

Stressrelaterad psykisk ohälsa; upplevelser och behandling inom primärvård

Tina Arvidsdotter

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

Närhälsan FoU primärvård Fyrbodals



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Cover illustration: "Mår inte bra" och sidan 39, "Mår bra" av Jenny Bernson

Stressrelaterad psykisk ohälsa; upplevelser och behandling inom primärvård
© Tina Arvidsdotter 2014
tina.arvidsdotter@vgregion.se

ISBN 978-91-628-8944-9
<http://hdl.handle.net/2077/34845>

Printed in Gothenburg, Sweden 2014
Ale Tryckteam, Bohus

*”Om jag vill lyckas med att föra en människa
mot ett bestämt mål,
måste jag först finna henne där hon är
och börja just där.”*

Søren Kierkegaard

Stressrelaterad psykisk ohälsa; upplevelser och behandling inom primärvård

Tina Arvidsdotter

Institute of Health and Care Sciences
Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg
Göteborg, Sweden

ABSTRACT

Psychological distress is a major public health problem both in Sweden and internationally. Primary care provides the first level and often the only mental health care for psychological distress, yet its detection, diagnosis and treatment are inadequate in primary care settings. More knowledge is needed about the condition and its treatment.

The overall objective of this thesis was to explore what it means to live with psychological distress (Study I) and to evaluate and compare three 8-week interventions: integrative treatment (IT) compared to therapeutic acupuncture (TA) and conventional treatment (CT) in a pragmatic randomized controlled trial (RCT) comprising 120 participants. Study participants consisted of outpatients 20-55 years who sought care for their stressrelated symptoms, such as anxiety, depression, sleep disturbances, fatigue, headache or somatic pain. The treatments were evaluated using standardized self-reported questionnaires at baseline, after 4 and 8 weeks of treatment (Study II - III), as well as at follow-up 6 months later (Study IV). Primary outcome variables were anxiety and depression measured with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Secondary variables were quality of life (QoL) measured with the Short Form-36 and sense of coherence (SOC).

The comprehensive interpretation of the experiences of living with psychological distress was that an imbalance (incongruence) exists between the self and the ideal self which slowly breaks down a person's self-esteem. This imbalance is described in three dimensions: *Struggling to cope with everyday life*, *Feeling inferior to others* and *Losing one's grip on life*. The three dimensions seem to lead to dissatisfaction, suffering, poor self-esteem and lack of control, which in turn may precede mental, physical and emotional exhaustion (Study I). In the RCT study, there were no significant differences on any variable at baseline (Study II-IV). Already after 4 weeks of treatment anxiety and depression improved significantly both statistically and clinically in IT and TA (Study II). At 8 weeks, IT and TA showed improvements on all variables (anxiety, depression, QoL and SOC) from baseline and in comparison with CT (Studies II and III). At 6 months follow-up, improvements seen at 8 weeks in IT and TA remained, while CT showed a marginal improvement in anxiety (Study IV).

This thesis has shown that psychologically distressed individuals have considerable difficulties in coping with daily life, yet usual care provided at primary care centers appears to be less effective in relieving symptoms of depression and anxiety and in improving QoL and SOC than a less conventional treatment combining therapeutic acupuncture with a person-centered approach with structured salutogenic dialogue. More research is needed to confirm the results.

Key words: Acupuncture, anxiety, coping, depression, holistic, integrative treatment, lived experience, person centered care, phenomenological hermeneutic method, primary health care, psychological distress, quality of life, salutogenic dialogue, sense of coherence.

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Stressrelaterad psykisk ohälsa är vår tids stora utmaning både i Sverige och internationellt. Personer med stressrelaterad psykisk ohälsa utgör en stor patientgrupp inom primärvård, som oftast är den första och enda instansen för dessa personer inom hälso- och sjukvården. Behovet av fördjupad kunskap om tillståndet och möjliga behandlingsinsatser är stort.

Metod

Det övergripande målet för avhandlingen var att genom intervjuer undersöka vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa (Studie I) samt utvärdera tre 8-veckors interventioner; integrativ behandlingsmetod (IB) i jämförelse med terapeutisk akupunktur (TA) respektive sedvanlig primärvårdsbehandling (SB), genom en pragmatisk randomiserad kontrollerad studie (RCT n=120). Deltagarna i avhandlingen bestod av patienter mellan 20-55 år som sökte primärvården för sina stressrelaterade besvär. Intervjuerna analyserades med fenomenologisk hermeneutisk metod (studie I). Utvärderingen (Studie II-IV) genomfördes med hjälp av självskattade frågeformulär vid baslinjen, efter 4 och 8 veckors behandling (Studie II-III), samt vid uppföljning efter 6 månader (studie IV). De primära utfallsvariablerna var ångest och depression mätt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Sekundära variabler var livskvalitet mätt med Short Form-36 (SF-36) samt känsla av sammanhang (KASAM).

Resultat

Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa tolkades som att det finns en obalans (inkongruens) mellan det verkliga jaget (den jag är) och idealjaget (den jag vill vara) och beskrivs i tre dimensioner; kämpar för att klara av vardagen, känner sig mindre värd än andra och tappar taget om livet. Dimensionerna leder till missnöje, lidande, låg självkänsla och bristande coping och tolkades som förstadium till mental, fysisk och existentiell utmattning (Studie I). I RCT-studien

fanns inga signifikanta skillnader på någon variabel vid baslinjen (Studie II-IV). Redan efter 4 veckors behandling visade IB och TA en signifikant förbättring både statistiskt och kliniskt av reducerad ångest och depression (Studie II). Vid 8 veckors uppföljning visade IB och TA en förbättring både statistiskt och kliniskt på alla variabler; ångest, depression (Studie II), mentalt välbefinnande och hantering av stress (Studie III) i jämförelse med start och i jämförelse med SB. Vid 6 månaders uppföljning (Studie IV) kvarstod förbättringar i IB och TA, medan SB visade en marginell förbättring.

Slutsatser

Avhandlingen har bidragit med kunskap om hur personer som söker inom primärvården för sina stressrelaterade besvär kan förstås och vårdas. Ett personcentrerat förhållningssätt med strukturerad salutogen dialog integrerat med terapeutisk akupunktur kan vara en effektiv behandlingsinsats utöver sedvanlig primärvårdsbehandling. Mer forskning behövs för att konfirmera våra resultat.

Nyckelord: Akupunktur, coping, depression, fenomenologisk hermeneutisk metod, holistisk, integrativ behandling, känsla av sammanhang, livskvalitet, personcentrerad vård, pragmatisk randomiserad kontrollerad studie, primärvård, salutogen dialog, stressrelaterad psykisk ohälsa, ångest.

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen baserar sig på följande delarbeten:

- I. Arvidsdotter T, Marklund B, Kylén S, Taft C, Ekman I. Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Submitted*
- II. Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C. Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients - a pragmatic randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine* 2013, 13(1):308.
- III. Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C. Quality of life and sense of coherence after integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in patients with psychological distress in primary care - secondary analyses from a pragmatic randomized controlled trial. *Manuskript*
- IV. Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C. Six-month effects of integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients - follow up from an open, pragmatic randomized controlled trial. *Submitted*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRKORTNINGAR OCH ANVÄNDA BEGREPP	V
PERSONLIGT FÖRORD	1
BAKGRUND	3
Hälsa och psykisk ohälsa	3
Hälsa.....	3
Psykisk ohälsa.....	4
Upplevelser	7
Vad innebär det att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa?	7
Behandling	8
Synen på människan	8
Synen på att vårda	9
Olika behandlingsstrategier	9
AVHANDLINGENS ÖVERGRIPANDE SYFTE	14
Forskningsfrågor	14
Syften med respektive delstudie (I-IV)	14
METOD.....	15
Design och plats (I-IV)	15
Deltagare, rekrytering och uttagning (I-IV)	16
Intervjustudie; procedur och analys (I).....	17
Interventionsstudie; procedur och analys (II-IV)	17
Randomisering	17
Interventioner (II-IV)	18
Terapeutisk akupunktur.....	18
Integrativ behandling.....	18

Sedvanlig behandling	19
Mätinstrument och statistik.....	19
Patientrapporterade utfallsmått.....	19
Primära och sekundära utfallsvariabler	20
Frågeformulär	20
Statistiska analyser.....	20
Etiska aspekter (I-IV)	22
RESULTAT	23
Vad innebär det att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa? (I)	23
Naiv läsning	23
Strukturanalys	23
Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie (II-IV)	25
Patienter: demografi och flödesschema.....	25
Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; utvärdering ångest och depression (II).....	26
Utvärdering ångest och depression vid 4- och 8 veckor.....	26
Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; utvärdering livskvalitet och känsla av sammanhang (III) ..	27
Utvärdering hälsorelaterad livskvalitet och känsla av sammanhang vid 8 veckor	27
Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; uppföljande utvärdering efter 6 månader (IV)	28
Uppföljande utvärdering ångest, depression, livskvalitet och känsla av sammanhang vid 6 månader	28
DISKUSSION.....	32
Resultatdiskussion	32

Kvalitativ studie (I)	32
Kvantitativ studie (II-IV)	33
Metoddiskussion.....	35
Kvalitativ studie (I)	35
Kvantitativ studie (II-IV)	36
SAMMANFATTNING – AVHANDLINGENS VIKTIGASTE RESULTAT	38
KLINISK NYTTA	39
FRAMTIDA FORSKNING	41
TACK	42
REFERENSER.....	44

FÖRKORTNINGAR OCH ANVÄNDA BEGREPP

AM	Alternativ medicin, ett alternativ i stället för skolmedicin.
ES	Effektstorlek. En uppskattning av hur stor den kliniska effekten är; inom gruppen och i jämförelse mellan grupper. ES kan därmed bidra till tolkning av resultat eftersom statistiska signifikanstester enbart hänvisar till sannolikheten att en effekt har inträffat.
Evidensbaserad	Baserad på bästa möjliga vetenskapliga grund.
HADS	Skattningsformulär för ångest och depression, Hospital Anxiety and Depression Scale.
Intention-to-treat	Innebär att alla inkluderade deltagare i studien är med i analysen även om de inte fått avsedd behandling. Används för att undvika bias.
Integrativ medicin	Evidensbaserad komplementärmedicin som integreras med skolmedicin.
KAM	Komplementär och Alternativ medicin.
KASAM	Antonovskys teori <i>känsla av sammanhang</i> utgår från ett holistiskt förhållningssätt och består av tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Självskattat frågeformulär baserat på KASAM finns både med 29 och 13 frågor.
KM	Komplementärmedicin, ett komplement till skolmedicin.

Likertskala	Används ofta i enkäter/instrument, en sifferskala som kan ha olika antal steg.
Personcentrerad vård	En omvårdnad som utgår från ett holistiskt förhållningssätt. Att synliggöra hela personen och vara medveten om personen bakom patienten och möta såväl andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov.
RCT	Randomiserad kontrollerad studie. Ska uppfylla krav på slumpmässig fördelning av grupptillhörighet och behandling, så att fördelningen är helt slumpmässig och inte går att förutsäga.
TKM	Traditionell kinesisk medicin.
Salutogenes	Salutogenes betyder hälsans ursprung och fokuserar på vilka faktorer som orsakar och upprätthåller hälsa mer än vad som orsakar sjukdom.
SF-36	Självskattat frågeformulär som mäter hälsorelaterad livskvalitet.
Reliabilitet	Tillförlitlighet inom mätning.
Signifikanstest	Statistiskt test som visar sannolikheten för att en upptäckt skillnad stämmer överens med verkligheten.
Validitet	Hur väl man mäter det man avser att mäta.

PERSONLIGT FÖRORD

Livet är ändå intressant och spännande... att mitt möte med den komplementärmedicinska världen 1995 skulle resultera i en avhandling 2014! Drivkraften blev för stark för att inte göra det. Mitt möte med en läkekonst som utgick från en holistisk människosyn i kombination med behandlingsmetoder som kombinerade tanke och känsla integrerat med kroppen tilltalade mig. Förutom flertalet kurser inom komplementärmedicin (KAM) utbildade jag mig till akupunktör inom traditionell kinesisk medicin (TKM). Parallellt studerade jag skolmedicin i form av omvårdnad som ledde till legitimerad sjuksköterska och därefter studier till grundutbildad psykoterapeut. Jag ville förstå olikheter/likheter mellan skolmedicin och KAM. Som kliniker ville jag pröva hur en integrerad behandling skulle kunna genomföras, en behandling som sker på flera plan samtidigt, i en och samma behandling.

Som vårdvetare inom omvårdnad, grundutbildad psykoterapeut och akupunktör har jag olika grundstenar i min utveckling inom ett holistiskt förhållningsätt. Inom omvårdnaden ser jag det som att ett personcentrerat förhållningsätt sker genom ett empatiskt, respektfullt, äkta möte där personen blir synlig. Det salutogena samtalet har ett lösningsinriktat fokus med en riktning både bakåt i tiden, här och nu och framtid. Akupunkturen har som funktion att minska anspänningen i kroppen och att medvetandegöra kroppens tillstånd till hjärnan. Den integrativa behandlingsmodellen kan enkelt beskrivas som att mötet/samtalet går via hjärnans tankar/känslor ut i kroppen och akupunkturen går från kroppen via känslor/tankar till hjärnan, i båda riktningar, på samma gång. Syftet är att personen blir medveten om var hon eller han befinner sig, både med sin tanke, känsla och kropp, för att i nästa steg ta ställning till medvetna val, vad som är möjligt att göra, eller inte göra, för att må bättre.

