Folkhälsomyndigheten

Psykisk ohälsa bland högskole- och universitetsstudenter kan förebyggas

Publicerad: 6 september 2018
Uppdaterad: -



Innehåll

Om publikationen

Bakgrund

Psykiska besvär bland högskole- och universitetsstudenter – vad visar forskning?

Psykiska besvär bland studenter – omfattning och konsekvenser

Skillnader i självskattad psykisk ohälsa mellan studenter och yrkesverksamma i åldern 18–29 år

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Psykologiska interventioner för studenter har kvarstående effekter

Bakgrund

Syfte

Metod

Resultat

Betydelsen av att främja studenters psykiska hälsa på alla nivåer

Interventioner för att främja psykisk hälsa som berör hela lärosätet – vad visar forskning?

Slutsatser

Mer läsning

Referenser

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.folkhalsomyndigheten.se

Om publikationen

Den här publikationen ger information om utbredningen och utvecklingen av psykiska besvär bland studenter och om betydelsen av hälsofrämjande insatser. Vi vänder oss i första hand till dig som är beslutsfattare på universitet eller högskola och har ansvar för studenters utbildning och arbetsmiljö. Publikationen kan även vara av intresse för dig som är politiker eller arbetar på en studenthälsa eller en studentkår.

Bakgrund

Nationella studier visar på höga andelar av psykisk ohälsa, i synnerhet i den yngre befolkningen (1-4). Psykisk ohälsa bland högskole- och universitetsstudenter har uppmärksammats exempelvis genom Studenthälsans undersökning vid Malmö högskola från 2013(5) och en undersökning om studenters studiemiljö, stress och hälsa vid Sahlgrenska akademin 2017 (6). Resultaten pekar på att en hög andel studenter upplever stress, har symtom på utmattning, ångest och depression och känner oro för att inte klara av sina studier.

Bland studenter på högskola och universitet är andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande, suicidtankar eller besvär av oro, ängslan eller ångest högre än bland yrkesarbetande i samma åldersgrupp. Ingen av grupperna visar några tydliga förändringar av den psykiska ohälsan över tid.

Psykisk ohälsa, t.ex. besvär av ångest, depression och stress, är den vanligaste orsaken till att studenter söker sig till en studenthälsomottagning (7). Högskolor och universitet är därmed en viktig arena för att nå unga vuxna med insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa.

Psykiska besvär bland högskole- och universitetsstudenter – vad visar forskning?

Avsnittet inleds med en beskrivning och definition av psykisk hälsa och ohälsa. Det tar också upp svenska och internationella forskningsresultat inom området psykisk hälsa och studenter.

Begreppet psykisk ohälsa kan inkludera olika typer och grader av psykiska problem, allt från upplevda problem av oro och bekymmer till diagnostiserad psykisk sjukdom, se faktaruta 1.

Faktaruta 1

DEFINITIONER (8)

Psykisk hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i. Psykisk hälsa innefattar alltså något mer än frånvaro av psykisk ohälsa, och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang som hon eller han lever i. Ibland används även begreppet positiv psykisk hälsa.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Begreppet rymmer olika former av psykiska besvär och även kliniskt definierade sjukdomstillstånd. Ibland används även begreppet negativ psykisk hälsa.

Psykiska besvär

Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom såsom oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. Symtomen är inte så omfattande att en diagnos kan sättas och de är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom är tillstånd där flera symtom uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem. Två etablerade diagnossystem är WHO:s International Classification of Diseases (ICD) och den amerikanska psykiatriska yrkesföreningens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Psykiska besvär bland studenter – omfattning och konsekvenser

I de flesta studier bland studenter har självskattningsinstrument använts, och de mäter subjektivt upplevd psykisk ohälsa i form av symtom på depression, ångest, oro och stress. I den här broschyren används termen psykiska besvär.

Psykiska besvär – vad visar internationella studier?

Psykiska besvär bland högskole- och universitetsstudenter är vanligt förekommande. Det finns systematiska litteraturöversikter som bygger på enkätundersökningar bland studenter från olika delar av världen, och enligt dem rapporterar 27–34 procent av studenterna att de har depressiva symtom (9-11). Asien utgör ett undantag, där hela 43 procent av sjuksköterskestudenterna rapporterar depressiva symtom, men det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan Europa, Arabstaterna och Nord- och Latinamerika bland blivande sjuksköterskor (11).

Enligt en översikt finns en stor variation i andelen studenter med symtom på ångest: 8–51 procent (12). Systematiska litteraturöversikter visar också att psykiska besvär är vanligare bland studenter än övrig befolkning (9, 10), och i studier från Australien, USA och Kanada är andelarna med psykiska besvär högre i jämförelse med yrkesverksamma i samma åldrar (13-15). Vidare visar studier bland studenter från Australien och USA att psykiska besvär är vanligare bland kvinnor, minoritetsgrupper och dem med ekonomiska problem än bland studenter som inte tillhör dessa grupper (13, 16, 17). Undersökningar bland studenter i Storbritannien och USA visar även att det finns ett samband mellan psykiska besvär och sämre studieresultat (18, 19) samt studieavbrott (19).

