheter, samt rätten att avstå eller dra sig ur när som helst utan negativa konsekvenser (Wiles, 2012, s. 25; Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 109).

Konfidentialitetskravet innebär att forskaren måste säkerställa att personuppgifter och insamlat material hanteras på ett säkert och konfidentiellt sätt. Deltagare ska informeras om hur deras data skyddas och hur resultaten kommer att rapporteras. Materialet ska förvaras på ett säkert ställe, hållas åtskilt och endast användas för forskningsändamål (Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 109; Wiles, 2012, s. 41).

Slutligen gäller nyttjandekravet, som innebär att det insamlade materialet endast får användas inom ramen för den aktuella forskningen, vilket ytterligare stärker deltagarnas integritet och säkerställer att deras data inte utnyttjas (Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 109).

Alla etiska aspekter har tagits i beaktande när studien har genomförts. De som har valt att delta har fått ta del av ett informationsbrev där det tydligt har framgått studiens syfte, och att datainsamlingen skulle ske genom en kort intervju, hur materialet skulle användas samt att deltagandet var frivilligt. Deltagarna har även fått ta del av intervjufrågorna i förväg för att kunna förbereda sig. Innan intervjuerna har påbörjats har studiens syfte förklarats en gång till för att säkerställa att deltagarna har förstått hur konfidentialiteten skulle hanteras samt för att inhämta samtycke till inspelning. Det har klargjorts att ingen annan skulle ha tillgång till materialet och att det skulle raderas efter att resultatet färdigställts.

Konfidentialiteten har även beaktats vid presentationen av resultatet. I stället för pronomen har termerna informanterna eller hen använts och information om vilken plats de har sökt vård på har inte nämnts. Eftersom flera av informanterna har använt dialekt har de fått godkänna de citat som har använts i resultatdelen. Syftet med detta har varit att säkerställa att de känner sig bekväma och minska risken för att någon ska kunna känna igen dem utifrån deras sätt att uttrycka sig, samt för att försäkra att skribenten uppfattat korrekt det som har sagts i intervjuerna.

6 Resultat

I detta kapitel redovisas resultatet som har tagits fram genom en reflexiv tematisk analys med en induktiv ansats. De teman som har skapats presenterar både negativa och positiva upplevelser av bemötande och stöd inom primärvården, samt önskemål om förbättring. Analysen har resulterat i fyra teman: 1) Att inte bli tagen på allvar inom primärvården, 2) Bristande kontinuitet och ansvar inom primärvården, 3) När bemötandet skapar trygghet och 4) God vård ur unga vuxnas perspektiv. Under varje tema presenteras tillhörande subteman som underrubriker på tredje rubriknivå.

För att tydliggöra analysens resultat har en tabell skapats, teman som besvarar studiens frågeställningar presenteras i den vänstra kolumnen och subteman i den högra kolumnen. Tabellen presenteras nedan.

TEMA	SUBTEMA
Att inte bli tagen på allvar inom primärvården	<ul style="list-style-type: none"> - Att inte bli förstådd eller hörd - Att känna sig som en belastning
Bristande kontinuitet och ansvar inom primärvården	<ul style="list-style-type: none"> - Att bollas runt utan hjälp - Att behöva börja om varje gång - Otydlig väg framåt i vårdprocessen
När bemötandet skapar trygghet	<ul style="list-style-type: none"> - Att bli sedd och bekräftad - Helhetssyn i bedömningen
God vård ur unga vuxnas perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Att bli förstådd som en hel person - Tydligare information och mer samtal

6.1 Att inte bli tagen på allvar inom primärvården

Flera av informanterna beskrev en upplevelse av att inte ha blivit lyssnade på, sedda eller tagna på allvar när de sökte hjälp för psykisk ohälsa inom primärvården. De upplevde att de inte hade blivit bekräftade i sin situation och att vårdpersonalen verkade ointresserad av vad de gick igenom. Det framkom också att det inte fanns tillräckligt med tid för att berätta hur man mådde när besöken upplevdes förhastade. Analysen resulterade i två återkommande subteman: 1) Att inte bli förstådd eller hörd och 2) Att känna sig som en belastning.

6.1.1 Att inte bli förstådd eller hörd

En återkommande upplevelse var att vårdpersonalen verkade sakna genuint intresse för informanternas psykiska problem. Det framkom känslor av att inte ha blivit lyssnade på,

förstådda eller tagna på allvar. Detta gjorde att vårdpersonalen upplevdes som frånvarande och ointresserade. I vissa fall hade informanterna också svårt att uttrycka sig, vilket bidrog till att de kände att vårdpersonalen inte förstod vad de försökte säga. Flera uttryckte att detta påverkade deras psykiska mående negativt, då de upplevde att de inte fick hjälp eller att bemötandet var bristfälligt. Följande två citat ger exempel på dessa upplevelser, som sedan tolkas utifrån informanternas beskrivningar.

”Ja försöka berättat att mitt mående hadd försämrats och att medicinen ja tar int hjälper. Läkaren satt å skrev på datorn [...] och sen fick jag bara hör att mediciner int löser allt och att ibland måst man helt enkelt lär se lev med e”

Citatet visar att informanten försökte berätta om sina psykiska besvär och att medicinen inte hjälpte, men upplevde att läkaren inte lyssnade. Läkaren fokuserade mest på datorn och gav ett svar som uppfattades som oengagerat och fick informanten att känna sig ovälkommen. Det som sades upplevdes inte bekräftat eller taget på allvar. Istället för att få stöd kände sig informanten ensam i sin situation.

”Ibland känns e bara som att de int ens förstår va ja säger, men de frågar ju int heller [...] iställi för att ba släng på en diagnos som ångest eller depression tycker ja di sku kuna förstå bäter först [...] men he e som att di bara antar”

Av citatet framgår en upplevelse av att vårdpersonalen inte tog sig tid för att förstå informantens berättelse på djupet. Det som framkom var inte bara en känsla av att inte bli förstådd, utan också att vårdpersonalen inte gjorde tillräckliga försök att förstå. Informanten beskrev hur primärvården verkade ha bråttom med att ställa en diagnos. Genom att nämna depression och ångest och jämföra med andra möjliga orsaker, beskrev informanten att det kändes som att vårdpersonalen drog snabba slutsatser i stället för att försöka förstå hela situationen.