Under 2004 utförde jag en pilotstudie (n=10) för att pröva en integrativ behandlingsmodell. Långtidssjukskrivna personer med stressrelaterad ohälsa/smärta behandlades utifrån ett helhetsperspektiv med salutogena samtal integrerat med akupunktur. Under 2005 gjorde jag en ny utvidgad pilotstudie (n=20) där hälften av de långtidssjukskrivna behandlades på samma sätt som i 2004 års pilotstudie, medan de övriga fungerade som en kontrollgrupp. Resultatet gav en indikation att livskvalitet främjades, sömn förbättrades, smärta, oro och nedstämdhet minskade. Där väcktes min lust att genomföra en större studie.

Mycket vatten har runnit under broarna sedan dess och det har varit ständigt nya frågor, nya utmaningar som jag tillsammans med mina handledare och forskarkollegor fått lösa. När vi planerade den randomiserade kontrollerade

studien som skulle vara stommen till avhandlingen behövde vi diskutera och ta ställning till en mängd olika frågor. Det blev många kompromisser mellan vad vi önskade göra och vad som var praktiskt genomförbart inom ramen för en doktorandutbildning. Hur skulle vi ringa in patienter med stressrelaterade besvär i studien (diagnos/ grad av psykisk ohälsa, ålder osv.)? Vilka behandlingar skulle jämföras med integrativ behandling (samtal, akupunktur osv.)? Hur skulle behandlingarna genomföras (samma terapeut)? Var skulle studien genomföras (vilka vårdcentraler)? Hur skulle behandlingarna utvärderas (intervjuer, frågeformulär osv.)? Hur skulle analyserna se ut? Senare när studien var igång behövde vi ta ställning till och lösa nya problem. Ett stort problem var att tillströmningen av patienter gick trögt. Vi fick då söka nya vägar för att få deltagare till studien än vanliga läkarremisser, genom att sjuksköterskor och samtalsterapeuter också skrev remisser. Det blev också allt klarare att det var svårt att ha kontroll över patienter som ingick i gruppen som fick sedvanlig primärvårdsbehandling. Dessutom märkte jag som ensam kliniker att det var svårt att upprätthålla skiljelinjen mellan den integrativa behandlingen och terapeutisk akupunktur. Allt som allt, studien blev delvis en produkt av många pragmatiska överväganden. Dessa har klart en inverkan på studiens resultat och på de möjliga slutsatser som kan dras.

Den stressrelaterade psykiska ohälsan är vår tids stora utmaning. Ett ökat vårdbehov kräver mer tid och det kan ibland vara svårt att tillgodose patientens behov. Svårigheter är också att ge patienten rätt behandling vid rätt tidpunkt, då det idag inte finns några klara definierade riktlinjer inom den stressrelaterade psykiska ohälsan. Missnöjda patienter söker sig utanför hälso- och sjukvård, ofta till komplementärmedicinska behandlingar. För att utveckla vården idag behövs evidensbaserade studier. Pragmatiska randomiserade studier eftersöks för att få en mer realistisk bild av hur en behandling fungerar i klinisk praxis, för att generera bästa kliniska nytta. Interventionerna i avhandlingen har utförts vid vårdcentraler, 1:a linjens sjukvård, där deltagarna (Studie II-IV) bestod av personer som sökte vård för sina stressrelaterade besvär.

BAKGRUND

Hälsa och psykisk ohälsa

Hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definition av hälsa lyder "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder" [1]. Definitionen är inte bara en omstridd formulering enligt Liedman [2] utan den syftar mer mot ett ideal än en verklighet och många människor skulle i så fall inte uppleva hälsa och världen skulle få det mycket svårt att uppfylla målet för hälsa. WHO:s definition förändrades från ett mål till att vara en resurs, en aktivitet, att hälsa är något som skapas och levs i det dagliga livet [3]. Psykisk hälsa beskrivs som ett tillstånd av välbefinnande där varje individ har förmåga att se sina resurser och begränsningar, kan hantera livets normala påfrestningar, arbeta och bidra till samhället [4]. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är vårdens uppgift att stärka hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, att förebygga ohälsa och sjukdom och att minska lidande hos personer som söker vård [5]. Vårdandets mål är hälsa, att hjälpa människor stärka sina hälsoprocesser [6].

Hälsa beskriver Eriksson är "ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom" sid 44 [7]. Sundhet innebär att personen kan fatta beslut och handla på ett sätt som främjar den egna hälsan. Friskhet står för att den biologiska kroppen fungerar och är vid god fysik. Välbefinnande är den subjektiva upplevelsekomponenten och är avgörande för hur personen mår [7].

Fenomenet hälsa beskriver Dahlberg och Segesten [6] som ett tillstånd som rör hela människan och som innebär en upplevelse av att vara i jämvikt. Det handlar både om en känsla av jämvikt i relation till sina medmänniskor och till livet i övrigt. Denna upplevelse av hälsa i termer av jämvikt är inte detsamma för alla människor utan växlar mellan individer och situationer. Hälsa måste därför förstås som något mångdimensionellt, som har olika innebörder för olika människor och som kan ha olika framträdande aspekter i olika situationer [6]. Hälsa innebär att "må bra" och att vara i stånd till att genomföra det man avser vara av värde i livet, både i stort och i smått [6]. Upplevelsen av hälsa både påverkar och påverkas av identitet och självkänsla, upplevelsen av att vara "sig själv" och leva det liv man önskar [6].

Känsla av sammanhang

Hälsans ursprung, salutogenes, utgår från ett holistiskt perspektiv och introducerades av Antonovsky [8]. Han frågade sig vad det är som gör att en människa behåller sin hälsa trots svåra utmaningar i livet. Hälsa ses som ett kontinuum som sträcker sig mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa i en ständig rörelse mellan dessa två poler under hela vårt liv. Vi befinner oss ständigt i någon grad eller form av hälsa, även vid svår sjukdom. Det salutogena synsättet har fokus på faktorer som befrämjar rörelsen (hanteringsstrategier) mot hälsa. Utifrån ett processinriktat hälsokoncept skapade han teorin *känsla av sammanhang* (KASAM) som består av tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det innebär att personer som har förmåga att skapa mening och sammanhang i det som händer i deras liv har en större motståndskraft (generella motståndnsresurser) och kan hantera oförutsedda händelser på ett sätt som kan bibehålla hälsan [8]. KASAM ses starkt relaterad till upplevd hälsa, särskilt psykisk hälsa [9]. Ju starkare KASAM desto bättre upplevd hälsa [10], tilltro till sig själv [11] och ökad livskvalitet [12].

Livskvalitet

Livskvalitet liksom hälsa är mångtydigt, svårt att ge en klar definition och båda innehåller aspekter av välbefinnande [13]. Enligt WHO definieras livskvalitet som en persons uppfattning av sin livssituation i relation till den kultur och värdesystem som råder och i förhållande till sina egna förväntningar, värderingar och personliga mål. Livskvalitet påverkas av den livssituation som pågår och varierar med tiden. Faktorer som speglar livskvalitet är familj, sociala förhållande och relationer, arbete, fritid, utbildning, ekonomi, boende etc. [14]. Livskvalitet är intressant i klinisk forskning när man vill utvärdera effekten av interventioner från patientens eget perspektiv och i jämförelse med andra studier. Hälsorelaterad livskvalitet är en pragmatisk avgränsning och avser primärt välbefinnande och funktion vid sjukdom. Hälsorelaterad livskvalitet består av väldefinierade områden som undersöker fysisk förmåga, psykiska, sociala och emotionella funktioner, samt individens uppfattning om livskvalitet och tillfredsställelse med sitt liv som påverkas av hälsa [13].

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett pågående stort problem såväl i Sverige [15, 16] som internationellt [17-19]. Med en prevalens på 10-38 % [18] är psykisk ohälsa ett vanligt problem i samhället [20-24]. Minst 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression och 25 % av befolkningen ett ångestsyndrom [25]. I Sverige skedde en markant ökning

av psykisk ohälsa under mitten av 1990-talet med en kulmen under de första åren på 2000-talet och därefter en minskning [26] men har på nytt ökat igen. Under 2012 stod ångestsyndrom och depressioner tillsammans för den största andelen sjukdomsfall (93 %) av samtliga inom psykiska diagnoser [15]. I den senaste nationella folkhälsoenkäten 2010, svarade 21 % av kvinnorna och 14 % av männen att de upplevde ett nedsatt psykisk välbefinnande. Bland de unga i åldern 16-24 år har en ständig försämring skett av psykiskt välbefinnande de senaste 20 åren. Av kvinnorna svarade 30 % och männen 15 % att de upplevde besvär som ångslan, oro eller ångest [27]. Bidragande faktorer antas vara ökad stress och större krav och förändringar i arbetsliv och privatliv liksom att det nutida informations- och tekniksamhället är förenat med större belastning för individen [28]. Behovet av kunskap om orsaker och möjliga åtgärder för att motverka psykisk ohälsa är stort [15].

Stressrelaterad psykisk ohälsa

Stress som förklaring till bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa, kan beskrivas som en obalans mellan krav och belastning som ställs på personen och på förmågan att hantera och ha kontroll över sin situation. Det finns svårigheter att skapa en balans mellan aktivitet och vila [29]. Arbetsrelaterad stress nämns ofta, men andra långvariga psykosociala påfrestningar som arbetslöshet, stressande livshändelser, vård av sjuka anhöriga etc. kan resultera i stressrelaterad psykisk ohälsa. Personen har en påtaglig brist på energi både psykisk och fysiskt och de flesta personer har utöver symtomen på utmattning också symptom som ångest och nedstämdhet [30]. Många olika beteckningar har använts inom stressrelaterad psykisk ohälsa. En av dessa är "utbrändhet", som är en svensk översättning av "burnout" och lanserades på 1970-talet av Christina Maslach som identifierade tillståndet som emotionell utmattning, brist på empati och försämring av arbetsprestationen [31]. Då ordet utbrändhet gav associationer till något oåterkalleligt skadat, utbränt, ansågs metaforen olämplig i Sverige och en expertgrupp 2003 gav förslag till nya termer som idag är i kliniskt bruk. Utomlands används oftast ångest- och depressionsdiagnoser för tillståndet. Termen utmattningssyndrom används för de tillstånd där depression inte har utvecklats. Har depression utvecklats och uppfyller kriterierna för depression benämns tillståndet utmattningsdepression. För lättare tillstånd används diagnosen maladaptiv stressreaktion. Erfarenheter har visat att stressrelaterad psykisk ohälsa ofta är ett resultat av långvariga stresstillstånd som kan ha pågått under flera års tid. Stressrelaterad psykisk ohälsa uppskattas vara relaterad till cirka 80 % av alla långtidssjukskrivningar [32]. Enligt Hallsten ses processen i termer av en komplex interaktion mellan copingstrategier, individens sårbarhet, och en följd av ogynnsamma villkor och betingad självkänsla. Personer med hög prestationsbaserad självkänsla antas utgöra en riskgrupp [33].

Långvarig stress utan möjlighet till återhämtning kallas allostatisk belastning. Det innebär att hjärnan och kroppens funktioner försöker att interagera med varandra för att uppnå en homeostas, trots belastning för att behålla normala värden, vilket riskerar att utveckla stressrelaterade psykiska och fysiska tillstånd till sjukliga förändringar i kroppens samtliga system [34]. Hippocampus som fungerar som en viktig återreglerare vid stress i hjärnans struktur har påvisat atrofiering av nervcellerna med minskad minnesfunktion som följd [35]. Bördan av psykiska symtom är hög för den drabbade, lika för kvinnor som för män och det kan ta lång tid, ibland flera år av sjukskrivning innan personen kan återgå till ett arbete. Viktigt är därför att stressrelaterad psykisk ohälsa upptäcks tidigt inom vården och att insatser sker för att minska stressbelastningen och stärka hälsoprocesser [36]. Det råder internationell konsensus om att ett multimodalt (flera yrkeskategorier) arbetssätt är en nödvändighet för att öka livskvalitet och hälsa [37].

Det har varit problematiskt att finna en enhetlig benämning på både svenska och engelska på vår heterogena deltagargrupp som till största delen bestod av personer med mild till måttlig psykisk ohälsa med stressrelaterade besvär. Stressrelaterad psykisk ohälsa är ett begrepp som vi använder i Sverige men som det har varit svårt att hitta ett synonymt engelsk uttryck för. Vi har diskuterat begrepp som "mixed anxiety depression", "medically unexplained symptoms", "depression and bodily stress syndrom" och "prolonged stress-related symptoms" och kommit fram till att begreppet psychological distress närmast motsvarar våra deltagares problem. Psychological distress är ett använt begrepp vid psykisk ohälsa, där stressrelaterad psykisk ohälsa ligger som en del inom psychological distress, med betoningen på att orsaken ses som bristande förmåga att hantera vardagen.

Psychological distress

Psychological distress är ett vitt använt begrepp [38] som en indikator för psykisk ohälsa hos människor i samhället [39], där riskfaktorer kan innefatta exempelvis stressfyllda och höga krav inom studieliv [40], inom arbetsliv [41], pressad ekonomi, föräldraskap, dåliga relationer [19], bristande social status, lågt socialt stöd [38], cancer [42] och kroniska sjukdomar [43].

Definition

Psychological distress, kännetecknas som ett tillstånd av ett känslomässigt lidande [38] som svar på bristande coping, vid situationer som upplevs frustrerande, omöjliga att lösa, kravfyllda eller hotande [44]. Symtomen karakteriseras ofta av depression i form av hopplöshet, sorg, förlorat intresse eller ångest som förtvivlan och saknad av framtidstro [45]. Symtomen samexistera ofta [46, 47] med vanliga somatiska besvär [48, 49], som exempelvis sömnlöshet, huvudvärk och trötthet [50, 51]. Ridner [52] beskriver en skillnad mellan stress som en naturlig reaktion

och ohälsosam stress (distress), som nedbrytande och skadlig. I en omvårdnadsbedömning ingår anamnes, status och mål [53], där psychological distress kan beskrivas i fem steg, (Tabell 1). Psychological distress visar sig vara starkt relaterad till KASAM [54]

Tabell 1. Omvårdnadsbedömning vid psychological distress.