En studie från Storbritannien tyder på att symtom på ångest och depression ökar i början av studietiden och sedan stannar på en hög nivå under hela studieperioden (20). En systematisk litteraturöversikt av studier bland medicinstuderande i olika länder visar att depressiva symtom ökade med 1–35 procent, median 13,5 procent, under studietiden (10). Författarna diskuterar om studiemiljön, som präglas av stress och tävlan, skulle kunna vara en orsak. De menar att förändringar i läroplaner och betygsättning samt inslag av gruppbaserat lärande skulle kunna minska studenternas psykiska besvär.

Psykiska besvär – vad visar svenska studier?

Studier på studenter vid högskolor och universitet i Sverige ger en bild som motsvarar den internationella. Depressiva symtom har t.ex. rapporterats av 16 procent bland kvinnliga och 8 procent bland manliga läkarstudenter (21). Bland sjuksköterskestudenter var motsvarande andelar 11 respektive 6 procent (22). En svensk befolkningsstudie indikerar att andelen studenter som rapporterar psykiska besvär är högre jämfört med jämnåriga yrkesverksamma (23).

Långtidsuppföljningar har visat att psykiska besvär i form av svår stress och symtom på utmattning leder till sämre studieresultat (24), sämre yrkesberedskap, mindre engagemang och minskad professionalitet i yrket (25).

Skillnader i självskattad psykisk ohälsa mellan studenter och yrkesverksamma i åldern 18–29 år

Detta avsnitt belyser skillnader i psykisk ohälsa mellan studenter på högskola och universitet och yrkesverksamma i samma åldrar, utifrån den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”. För en jämförelse med övriga åldersgrupper, se faktaruta 3.

Sammanfattningsvis visar resultaten att andelen som uppger psykiska besvär är högre bland studenter jämfört med yrkesverksamma i samma åldrar. Åren 2004–2016 uppgav studenter oftare att de har besvär i form av nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, ängslan, oro eller ångest. Däremot finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna när det gäller förekomst av depression, suicidtankar och suicidförsök.

Faktaruta 2

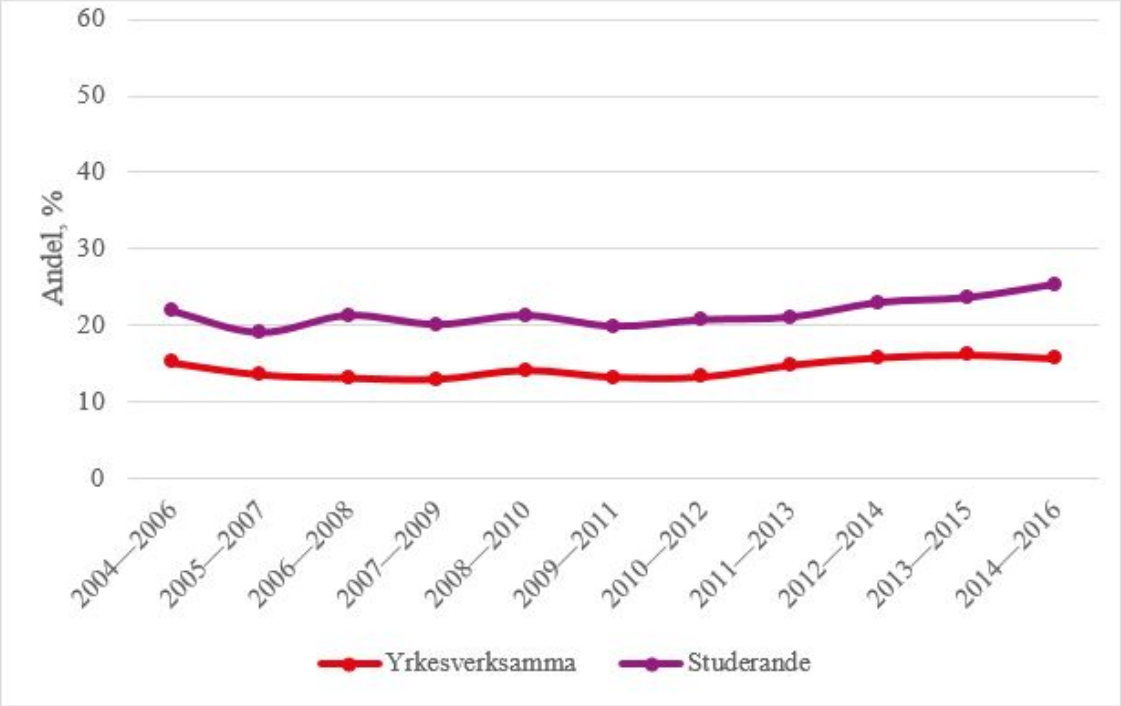
DEN NATIONELLA FOLKHÄLSOENKÄTEN "HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR"