6.1.2 Att känna sig som en belastning

Flera informanter beskrev att deras besök i primärvården ofta upplevdes som förhastade och opersonliga. De kände att vårdpersonalen hade bråttom och att det inte fanns tillräckligt med tid att berätta hur man mådde. Det var inte något som vårdpersonalen sade som gav intrycket att det var bråttom utan hur de agerade. Det var när vårdpersonalen gjorde snabba rörelser, verkade frånvarande och icke-verbala signaler som att läkaren satt vid datorn och stampade med foten. Detta gav en känsla av tidspress och att informanterna kände sig som en belastning och otrygga.

”He ha känsta som att di bara vill få e överstöka, man hindar knappt in föri di måst ta nästa, he känns som man int hinner säg na [...] ja föstar di har e stressot men ja önskar di sku ha tagi tid att lysen på me å int skynd se genom allt”

Citatet visar att informanten upplevde att vårdpersonalen ville få besöket överstökat så snabbt som möjligt. Informanten upplevde att tiden inte räckte till för att uttrycka sitt mående, vilket bidrog till att hen kände sig mindre betydelsefull. I stället för att känna sig välkommen och trygg, upplevde informanten att hen störde när vårdpersonalen redan från förut hade mycket att göra. Informanten uttryckte också en önskan om att vårdpersonalen skulle ha tagit sig tid att lyssna så att man i lugn och ro skulle hinna uttrycka hur man känner och varför man sökt hjälp.

6.2 Bristande kontinuitet och ansvar inom primärvården

Flera informanter beskrev att vårdbesök inom primärvården inte upplevdes som ett sammanhängande stöd. När ingen fast kontaktperson fanns och informationen uteblev kände sig många utanför och ensamma. Flera kände att de behövde kämpa själva för att få hjälp när vägledning saknades. Kontinuiteten i primärvården varierade beroende på var informanterna fick hjälp. De beskrev att de ställen där kontinuiteten fanns hade ofta långa köer och begränsade möjligheter till besök. Tre återkommande subteman identifierades: 1) Att bollas runt utan hjälp, 2) Att behöva börja om varje gång och 3) Otydlig väg framåt i vårdprocessen.

6.2.1 Att bollas runt utan hjälp

Upplevelser av att det var svårt och tidskrävande att få kontakt med primärvården återkom ofta. De kände ofta att de blev hänvisade mellan olika tjänster utan att få ett konkret stöd, och det tog ofta lång tid innan man fick en tid. Det förekom också att de blev tvungna att själva ta mycket ansvar för att få den hjälp som behövdes och att det kändes extra tungt när det redan var utmanande från början. Även fast de försökte själva, till exempel genom att ringa, kände flera att inget hände. Citatet nedan är ett exempel som lyfter fram det här subtemat, vilket tolkas utifrån informantens beskrivning.

*”Tå ja ringd ti HVC å di som int ger ein en läkartid fast man sku böv e,
utan di försöker ba iställi få ein ti ett ade ställ [...] åtminstoni to e upp
ti ett halvår föri ja fick hjälp, he to som skit läng”*

Av citatet framgår hur informanten försökte få vård men i stället hänvisades vidare till en annan lågtröskelverksamhet där kön var lång, vilket bidrog till att det tog lång tid innan någon hjälp gavs. Informanten hade flera gånger ringt till hälsovårdscentralen på grund av att måendet påverkade vardagen i sådan grad att hen behövde hjälp snabbt. Vid hälsovårdscentralen blev flera besök avbokade vilket bidrog till att det tog ännu längre tid. Att behöva vänta i flera månader beskrevs som både frustrerande och psykiskt påfrestande. Det framgick att informanten inte kände sig prioriterad, även fast behovet av vård fanns. Även om viljan att söka hjälp fanns, tog det en lång tid före något hände och väntetiden påverkade informantens mående negativt.

6.2.2 Att behöva börja om varje gång

Flera av informanterna beskrev hur de vid flera tillfällen behövde träffa nya personer inom primärvården, vilket ledde till att de fick börja om från början varje gång. När en fast kontaktperson saknades blev de tvungna att berätta sin historia om och om igen. När vården inte följde upp tidigare besök skapades en känsla av att ingen hade en helhetsbild, detta gjorde att flera kände sig uppgivna. Detta blev också problematiskt ifall medicineringen skulle ha behövt justeras, eftersom ingen enskild person hade ansvar för det. Citatet nedan valdes för att det tydliggör innehållet i detta subtema.

*”Ja sa ju min historia ti typ tio olika människor á he vart ju som játte
jobbigt fö ja ba ork int prat om dehä sama heila tidin, he sked ju äntá
int na framsteg á man mádd ännu meir skit än vanligt”*

Av citatet framgår det att informanten kände att det var psykiskt utmattande att behöva upprepa sin berättelse för olika personer inom vården. Informanten beskrev att det inte ledde till någon förändring och ökade känslan av hopplöshet. Att behöva börja om varje gång gjorde att det kändes som att ingen tog ansvar för ett långsiktigt stöd.

6.2.3 Otydlig väg framåt i vårdprocessen

Upplevelser av att få otillräcklig information om sin vård återkom i flera berättelser. Det kunde handla om vad som hände, vilka alternativ som fanns och varför vissa beslut togs. Bristen på tydlig information gjorde att flera kände sig osäkra och ensamma, men också att vissa beslut uppfattades som svåra att förstå eller omotiverade. Detta ledde till att flera hade svårt att känna sig trygga och delaktiga i besluten. Följande två citat ger exempel på dessa upplevelser, som sedan tolkas utifrån informanternas beskrivningar.

*”De va ingen som guidade mig eller förklarade hur jag kunde få hjälp
på ett längre sikt [...] Jag kände mig ganska ensam i allt och inte visste
jag ju vart jag skulle vända mig efter de första besöket”*

Citatet visar att informanten upplevde att det saknades ansvar inom primärvården. Trots att hen sökte hjälp för psykiska problem, uteblev tydlig information och vägledning efter det första besöket. Sjukskrivning erbjöds, men behovet av långsiktigt stöd kvarstod. När tydlig information och vägledning saknades efter det första vårdbesöket, lämnades informanten att känna sig osäker och ensam. Informanten uttryckte att det fanns ett behov av att någon tog ansvar för att hjälpa till att vägleda i primärvården.

*”Ja hadd int fått veta att di hadd fixa en remiss till ett ade ställ, en dag
så ringer di bara á säger att ja sku få kom dit på vårdbesök”*

Av citatet framgår att informanten upplevde bristande information i samband med överföringen till psykiatrisk specialistsjukvård. Informanten fick ett oväntat samtal om ett bokat vårdbesök till den psykiatriska specialistsjukvården och visste inte varför eller när detta beslut hade fattats. Detta bidrog till att informanten inte kände sig delaktig i de beslut som togs.