Definition	Tecken
Oförmåga till coping	Misslyckas att lösa problemet verbalt, är beroende av andra för att fatta beslut, upplever en hopplöshet, undviker problemet
Förändras i emotionell status	Ångest, irritabilitet, depression, tillbakadragande från andra, hyperaktivitet, gråtmild
Lider	Sorgsenhet, värk, smärta, ilska, fientlighet
Kommunicerar via ett obehag	Verbalt = uttrycker brist på framtidstro, rädd, klagar över smärta, sömnlöshet, är tyst Fysiskt = biter ihop, rynkar pannan, rastlös, försumlig om sitt utseende, undviker ögonkontakt
Bryts ner psykiskt och fysiskt	Smärta, förändring i vitala funktioner, självmordstankar, önskan att lämna läkare/vården

Ridner [52] fritt översatt till svenska.

Upplevelser

Vad innebär det att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa?

Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa innefattar en rad symtom från mildare besvär till svåra tillstånd. Symtom som spänningshuvudvärk, trötthet, smärtor i rörelseorganen, bröstsmärtor, tryck över bröstet, hjärtklappning, trötthet, sömnstörningar, magproblem, yrsel, minnes- och koncentrationssvårigheter, irritation, emotionellt labil, ångest och depression är några av dem [32].

Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa kan upplevas som att vara fångad mellan utmaningar med en drivkraft, å ena sidan, medan ansvar och krav, å andra sidan, ger brist på återhämtning [55]. Ett meningslöst kämpande när det inte går att förena idealbilden med den verklighet som råder [56]. Det finns en pågående inre kamp med känslan av att vara betydelselös och att förmåga saknas att leva sitt eget liv. Problemen är överväldigande och det är svårt att förstå sina egna handlingar. Lidandet är påtagligt, känslorna stängs av [57]. När kraften inte längre

räcker till för att finnas till för andra eller arbetet utvecklas en överklighetskänsla att inte känna igen sig själv varken i sin kropp eller i en tidigare trygg miljö [58]. Kollapsen blir till ett vägsål då livet inte längre håller. Ett ytterligare lidande sker då personen upplever sig inte vara i ett socialt accepterat system och det blir då ett ytterligare kämpande för att komma ur tillståndet [59]. Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa innebär ett stort lidande med upplevelsen av att kroppen och hela livet påverkas dramatiskt, vilket resulterar i förlust av hanteringsförmåga, samt bidrar till utanförskap och existentiellt kaos [39, 52, 55-59].

Behandling

Synen på människan

Dualistiskt i jämförelse med holistiskt

Ett dualistiskt förhållningssätt innebär att kropp och själ ses som två separata enheter, en uppfattning som fortfarande är vanlig inom dagens sjukvård, trots avståndstagande av filosofer, vårdtagare, vårdgivare och politiker [60, 61]. Studier har visat att personer som har ett dualistiskt förhållningssätt till sig själva, lever på ett sätt som i slutändan kan äventyra hälsan [60]. Ett dualistiskt synsätt inom sjukvården har konsekvenser för personer som söker vård. Trots bevis under de senaste decennierna som tyder på att psykosociala faktorer (bio-psyko-sociala modellen) direkt kan påverka hälsoresultat, har stora delar av sjukvården hållit sig kvar vid den biomedicinska modellen [62]. Vid psykisk ohälsa är psyket, kroppen och själen påverkade av tillståndet. Med ett dualistiskt förhållningssätt integreras inte det psykiska välbefinnandet som en naturlig del av hela människan i vården. Studier visar att patienter ofta presenterar sina somatiska besvär för läkarna, inte sina psykiska, vilka då heller inte uppmärksammas för eventuell vård och behandling [63, 64].

Holism beskrivs som (eng., av grek. *ho'los* 'hel', 'fullständig'), enligt vilken helheten är något mer än summan av delarna [65]. Inom omvårdnad är helhetssynen central. Den implicerar ett ontologiskt antagande "ett varande-i-världen" där kroppsliga, psykiska och existentiella aspekter sammanflätas och ses som en mångdimensionell enhet, inte aspekter var för sig. Människans inre och yttre livsvärld, välbefinnande och kroppsupplevelse är en helhet [6]. Genom att undersöka människans existens genom dess fenomen kan förståelse av hälsa, lidande, sjukdom och vårdande fördjupas och berika vården [6]. Omvårdnaden syftar till att lindra lidande genom att hjälpa människan att få insikt om sig själv, sin

livssituation, egna resurser och krav och på så sätt främja människans varande, som en hel människa [66].

Synen på att vårda

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård betraktas i dag vara en viktig komponent i en effektiv sjukvård [67, 68]. Orsaken är att personcentrerad vård visat sig bidra till förbättrad överensstämmelse mellan vårdgivarens och patientens behandlingsmål, bättre hälsa och en ökad patienttillfredsställelse [69, 70]. Carl Rogers menade att människan är en organism och upplevelser kallade han för fenomenfält (upplevelser). För att förstå en annan människa menade Rogers måste man gå in i den andres inre och se världen utifrån hennes/hans perspektiv. Rogers menade också att vi alla har en bild av hur vi är (självet) och en bild av hur vi skulle vilja vara (idealsjälvet). När dessa två inte stämmer överens uppstår enligt Rogers en inkongruens och personen känner sig missnöjd. Syftet med omvårdnaden är att öka kongruensen (överensstämmelsen) hos personen och minska klyftan mellan självet och idealsjälvet genom till exempel att reflektera, acceptera eller minska kraven [71]. I en personcentrerad vård med ett äkta, empatiskt och respektfullt förhållningssätt kan förtroende skapas och ge förutsättningar för en terapeutisk allians [72, 73].

Personcentrerad vård strävar efter att synliggöra hela personen och att vara medveten om personen bakom patienten och ger därför företräde åt andliga, existentiella, sociala och psykiska behov på samma sätt som fysiska behov. Personcentrerad vård börjar i patientens berättelse från upplevelse av situationen, individens förutsättningar, resurser och hinder och lägger grunden för ett partnerskap mot gemensamt uppsatta mål [74]. Ett personcentrerat förhållningssätt hos hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med ett professionellt kunnande är kanske de viktigaste faktorerna för patientens förtroende för vården. Att få vara delaktig i sin egen vård kan bidra till att öka motivationen att förbättra sin egen situation och ses som en av de viktigaste aspekterna för att uppnå en god och effektiv vård [75].

Olika behandlingsstrategier

Sedvanlig behandling inom primärvård

Behandlingsinsatserna vid stressrelaterad psykisk ohälsa sker framförallt inom primärvården [76]. De vanligaste symtomen är ångest, depressiva och kroppsliga symtom med höga korrelationer (mellan 0,70 till 0,95) [48], som visat sig vara vanligare bland kvinnor än bland män [49, 77], oberoende av ålder [24]. Patienter med ångest och depression söker oftast primärvård för sina somatiska symtom

medan de känslomässiga besvären uttrycks mindre, om inte läkaren frågar patienten om deras mentala hälsa [78, 79]. Psykiska problem kan därför maskeras av fysiska besvär, såsom huvudvärk, ryggont, smärta m.fl. [80] och blir inte uppmärksammade av läkarna, vilket också tidigare har rapporterats [63, 81]. Cirka 25 % av de patienter vilka söker hjälp i primärvården har psykiska problem, men mörkertalet är troligen högre [63, 64]. Det är en komplex grupp av patienter som kan söka vård frekvent under flera års tid [82], utan att få tillgång till korrekt behandling [50, 83, 84].

Inom primärvård gäller allmänt att det saknas gemensamma riktlinjer för annat än basutbudet, det vill säga läkar- och distriktssköterskeverksamhet och psykosocialt behandlingsarbete. Medicinsk rehabilitering består av läkarbedömning med utredning, diagnostisering och behandling av personer som inte kräver specialiserad vård. Behandlingsinsatsen kan bestå av medicinering med uppföljning och remiss för samtal [85]. Hur stressrelaterad psykisk ohälsa ska bemötas och vid svåra fall behandlas saknas det riktlinjer om [86]. Svenska regeringens rehabiliteringsråd utförde under 2011 en genomgång av den vetenskapliga litteraturen gällande evidensbaserad behandling vid lättare psykisk ohälsa. Av de sammanlagt 41 randomiserade, kontrollerade studierna (RCT) fanns det ingen studie som hade reproducerat någon annans resultat och få behandlingar hade någon effekt utöver kontrollgrupp [85]. Det saknas riktlinjer om hur personer med stressrelaterad psykisk ohälsa ska bemötas, vårdas och behandlas [86]. I väntan på evidensbaserad kunskap rekommenderas livsstilsförändringar, samtal för att stärka copingförmåga, tekniker för att sänka stressnivån. Vid svårare fall kan antidepressiva läkemedel behöva ordinerats [32, 87].

Salutogen behandling

I avhandlingen bygger de individuella samtalen på ett personcentrerat förhållningssätt [71, 74] tillsammans med de salutogena principerna enligt Antonovskys teori känsla av sammanhang (KASAM) [88]. Ett lösningsfokuserat tillvägagångssätt hade som uppgift att göra den stressrelaterade livssituationen mer *begriplig, hanterbar och meningsfull* för att stärka copingförmågan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa inom primärvård.

KASAM bygger på tre komponenter där den första är *begriplighet* och innebär att personen kan förklara det som händer i livet för sig själv (trots det obegripliga) eller förstå genom andra och kan se sin framtid som förutsägbar och begriplig. Den andra *hanterbarhet* är att se livets händelser som utmaningar och erfarenheter. Att uppleva sig ha en tilltro till sina egna resurser eller till andra resurser som står till ens förfogande. Det kan vara familj, vänner, kollegor eller tron på en högre makt. Den tredje komponenten *meningsfullhet* menade Antonovsky är den

viktigaste av dem. Den ger motivation och kraft till förändring. Att uppfatta områden i livet som viktiga och engagerande, värda att känslomässigt investera sig i, tyder på känsla av meningsfullhet. De personer som har förmåga att skapa mening i sina liv menar Antonovsky, har större motståndskraft mot oväntade och stressrelaterade händelser [88].

Få studier har utvärderat salutogena behandlingsmetoder vid psykisk ohälsa, men Langeland och medarbetare samt Lillefjell och Jakobsen har på gruppnivå visat signifikant goda resultat [89, 90]. Griffiths [91] betonar känsla av sammanhang som förklaring till återhämtning och spelar en central roll i rehabilitering. Malterud och Hollnagel [92, 93] framhåller samtal med salutogena terapiprinciper och interventionsprogram som en stor betydelse för patientens återhämtning och för framtida utveckling av behandling inom primärvård. Att bryta en negativ process är av största vikt och att stärka hälsoprocessen i en salutogen anda [94]. Trots flertal studier och avhandlingar som studerat KASAM bland människor runt om i världen och som förklarar teorin [10, 12, 95] är KASAM som intervention ett utforskat område. Den forskningen som nu efterfrågas är att genomföra och utvärdera teorin i praktiken, till exempel att stärka psykisk hälsa inom området psykisk ohälsa [96].

Komplementär och alternativ medicin

Komplementär medicin (KM) kan definieras som ett komplement till skolmedicin och alternativ medicin (AM) som ett alternativ, i stället för skolmedicin [97]. Komplementär och alternativ medicin (KAM) används som ett samlingsnamn för behandling som ligger utanför dagens hälso- och sjukvård [98]. I länder där medicinska system har utvecklats i samklang med ett folks kultur brukar systemet benämnas traditionell medicin som till exempel inom traditionell kinesisk medicin, ayurveda och samisk medicin. Inom de Afrikanska länderna står den traditionella medicinen för 80 %, i Indien 70 % och i Kina för runt 40 % [99]. I Sverige har KAM haft en växande utbredning från 22 % 1980 [100] till 49 % 2001 [101]. Motsvarande siffror i de övriga nordiska länderna visade mellan 35 % - 45 %, varav 12 % - 21 % använt sig av KAM under senare tid framförallt kvinnor [102]. I Tyskland rapporteras att 60 % av befolkningen använt sig av KAM [103]. De mest framträdande KAM metoderna i Europa är örtmedicin, akupunktur, homeopati och manuella terapier som exempelvis massage och praktiseras oftast utanför befintlig hälso- och sjukvård [98]. Komplementär och alternativ medicin (KAM) är ofta använd för behandling av psykisk ohälsa [104] och personer med psykisk ohälsa verkar vara mer benägna att använda KAM terapier än konventionella medicinska eller psykologiska behandlingar [105]. En av de mest använda KAM terapierna är akupunktur [106, 107].

KAM varierar kulturellt, historiskt och geografiskt. Det som i ett land anses vara en etablerad medicin kan i ett annat land anses vara kvacksalveri [98]. Synen på KAM har förändrats successivt under de senaste årtiondena i Sverige och i västvärlden. Påtryckning från vårdtagare, politisk vilja, krav på vetenskap och beprövad erfarenhet samt normativa rekommendationer har bidragit till denna förändring [108]. Detta har återspeglats i en ökad grad av integration av KM som akupunktur, qigong och massage vid vårdinrättningar och sjukhus [109] samt en utveckling vid universitet och institutioner [110] med en varierad forskning och utbildning inom området [111]. Flertalet forskningsnätverk pågår som utvecklar KAM både nationellt och internationellt. CAMbrella, ett EU-projekt, som syftar till att skapa gemensamma definitioner, regler och utveckla samarbetsprojekt med spetsforskning om KAM-terapierna inom Europa [103]. Än saknas dock forskningsanslag inom Europa men i USA pågår forskning inom KAM vid National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) med ett årligt forskningsanslag på 120 miljoner USD.