"Hälsa på lika villkor" är en nationell folkhälsoenkät som under 2004–2016 årligen besvarades av cirka 10 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16–84 år. Sedan 2016 genomförs undersökningen vartannat år. I detta material analyserades uppgifter om personer i åldern 18–29 år som uppgivit att de studerar, praktiserar eller yrkesarbetar. I gruppen studenter ingick enbart personer med avslutad gymnasieutbildning, för att öka sannolikheten att uppgifterna rör högskole- och universitetsstuderande och inte studenter inom exempelvis den kommunala vuxenutbildningen. Totalt ingick 3 495 studerande och 6 517 yrkesverksamma i analyserna. För att undersöka förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa analyserades följande aspekter: nedsatt psykiskt välbefinnande (höga värden på självskattningsskalan General Health Questionnaire, GHQ), ängslan, oro, ångest, stress, depression, suicidtankar och suicidförsök. Resultatet presenteras i treårsmedelvärden för att få ett större dataunderlag. Bortfallet i undersökningen har ökat över tid och är särskilt högt bland unga, så resultatet bör tolkas med försiktighet.

Nedsatt psykiskt välbefinnande

Personer med nedsatt psykiskt välbefinnande kan befinna sig i riskzonen för lindrigare former av psykiatrisk problematik. Under 2014–2016 uppgav i genomsnitt 25 procent av studenterna och 16 procent av de yrkesverksamma att de har nedsatt psykiskt välbefinnande. I båda grupperna förekom besvären oftare bland kvinnor än bland män.

Figur 1. Andel (%) studenter respektive yrkesverksamma 16–29 år som anger nedsatt psykiskt välbefinnande, redovisat som glidande treårsmedelvärden (medelvärde av treårsdata) för år 2004–2016.



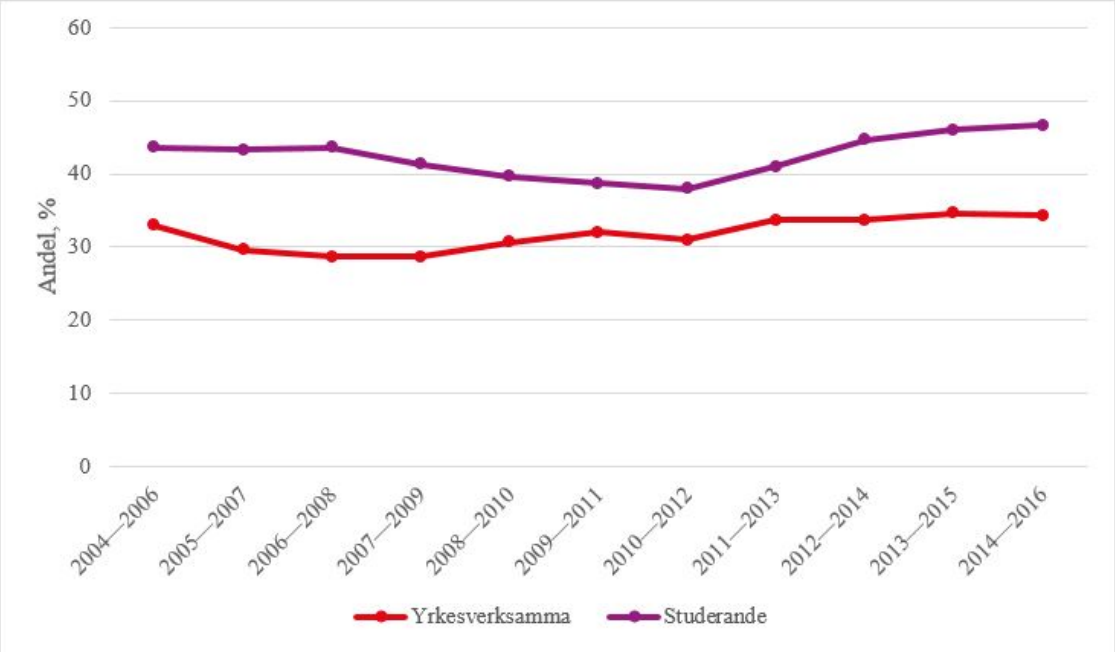
Upplevelse av stress

Andelen som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande var lika stor som andelen med stress. Under perioden 2014–2016 svarade i genomsnitt 25 procent av studenterna och 16 procent av de yrkesverksamma att de då kände av stress i någon omfattning. I båda grupperna rapporterades stress av dubbelt så många kvinnor som män. En mindre andel uppgav att de kände sig ganska eller väldigt stressade, 5 procent av studenterna och 3 procent av de yrkesverksamma. Även detta svar var vanligare bland kvinnor än bland män, i båda grupperna.

Upplevelse av ängslan, oro och ångest

Studenter uppgav också oftare besvär av ängslan, oro och ångest jämfört med yrkesverksamma, och besvären var vanligare bland kvinnor. Som framgår av figur 2 hade nästan varannan student besvär av ängslan, oro eller ångest, jämfört med var tredje yrkesverksam. För majoriteten rör det sig om lätta besvär, men 10 procent av studenterna och 5 procent av de yrkesverksamma angav att de hade svåra besvär (2014–2016). Andelen studenter med besvär av ängslan, oro eller ångest varierade under perioden med en viss nedgång i mitten, följt av en ökning under senare år. Det statistiska underlaget är dock begränsat, vilket innebär att det är svårt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen över tid.