6.3 När bemötandet skapar trygghet

Även om flera av informanterna beskrev negativa upplevelser inom primärvården, framkom också flera berättelser när bemötandet upplevdes som positivt och stödjande. Vissa hade få negativa upplevelser och beskrev flera positiva saker, eller var ganska neutral. För vissa varierade upplevelserna beroende på situation eller vem de mötte. Det som kopplade samman de positiva upplevelserna var att vårdpersonalen lyssnade, tog sig tid och upplevdes vara närvarande. Detta skapade en känsla av trygghet och förtroende. Två återkommande subteman identifierades: 1) Att bli sedd och bekräftad och 2) Helhetssyn i bedömningen.

6.3.1 Att bli sedd och bekräftad

Flera av informanterna beskrev positiva upplevelser när vårdpersonalen visade att de lyssnade och brydde sig. När de tog sig tid kände flera sig tryggare. När de kände att vårdpersonalen ville förstå dem på riktigt, stärktes deras förtroende för primärvården. Det kunde handla om små saker som gjorde stor skillnad, som att bli sedd eller att någon lyssnade. Följande citat ger ett exempel på en sådan upplevelse, vilket sedan tolkas utifrån informantens beskrivning.

”Ja träffa en gång en läkare där jag kände att hon faktiskt såg mig och jag var ju nervös men det var som att hon såg det och sa åt mig att jag ska ta den tid jag behöver [...] De händer inte ofta att ja känner att nån verkligen förstår mig”

Citatet visar att läkaren anpassade besöket utifrån informantens behov. Genom att uppmärksamma att informanten var nervös och uttryckligen säga att det var okej att ta den tid som behövdes, skapades en känsla av trygghet. Detta i sin tur gjorde det lättare att våga

öppna upp och prata om sitt mående. Det framgår också att detta var en ovanlig upplevelse för informanten, men att det betydde mycket.

6.3.2 Helhetssyn i bedömningen

Det lyftes fram att det kändes betydelsefullt när vårdpersonalen tog sig tid att försöka förstå deras situation, både fysiskt och psykiskt. Genom att vårdpersonalen inte bara fokuserade på en snabb lösning utan istället gjorde en bedömning över hela måendet upplevde informanterna att de blev tagna på allvar. Detta skapade en känsla av att vårdpersonalen verkligen ville hjälpa. Följande citat ger exempel på dessa upplevelser, som sedan tolkas utifrån informantens beskrivning.

”Ja hadd ein läkar som ställd massa frågor å fråga hu man mår å ja hadd ju sånde bröstsmärtor så tå fråga hon om di hadd undersökt he na såde annos å om he sku kuna va na anat [...] hon sa också att hon sku kuna skriv ut medicin fö min ångest å si till att ja får terapi så di kan föli upp”

Av citatet framgår att läkaren ställde frågor för att få en helhetsbild, genom att både uppmärksamma fysiska symtom och erbjuda stöd för psykisk ohälsa, kände informanten att läkaren visade engagemang, vilket upplevdes som meningsfullt. När läkaren också planerade uppföljning förstärktes känslan av att bli tagen på allvar. Av citatet framgår även hur viktigt det är att ha tillräckligt med kunskap, inte bara om psykisk ohälsa men också hur både psykiska och fysiska besvär kan samverka.

6.4 God vård ur unga vuxnas perspektiv

Utifrån informanternas upplevelser uttryckte flera en önskan om att primärvården skulle anpassa deras behov på ett bättre sätt. Informanterna beskrev att det inte bara räckte med att få en tillgänglig vård utan att det också behövdes ett bemötande som kändes mänskligt, respektfullt och som utgår från deras situation. Informanterna beskrev också en önskan om att vårdpersonalen skulle ha kunskap om psykisk ohälsa samt att det fanns ett större fokus på samtal och information. Två återkommande subteman identifierades: 1) Att bli förstådd som hel person och 2) Tydligare information och mer samtal.

6.4.1 Att bli förstådd som hel person

Flera av informanterna uttryckte en önskan om att bli bemötta där hela deras situation togs på allvar. De beskrev hur viktigt det är att vårdpersonalen visar förståelse och ett medmänskligt bemötande. Flera av informanterna uttryckte flera gånger att de önskar vårdpersonalen skulle ha mer kunskap om psykisk ohälsa, särskilt om samsjuklighet och överlag hur unga vuxna påverkas av psykisk ohälsa. Följande två citat ger exempel på informanternas önskemål, som sedan tolkas utifrån deras egna beskrivningar.

”Ja sir ett gott bemötande tär man e både kunni och visar medmänsklighet, å lyssnar på vad jag säger å tar he på allvar [...] man sir no ganska tydligt på om nan bryr se eller int”

Citatet visar att informanten upplevde ett gott bemötande där det förekommer både kunskap och medkänsla. Det kommer också fram hur viktigt det är att vårdpersonalen lyssnar och tar det som man säger på allvar. Av citatet framgår också att unga vuxna är uppmärksamma på kroppsspråk och attityder, och snabbt märker om vårdpersonalen engagerar sig på riktigt.

”Nu i efterhand så önskar ja att di sku haft kunskap om att he kan vara mer än ba en sak man mår dåligt över, ja hadd ju både upplevd ångest, depression och tagi en överdos [...] Ja tänker att en bra vård är nån som ser över ens behov, alltså helheten”

Av citatet framgår hur viktigt det är att vårdpersonalen ser helheten över situationen och inte bara fokuserar på ett enskilt problem. Informanten berättar att hen samtidigt upplevde både ångest, depression och tagit en överdos, och i efterhand uttrycktes en önskan om att vårdpersonalen skulle ha haft mer kunskap om psykisk ohälsa och samsjuklighet, alltså att flera psykiska besvär kan förekomma samtidigt. Detta är viktigt för att kunna ge rätt hjälp.

6.4.2 Tydligare information och mer samtal

Det uttrycktes en önskan om att vården skulle erbjuda mer information om behandlingar och vad som händer i processen. Informanterna ville förstå vilka alternativ som fanns och vad nästa steg skulle bli. Flera beskrev att samtalet var viktigt för att känna sig trygga och

delaktiga. Det förekom att vården ibland fokuserade för snabbt på läkemedel, i stället för att först ta sig tid att prata. Samtidigt var inte informanterna negativt inställda till läkemedelsbehandling, men flera beskrev att det kändes som en snabb lösning, speciellt om inte samtalsstöd inkluderades. Följande citat beskriver denna önskan och tolkas utifrån informantens berättelse.