Akupunktur

Akupunktur är en del av traditionell kinesisk medicin (TKM) där den tidigaste systematiska framställningen av akupunkturmetodens teori och praktik sammanställdes i den berömda boken *Nei Jing* cirka 300 år f.Kr. Akupunktur är en behandlingsmetod som utvecklats genom empirisk vetenskap under flera tusen år i Kina för att lindra smärta och andra symtom för att balansera (Yin och Yang) och påverka energiflödet (Qi) hos personen [112]. Akupunktur idag inom svensk hälso- och sjukvård, sker genom instick i kroppen med tunna sterila nålar som placeras på speciella punkter. Akupunktur ses som en fysiologisk form av sensorisk stimulering [112]. Inom svensk sjukvård har akupunktur använts sedan 1984, då mot långvarig smärta. Från och med 1993 jämfördes akupunktur med andra behandlingsformer inom vården [113]. Det finns inga speciella författningar som reglerar akupunktur och det innebär att akupunktur får användas på samma grunder som andra behandlingsinsatser inom sjukvården. Vårdgivaren måste själv inhämta och värdera den vetenskapliga grunden för användandet av akupunktur. Vårdgivaren måste dessutom ha kunskap om tillståndet och om akupunktur som behandlingsform [114], och bär själv ansvaret för genomförandet [115].

Manuell akupunktur påverkar det centrala nervsystemets funktioner hos människan som involverar det limbiska systemet och relaterade hjärnstrukturer som till exempel amygdala, hippocampus, hypotalamus, basala ganglier och lillhjärnan [116]. Effekten kan delvis förklaras av Grindteorin, frisättning av kroppsegna opioider, serotonin och oxytocin samt psykologiska mekanismer [112]. Akupunktur har i flertalet studier visat sig reducera psykisk ohälsa [117, 118]. Enligt studier [119, 120] beror ångest och depressiva tillstånd ofta på störningar i den

autonoma neuroregleringen med för starkt sympaticuspåslag och minskat parasympaticuspåslag. Denna inbyggda ömsesidiga påverkan i det autonoma nervsystemet påverkar hjärtfrekvens och puls. Den allmänna psykiska förbättringen vid akupunktur i studierna beror på samband mellan flera faktorer, varav den avslappnande ångestlindrande effekten vid terapeutisk akupunktur är av största värde, med lägre hjärtfrekvens och puls som följd [120, 121] och en hög grad av avslappning [122, 123].

Framtida studier inom akupunktur rekommenderas vara designade som pragmatiska RCT-studier för att vara i en så verklig klinisk miljö som möjligt och som kontrollgrupp välja en annan behandlingsmetod än akupunktur eller sedvanlig behandling [124, 125], dels för att akupunktur är en komplex intervention i sig själv samt att patienterna ofta består av en heterogen grupp av deltagare [126, 127].

Integrativ medicin

Det finns ingen entydig definition av integrativ medicin. Osher centrum för integrativ medicin, ett svenskt forskningscenter, beskriver att Integrativ medicin syftar till att främja hälsa och motverka sjukdom genom utveckling och integration av evidensbaserad kunskap från olika discipliner och traditioner för att komplettera den etablerade medicinen. Genomgående tillämpas strikt vetenskaplig metodik för att utvärdera mekanismer, behandlingseffekter, effektivitet och användning i samhället [110]. Ytterligare ett centrum inom Sverige, I C- The Integrative Care Science Center, bedriver forskning inom området [128]. Forskare och kliniker använder i allt högre grad begreppet integrativ medicin för att hänvisa till att KAM metoder läggs till och integreras med skolmedicinsk behandling, i ett levande system med biologiska, psykologiska, sociala och andliga dimensioner [129, 130]. Studier visar att integrativ medicin främjar livskvalitet och är läkande för hela personen och kan användas som en effektiv medicinsk behandling [62], speciellt vid tillstånd av långvariga och diffusa besvär både psykiskt och somatiskt [131, 132], med ökade strategier till självhjälp [133]. Integrativ medicin ger en vård som är personcentrerad och salutogen vilket stärker den terapeutiska alliansen och möjliggör en ökad förmåga till god livskvalitet [129, 134, 135].

AVHANDLINGENS ÖVERGRIPANDE SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte var dels att undersöka vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa hos personer som söker vård för sina besvär och dels att utvärdera och jämföra kort- och längre tidseffekter av tre olika behandlingsstrategier för stressrelaterad psykisk ohälsa (integrativ behandling, terapeutisk akupunktur och sedvanlig primärvårdsbehandling).

Forskningsfrågor

- Vad innebär det att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa?
- Hur påverkar de olika behandlingsmetoderna ångest, depression, livskvalitet och hantering av stress?

Syften med respektive delstudie (I-IV)

Studie I

Att beskriva och tolka vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa.

Studie II

Att utvärdera och jämföra korttidseffekter av 8-veckors integrativ behandling, terapeutisk akupunktur respektive sedvanlig primärvårdsbehandling på ångest och depression hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa.

Studie III

Att utvärdera och jämföra korttidseffekter av 8-veckors integrativ behandling, terapeutisk akupunktur respektive sedvanlig primärvårdsbehandling på livskvalitet och känsla av sammanhang hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa.

Studie IV

Att utvärdera och jämföra längre tidseffekter (6 månader) av 8-veckors integrativ behandling, terapeutisk akupunktur och sedvanlig primärvårdsbehandling på ångest, depression, livskvalitet och känsla av sammanhang hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa.

METOD

Design och plats (I-IV)

Avhandlingens fyra delarbeten bygger på data dels från en intervjustudie med 12 deltagare (Studie I) dels en pragmatisk randomiserad kontrollerad studie med 120 deltagare (Studie II-IV). Samtliga studier genomfördes vid fyra olika vårdcentraler, två privata och två offentliga, belägna i små och mellanstora städer (14 000–40 000 invånare) i västra Sverige. Data samlades in mellan januari 2010 och oktober 2011. Information om studien gavs vid respektive vårdcentral. I tabell 2, visas en översikt av design, metod, analys och antal deltagare i respektive delstudie, som fortsättningsvis kommer att refereras som Studie I, II, III och IV.

Tabell 2. Översikt av de olika delstudierna, samtliga utförda inom primärvård.

	Delstudie I	Delstudie II	Delstudie III	Delstudie IV
Syfte	Att beskriva vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa	Att utvärdera och jämföra korttidseffekter (4- och 8 v) av IB, TA och SB på ångest och depression	Att utvärdera och jämföra korttidseffekter (8 v) av IB, TA och SB på livskvalitet och känsla av sammanhang	Att utvärdera och jämföra långtidseffekter (6 mån) av IB, TA och SB på ångest, depression, livskvalitet och känsla av sammanhang
Design	Intervju	Pragmatisk RCT	Pragmatisk RCT	Uppföljning pragmatisk RCT
Metod	Kvalitativ	Kvantitativ	Kvantitativ	Kvantitativ
Analys	Fenomenologisk Hermeneutisk	Inom- och mellangrupsjämförelser avseende HAD ångest och depression	Inom- och mellangrupsjämförelser avseende SF-36 och KASAM	Inom- och mellangrupsjämförelser avseende HAD ångest och depression, SF-36 och KASAM
Deltagare	n=12	n=120, n=40/ behandlingsgrupp	n=120, n=40/ behandlingsgrupp	n=120, n=40/ behandlingsgrupp

Deltagare, rekrytering och uttagning (I-IV)

Målgruppen bestod av primärvårdspatienter 20-55 år som sökte vård för psykisk ohälsa, som oro, ångest, depression, sömnstörningar, trötthet, huvudvärk eller somatisk smärta. Ursprungligen rekryterades patienter som remitterades enbart av läkare, men för att påskynda inflödet av deltagare i studierna accepterades remisser från annan vårdpersonal och i vissa fall från patienterna själva. Totalt remitterades 150 patienter av sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor, psykoterapeuter och kuratorer) och fyra var egenremisser, alla via vårdcentraler. Exklusionskriterier var helt sjukskriven > 2,5 år eller varaktig sjukersättning, graviditet, cancer, personlighetsstörningar, alkoholmissbruk och svår depression.

Möjliga deltagare kontaktades via telefon och informerades om studien och tillfrågades om de ville delta. Därefter skickades skriftlig information om studien, tillsammans med ett skriftligt samtycke och den första omgången av enkätformulär. Några av dessa (12 personer, nio kvinnor/tre män) valdes ut strategiskt efter kön, ålder och diagnos och tillfrågades om de ville berätta om sitt tillstånd och vara med i en intervjustudie (Studie I). Patienter som samtyckte till att delta och som uppfyllde inklusionskriterierna erbjöds ett besök på sin vårdcentral. Vid besöket granskade en forskningssjuksköterska patienternas medicinska historia. I de semistrukturerade intervjuerna som sedan genomfördes ombads patienterna att beskriva sin sjukdomserfarenhet, symtom, behandling och dess konsekvenser för deras dagliga liv. Besöken varade i cirka 60 minuter. Baserat på den information som framkom under besöket och tidigare telefonsamtal uppfyllde 34 patienter inte inklusionskriterierna och uteslöts därmed. Totalt ingick 120 patienter (101 kvinnor) i Studie II, III och IV. Samtliga deltagare remitterades för behandling av psykiska besvär med olika huvuddiagnoser, se tabell 3.

Tabell 3. Huvuddiagnos hos deltagare n=120 (Studie II-IV)

Diagnosvariabler	Frekvens	Procent
Depression F32 F33	37	31
Stressrelaterad psykisk ohälsa F438 F439	25	21
Ångesttillstånd F411 F419	22	18
Sömnstörning F51	14	12
Somatisk smärta G43 G44 K58 M791 M479 S134	22	18
Totalt	120	100

Intervjustudie; procedur och analys (I)

Intervjustudien (Studie I) hade en fenomenologisk hermeneutisk ansats vilket innebär att den berättade levda erfarenheten skrivs ner som text och sedan tolkas mot bakgrund av förförståelsen. Tolkning innebär att följa den tankeriktning som öppnas upp genom texten. Förklaring och tolkning ser Ricoeur [136] inte som motpoler utan som delar av en förståelseprocess. Det som först varit främmande har genom förståelseprocessen gjorts till ens eget genom den hermeneutiska reflektionen (hermeneutiska spiralen). Förståelse innebär att ta till sig de olika delarna som tolkningen utvecklar och reflektion innebär att via distansering skapa ny förståelse av helheten [136].

Analysarbetet följde Lindseth och Norbergs fenomenologisk hermeneutiska metod [137] inspirerad av Ricoeur [136]. Enligt metoden är tolkning av en text en process som går från helhet i den naiva tolkningen genom delarna i strukturanalysen och åter till en helhetstolkning, som besvarar forskningsfrågan för studien.

Analysen följde de tre stegen; *naiv läsning med naiv tolkning*; vilket innebar att bli bekant med texten (naiv läsning), att få en känsla för dess riktning eller budskap, vilket validerades eller ogiltigförklarades av efterföljande strukturanalys. *Tematisk strukturanalys*; identifiering av meningsbärande enheter som kondenserades och förklarades vilket tillsammans bildade subteman och teman, som validerades mot den naiva tolkningen. Det tredje steget *tolkande helhet*, innebar att den naiva tolkningen, strukturanalysen och förförståelsen tolkades.

Interventionsstudie; procedur och analys (II-IV)

Studie II, III och IV genomfördes som en öppen pragmatisk randomiserad kontrollerad studie. Med öppen menas att deltagare och terapeuten kände till vilken behandlingsinsats som ingick i respektive grupp. Pragmatisk innebär att studien utfördes i verklig behandlingsmiljö, i detta fall inom primärvård.

Randomisering

Efter inklusionen randomiserades patienterna till en av tre behandlingsregimer. Till detta ändamål förbereddes 120 kort tryckta med bokstäverna A, B eller C, som betecknade de olika behandlingsgrupperna. Korten placerades i förslutna, ogenomskinliga kuvert av en person utan samband med studien. Kuverten var blandade ett antal gånger i en låda. En forskningsmedhjälpare, blind för syftet med studien och kortkodningssystemet, blandade återigen kuverten och sedan slumpmässigt valde kuvert ur lådan och därmed upprättade slumpsekvensen.

Interventioner (II-IV)

Terapeutisk akupunktur

Terapeutisk akupunktur (TA) [112] utfördes en gång i veckan under åtta veckor i följd av en erfaren (9 års klinisk erfarenhet), certifierad TCM akupunktör som också var doktorand. Varje session varade i cirka 45 minuter. Val av akupunkturpunkter baserades på kliniska RCT-studier [112]. Själva nålinsättningen skedde mjukt, men bestämt tills deqi-känslan upplevdes av deltagaren. Antalet nålar bestämdes utifrån konstitutionen på deltagaren, samt hur denne hade upplevt behandlingen gången innan. Antalet nålar kunde variera mellan som minst två, till som mest tolv nålar. Tidsrymden var 20-30 minuter. Om akupunktur nålarna inte upplevdes av deltagaren, kunde ytterligare deqi-aktivering ske. Om deltagaren upplevde akupunktur nålarna, skedde ingen ytterligare aktivering. Under pågående behandling skedde samtalet mer fritt med patienten om hennes/hans tillstånd och kunde föreslå olika livsstilsförändringar och avslappningsmetoder för patienten att träna hemma.

Deltagare som ordinerats medicin för ångest, depression, sömnstörningar eller smärttillstånd före deltagande i studierna rekommenderades att fortsätta sin ordination. Deltagarna uppmanades att inte påbörja psykologiska eller sjukgymnastik behandlingar under tiden de befann sig i studien.