Figur 2. Andel (%) studenter respektive yrkesverksamma 16–29 år som uppger besvär av ängslan, oro eller ångest, redovisat som glidande treårsmedelvärden för år 2004–2016.



Depression, suicidtankar och suicidförsök

År 2016 ställdes en fråga om depression i den nationella folkhälsoenkäten. Enligt svaren hade 16 procent av studenterna och 14 procent av de yrkesverksamma någon gång fått diagnosen depression av en läkare, och totalt 11 procent av männen och 16 procent av kvinnorna. Av studenterna var det 5 procent som haft suicidtankar under det senaste året. Motsvarande andel bland de yrkesverksamma var 4 procent. Färre än 1 procent av de studerande och de yrkesverksamma uppgav att de gjort ett suicidförsök under de senaste 12 månaderna. Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan studenter och yrkesverksamma när det gäller förekomst av depression, suicidtankar eller suicidförsök.

Faktaruta 3

DEN PSYKISKA OHÄLSANS UTVECKLING I ÅLDERSGRUPPEN 16–29 JÄMFÖRT MED ÖVRIGA ÅLDERSGRUPPER, 2006–2016

Andelen kvinnor och män som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande ökade något under åren 2006–2016. För åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år var ökningen statistiskt signifikant. Högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande fanns 2016 bland personer 16–29 år. Andelen bland 30–44-åringar var 17 procent och bland 45–64-åringar 14 procent. Lägst andel fanns bland 65–84-åringar, 9 procent. Under perioden ökade andelen unga 16–29 år som uppgav besvär av ängslan, oro och ångest, men inte i de övriga åldersgrupperna. Totalt 43 procent av 16–29-åringarna uppgav att de hade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2016. Motsvarande andelar i de andra åldersgrupperna var 38 procent i gruppen 30–44 år, 34 procent i gruppen 45–64 år och 31 procent av 65–84-åringarna. Nedsatt psykiskt välbefinnande och ängslan, oro och ångest är vanligare bland kvinnor än bland män.

Psykologiska interventioner för studenter har kvarstående effekter

Här presenteras resultaten från den systematiska litteraturöversikten och metaanalysen ”Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”. Litteraturöversikten har genomförts vid Folkhälsomyndigheten och Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet,- och har publicerats som en vetenskaplig artikel (26).

Sammanfattningsvis visar litteraturöversikten och metaanalysen att psykologiska interventioner på individ- och gruppnivå kan vara effektiva för att främja studenters psykiska hälsa och minska psykisk ohälsa. Sammanvägt kvarstod effekterna under en uppföljningstid upp till 6 månader för främjande och upp till 12 månader för preventiva interventioner. Symtomminskningen för stress kvarstod i upp till 6 månader, för ångest i upp till 12 månader och för depression i upp till 18 månader. Copingförmåga kvarstod i upp till 6 månader efter genomförd intervention.

Faktaruta 4

METODBEGREPP (27)

En systematisk litteraturöversikt är en översikt som avser en tydligt formulerad fråga och som använder systematiska och tydligt beskrivna metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier samt för att samla in och analysera uppgifter från dessa. I en metaanalys används statistiska metoder för att analysera och sammanfatta resultaten av de inkluderade studierna.

Litteraturöversiktstypen "översikt av översikter" använder flera översikter om en viss frågeställning för att ta fram en övergripande översikt om samma frågeställning. Med andra ord handlar det om att ta sammanvägda resultat från olika översikter och sammanfatta dem till ett ännu mer sammanvägt resultat för alla dessa översikter.

En RCT-studie (Randomised Controlled Trial) är en studie där effekten av en viss exponering studeras genom jämförelse med en icke-exponerad kontrollgrupp. Vilka individer som ingår i interventionsgruppen och kontrollgruppen bestäms genom ett slumpmässigt förfarande.

En effektstorlek räknas ut genom att man subtraherar en grupps medelvärde från en annan grupps medelvärde och dividerar med gruppernas genomsnittliga standardavvikelse. Vanligtvis motsvarar effektstorleken ES = 0,20 en liten effekt, ES = 0,50 en medelstor effekt och ES = 0,80 en stor effekt av interventionen.

Bakgrund

Tidigare systematiska litteraturöversikter indikerar att psykologiska insatser är effektiva för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland studenter. Korttidseffekter har påvisats för interventioner såsom stresshantering, meditation, hypnos, kognitiv beteendeterapi (KBT) och mindfulness, förmedlade individuellt eller i grupp (28-30). Även internet- och teknikbaserade interventioner har visat vissa effekter på studenters psykiska hälsa (31, 32). Dock har effekter över tid inte redovisats systematiskt.

Syfte

Litteraturöversikten avsåg att undersöka om interventioners effekter varar i minst 3 månader efter interventionens avslutning. Det gäller interventioner som är riktade till studenter och som syftar till att främja psykisk hälsa alternativt förebygga psykisk ohälsa.