”Säkert vill många ha medicin men jag vill nog först ha någon att prata med så att man faktiskt kan ta de från grunden steg för steg, och om de inte hjälper kan man ju se om de är nå annat man behöver istället”

Citatet visar att informanten ville att primärvården skulle börja med samtalsstöd istället för att direkt föreslå läkemedel. Informanten var inte emot läkemedel men ville inte att det skulle vara första prioritet. I stället önskade informanten att man skulle få börja att samtala om måendet ifall det skulle hjälpa. På så sätt kunde behandlingen kännas mer genomtänkt och anpassat efter den egna situationen.

7 Diskussion

Syftet med detta avsnitt är att diskutera och granska studiens metod och resultat. Kapitlet delas in i tre delar: en resultatdiskussion, en metoddiskussion och avslutas med en slutsats. Diskussionen syftar till att knyta ihop studiens olika delar och kan ses som en värdering av den genomförda studien (Henricson, 2023, s. 491).

7.1 Resultatdiskussion

I det här kapitlet diskuteras studiens resultat i relation till syftet, frågeställningarna, tidigare forskning samt den teoretiska utgångspunkten, Halldórsdóttir (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care*. Resultatdiskussionen följer det upplägg som föreslås av Henricson (2023, ss. 497–498), där resultatet diskuteras i fyra delar: en sammanfattande beskrivning av huvudfynden, en jämförelse med tidigare forskning, en reflektion utifrån teori samt en avslutande del om kliniska implikationer. De kliniska implikationerna tas upp i kapitel 7.3.

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur unga vuxna har upplevt bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa, samt hur de har önskat bli bemötta och få stöd i kontakt med primärvården. Studien har utgått från följande frågeställningar: Hur upplever unga vuxna bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa? Hur önskar unga vuxna bli bemötta och få stöd i vid psykisk ohälsa inom primärvården?

Resultatet har visat att informanterna ofta har upplevt att deras psykiska problem inte har tagits på allvar inom primärvården. Flera har beskrivit att de inte har blivit lyssnade på, inte har känt sig förstådda, eller att besöken har upplevts som förhastade. Det har också framkommit att många har upplevt primärvården som osammanhängande, särskilt när det gäller kontinuitet och tillgång till stöd. Upplevelserna har varierat beroende på situation, med detta sagt har flera informanter även lyft fram positiva upplevelser, där vårdpersonal har tagit sig tid, lyssnat aktivt och försökt förstå hela situationen. Informanterna har uttryckt önskemål om mer utrymme för samtal, helhetssyn, ökad kunskap om psykisk ohälsa och möjlighet till delaktighet. För att skapa en god vårdrelation har informanterna beskrivit att medkänsla och respekt är viktigt.

Ett av studiens mest framträdande huvudfynd har varit att informanterna ofta har upplevt att deras psykiska problem inte har tagits på allvar inom primärvården. Denna upplevelse har grundat sig i att informanterna inte har känt sig lyssnade på, förstådda, eller att vårdpersonalen har haft bråttom, vilket har bidragit till att samtalet har känts otillräckligt. Dessa upplevelser har påverkat deras psykiska mående negativt och har gjort att de har känt sig mindre betydelsefulla. Resultatet överensstämmer med tidigare forskning av Rikala (2018, s. 166), där unga vuxna också beskrev svårigheter med att bli tagna på allvar av vårdpersonal utan att få bekräftelse och det stöd som behövdes. Samtidigt skilde sig fynden åt. Rikala fokuserade mera på praktiska hinder i primärvården och inte på de känslomässiga upplevelser som förekommer i skribentens resultat.

Andra studier har däremot visat att bemötandet i sig har haft stor betydelse för det psykiska måendet. Looijmans et al. (2024, s. 5) beskrev hur unga vuxna inte kände sig höra, att det saknades tid och att de inte fick tillräckligt med uppmärksamhet av vårdpersonal. På liknande sätt visade Bond et al. (2024, s. 36) att ett dömande bemötande eller att bli förminskad kunde försämra det psykiska måendet. Dessa studier visade hur viktiga de känslomässiga upplevelserna var i bemötandet vid psykisk ohälsa.

Ett annat fynd i studien har visat att informanterna har upplevt flera brister i vårdkontakten med primärvården. Detta har grundat sig i en upplevelse av bristande kontinuitet, där informanterna har behövt berätta sin historia flera gånger och ofta har hänvisats vidare utan att få tydligt stöd. Detta har bidragit till att de har känt sig osäkra, ensamma och psykiskt belastade. Liknande resultat beskrevs även i tidigare forskning, där bristande kontinuitet och otillräckligt stöd inom primärvården var ett vanligt problem (Suomela & Mikkola, 2023; Kiviruusu & Suvisaari, 2024). Dessa studier bekräftade att det fanns brister i både kontinuitet och stöd i primärvården. En skillnad var att det inte framgick om de känslomässiga upplevelser som kan uppstå, utan hur primärvården fungerar i praktiken. Eftersom alla informanter i denna studie är finska medborgare är dessa källor ändå relevanta, eftersom de visade hur vården i Finland är uppbyggd och fungerar.

För att få en djupare förståelse för hur unga vuxna själva upplever brist på stöd och kontinuitet kan man jämföra med Westberg et al. (2025, ss. 5–6), där det framkom att unga vuxna ofta hänvisades runt mellan olika tjänster utan att få tillgång till det stöd de behövde. Att behöva upprepa sin historia flera gånger upplevdes som utmattande, och för vissa som den värsta delen av processen. Detta ledde till självtvivel, hopplöshet och känslan av att inte bli tagen på allvar av vårdpersonalen.

Tidigare har brister i bemötande och stöd inom primärvården diskuterats. Det tredje fyndet har däremot visat att det finns exempel på positivt bemötande och stöd. Informanterna har särskilt beskrivit hur det har känts betydelsefullt när någon verkligen har sett dem och har tagit sig tid att lyssna. När de har upplevt att vårdpersonalen har velat förstå dem på riktigt och försökt se helheten, har det skapat en känsla av trygghet och förtroende. Detta överensstämde med Davis et al. (2018, ss. 652–654), som visade att patienter kände sig mer sedda och omhändertagna när vårdpersonalen tog hänsyn till helheten i deras livssituation, där både fysiska och psykiska behov beaktades. Detta bidrog till ökad trygghet och tillit i vårdrelationen. Även i Bond et al. (2024, s. 34) framkom det att patienter med psykisk ohälsa upplevde att vårdpersonalen verkligen ville förstå dem när de blev bemötta med medkänsla och vårdpersonalen lyssnade aktivt.