Integrativ behandling

Den integrativa behandlingen (IB) kombinerade TA med en salutogen dialog, inspirerad av Antonovskys salutogena modell [88] i ett personcentrerat förhållningsätt [71]. Samma terapeut som behandlade TA behandlade också IB. Terapeuten hade 9 års erfarenhet av salutogen dialog. I den salutogena dialogen ingår tre delar; begriplighet (kognitivt), hanterbarhet (beteende) och meningsfullhet (motivation) som speglar en persons förmåga att hantera stressiga situationer och öka sin livskvalitet [12]. Dialogen var öppen, stödjande, utforskande och reflekterande, och koncentrerade sig på fyra viktiga områden i livet; inre känslor, personliga relationer, vardagliga aktiviteter (kost, motion, avkoppling, sömnvanor) och existentiella frågor, i en atmosfär av förtroende, respekt, empati och äkthet [71] och som ett led för att stärka den terapeutiska alliansen [72]. Dialogen fokuserade på patientens förståelse av sina inre och yttre resurser för att hantera hans/ hennes tillstånd. Syftet var att hjälpa patienterna att bli medvetna om och mobilisera sina styrkor och möjligheter för att hantera sin sjukdom och betonade ett personcentrerat perspektiv [72-74]. Deltagarna fick till uppgift att reflektera och skriva ner mål och delmål för att främja hälsan. Delmålen följdes upp inför varje behandlingstillfälle under åtta veckor och huvudmålet utvärderades under sista behandlingen. IB utfördes en gång i veckan under åtta

veckor i följd. Varje session varade i cirka 60 minuter. Deltagare som ordinerats medicin för ångest, depression, sömnstörningar eller smärttillstånd före deltagande i studierna rekommenderades att fortsätta sin ordination. Deltagarna uppmanades att inte påbörja psykologiska eller sjukgymnastik behandlingar under tiden de befann sig i studien.

Sedvanlig behandling

Deltagare som lottats till sedvanlig behandling (SB) fick den behandlingsinsats som gavs vid respektive vårdcentral. SB kunde innefatta farmakologiska och/eller psykologiska samtal/sjukgymnastik eller att stå på väntelista till behandling. SB utvärderades efter 4-, 8-veckor och 6 månader, oberoende av längden av behandling.

Mätinstrument och statistik

Patientrapporterade utfallsmått

Hälsorelaterad livskvalitet mäts normalt med hjälp av så kallade patientrapporterade utfallsmått (PROM – Patient-Reported Outcome Measures), generellt standardiserade frågeformulär som utarbetats som ett generellt mått med bred användning. Det är vanligt att dela upp PROM i generella jämfört med specifika mått. De generiska måtten är utvecklade för bred användning och mäter olika aspekter av livskvalitet såsom fysisk, psykisk och social funktionsförmåga utan hänsyn till specifik diagnos, population eller symtom. Därmed blir det möjligt att jämföra olika sjukdomsgrupper. Specifika mått undersöker och jämför sjukdomsspecifika egenskaper i egenskaper av diagnos, symtom och behandling som påverkar patientens hälsa och ohälsa i fysiska, emotionella och sociala funktioner. PROM är särskilt viktigt genom att det försöker fånga patientens eget perspektiv och kan vara till hjälp att identifiera effekten av behandlingar, hjälpa patienter och vårdpersonal att göra val och för vården att övervaka och förbättra vårdkvaliteten [138]. Ett av de mest välkända generiska måtten att utvärdera livskvalitet är Short Form-36 Health Survey, SF-36. Ett annat mått är KASAM som kan ses som en hälsoresurs för livskvalitet [12], och används främst i epidemiologiska studier [10, 12, 95]. Psykisk ohälsa mäts ofta med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ett specifikt mått för ångest och depression och används vid kliniska studier [139].

Utvärderingen genomfördes med hjälp av självskattade frågeformulär vid baslinjen, efter 4- och 8 veckors behandling, samt uppföljning 6 månader senare. Baselinjeenkäter returnerades vid det första besöket och följande enkäter returnerades med post.

Primära och sekundära utfallsvariabler

Den primära utfallsvariabel var ångest mätt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Studie II och IV). Sekundära variabler var livskvalitet mätt med Short Form-36 (SF-36) samt känsla av sammanhang (KASAM) (Studie III och IV).

Frågeformulär

Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS [139] mäter ångest och depression. Frågeformuläret innehåller 14 frågor totalt, där ångest respektive depression besvaras enligt en fyrgradig skala, med totalsumma mellan 0-21. Poäng upp till 7 anses vara normalt tillstånd, mellan 8-10 pekar på möjliga fall av ångest och depression. Höga poäng >11, indikerar sannolikt klinisk ångest respektive depression. Den svenska versionen av HADS användes [140].

Short Form-36 Health Survey, SF-36 hälsoenkät, svensk version [13] är ett vetenskapligt utprovat generiskt frågeinstrument som mäter självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet (HRQL) i åtta domäner: fysisk funktion, rollbegränsningar fysisk, kroppslig smärta, vitalitet, allmän hälsa, social funktion, rollbegränsningar emotionella och mental hälsa. Formuläret består av 36 frågor vars svar sammanställs till poäng på respektive domän som varierar från 0-100, där högre poäng indikerar bättre HRQL. Domänpoäng kan läggas samman och normaliseras med en standardalgoritm till två sammanfattande komponent poäng, Mental Component Summary (MCS) och Physical Component Summary (PCS), där högre poäng indikerar bättre HRQL och ett värde av 50 representerar befolkningsnormen.

Känsla av sammanhang, (KASAM) innefattar tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa begrepp är av betydelse för hur en människa hanterar olika situationer. Finner personen en situation begriplig, hanterbar och meningsfull, blir situationen mindre stressfull. Instrumentet består av 13 frågor på en sjugradig skala. Låga poäng indikerar ett lågt KASAM och individen kan behöva hjälp med att finna nya strategier för att hantera stressfulla situationer [88]. Frågeformuläret är väl validerat [95].

Statistiska analyser

Analyserna utfördes på en intention-to-treat basis. Beskrivande statistik användes för att karaktärisera sociodemografiska, kliniska och utfallsvariabler vid baslinjen och vid varje uppföljning i vardera behandlingsgrupp. Jämförelse vid baslinjen mellan grupperna i kön och utbildningsnivå bedömdes med Chi²-test och ålder utvärderades med envägs ANOVA (Studie II-IV).

Jämförelse mellan grupper i HADS, SF-36 MCS, SF-36 PCS och KASAM vid baslinjen och uppföljning, samt förändring från baslinjen, värderades med det icke

parametriska Kruskal Wallis test (Studie II-IV), följt av parvisa jämförelser med Mann Whitney U test (Studie II-IV). Wilcoxon signed rank användes för att testa inomgrupps skillnader mellan baslinjen, 4- (Studie II) 8 veckor (Studie II, III) 6 månader (Studie IV). Spearmans rho korrelation användes för att bedöma korrelationen mellan KASAM och SF-36 (Studie III). Icke parametriska metoder användes på grund av snedfördelning och ordinal nivå av data (Studie II-IV). Vid saknad av ifyllda frågor beräknades ett medelvärde från tillhörande grupp. Samtliga tester var tvåsidiga och en 5 % signifikansnivå användes. Bonferroni korrigering användes för att beräkna justerade p-värden för multipla jämförelser (Studie II-IV). Alla analyser utfördes med hjälp av PASW SPSS version 18 (Chicago, IL) [141].

Den kliniska effekten bedömdes med hjälp av effektstorlekar (ES). ES beräknades för att uppskatta omfattningen av både inom gruppens förändringar (differensen för och efter behandling dividerad med standardavvikelsen av förändringen) mellan baslinjen och 8 -veckors uppföljning (II, III) och uppföljning vid 6 månader (Studie IV) och i jämförelse mellan grupperna (differensen för och efter behandling dividerad med polade standardavvikelsen vid baslinjen) vid 8 -veckors uppföljning (III) och uppföljning vid 6 månader (Studie IV). ES storleksklasser tolkades mot de kriterier som föreslagits av Cohen; trivial (0 till < 0,2), små ($\geq 0,2$ till < 0,5), måttlig ($\geq 0,5$ till < 0,8) och stora ($\geq 0,8$), [142]. Reliable Change Index (RCI) är en variant av ES där man tar hänsyn till reliabiliteten hos ett instrument i beräkningen av effekt. Gränsdragningar för klinisk signifikans kan tillämpas för att räkna antalet patienter som upplevt en betydande förbättring i sin situation [143].

Statistisk styrka, det vill säga power, beräknades utifrån minskad ångest. Den integrativa behandlingsgruppen på 40 deltagare beräknas att minska sin ångest med 50 % efter åtta veckors rehabilitering. Terapeutisk akupunktur samt sedvanlig behandling på vardera 40 deltagare beräknas att minska sin ångest med 30 % respektive 20 % efter åtta veckor. Räknat utifrån denna på förhand uppskattade förbättring hos deltagarna behövdes 120 deltagare i studien, vilket ger en power på 83 %. Signifikansnivån p , beräknas vara $p < 0,05$.

Etiska aspekter (I-IV)

Studierna genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen [144]. Samtliga deltagare fick muntlig och skriftlig information om syftet med forskningen och hantering av sekretess. Dessutom information om att det var frivilligt att delta, att personen när som helst, utan särskild förklaring kunde avbryta att vara med studien och att detta inte skulle påverka den vanliga behandlingsinsatsen. Etiskt tillstånd gavs för Studie I (Dnr 120-11) och för Studie II-IV (Dnr 365-08) vid Etikprövningsnämnden i Göteborg.

RESULTAT

Vad innebär det att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa? (I)

Intervjustudien baseras på intervjuer med tolv deltagare om innebörden av att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa, resultatet kan beskrivas som;

- en obalans mellan personens krav, resurser och svårigheter att hantera vardagen
- en bristande jämvikt mellan vad personen vill leva upp till och vad som är möjligt
- att de måste kämpa *för att hantera vardagen, att de känner sig mindre värd än andra och att de upplever att de tappar taget om livet*
- att deras upplevelser bidrar till mental, fysisk och känslomässig utmattning

Naiv läsning

Den naiva förståelsen av intervjutexten utgår från en bild av människor som har levt med långvarig stressrelaterad psykisk ohälsa. Deras liv består av ett kämpande med ständig trötthet, oro och ångest för att inte tappa kontrollen över vardagen. För att hantera kraven kan en mask vara ett skydd, eller att dra sig undan, bort från andra människor. Det kan innebära en känsla av ensamhet, att vara utanför en gemenskap och ger en negativ självbild. Personerna i studien söker primärvården för symtom som oro, ångest, nedstämdhet, sömnproblem eller smärta och har svårigheter att hantera sin vardag.

Strukturanalys

Processen genom strukturanalysen resulterade i tre teman; Kämpar för att hantera vardagen, Känner sig mindre värd än andra och Tappar taget om livet. Subteman belyser olika aspekter av samma tema och vill hjälpa oss att förstå från olika perspektiv, (Tabell 4).

Tabell 4. Tema och subtema som framkom under strukturanalysen (Studie I).

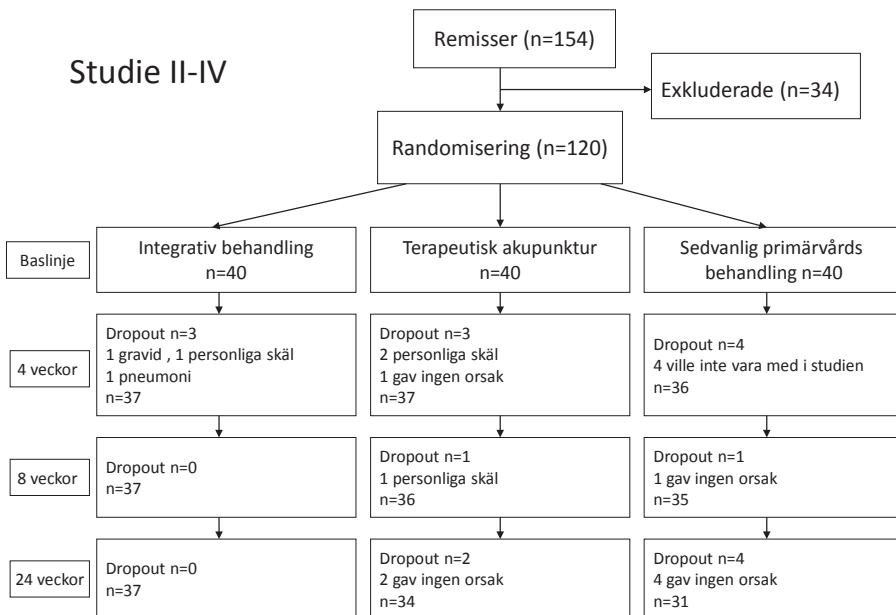
Tema	Kämpar för att hantera vardagen	Känner sig mindre värd än andra	Tappar taget om livet
Sub-tema	Känner sig jagad	Förminskar sig själv	Tappar livsgnistan
	Kroppen sänder varningssignaler	Undviker människor	Känner inte igen sig själv
	Känslorna pendlar		Stänger av sina känslor

Vi tolkar att deltagarna beskriver en kamp *för att klara av vardagen, känna sig lika mycket värd som andra* och en upplevelse att *tappa taget om livet*. Temat *kämpar för att klara av vardagen* innebär en aktiv kamp, en ständigt jagande strävan mot svåra eller omöjliga krav att kunna hantera vardagen, trots kroppens varningssignaler och obalanserade känslor. Tanken och känslan formas till att inte vara tillräckligt bra, att inte duga som man är. *"... Så jag har hela tiden stridit emot min kropp... och liksom försökt intala mig att det här ska gå... Duktig tjej, som klarar allt!"* (Kvinna, 31). *Känslan av att känna sig mindre värd än andra människor*, innebär svårigheter att sätta gränser och stå upp för sina egna behov. *"... Frustrationen av inte våga stå upp... för mig själv, det är någonting som jag blir påmind om varje dag..."* (Kvinna, 26). Det är tungt och svårt att leva upp till ett liv, som man vill leva. Successivt undviks andra människor. *Tappar taget om livet* innebär att alla krafter och resurser är tömda och kännetecknas av en mer passiv hållning än kampen för att klara vardagen. Upplevelser av att inte känna igen sig själv, rädsla över att något är allvarligt fel, kan infinna sig. För att orka leva vidare, stängs känslorna av. Livet upplevs som meningslöst och tomhet utvecklas. *"... Jag kände mig tom på något vis... väldigt tom.. kände att jag kunde ingenting, jag var liksom värdelös... Jag kände det väldigt många mornar när jag körde till jobbet, att det var som en klump i magen, en stor sten..."* (Kvinna 43 år). Personen befinner sig farligt nära en mental, fysisk och existentiell utmattning.

Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie (II-IV)

Patienter: demografi och flödesschema

Deltagarna i studien bestod av primärvårdspatienter 20-55 år som sökte vård för stressrelaterad psykisk ohälsa, som oro, ångest, depression, sömnstörningar, trötthet, huvudvärk eller somatisk smärta. Av de totalt 120 randomiserade deltagare svarade 108 (90 %) vid åtta veckors uppföljning (Studie II). Tio av de tolv lämnade studien innan fyra veckors uppföljning. Av de 108 deltagarna (Studie II, III) befann sig 37 i IB-gruppen (86 % kvinnor), 36 i TA-gruppen (83 % kvinnor) och 35 i SB-gruppen (95 % kvinnor). Vid 6 månader (Studie IV) svarade 102 (85 %) på uppföljningsenkäten, varav 37 fanns i IB-gruppen (86 % kvinnor), 34 i TA-gruppen (83 % kvinnor) och 31 i SB-gruppen (95 % kvinnor) (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema över deltagarna i Studie II-IV.

Behandlingsgrupperna skilde sig inte signifikant vid baslinjen (Studie II-IV) med avseende på ålder, kön eller utbildningsnivå, (Tabell 5).

Tabell 5. Demografisk data över deltagarna vid baslinjen.

Variabel	IB n=40	TA n=40	SB n=40
Kön: kvinna	34 (85 %)	32 (80 %)	35 (88 %)
Ålder (SD)	41 (8 %)	41 (9 %)	40 (9 %)
Utbildning: Gymnasium	26 (65 %)	28 (70 %)	23 (58 %)

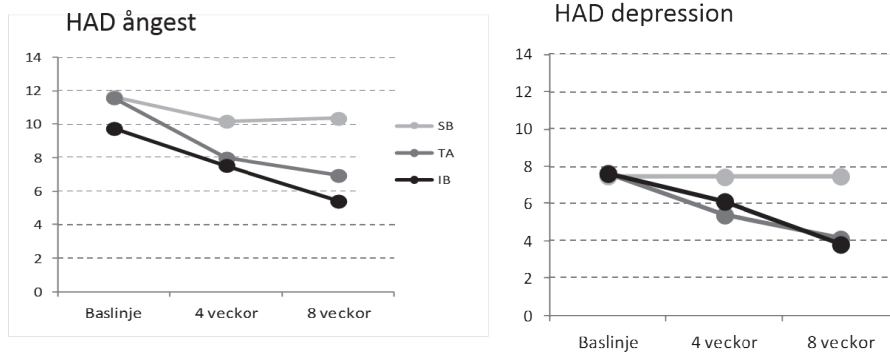
Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; utvärdering ångest och depression (II)

Utvärdering ångest och depression vid 4- och 8 veckor

I Studie II, redovisas resultat för HAD depression och ångest och analyserna avser jämförelser mellan behandlingsgrupper vid varje mättillfälle (baslinje, 4- och 8-veckor), samt gruppjämförelser av förändring mellan baslinje och 8 veckor. Baslinjemätning är viktigt för att kunna visa att grupperna hade samma utgångsläge vid start. Uppföljning två vid 4-veckor var med för att utvärdera om förändring skett under behandlingens gång, samt att vi ville se om det redan då fanns en skillnad mellan grupperna. Vid 8-veckors uppföljning var behandlingstiden avslutad. Förutom jämförelser mellan grupper vid enstaka tillfällen, är det också viktigt att se om förändring har skett från start till avslutad behandling (d.v.s. om behandling haft en effekt) och om grupperna skiljer sig statistiskt signifikant sinsemellan (d.v.s. om effekterna var lika stora mellan grupperna). För att underlätta tolkningen av dessa resultat har vi använt så kallade ES, för att bedöma storleken av effekten på gruppnivå, då statistisk signifikans enbart ger information om sannolikheten att det finns en skillnad. Vidare har vi också använt "reliable change index" för att uppskatta förändring på individnivå, med andra ord, för att kunna se hur många patienter har upplevt en förändring som är av betydelse för dem.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna på varken HAD ångest eller depression vid baslinjen. HAD ångest och HAD depression minskade signifikant mer både statistiskt och kliniskt hos IB och TA grupperna jämfört med SB-gruppen, både vid HAD ångest 4-veckor (båda $p < 0.006$) och HAD depression (båda $p < 0.034$) och vid 8-veckors uppföljning HAD ångest (båda $p < 0.001$) och HAD

depression (båda $p < 0.000$). Inga signifikanta skillnader fanns mellan IB och TA, (Figur 2).



Figur 2. Medelvärde för HAD ångest och HAD depression hos de tre behandlingsgrupperna; integrativ behandling (IB), terapeutisk akupunktur (TA) och sedvanlig primärvårds behandling (SB) vid baslinje, efter fyra och åtta veckors uppföljning.

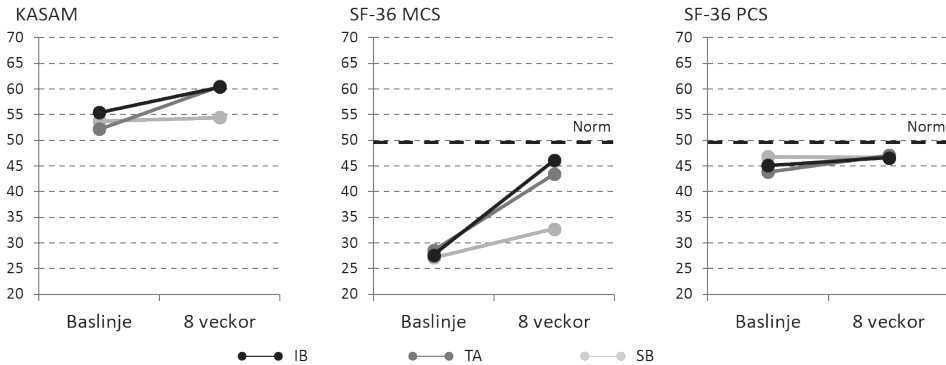
ES var stora ($ES > .80$) i TA och IB gruppen i relation till ångest och också stora i relation till depression. I SB-gruppen var ES små för ångest ($ES \geq 0,2$ till $< 0,5$) och trivial ($ES 0$ till $< 0,2$) för depression. Dessutom uppnåddes kliniskt signifikanta förbättringar hos 50 % av deltagarna i IB gruppen, 48 % i TA gruppen och 10 % i SB gruppen ($RCI > 1.96$ + förändring från kliniskt fall till inte kliniskt fall, from case to noncase) gällande HAD ångest. Dessa var signifikant olika ($\chi^2 = .003$). Likaså, 53 % av deltagarna i IB gruppen, 50 % i TA gruppen och 5 % i SB gruppen uppnådde kliniskt signifikanta förbättringar gällande HAD depression ($\chi^2 = .008$).

Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; utvärdering livskvalitet och känsla av sammanhang (III)

Utvärdering hälsorelaterad livskvalitet och känsla av sammanhang vid 8 veckor

I Studie III, redovisas resultat för livskvalitet och förmåga att hantera stressfyllda situationer. Analyserna avser jämförelser mellan behandlingsgrupper vid baslinje och 8-veckor samt gruppjämförelser av förändring mellan baslinje och 8 veckor, då behandlingen avslutades. ES har använts, för att bedöma storleken av effekten på gruppnivå. Vid baslinje fanns inga skillnader mellan grupperna avseende livskvalitet (SF-36 MCS mentala komponenter och SF-36 PCS fysiska komponenter)

eller KASAM. Vid uppföljning vid 8 veckor visades att SB hade signifikant sämre MCS och KASAM-värden än IB och TA (alla $p = .001$). Inga skillnader fanns mellan IB och TA på någon variabel. Resultatet för PCS visades ingen signifikant skillnad varken över tid eller mellan någon av grupperna (Figur 3). Förändringsskillnader var signifikant större hos IB och TA än i SB gruppen avseende SF-36 MCS och KASAM (Figur 3).



Figur 3. KASAM känsla av sammanhang, SF-36 MCS mental hälsa och SF-36 PCS fysisk hälsa, vid baslinje och vid åtta veckors uppföljning hos interventionerna; integrativ behandling (IB), terapeutisk akupunktur (TA) och sedvanlig primärvårdsbehandling (SB).

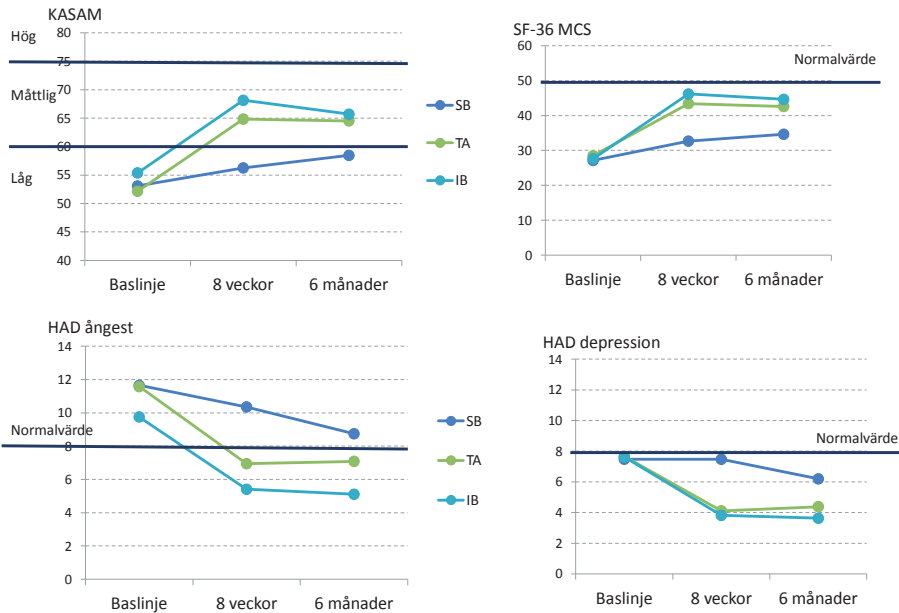
ES i jämförelse mellan IB and TA gentemot SB var stor i förhållande till SF-36 MCS. I relation till KASAM var effektstorlek stor för IB och moderat ($\geq 0,5$ till $< 0,8$) för TA. Små ES sågs i jämförelse mellan IB och TA i relation till SF-36 MCS och KASAM. ES för SF-36 PCS var för alla behandlingsgrupper trivial.

Pragmatisk randomiserad kontrollerad studie; uppföljande utvärdering efter 6 månader (IV)

Uppföljande utvärdering ångest, depression, livskvalitet och känsla av sammanhang vid 6 månader

I Studie IV, redovisas en uppföljning vid 6 månader för att undersöka hur effektiva de olika behandlingsinsatserna var vid ångest, depression, livskvalitet och förmåga att hantera stress. Analyserna avser jämförelser mellan behandlingsgrupper vid baslinje, 8 veckor och 6 månader samt gruppjämförelser av förändring mellan baslinje, 8 veckor och 6 månader. ES har använts. Förändringsmönstret mellan baslinje och 6 månaders uppföljning var detsamma för i IB och TA grupperna, d.v.s. båda förbättrades väsentligt från baslinje till 8 veckor och sedan uppvisade de ingen fortsatt förbättring vid 6 månader. Å andra sidan visade SB gruppen en svag

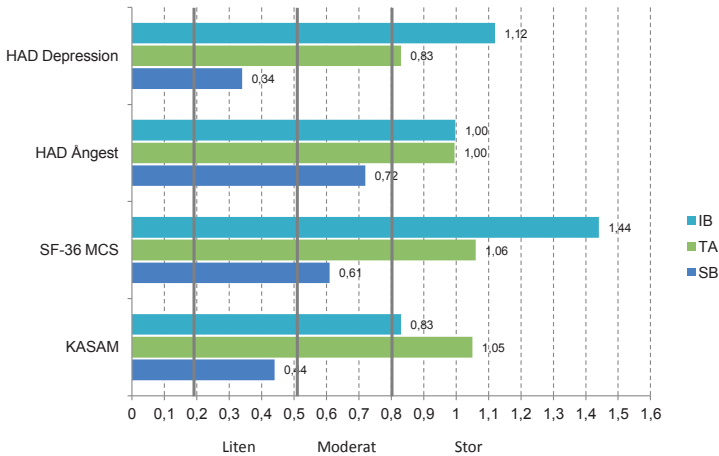
monoton förbättring från baslinjen till 6 månader för alla variabler förutom HAD depression (KASAM $p=0.012$; HAD ångest $p=0.001$; SF-36 MCS $p=0.004$), dock visades inga signifikanta förändringar mellan baslinje och 8 veckor (Figur 4).



Figur 4. Utvärdering vid baslinje och vid uppföljningstillfälle 8 veckor och 6 månader gällande KASAM känsla av sammanhang [145], SF-36 MCS mental hälsa, HAD ångest och HAD depression hos interventionerna; integrativ behandling (IB), terapeutisk akupunktur (TA) och sedvanlig primärvårds behandling (SB).