Metod

Inledningsvis genomfördes ett seminarium med intressenter från universitet och högskolor i syfte att ta fram relevanta kriterier för litteratursökning. För att litteratursökningens identifierade studier skulle kunna inkluderas i den slutliga analysen krävdes en randomiserad kontrollerad studiedesign (RCT), som ger det säkraste vetenskapliga underlaget vid utvärderingar av en insats effekter (33). Vidare krävdes en uppföljningstid på minst 3 månader. Populationen omfattade högskole- och universitetsstudenter utan känd psykiatrisk diagnos. Interventionen skulle främja psykisk hälsa eller förebygga psykisk ohälsa och vara genomförd utanför hälso- och sjukvården. Utfallsmått var dels självskattad positiv psykisk hälsa såsom självkänsla, tilltro till den egna förmågan (eng. self efficacy), bemästring eller hanterande (eng. coping) och studieresultat, och dels negativ psykisk hälsa, såsom symtom på depression, ångest och stress. Databassökningar genomfördes i Medline, PsycInfo, Eric och Scopus samt i databaser för så kallad ”grå” litteratur, det vill säga avhandlingar, konferenspublikationer och rapporter från myndigheter.

Resultat

Sammanlagt identifierades 6 519 studier. Efter relevans- och kvalitetsgranskning och fulltextläsning av 52 studier (som genomfördes av granskare oberoende av varandra) återstod 26 studier som uppfyllde alla kriterier för att ingå i översikten. En metaanalys gjordes för att statistiskt sammanväga effekternas hållbarhet över tid. Eftersom studiernas uppföljningstider varierade gjordes en analys för tre kategorier: 3–6, 7–12 respektive 13–18 månader efter avslutad intervention. Majoriteten av studierna hade en uppföljningstid på 3–6 månader.

De 26 studierna kategoriserades i tre olika typer, se faktaruta 5

1. KBT-relaterade (11 studier)
2. Mind–body-relaterade (10 studier)
3. Psykopedagogiskt-relaterade (5 studier).

Majoriteten av studierna var genomförda i USA (n = 14). Några studier var genomförda i Asien (n = 5), Europa (n = 3), Australien (n = 3), och Nordafrika (n = 1). En övervägande del av deltagarna var kvinnor: i 17 studier stod kvinnor för över 60 procent, och i endast 6 studier var könsfördelningen jämn. Bland de ingående studierna var det lika vanligt med universella interventioner (riktade till alla) som selektiva interventioner (riktade till riskgrupper). Alla

interventioner gavs på individ- eller gruppnivå. Ingen intervention fokuserade på strukturella insatser, såsom policyarbete på universitets- och högskoleområden eller förändring i studieupplägg.

Faktaruta 5

PSYKOLOGISKA INTERVENTIONER

Kognitiv beteendeterapi (KBT) omfattar interventioner som fokuserar på att identifiera och ändra negativa beteenden, hantera känslor och känsloreglering, komma bort från icke önskvärda tanke- och beteendemönster och komma in i nya som är mer realistiska och konstruktiva (34). Mind–body-relaterade interventioner inbegriper bland annat psykiska och kroppsliga övningar av typen tai-chi och mindfulness (35).

Psykopedagogiska interventioner fokuserar på information, kommunikation och praktiska övningar för att hantera psykiska svårigheter och stress (36).

Nedan följer en beskrivning av metaanalysens huvudresultat. Resultaten redovisas för interventionernas sammanvägda effekter, deras uppmätta hälsoutfall och interventionstyper. Redovisningen sker separat för interventioner som främjar psykisk hälsa och interventioner som förebygger psykisk ohälsa, och den gäller enbart effekter med statistisk signifikans.

Interventioner för att främja psykisk hälsa

En sammanvägning av resultaten för alla interventioners effekter på den positiva psykiska hälsan visar en statistiskt signifikant ökning av psykisk hälsa. Effektstorleken uppmättes till ES 0,32 (95 % KI 0,05−0,59) upp till 6 månader efter genomförd intervention, jämfört med kontrollgrupp. Inga analyser gjordes för längre uppföljningstider eftersom endast 3 studier hade uppföljning efter 7–12 och 13–18 månader. För enskilda positiva hälsoutfall tyder enbart copingförmåga på effekt i upp till 6 månader efter intervention, ES 0,75 (95 % KI 0,19−1,30).

Subgruppsanalyserna indikerar att KBT-relaterade interventioner gav positiva effekter i upp till 6 månader, ES 0,52 (95 % KI 0,06−0,98). Övriga interventionstyper visade inga statistiskt signifikanta effekter jämfört med kontrollgrupper.

Interventioner för att förebygga psykisk ohälsa

En sammanvägning av resultaten för alla interventioners effekter på den negativa psykiska hälsan (såsom symtom på stress, ångest och depression) visar att symtomen på psykisk ohälsa minskar och att minskningen består i upp till 12 månader efter genomförd intervention, ES -0,28 (95 % KI -0.49−-0,08). Vad gäller enskilda symtom finns kvarstående effekter i upp till 6 månader för stress, ES -0,30 (95 % KI -0,58−-0,03), i upp till 12 månader för ångest ES -0,27 (95 % KI -0,54−-0,01), och i upp till 18 månader för depression ES -0,30 (95 % KI -0,51−-0,08).