För att kunna utveckla primärvården vid psykisk ohälsa är det viktigt att förstå hur unga vuxna själva vill bli bemötta. Det fjärde fyndet har visat att informanterna tydligt beskrivit sina önskemål kring vad de uppfattar som god vård. De har lyft fram hur viktigt det har varit

att vårdpersonal har kunskap om psykisk ohälsa och att få vara delaktiga i vårdprocessen. Informanterna har uttryckt att ett bemötande som har känts mänskligt, tryggt och respektfullt har varit betydelsefullt för att skapa en god vårdrelation. Detta kan relateras till ett personcentrerat förhållningssätt (McCormack & McCance, 2016, ss. 219–220). Vidare beskriver Lovén Wickman & Coetzee (2024, s. 61) att ökad kunskap om återhämtning vid psykisk ohälsa utgör en grund för personcentrerad vård, vilket i sin tur stärker de unga vuxna och deras delaktighet i vården.

I denna studie har informanterna även lyft fram en önskan om att få mer utrymme för samtal i stället för enbart läkemedelsbehandling. Liknande resultat beskrevs av Ashcroft et al. (2021, ss. 1173–1175) där flera som sökt vård för psykisk ohälsa inom primärvården ansåg att medicinering var viktigt, men att det ofta blev en standardlösning. Flera hade istället önskat samtalsterapi. Dessutom framhåller Wickman & Coetzee (2024, s. 61) att samtalet är en viktig del av återhämtningen vid psykisk ohälsa för unga vuxna.

Halldórsdóttir (1996), *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care* ger en tydlig teoretisk ram för att förstå resultatet. Teorin beskriver hur ett professionellt vårdande skapar en bro mellan patient och vårdare. Det professionella vårdandet uppfattas som en kombination av kompetens, vårdande och anknytning. Informanterna har önskat mer kunskap om psykisk ohälsa, vilket kan förstås som ett behov av kompetens, där vårdaren har förmågan att se helheten och ge rätt stöd. När de har beskrivit hur viktigt det har varit att känna sig lyssnade på och tagna på allvar, motsvarar detta den vårdande delen, där vårdaren visar engagemang och genuint bryr sig om personen. En kombination av dessa delar bidrog till att skapa anknytning och tillit. Anknytningen kan ses som en bro där trygghet och samhörighet byggs upp (Halldórsdóttir, 1996, ss. 33–34).

I de situationer där informanterna har upplevt att de inte har blivit tagna på allvar, kan enligt teorin ses som en mur, där vårdrelationen kännetecknas av distans, brist på lyhördhet och avsaknad av förståelse, alltså ett icke-vårdande förhållningssätt. Detta leder till en upplevelse av att relationen saknar närhet och medkänsla. Svårigheter att bygga en relation kan också uppstå på grund av inre och yttre faktorer. Dessa yttre faktorer som beskrivs i teorin är något som flera informanter har beskrivit som hinder för att känna sig trygga, till exempel avsaknad av kontinuitet och tidsbrist (Halldórsdóttir, 1996, ss. 35–38).

Med detta sagt bidrar teorin till att förstå hur viktigt vårdpersonalens bemötande är för patientens upplevelser, där både inre och yttre faktorer kan påverka hur de upplever vården. Ett gott bemötande kan bygga en bro som skapar trygghet, men ett bristfälligt bemötande riskerar att skapa en mur som försvårar vårdrelationen.

7.2 Metoddiskussion

Metoddiskussionen syftar till att visa hur arbetets kvalitet har säkerställts. Det är viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt och lyfta både styrkor och svagheter i det som har gjorts. För att visa att studiens resultat är tillförlitliga har begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet använts som stöd (Henricson, 2023, s. 492).

I denna studie har en kvalitativ metod använts, vilket har ansetts vara relevant för studiens syfte. Studiens syfte har varit att få en djupare förståelse för unga vuxnas upplevelser av bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa, samt hur de har önskat att bemötandet och stödet ska vara. Kvalitativ forskning har både fördelar och nackdelar. Den ger möjlighet att undersöka ett fenomen på ett djupare sätt, men resultaten är svåra att generalisera till en större grupp (Jacobsson & Skansholm, 2019, s. 86).

Syftet med urvalet har varit att hitta unga vuxna som har haft erfarenheter av primärvården vid psykisk ohälsa, och därför har ett ändamålsenligt urval ansetts mest passande. Skribenten har också bedömt att inklusionskriterierna har varit lämpliga för att besvara studiens syfte. Överförbarheten kan ha begränsats av det lilla urvalet, eftersom endast fem personer har deltagit i studien. Ämnet har varit omfattande, och eftersom skribenten har arbetat ensam har fokus lagts på kvalitet och förståelse istället för att ha så många informanter som möjligt.

Datainsamlingen har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer, eftersom denna metod har ansetts vara lämplig för att fånga informanternas berättelser men också för att hålla en viss struktur. En nackdel med datainsamlingen har varit att intervjuerna har varierat mycket i längd, vilket har upplevts som tidskrävande. Den längsta intervjun har varit cirka 40 minuter och den kortaste cirka 15 minuter. Eftersom alla intervjuer har spelats in har detta inte påverkat hur mycket information som har samlats in. Deltagarna har valt själva var intervjun ska befinna sig. Olika miljöer och intervjuer på distans har inte upplevts som ett hinder, men det kan inte uteslutas om dessa faktorer har påverkat intervjuens djup

eller den icke-verbala kommunikationen omedvetet. I några intervjuer har det funnits tidigare bekantskap vilket kan ha orsakat en risk för påverkan av resultatet, men skribenten har ansett att det kunde vara en fördel då de har uppfyllt kriterierna och därmed har kunnat bidra positivt till studien. Den trygga relationen har kunnat bidra till öppnare samtal och ärlighet. Pålitligheten har beaktats genom att alla informanterna har fått samma frågor och kunnat ställa följdfrågor under intervjun.