Trots avmattningen efter 8 veckor hade IB och TA ändå signifikant bättre MCS och SOC än SB vid 6 månader. Detsamma gällde för i IB och TA grupperna, d.v.s. båda förbättrades väsentligt från baslinje till 8 veckor och sedan uppvisade de ingen fortsatt förbättring vid 6 månader.

ES var stora för TA och IB grupperna för samtliga variabler, medan i SB gruppen var ES liten för KASAM och HAD depression, och moderat för HAD ångest och SF-36 MCS (Figur 5).

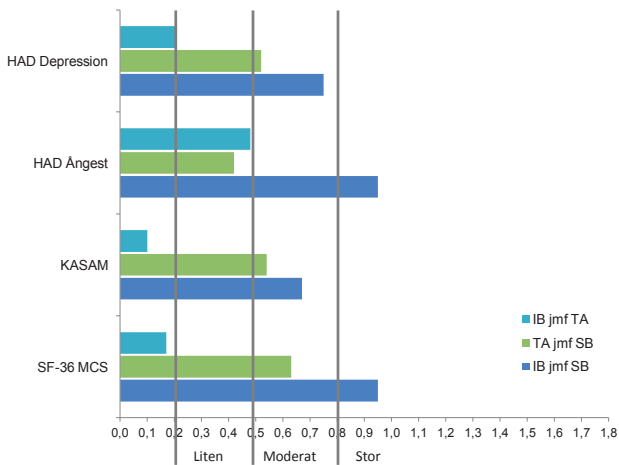


Figur 5. Effektstorlekar för HAD depression, HAD ångest, SF-36 MCS mental hälsa och KASAM känsla av sammanhang, mellan baslinje och 6 månaders uppföljning hos interventionerna; integrativ behandling (IB), terapeutisk akupunktur (TA) och sedvanlig primärvårdsbehandling (SB).

Mellan grupperna vid 6 månader sågs samma mönster av resultaten som vid 8 veckor och 6 månader, det vill säga att grupperna med TA och IB hade signifikant bättre värden ($p > 0,05$) än gruppen med SB vad gäller KASAM, SF-36 MCS och HAD ångest och depression. Efter korrigering för multipla jämförelser (Bonferroni korrigering) var skillnaden mellan TA och SB för HAD ångest inte längre signifikant vid 6 månader

Förändring inom vardera gruppen mellan 8 veckor och 6 månader noterades inga signifikanta skillnader på någon variabel inom TA och IB, medan inom SB visades en signifikant minskning ($p = 0,009$) hos HAD ångest.

När det gällde förändring mellan grupperna från baslinje och 6 månader sågs inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna på någon variabel som gäller storleken på förändring från baslinje efter korrigering för mångfald. Emellertid, som visas i figur 6, var ES som jämför IB och SB stora för HAD ångest och SF-36 MCS och måttlig för KASAM och HAD depression. ES som jämförde TA och SB var något lägre, med måttliga ES för KASAM, HAD depression och MCS och små för HAD ångest. ES som jämför IB och TA var triviala till små för KASAM, MCS, HAD depression och HAD ångest.



Figur 6. Effektstorlekar (ES) som jämför integrativ behandling (IB), terapeutisk akupunktur (TA) och sedvanlig primärvårdsbehandling (SB) gällande HAD depression, HAD ångest, KASAM känsla av sammanhang och SF-36 MCS mental hälsa, under 6 månaders tid. ES återspeglar storleken på effekten av den första gruppen i förhållande till den andra.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Kvalitativ studie (I)

Intervjustudien analyserades med stöd av hermeneutisk fenomenologisk metod. Huvudfynden beskriver vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa och tolkas som olika dimensioner; att kämpa för att hantera vardagen till att känna sig mindre värd än andra till att tappa taget om livet. I dimensionen; *Kämpar för att hantera vardagen* finns det en utåtriktad energi, en aktiv kamp, trots kroppens varningssignaler och pendlande känslor. Det är en ständigt jagande känsla mot svåra eller omöjliga krav. Personen har en strävan att presentera sig själv som en stark och produktiv person, trots att kraven inte avtar [55] vilket är avgörande för att behålla självkänslan (den personen vill vara) och är en central drivkraft [39, 55, 56, 58, 146]. Rogers [71] beskriver känslan av hur vi uppfattar oss själva (självet) och en bild av hur vi skulle vilja vara (idealsjälvet). När dessa två bilder inte överensstämmer beskriver Rogers [71] detta tillstånd för inkongruens, ett tillstånd där vi inte är nöjda med oss själva. Detta kan vara tidiga tecken på krav och andra stressfaktorer som senare kan manifesteras som symtom i kroppen [39, 55, 56, 58, 59]. Dessa signaler kan tolkas som att det finns ett pågående fel och som ger sig uttryck i muskelspänningar, huvudvärk, oro, ångest och/eller att känslorna är labila och pendlar [39]. Det är symtom som ofta ignoreras [55] eller registreras men inte tas på allvar [56] eller skjuts undan på grund av tidsbrist för att man inte hinner vara sjuk [58]. Dessa fynd bekräftades också i tolkningen. I dimensionen; *Känner sig mindre värd än andra*, vänds energin inåt, blir mer passiv, självkänslan bryts successivt ner och kampen mattas av. Känslan formas av att inte vara tillräckligt bra, att inte duga som man är varken i privat- eller arbetslivet [55, 56, 58]. Det är tungt och svårt att leva upp till sin idealbild. Självkänslan "holkas ur". Enligt Rogers [71] rekonstruerar personen sitt missnöje genom falska masker, fasader eller roller för att skydda sig själv genom ett "falskt själv". Genom masken försöker personen tänka, känna och handla utifrån andra människors krav och förväntningar. Detta kan tolkas som ett existentiellt lidande, det vill säga att vara någon som personen inte är. Massé [39] identifierade det som ett "tillbakadragande i sig själv", som är "kärnan av existentiellt lidande". Personen har svårt att kontrollera livet och är oförmögen att hantera följderna av sitt handlande. Tankar som förminskande och fördömande resulterar i ett tillbakadragande från sociala sammanhang och personen blir socialt isolerad. Denna brist på balans mellan det verkliga jaget och idealsjälvet bekräftas också av Gustafsson et al. [56]. Den tredje dimensionen; *Tappar taget om livet*, tar energin slut och beskrivs som att livsgnistan har förlorats, personen känner inte igen sig själv och stänger av känslor. Krafter och

resurser är uttömda. Känslan av meningslöshet, tomhet, trötthet och en förlust av kontroll utbreder sig. Dimensionen kan tolkas som föregångare till existentiell utmattning både psykiskt och fysiskt, en gradvis process som långsamt har brutit ner självkänslan [39, 55, 56, 146, 147]. Kraven blir omöjliga att hantera [29, 43, 52, 88, 147] det är en splittring mellan jaget och kroppen [58] och känslan infinner sig att ens egna gränser har överskridits [59]. Personen lever i en "mellan-värld" isolerad från sig själv och från andra människor [55]. Det finns en djup övertygelse om att framtiden kommer att bli sämre, intresset för livet förloras [39] och allt slutar med ett existentiellt sammanbrott, både mentalt och fysiskt [39, 43, 52, 55, 56, 58, 147]. Känslor av misslyckande och skam tillsammans med kraven kan innebära att en liten droppe kan utlösa en nedåtgående spiral av känslomässigt, psykiskt och fysiskt lidande, där tidigare studier visat att förlust av kontroll utvecklats till ett existentiellt kaos [39, 55, 56, 58, 59].

Kvantitativ studie (II-IV)

Resultaten i Studie II-IV visade statistisk signifikans i integrativ behandling och terapeutisk akupunktur grupp i jämförelse med sedvanlig primärvårdsbehandling, efter åtta veckors intervention på samtliga variabler och bibehölls vid 6 månaders uppföljning. ES mellan baslinjen och sex månader var stora för alla variabler i IB och TA, medan SB var associerat med små till måttliga ES. Inga signifikanta skillnader fanns mellan integrativ behandling och terapeutisk akupunktur (Studie II-III) förutom minskad ångest (Studie IV) med fördel till IB. Av samtliga deltagare med ångest förbättrades 50 % i IB, 48 % i TA och 10 % i SB från kliniska fall till inte kliniska fall. Vår hypotes höll för IB men föll när det gäller TA som visade bättre reduktion av ångest än vår hypotes (30 %). SB visade sämre än vår hypotes (20 %).

Resultaten (Studie II-IV) i avhandlingen bekräftar tidigare studier att akupunktur ger klinisk effekt med minskad ångest [126, 148, 149] och depression [148, 150-152]. Förklaring (Studie II-IV) kan ses som en synergieffekt ($1 + 1 = 3$) av den strukturerade salutogena dialogen integrerat med akupunktur i IB-gruppen och ostrukturerad salutogen dialog integrerat med akupunktur i TA-gruppen. Akupunktur har visat sig kunna ge avslappning. Om det hos deltagaren kommer upp oväntade tankar och känslor, kan dessa mötas i stunden och ge minskad ångest och depression. När den förlamande ångesten och de depressiva symtomen minskar, kan återhämtning ske och personen kan aktivera sin copingförmåga. Livet känns bättre, mer hanterbart och livskvalitet ökar. Personen kan därför vara särskilt mottaglig för den strukturerade/ostrukturerade salutogena dialogen som stimulerar den redan påbörjade läkningsprocessen. I den strukturerade salutogena dialogen identifieras känslor, inre och yttre krav och resurser, både i dåtid, nutid och framtid. Det ger en stimulerande kognitiv förmåga att förstå och känna igen

skillnaden mellan interna och externa resurser och ger personen ett nytt och mer strukturerat sätt att tänka och handla. Dialogen fanns i större omfattning och mer strukturerat i IB och spontant i TA gruppen.

Den salutogena dialogen i IB och TA gruppen (Studie II-IV) hade som syfte att stödja patienten till att uppleva sin situation begriplig, hanterbar och för att finna motivation till förändringar att stärka sin livskvalitet. Dialogen fanns i större omfattning och mer strukturerat i IB och ostrukturerat i TA gruppen. Forskning har visat att dialog stimulerar kognitiva funktioner [153, 154] och därigenom förmåga till coping [92, 155]. Både IB och TA visade en signifikant och klinisk förbättring gällande KASAM (Studie III-IV) i jämförelse med SB. Forskning visar att patientens upplevelser och effekt hör ihop [156], när copingförmåga ökar minskar psykisk ohälsa [29, 43, 88]. Langeland et al [89] använde salutogen "talk-therapy groups" med personer med svår psykisk ohälsa. Resultatet visade en signifikant förbättring i behandlingsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Gällande livskvalitet visade IB och TA en signifikant och klinisk förbättring av SF-36 MCS som består främst av vitalitet, socialt, emotionellt och psykiskt välbefinnande. Tidigare studie [12] visar att KASAM och SF-36 MCS följer varandra, ju högre KASAM, desto bättre HRQL, vilket också stämmer överens med vårt fynd. SF-36 PCS, med tyngden på allmän hälsa, fysisk förmåga och smärta, visade en marginell förändring i samtliga grupper. Fyndet kan ses som att smärtan finns kvar, men förmågan att hantera smärtan har ökat. Förklaringen kan vara en ökad kroppskänedom hos patienten, att förstå symtomen psykosomatiskt. Sådant fynd visade en studie med läkare i mötet med migränpatienter för dialog, diagnos och behandlingsinsats där psykisk ohälsa minskade men inte smärtan [157].

Ett personcentrerat förhållningssätt utgår från och ser personen utifrån ett större sammanhang, inte endast som en patient med en sjukdom [74]. Det innebär att personen får berätta och resurser såsom livskraft och vilja identifieras, blir tagen på allvar, blir bekräftad, att vårdpersonal lyssnar och att uppsatta mål för vård och behandling formuleras gemensamt. Ett personcentrerat förhållningssätt kan ge stöd för patienten att känna tillit till sin vårdgivare och ge en god terapeutisk allians [72, 73] vilket kan vara ytterligare en förklaring varför det blev bättre kliniska effekter i IB och TA grupperna, i jämförelse med SB-gruppen.

Akupunktens effekt på reducering av psykisk ohälsa har tidigare visats i studier [149, 151, 158-161]. Tillägg av salutogen dialog i våra studier (II-IV) förändrade inte resultaten, vilket kan bero på att det blev en kontaminering av grupperna då även TA-gruppen fick ta del av salutogena samtal. Att som patient få tillgång till en holistisk behandling som terapeutisk akupunktur, kan ligga bakom att deltagarna upplevde en minskad ångest och depression med förmåga att hantera sin situation och må bättre, vilket stöds av tidigare forskning [123, 162-164]. Att med ett

holistiskt perspektiv bredda vård och behandling inom primärvården [154], kan ge en mer aktiv patient med ökad tilltro till sig själv, ökat egenansvar och egenvård, med kliniskt goda effekter [153, 165]. Det finns få RCT-studier med fokus på en salutogen dialog [89, 93] i ett personcentrerat förhållningssätt [74] integrerat med terapeutisk akupunktur inom primärvård [166]. Det behövs fler RCT-studier för att konfirmera resultaten (Studie II-IV). Evidensbaserad omvårdnad kan ses som att använda bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut [167]. Sverige har dock en av de äldsta offentliga vårdorganisationerna i världen, med djupt rotade traditioner med en tröghet i förändringar [168]. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 vill verka för att främja en användning av integrativ medicin genom reglering, forskning och lämplig implementering av de behandlingsmetoder som uppvisar god evidens, i nationella hälso- och sjukvårdssystem [169].