Subgruppsanalyser indikerar att KBT-relaterade interventioner hade effekt i 3¬–6 månader, ES -0,40 (95 % KI -0,64–-0,16), och 13–18 månader efter genomförd intervention ES 0,30 (95 % KI -0,51–-0,08), men inte efter 7–12 månader. För mind-body-relaterade interventioner var resultaten mer motstridiga. Endast en psykopedagogisk-relaterad intervention ingick vid varje uppföljningstillfälle, varför det går inte går att dra några slutsatser om effekter av denna interventionstyp.

Begränsningar och behov av fortsatt forskning inom området

En begränsning i denna litteraturöversikt är att de inkluderade studierna har olika studiepopulationer, uppföljningstider och utfallsmått, vilket gör det svårt att sammanväga effekter. Vidare är de flesta studier inriktade på att förebygga psykisk ohälsa (negativ psykisk hälsa), och ett mindre antal på att främja den psykiska hälsan (positiv psykisk hälsa) bland studenter. Drygt 30 procent av originalstudierna bedömdes ha låg kvalitet, med brister i urvalet som den vanligaste svagheten. Urvalsbrister kan resultera i både över- och underskattning av originalstudiernas effekter och kan således även påverka metaanalysen. De enskilda effektstorlekarna i översikten bör därför tolkas med försiktighet. Det behövs fortsatt forskning av god kvalitet, med längre uppföljningstider och en hälsofrämjande inriktning.

Interventionernas effekter är bestående över tid

Trots vissa begränsningar indikerar metaanalysen att effekter kvarstår i upp till ett år för psykologiska interventioner som är inriktade på att minska studenters psykiska ohälsa. Interventioner som syftar till att främja den psykiska hälsan förefaller också lovande, men effekterna varar under kortare tid. Vidare tyder resultaten på att interventioner, exempelvis KBT-relaterade, kan vara effektiva både för att minska psykisk ohälsa och för att öka psykisk hälsa bland studenter. Relativt få originalstudier ingår i metaanalysen. Detta medför att litteraturöversikten inte ger underlag för en jämförande bedömning av de tre identifierade interventionstyperna.

Betydelsen av att främja studenters psykiska hälsa på alla nivåer

Här beskrivs forskningen om effekter av organisatoriska insatser på universitet och högskolor, samt samhälleliga eller strukturella insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Den systematiska litteraturöversikt som presenterats ovan indikerar att psykologiska interventioner kan ha effekt över tid, men det är sannolikt inte tillräckligt att enbart fokusera på psykologiska interventioner till individer eller grupper. För att nå bästa möjliga hälsoeffekter i befolkningen behövs samverkande insatser på alla nivåer, såväl på individ- och gruppnivå som på organisatorisk nivå och samhällsnivå. I en översikt av litteraturöversikter framkommer att det främst finns studier om sjukdomsförebyggande samt individ- och gruppinriktade interventioner, och att ett begränsat antal studier har utvärderat effekter på befolkningens psykiska hälsa genom förändringar på organisationsnivå och strukturell nivå. Författarna drar slutsatsen att det är viktigt att studera vilka miljöer som främjar den psykiska hälsan i befolkningen (37).

Interventioner för att främja psykisk hälsa som berör hela lärosätet – vad visar forskning?

En systematisk litteraturöversikt sökte svar på frågan om vilka systemförändringar på universitet och högskolor som har potential att främja psykisk hälsa (38). Majoriteten av de 19 inkluderade studierna fokuserade på insatser för enbart studenter, men 4 studier inkluderade även lärare och övrig personal. Resultaten indikerar att den psykiska hälsan verkade öka med insatser som innebär förändringar i betygsystemet, så att enbart betygsnivåerna ”godkänt” och ”underkänt” användes. Detsamma gäller för förändringar i läroplaner och pedagogik, såsom gemensamma studiegrupper för anställda och personal samt införande av hälsofrämjande program i undervisningen. Inga studier om interventioner gällande den fysiska universitetsmiljön identifierades. Författarna drar slutsatsen att universitet bör investera i att skapa stödjande fysiska, sociala och akademiska miljöer, men att kunskapsläget för interventioner som berör hela lärosätet fortfarande är oklart på grund av bristande studiekvalitet och för få studier.

En annan systematisk litteraturöversikt undersökte metoder i medicinstudenters lärandemiljöer i syfte att främja deras psykiska hälsa (39). Totalt 28 studier ingick i översikten och även här tyder studierna på att en förändring i betygssystemet till enbart betygsnivåerna ”godkänt” och ”underkänt” kan leda till förbättringar i studenters psykiska hälsa utan att deras kunskaper påverkas negativt. Även förbättringar i läroplaner, schemaläggningar, hälsolitteracitet (förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja och förbättra hälsa) och mentorsstöd verkar främja den psykiska hälsan bland medicinstudenter. Översikten visar dock att de ingående studierna hade låg studiekvalitet. Resultaten behöver därför tolkas med försiktighet.