Som analysmetod har den reflexiva tematiska analysen med induktiv ansats valts. Även om denna analysmetod har ansetts vara lämplig för att besvara studiens syfte, har det samtidigt kunnat vara en fördel att använda innehållsanalys eftersom den har varit bekant från utbildningen. Orsaken till varför den reflexiva tematiska analysen har valts är för att den kan identifiera upplevelser på ett djupare plan, till skillnad från innehållsanalys, som ofta fokuserar på enskilda ord eller fraser (Braun & Clarke, 2006, ss. 29–30). Eftersom den reflexiva tematiska analysen inte har varit välkänd från förut, har skribenten behövt läsa in sig på metoden och sätta sig in i hur den fungerar för att få ett pålitligt resultat. På grund av detta har det krävts mer självständigt arbete och fördjupning för att det skulle kännas tryggt. En induktiv ansats har använts eftersom syftet har varit att få fram unga vuxnas egna upplevelser av bemötande och stöd vid psykisk ohälsa. Genom att inte utgå från till exempel en färdig teori har informanternas berättelser kunnat lyftas fram utan att påverkas av förutfattade meningar. Under arbetets gång har handledaren också fått ta del av analysen. Trovärdigheten har stärkts genom att intervjuerna har analyserats noggrant steg för steg.

En nackdel har varit att skribenten har genomfört studien på egen hand, vilket kan ha påverkat hur analysen har utförts. Inför studien har det också funnits en förförståelse för ämnet, och detta har skribenten varit medveten om under hela processen. Enligt Kjellström (2023, s. 320) skiljer sig den reflexiva tematiska analysen från andra analysmetoder, eftersom det anses vara fullt tillräckligt att en person gör sin tolkning. Med detta sagt har skribenten ansett att den valda analysmetoden har varit lämplig och pålitligheten har beaktats genom att noggrant beskriva hur studien har utförts. Skribenten har också varit aktiv i att ställa frågor till handledaren om frågor som har uppstått. Trovärdigheten har stärkts genom att de teman som har framkommit i resultatet har tagits fram direkt ur informanternas egna berättelser.

Etiska principer har tagits i beaktande under hela processen. Eftersom psykisk ohälsa kan vara ett känsligt ämne att prata om, har detta tagits i beaktande under intervjuerna. Informanterna har fått dela med sig i den takt de själva har känt sig bekväma med, och på samma gång har ett rikt och meningsfullt material samlats in.

7.3 Slutsats

Denna studie har undersökt hur unga vuxna har upplevt bemötande och stöd inom primärvården vid psykisk ohälsa, samt hur de har önskat bli bemötta och få stöd. Resultatet har visat att unga vuxnas upplevelser av bemötande och stöd inom primärvården har varierat, men att bemötandet tydligt har haft stor betydelse för deras psykiska hälsa. Huvudfynden har visat att unga vuxna ofta har upplevt att de inte har blivit tagna på allvar, samt att det har funnits brister i kontinuitet, information och tillgång till stöd. Det har framkommit att ett gott bemötande, känslan av att bli lyssnad på och att få stöd av vårdpersonal som har visat engagemang har kunnat göra stor skillnad. Samtidigt har inte alla fått den upplevelsen, vilket har visat att det finns brister i bemötande och stöd inom primärvården.

Utifrån studiens resultat men även tidigare forskning, finns det tydliga skäl att vårdpersonal inom primärvården bör erbjudas fortbildning kring bemötande och psykisk ohälsa hos unga vuxna, i syfte att bättre kunna möta deras behov. Studiens resultat visar också att det bör finnas bättre möjligheter till samtalsstöd för unga vuxna med psykisk ohälsa. Utifrån detta framstår ett behov av att stärka resurser inom detta område, bland annat genom att prioritera lågtröskeltjänster där det kan vara lättare att söka hjälp utan krav.

Även personcentrerad vård är något som primärvården borde utgå från, särskilt då unga vuxna i denna studie har beskrivit att de har önskat en vård med helhetssyn, där de har blivit sedda, förstådda och delaktiga. Detta är aspekter som överensstämmer med personcentrerad vård och som informanterna har upplevt som positiva. Det räcker inte att enbart vårdpersonal har förståelse för detta utan också att ansvariga på högre nivåer ser hur viktigt det är och skapar förutsättningar för det i praktiken. Om inte tid och kontinuitet finns blir det svårt att arbeta personcentrerat med unga vuxna.

Slutligen finns det behov av mer forskning för att öka förståelsen för hur primärvårdens arbetssätt och resurser påverkar möjligheten att ge ett bra stöd till unga vuxna med psykisk

ohälsa. I studien har flera hinder framkommit, såsom brist på kunskap och hög arbetsbelastning, men det är fortfarande oklart hur mycket dessa faktorer påverkar bemötandet och stödet i praktiken. För att hitta effektiva lösningar krävs därför en djupare förståelse för hur primärvården fungerar. Ökad kunskap inom detta område kan bidra till att utveckla vården. Sammanfattningsvis är bemötandet betydelsefullt för hur vården upplevs, och det är viktigt att unga vuxna får ett stöd som känns tryggt och hjälpsamt, så att primärvården kan vara både tillgänglig och anpassad efter deras behov.

8 Litteraturförteckning

- Appelqvist-Schmidlechner, K. (2025). Mielenterveys ja opiskeluikäisten mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushäiriöt. I Y. Silén, E. Huikko, T. Aalto-Setälä, H. Haravuori, & M. Marttunen, *Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushäiriöt opiskeluterveydenhuollossa — Arviointi, hoito ja käytännöt* (Ohjaus 1/2025, ss. 17–46). Institutet för hälsa och välfärd. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-449-9>
- Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., . . . McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(4), 1168–1177. doi:10.1111/hex.13242.
- Bond, C., Hui, A., Timmons, S., Wildbore, E., & Sinclair, S. (2024). Discourses of compassion from the margins of health care: the perspectives and experiences of people with a mental health condition. *Journal of mental health*, 31–39. doi:10.1080/09638237.2022.2118692.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder* (1 uppl.). (O. Håkansson, Red.) Stockholm: Liber.
- Davis, M. M., Gunn, R., Gowen, L. K., Miller, B. F., Green, L. A., & Cohen, D. J. (2018). A qualitative study of patient experiences of care in integrated behavioral health and primary care settings: more similar than different. *Translational behavioral medicine*, 8(5), 649–659. doi:10.1093/tbm/ibx001.
- Echeverri, P. (2010). *Bemötandeboken* (1 uppl.). Stockholm: Norstedts.
- Engström, Å., & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (ss. 151–163). Studentlitteratur AB.
- Eriksen, A. A., Fegran, L., Fredwall, T. E., & Beate, L. I. (2023). Patients' negative experiences with health care settings brought to light by formal complaints: A

qualitative metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 32(17–18), 5816–5835.
doi:doi.org/10.1111/jocn.16704.

Eräkare-Laamo, J. (2024). Turvasuunnitelma: ohjeita hoitajalle. I *Hoitotyön tietokanta*.
Hämtat 10.3.2025 från Terveysportti.fi

Finlands regering. (2024). *Hallituksen esitys eduskunnalle lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaksi lainsäädännöksi* (RP 131/2024 rd). Social- och hälsovårdsministeriet.
<https://finlex.fi/api/media/governmentproposal/2265/mainPdf/main.pdf?timestamp=2024-09-23T00%3A00%3A00.000Z>

Forsell, M. (2022). *Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020* (Tilastoraportti 21/2022). Institutet för hälsa och välfärd.
<https://www.julkari.fi/handle/10024/144513>

Forskningsetiska delegationen. (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland* (Publikationer 3/2019).
Forskningsetiska delegationen. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Fossum, B. (. (2019). *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Glantz, A., & Salberg, J. (24. 4. 2024). Vård och bemötande vid psykisk ohälsa. I *Vårdhandboken*. Hämtat 5.12.2024 från
<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/var-d-och-bemotande-vid-psykisk-ohalsa/var-d-och-bemotande-vid-psykisk-ohalsa---oversikt/>

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2022). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
Hämtat från Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME):
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young

adults: findings from a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 18(1), 65–65.
doi:10.1186/s12888-018-1647-5.

- Hakala, S. (2024). Mitä ahdistus on? Ahdistus kehollisena ja tunnekokemuksena. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 4.4.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Hakala, S. (2024). Vuorovaikutus ahdistuneen potilaan kanssa: empatia, validaatio ja psykoedukaatio. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 20.2.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care - developing a theory*. Linköping University, Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences. Linköping: Linköping University.
- Henricson, M. (2023). Diskussion. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., ss. 491–500). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., ss. 115–125). Lund : Studentlitteratur AB.
- Hentunen, L. (2024). Paniikkihäiriö. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 10.4.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Hermann, V., Durbeej, N., Karlsson, A.-C., & Sarkadi, A. (2022). Feeling mentally unwell is the “new normal”. A qualitative study on adolescents’ views of mental health problems and related stigma. *Children and Youth Services Review*, 143, 1–8.
doi:10.1016/j.chilyouth.2022.106660.
- Hewitt-Taylor, J. (2018). *Personcentrerad vård i praktiken* (1:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Huhta, H., Tourunen, J., Kaskela, T., Takala, J., Helfer, A., Jurvanen, S., . . . Pitkänen, T. (2023). *Expanding the understanding of low threshold services for young people* (Policy Brief 9/2023). Prime Minister’s Office.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164402/9-2023-Expanding%20the%20understanding%20of%20low-threshold%20services%20for%20young%20people.pdf>

- Hyvönen, O. (2025). Masentunut potilas hoitajavastaanotolla. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 10.4.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Institutet för hälsa och välfärd. (5. 12. 2023). *Främjande av psykisk hälsa*. Hämtat 25.3.2025 från <https://thl.fi/sv/teman/psykisk-halsa/framjande-av-psykisk-halsa>
- Institutet för hälsa och välfärd. (7. 12. 2023). *Mielenterveyspalvelut*. Hämtat 18.3.2025 från <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Institutet för hälsa och välfärd. (7. 12. 2023). *Positiv psykisk hälsa*. Hämtat 12.4.2025 från <https://thl.fi/sv/teman/psykisk-halsa/framjande-av-psykisk-halsa/positiv-psykisk-halsa>
- Institutet för hälsa och välfärd. (4. 3. 2024). *Ångestsyndrom*. Hämtat 3.10.2024 från <https://thl.fi/sv/teman/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>
- Jacobsson, K., & Skansholm, A. (2019). *Handbok i uppsatsskrivande - för utbildningsvetenskap* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Jarbin, H. (2023). Depression hos barn och unga. I *Barnpsykiatri*. Hämtat 20.12.2023 från medibas.se
- Kiviruusu, O., & Suvisaari, J. (2024). *KOTT-tutkimuksen tuloksia: Mielenterveys ja mielenterveyspalvelujen riittävyys*. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtat 4.4.2025 från https://www.thl.fi/kott_verkkoraportit/ilmioraportit_2024/mielenterveys_ja_mielenterveyspalvelujen_riittavyys.html
- Kjellström, S. (2023). Tematisk analys . i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., ss. 313–331). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65–67. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67.
- Lavikainen, P. T., Lehtimäki, A.-V., Heiskanen, J., Luoto, R. M., Ademi, Z., & Martikainen, J. A. (2025). The Impact of Chronic Conditions on Productivity-Adjusted Life-Years in

Both the Workplace and Household Settings in the General Adult Population in Finland. *Value in health*, 28(3), ss. 379–388. doi:10.1016/j.jval.2024.09.017.

- Liinaharja, A. (2022). Masentuneen potilaan hoito. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 10.3.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Liinaharja, A. (2024). Ahdistuneisuushäiriö. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 10.2.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Liinaharja, A. (2024). Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoito. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 8.4.2025 från [Terveysportti.fi](https://terveysportti.fi)
- Linnaranta, O., Strand, T., Suvisaari, J., Partonen, T., & Solin, P. (2022). *Mielenterveysstrategia 2020-2030: Toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto* (Työpaperi 55/2022). Institutet för hälsa och välfärd. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>
- Looijmans, M., Elzinga, E., Popma, A., van Bergen, D., Gilissen, R., & Mérelle, S. (2024). Understanding the needs and perspectives of young adults with recent suicidal ideation: insights for suicide prevention. *Frontiers in child and adolescent psychiatry*, 3, 1–11. doi:10.3389/frcha.2024.1376872.
- Lovén Wickman, U., & Coetzee, C. (2024). Mental Illness among Young Adults in Primary Care and Community Context. i L. David, *Nursing Studies - A Path to Success* (ss. 53–65). Intechopen. doi:10.5772/intechopen.1001684.
- Lovén Wickman, U., & Schmidt, M. (2023). Experiences of primary care among young adults with mental illness – A systematic literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(3), 628–641. doi:10.1111/scs.13167.
- Lundh, A. (2025). Suicid, suicidförsök och självskada bland barn och ungdomar. I *Barnpsykiatri*. Hämtat 10.4.2025 från medibas.se
- Mattila, K.-P. (2019). Arvostavan kohtaamisen taidon vahvistaminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 136(7), ss. 828–9.
- Mayer, L., Barzel, A., Clemens, V., Fegert, J., Grau, K., Gündel, H., . . . Oexle, N. (2025). Barriers to suicide prevention in primary care: A qualitative study among general