”Universitet och högskola bör investera i att skapa stödjande fysiska, sociala och akademiska miljöer i syfte att förebygga psykisk ohälsa bland studenter och personal. Däremot är det nuvarande vetenskapliga stödet begränsat och mer forskning behövs för att kunna

rekommendera de mest effektiva strategierna.”(38)

Slutsatser

Psykiska besvär i form av symtom på depression, ängslan och stress är vanligare bland studenter jämfört med yrkesverksamma i samma åldersgrupp samt enligt flera undersökningar även med övrig befolkning.

Systematiska litteraturöversikter och metaanalyser visar att psykologiska interventioner på individ- och gruppnivå kan vara effektiva för att främja studenters psykiska hälsa och minska psykisk ohälsa. En nyligen genomförd litteraturöversikt indikerar att sammanvägt kvarstod effekterna under en uppföljningstid upp till 6 månader för främjande och upp till 12 månader för preventiva interventioner. Symtomminskningen för stress kvarstod i upp till 6 månader, för ångest i upp till 12 månader och för depression i upp till 18 månader. Copingförmåga kvarstod i upp till 6 månader efter genomförd intervention.

Insatser för att främja befolkningens hälsa bör bedrivas på såväl individ- och gruppnivå som på organisatorisk och strukturell nivå, och universitet och högskolor kan främja studenternas psykiska hälsa och förebygga psykisk ohälsa genom att skapa och utvärdera stödjande fysiska, sociala och akademiska miljöer. Det vetenskapliga underlaget om effekter av olika insatser och strategier på övergripande nivå är dock fortfarande begränsat.

Mer läsning

Högskoleförordningen (1993:100), kapitel 1 § 11 Av högskoleförordningen (1993:100) framgår att varje högskola ska tillgodose studenternas behov av hälsovård och då särskilt förebyggande hälsovård ”som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa”. Det står även att högskolan ska ”ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stödjer studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö” (40).

Arbetsmiljölagen (1977:1160) Studenter, med några få undantag, likställs med arbetstagare enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). Högskolan ska därmed verka för att vara en trygg och sund plats under studietiden, och en tid för möjlighet till lärande och utveckling utan avkall på den fysiska eller psykiska hälsan (41).

Internationella nätverk för hälsofrämjande universitet Världshälsorganisationen (WHO) lanserade år 1995 konceptet Hälsofrämjande universitet (Health Promoting Universities, HPU) som startades på University of Central Lancashire i England. Syftet var att integrera hälsofrämjande arbete i universitetens strukturer för att nå såväl studenter som lärare och det omgivande samhället. Hälsofrämjande universitet bygger på att hela universitetsmiljön ska vara en stödjande struktur för att bidra till bättre hälsa, ökat välbefinnande och ett gott lärande. Flera nationella nätverk har bildats i anslutning till HPU, såsom Healthy Universities i England (42). Andra nätverk finns i Schweiz, Tyskland, Spanien, Latinamerika och Nya Zeeland. Nätverken bygger sitt arbete på stadgar som antogs vid en konferens i Okanaga i Kanada år 2015: The Okanagan International Charter for Health Promoting Universities and Colleges (43).

Referenser

1. Bor W, Dean A, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? 2014.
2. Folkhälsomyndigheten. Tonåringars psykiska hälsa – utvecklingen under de senaste 30 åren. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/t/tonaringars-psykiska-halsa-utvecklingen-under-de-senaste-30-aren/.
3. Bremberg S. Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. ACTA Pædiatrica. 2015.
4. Calling S, Midlöv P, Johansson S-E, Sundquist K, Sundquist J. Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. BMC Psychiatry. 2017;17(119).
5. Källoff K, Thomas A, Wahlgren L, Andersson C. Hur mår våra studenter? Studenthälsans undersökning om studiemiljö, psykisk hälsa, alkohol och drogvanor samt sexuell hälsa hos Malmö högskolas studenter.Malmö Högskola, 2015.
6. Söderberg M, Wastensson G, Eriksson H, Torén K. En rapport om studiemiljö, stress och hälsa bland Sahlgrenska akademins studenter. Göteborg: Sahlgrenska akademin & Göteborgs universitet, 2017. ISBN: 978-91-86863-14-2.
7. Folkhälsomyndigheten. Studenter och hög alkoholkonsumtion. Implemnetering av alkoholscreening och kort rådgivning på studenthälsomottagningar. En pilotundersökning på sex svenska universitet och högskolor.2014.
8. Folkhälsomyndigheten. Begrepp psykisk hälsa. Folkhälsomyndigheten; 2017 [citerad 2018-08-17]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/.
9. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. Journal of psychiatric research. 2013;47(3):391-400. DOI:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015.
10. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016;316(21):2214-36. DOI:10.1001/jama.2016.17324.
11. Tung YJ, Lo KKH, Ho RCM, Tam WSW. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. Nurs Educ Today. 2018;63:119-29. DOI:10.1016/j.nedt.2018.01.009.
12. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. Medical education. 2014;48(10):963-79. DOI:10.1111/medu.12512.
13. Cvetkovski S, Reavley NJ, Jorm AF. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. Aust N Z J Psychiatry. 2012;46(5):457-67. DOI:10.1177/0004867411435290.
14. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2006;81(4):354-73. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565188.
15. Leahy CM, Peterson RF, Wilson IG, Newbury JW, Tonkin AL, Turnbull D. Distress levels and self-reported treatment rates for medicine, law, psychology and mechanical engineering tertiary students: cross-sectional study. Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(7):608-15. DOI:10.3109/00048671003649052.
16. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. The Journal of nervous and mental disease. 2013;201(1):60-7. DOI:10.1097/NMD.0b013e31827ab077.
17. Said D, Kypri K, Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. Soc Psychiatry Psychiatr