- practitioners in Germany. *Mental Health & Prevention*, 37(5), 1–5.
doi:10.1016/j.mhp.2024.200381.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care : Theory and Practice* (2 uppl.). Newark: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Mellstrand, A. (2022). *Psykiatri för icke-psykiatriker* (1:a uppl.). (C. Lindvall, Red.) Stockholm: Gothia kompetens.
- Molin, J. (2024). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundnivå* (4:e uppl.). (G. Wiklund, Red.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Månsson, N., & Johansson Westholm, L. (2023). *En handbok i forskningsetik : att motverka plagiering, fabricering, förfalskning och annan oredlighet* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nager, A. (2021). Social fobi. I *Psykiatri*. Hämtat 10.4.2025 från medibas.se
- Rantanen, M., & Kukkonen, M. (2024). Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 10.3.2025 från Terveysportti.fi
- Rikala, S. (2018). Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämänkuluissa. *Yhteiskuntapolitiikka-lehti*, 83(2), ss. 159–170. Hämtat från <http://www.julkari.fi/handle/10024/136255>.
- Rovasalo, A. (2022). *Masennustila eli depressio*. Hämtat 24.2.2025 från Terveyskirjasto.fi: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>
- Rovasalo, A., & Eerola, H. (2023). *Ahdistus ja ahdistuneisuus*. Hämtat 23.2.2025 från Terveyskirjasto.fi: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875–878. doi:doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054.
- Skärsäter, I., & Lilas, A. (2019). Psykisk ohälsa. i A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (3 uppl., ss. 639–666). Lund: Studentlitteratur AB.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2020). *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020 - 2030* (Publikationer 7/2022). Social- och hälsovårdsministeriet.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162054/STM_2020_7_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Social- och hälsovårdsministeriet. (13. 3. 2025). *Mentalvård*. Hämtat 7.4.2025 från <https://stm.fi/sv/mentalvardstjanster>

Social- och hälsovårdsministeriet. (27. 3. 2025). *Välfärdsområdena ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet*. Hämtat 8.4.2025 från <https://stm.fi/sv/valfardsomraden>

Steingrimsson, S. (2024). Depression. I *Psykiatri*. Hämtat 15.1.2025 från medibas.se

Strand, T. (2024). Stigma hoitotyössä – Mitä hoitajan tulisi tietää? I *Hoitotyön tietokanta*. Hämtat 15.4.2025 från Terveysportti.fi

Suomela, T., & Mikkola, A. (2023). *Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022 : Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa jatkaa heikentymistään – asiakas tapaa entistä useammin eri henkilön* (Tilastoraportti 16/2023). Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146496>

Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to qualitative research methods : A guidebook and resource* (4 uppl.). Hoboken : John Wiley & Sons, Incorporated.

Tuovila, T., Seilo, N., & Kunttu, K. (2021). *Guide för studerandehälsovården 2021* (Publikationer 15/2021). Social- och hälsovårdsministeriet. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163320>

Ungdomslagen 1285/2016. (2016). Hämtat 27.3.2025 från www.finlex.fi

United Nations. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. United Nations Sustainable Development Group. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>

Väisänen, V., Linnaranta, O., Sinervo, T., Hietapakka, L., & Elovainio, M. (2024). Healthcare use of young finnish adults with mental disorders - profiles and profile

membership determinants. *BMC family practice*, 25(1), 1–12. doi:10.1186/s12875-024-02497-z.

Westberg, K. H., Cerna, K., Ahlborg, M. G., Malmberg, J. S., Svedberg, P., & Petersson, L. (2025). Next stop - mental health: a qualitative study of healthcare journeys from the perspective of young adults in Sweden. *BMC health services research*, 25(1), 1–12. doi:10.1186/s12913-025-12510-5.

Wiles, R. (2012). *What are qualitative research ethics?* London: London Bloomsbury Academic.

World Health Organization. (2018). *Mental health in primary care: illusion or inclusion?* World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326298/WHO-HIS-SDS-2018.38-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/356119>

Bilaga 1

Informationsbrev:

Jag heter Linn Ahlskog och studerar mitt tredje år till sjuksköterska vid Yrkeshögskolan Novia. Jag genomför just nu mitt examensarbete och genomför en studie om hur unga vuxna med psykisk ohälsa upplever bemötandet inom primärvården. Syftet med studien är att få en djupare förståelse för patienternas erfarenheter och att lyfta fram viktiga aspekter av bemötandet som kan bidra till en mer förstående och anpassad vård.

Bemötande handlar om hur vi är mot varandra, det syns när vi pratar, vilken ton vi använder och vårt kroppsspråk. Ett gott bemötande kännetecknas av engagemang, vänlighet, validering, samarbete, respekt, lyhördhet och empati.

Deltagandet är helt frivilligt, och du har rätt att avbryta din medverkan när som helst utan att ange något skäl. Intervjun beräknas ta cirka 20–30 minuter och kan genomföras antingen som ett fysiskt möte eller som videosamtal, till exempel via Teams, och kan komma att spelas in. Dina svar kommer att användas som en del av mitt examensarbete vid Yrkeshögskolan Novia och publiceras i Theseus, det nationella systemet för examensarbeten. Alla svar behandlas konfidentiellt. Ingen information som kan identifiera dig kommer att framkomma i studien.

Dina erfarenheter är viktiga och kan hjälpa till att förbättra bemötandet av unga vuxna med psykisk ohälsa inom primärvården. Jag vore tacksam om du vill delta i studien.

Om du har några frågor eller önskad om mer information, är du välkommen att kontakta mig:

Linn Ahlskog, studerande
linn.ahlskog@edu.novia.fi

Marlene Gädda, ansvarig lärare
marlene.gadda@novia.fi

Med vänliga hälsningar,

Linn Ahlskog

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Bilaga 2

Kön:

Ålder:

Medborgarskap:

1. Vad är orsaken till att du sökt vård för psykisk ohälsa inom primärvården?
2. Hur har du upplevt bemötandet från vårdpersonal inom primärvården?
3. Hur skulle du beskriva det stöd du fått inom primärvården vid psykisk ohälsa?
4. Fick du den hjälp och det stöd du förväntade dig? Om inte, vad saknades?
5. Kände du att vården var anpassad efter dina behov som ung vuxen?
6. Vad betyder ett gott bemötande för dig, och hur skulle du vilja bli bemött av vårdpersonal?
7. Vilken kunskap tycker du att vårdpersonal borde ha mer av när det gäller unga vuxna med psykisk ohälsa?
8. Hur skulle du önska att primärvården såg ut för unga vuxna med psykisk ohälsa?
9. Finns det någon upplevelse inom primärvården som du minns särskilt väl och vill berätta om?
10. Har du något du vill tillägga?

Tack på förhand!