Epidemiol. 2013;48(6):935-44. DOI:10.1007/s00127-012-0574-x.
18. Andrews. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. The British journal of psychology. 2004;95(4):509. DOI:10.1348/0007126042369802.
19. Eisenberg D, Golberstein E, Hunt JB. Mental health and academic success in college. The BE Journal of Economic Analysis and Policy. 2009;9(1).
20. Bewick B, Koutsopoulou G, Miles J, Slaa E, Barkham M. Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. Stuidies in Higher Education. 2010;35(6).
21. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Medical education. 2005;39(6).
22. Christensson A, Vaez M, Dickman PW, Runeson B. Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(4):299-310. DOI:10.1007/s00127-010-0198-y.
23. Winzer R, Lindblad F, Sorjonen K, Lindberg L. Positive versus negative mental health in emerging adulthood: a national cross-sectional survey. BMC public health. 2014;14:1238. DOI:10.1186/1471-2458-14-1238.
24. Vaez M, Laflamme L. Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: A longitudinal study of Swedish university students Social Behavior and Personality. 2008;36(2):183-95. DOI:10.2224/sbp.2008.36.2.183.
25. Rudman A, Gustavsson JP. Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. International journal of nursing studies. 2012;49(8):988-1001. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010.
26. Winzer R, Lindberg L, Guldbrandsson K, Sidorchuk A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PeerJ. 2018;6:e4598. DOI:10.7717/peerj.4598.
27. Higgins J. Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1. 0. 2011. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration; 2014.
28. Conley CS, Durlak JA, Kirsch AC. A Meta-analysis of UniversalMentalHealth Prevention Programs for Higher Education Students. Prev Sci. 2015;16:487–507.
29. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. A systematic review of stress-management programs for medical students Academic Psychiatry. 2013;37(3).
30. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions toreducestressinuniversitystudents:Areviewand meta-analysis. JournalofAffectiveDisorders. 2013;148:1-11.
31. Farrer L, Gulliver A, Chan JK, Philip J Batterham, Reynold J, Calear A, et al. Technology-Based Interventions for Mental Health in Tertiary Students: Systematic Review Monitoring Editor:. Journal of Medical Internet researsh. 2013;15(5).
32. Conley CS, Durlak JA, Shapiro JB, Kirsch AC, Zahniser E. A Meta-Analysis of the Impact of Universal and Indicated Preventive Technology-Delivered Interventions for Higher Education Students. Prev Sci. 2016;17:659–78.
33. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok.SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013. Version 2013-05-16. Contract No.: Diarienummer STY2013/5.
34. Psykologguiden. Kognitiv beteendeterapi, KBT: Psykologiguiden; [citerad 2017-04-27]. Hämtad från: http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=Kognitiv%20beteendeterapi.
35. Wahbeh H, Elsas S-M, Oken BS. Mind–body interventions: Applications in neurology. Neurology. 2008;70(24):2321-8. DOI:10.1212/01.wnl.0000314667.16386.5e.
36. Psychoeducation: Encyclopedia of Behavioral Medicine; 2017 [citerad 20170818]. Hämtad från: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_1242.
37. Enns J, Holmqvist M, Pamela Wener GH, Rothney J, Schultz A, Goertzen L, et al. Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. Preventive Medicine. 2016(87):70-80.

38. Fernandez A, . EHMRV, Thorncraft K, Noone J, Veness XLB, Llewellyn MLG, et al. Setting-based interventions to promote mental health at the university: a systematic review. Int J Public Health. 2016;797–807:797–807.
39. T.Wasson L, Amberle Cusmano, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical StudentWell-being A Systematic Review. JAMA. 2016;316(21):2237-52.
40. Riksdag S. Högskoleförordning (1993:100). Svensk författningssamling 1993:100. Hälsovård, studiesocialt stöd och studiemiljö [citerad 2017-08-18]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100.
41. Arbetsmiljölagen (AML): Arbetsmiljöverket; [citerad 2017-10-06]. Hämtad från: https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/lagar-och-regler-om-arbetsmiljo/arbetsmiljolagen/.
42. UK Healthy Universities Network 2018 [uppdaterad 2018; citerad 2018-06-20]. Hämtad från: http://www.healthyuniversities.ac.uk/about-the-network/.
43. Okanagan International Charter for Health Promoting Universities and Colleges Kelowna, British Columbia, Kanada2015. Hämtad från: http://internationalhealthycampuses2015.sites.olt.ubc.ca/files/2016/01/Okanagan-Charter-January13v2.pdf.