Metoddiskussion

Kvalitativ studie (I)

Fenomenologisk hermeneutisk metod valdes [137] för att metoden beskriver och tolkar upplevelser, fenomen som kan öka vår förståelse av människors levda erfarenheter. Syftet med den kvalitativa studien var att bidra till ny kunskap och fördjupad förståelse vad det innebär att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa, kunskap som kan överföras till vårdpersonal som möter dessa personer som söker primärvård.

Urvalet gjordes strategiskt utifrån kön, ålder och diagnos för att få en så stor spridning som möjligt. Intervjupersonerna valdes ut för att de var villiga att berätta och kunde artikulera sina upplevelser. Intervjuerna utfördes dels vid flera vårdcentraler och dels vid enheten för FoU i Fyrbodal. I intervjun skapas berättelsen i mötet mellan intervjupersonen och forskaren [136]. Därför är det betydelsefullt att personen kan tala så fritt som möjligt och inte känner sig styrd. För att tillmötesgå detta, intog forskaren aktivt ett förhållningssätt i att lyssna, bekräfta och acceptera det som berättades, med så få kommentarer som möjligt.

För att öka studiens trovärdighet genom hela analysprocessen validerades den röda tråden i varje steg i jämförelse med steget innan i analysprocessen [137]. Vid bristande överensstämmelse utfördes en naiv läsning på nytt, för att dra essensen ur texten och formulera kärnfulla meningar. Varje steg gjordes på samma sätt från naiv läsning, meningsbärande enheter, subtema, tema till tolkande helhet tills en överensstämmelse infann sig. Tolkning av texten påverkas utifrån forskarens personliga utbildning, erfarenhet och kvalifikationer. Svårigheten kan vara att

förhålla sig neutral till de fenomen som studeras och att låta texten tala för sig själv [136]. För att stärka trovärdigheten var vi därför flera forskare som var aktiva i de olika stegen i analysprocessen tills ett konsensus uppnåddes. Metoden beskriver Lindseth och Norberg [137] som att den ligger mellan konst och vetenskap. Konstnärliga talanger formulerar den naiva läsningen, det vetenskapliga för att utföra den strukturella analysen och kritiska talanger för att formulera den tolkande helheten.

Kvantitativ studie (II-IV)

Stressrelaterad psykisk ohälsa är ett stort problem som påverkar hälsa, livskvalitet och innebär ett känslomässigt lidande för personen som söker primärvård. En fördel med studiedesignen är att den är utförd vid fyra olika primärvårdscentraler, två privata och två offentliga. Det visar att interventionen praktiskt går att genomföra och att det finns en möjlighet att generalisera resultaten till en behandlingsinsats för personer som söker svensk primärvård, för sina stressrelaterade besvär.

Randomisering innebär att patienter slumpmässigt tilldelas olika behandlingar och bidrar till att behandlingsgrupperna blir så lika som möjligt, samt att faktorer som annars kan påverka val av behandling reduceras. Analysmetoden intention-to treat användes i Studie II-IV och innebär att samtliga deltagare analyserades, oavsett om de fortfarande var med i studien eller inte. Denna analysmetod används för att minska bias, det vill säga att resultaten blir missvisande då den randomiserade behandlingen inte fullföljs av olika skäl. För dessa som uteblev användes ett genomsnitt för respektive grupp för varje enskild fråga.

Power, statistisk styrka, beräknas för att en studies resultat inte har uppkommit på grund av slumpfel. När studierna II-IV planerades, beräknades power utifrån antagandet från en tidigare pilotstudie att HAD ångest reduceras i respektive grupp med 50 % i IB, 30 % i TA och 20 % i SB efter åtta veckors intervention. För att få tillräcklig power kalkylerades att 40 deltagare behövdes i vardera grupp. Under tiden publicerades en studie gällande power på HADS [170]. Utifrån dessa beräkningar skulle antalet deltagare varit cirka 60 i vardera grupp, för att noggrannare utvärdera mervärdet av tilläggsbehandling (salutogena samtal) utöver terapeutisk akupunktur ensam. Det kan vara så att resultaten i IB och TA grupperna hade fått en statistisk signifikans om deltagarantalet varit större.

Antal avhopp var lågt i alla tre behandlingsgrupperna, vilket tyder på en god acceptans av behandlingarna. Endast tre deltagare i IB, fyra i TA och fem i SB avslutade av olika skäl under studieperioden. Deltagarna bestod främst av kvinnor

(84 %). Detta återspeglar att kvinnor söker mer vård samt är mer benägna att diskutera sina stressrelaterade psykiska problem med sin läkare än vad män verkar göra [171], och kan därför också erbjudas behandling. Antalet män i studien var litet (16 %) och förhindrade meningsfulla analyser av könsskillnader i relation till behandlingsresultat. Våra resultat kan därför anses i första hand gälla för kvinnor med stressrelaterad psykisk ohälsa.

Deltagarna bestod av en heterogen grupp, med avseende på diagnos vilket återspeglar mångfalden av psykiska och somatiska hälsoproblem som finns i primärvården. Det är viktigt att notera att deltagarna inte remitterades till studie II-IV för sina primära diagnoser, utan för sina underliggande besvär som exempelvis medicinskt oförklarade symtom som IBS och fibromyalgi. I det avseendet var deltagarna en homogen grupp, där samtliga upplevde ett lidande på grund av sina känslomässiga och/eller kroppsliga besvär i samband med stress.

Interventionerna i IB och TA grupperna genomfördes av en terapeut som också var forskare och som höll i datainsamlingen. Därav fanns det risk för att deltagarna skulle besvara enkätfrågorna särskilt positivt för att tillfredsställa terapeuten. Terapeuten var väl medveten om problemet och hade som fokus att inta ett så neutralt och professionellt förhållningssätt som möjligt för att reducera bias. Det finns dock flera värden. Det ena är att terapeuten följde deltagarna över tid, vilket kan öka tendensen hos deltagarna att fylla i frågeformulären så nära sanningen som möjligt. Det andra är att deltagarna i IB och TA grupperna tog emot behandlingarna på ett likartat sätt. Inom psykoterapiforskning är det inte ovanligt med samma terapeut i interventions- och kontrollgrupp [172]. När flera akupunktörer medverkar i forskning, har det visat sig att det kan vara svårigheter att följa studiens syfte. Det finns en vilja att göra mer och akupunktörerna lägger till egna insatser som inte finns i studieprotokollet. Därför rekommenderas det att använda färre akupunktörer och fler deltagare i studier än tvärtom [173].

De frågeenkäter som vi valt (SF-36, HADS och KASAM) är samtliga väl validerade och mäter hälsorelaterad livskvalitet, ångest och depression samt känsla av sammanhang. Få RCT-studier har utvärderat akupunktorens effekt på hälsorelaterad livskvalitet och det eftersöks i framtida RCT-studier med akupunktur [174].

SAMMANFATTNING – AVHANDLINGENS VIKTIGASTE RESULTAT

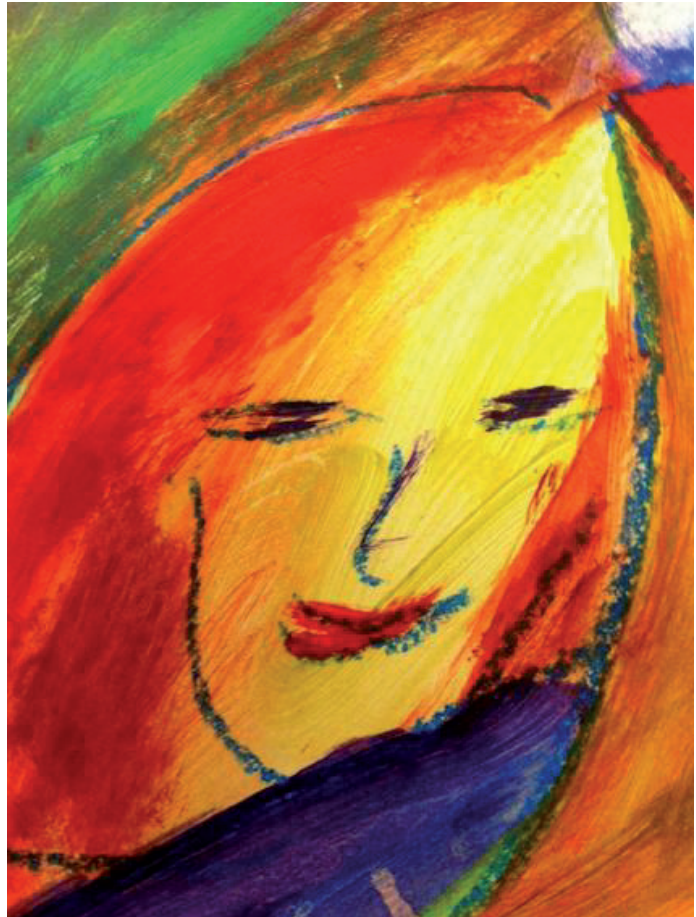
- Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa (Studie I) innebär ett känslomässigt lidande i en långvarig process från att kämpar för att klara av vardagen, känner sig mindre värd än andra människor till att tappa taget om livet. Tillståndet tolkas som ett förstadium till existentiell utmattning både psykiskt och fysiskt.
- Efter 8 veckors intervention (Studie II) reducerades ångest med 50 % i integrativ behandling, 48 % i terapeutisk akupunktur och 10 % i sedvanlig primärvårdsbehandling. Inom depression följde samma mönster 53 % i integrativ behandling, 50 % i terapeutisk akupunktur och 5 % i sedvanlig primärvårdsbehandling, som uppnådde signifikanta förbättringar.
- Efter 8 veckors intervention förbättrades välbefinnande och förmåga att hantera stress (Studie III) med statistisk signifikans i integrativ behandling och terapeutisk akupunktur än i sedvanlig primärvårdsgrupp. ES var stora till måttliga. Inga statistiska skillnader hittades mellan integrativ behandling och terapeutisk akupunktur på någon variabel, även om en liten effektstorlek för ökat välbefinnande gynnade integrativ behandling. Inga skillnader mellan integrativ behandling, terapeutisk akupunktur och sedvanlig primärvårdsbehandling fanns i samband med SF-36 PCS (fysisk hälsa). KASAM var starkt korrelerat med SF-36 MCS (mental hälsa) både vid baslinjen och efter åtta veckor, men inte för SF-36 PCS.
- Vid 6 månaders uppföljning (Studie IV) bibehölls effekten inom integrativ behandling och terapeutisk akupunktur, medan en mindre förbättring fanns i reducerad ångest i sedvanlig primärvårdsbehandling gruppen. Effektstorleken mellan baslinjen och sex månader var stora för alla variabler i integrativ behandling och terapeutisk akupunktur, medan sedvanlig primärvårdsbehandling var associerat med små till måttliga ES.
- Inga signifikanta skillnader fanns mellan integrativ behandling och terapeutisk akupunktur (Studie II-III) förutom minskad ångest (Studie IV) med fördel till integrativ behandling.

KLINISK NYTTA

- Avhandlingen har bidragit med fördjupad kunskap om vad det innebär att leva med långvariga stressrelaterade besvär, vilket kan hjälpa vårdpersonalen att förstå deras situation och därmed bättre bemöta och behandla dem.
- Ett personcentrerat förhållningssätt med strukturerad salutogen dialog integrerat med terapeutisk akupunktur kan vara en effektiv och väl tolererad behandlingsinsats hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa inom primärvård.

*Energien medför ork
att fatta bra beslut
Bra beslut medför
att man mår bättre
Att må bättre =
bättre livssituation
Allt hänger ihop
som ringar på
vattnet!"*

citat från deltagare
i avhandlingen



FRAMTIDA FORSKNING

Integrativ medicin är ett område som successivt växer som behandlingsalternativ och WHO uppmanar till forskning inom området [169]. Att leva med stressrelaterad psykisk ohälsa innebär ett stort lidande, att inte få optimal behandling och vård innebär ytterligare ett lidande. Pragmatiska randomiserade kontrollerade studier behövs för att utvärdera och jämföra nya behandlings- och vårdmetoder med befintliga sådana och för att utveckla hälso- och sjukvården vidare. Att kombinera både kvalitativa och kvantitativa metoder [175] kan ge värdefull kunskap. På sikt kan integrativ vård bli en viktig länk i vården av personer med stressrelaterad psykiska ohälsa.

TACK

Jag känner stor tacksamhet till alla er som bidragit och varit delaktiga till den här avhandlingen. Som extern doktorand har det ekonomiska stödet varit ett måste och jag vill främst tacka *Ekhagastiftelsen*, likaså *Lokala FoU-rådet Fyrbodal* och *Regionala FoU-rådet, Västra Götalandsregionen* för era forskningsbidrag. Tack till institutionen för vårdvetenskap och hälsa som antog mig som doktorand.

Ett särskilt Tack vill jag ge till;

Charles Taft, min huvudhandledare, för alla givande diskussioner, för ditt stöd, din uthållighet och statistiska vägledning under åren. Du har en knivskarp blick och penna som ökat min förståelse för vad stringens innebär. Jag beundrar din stora kunskap och kompetens som forskare.

Inger Ekman, min biträdande handledare, för att du såg min forskningsidé som intressant och att du vägledde mig in på hermeneutisk fenomenologisk analys om varandets väsen. Tack för att du delat med dig av din gedigna erfarenhet.

Bertil Marklund, min biträdande handledare, som tänker både som akademiker och kliniker. Tack för ditt stöd som varit ovärderligt. Du har ett kreativt tänkande som är fantastiskt och du har förmågan att se lösningar. Tack för din uthållighet din stora kunskap och kompetens.

Sven Kylén, min medförfattare och chef. Tack för att du alltid har lyssnat, gett mig stöd och gett uppslag till nya idéer och för att du öppnade de högre dimensionerna i våra analysdiskussioner.

Mina kollegor vid FoUU-enheten Fyrbodal, ni har varit fantastiska! Tack *Eva Larsson*, för din support från första dagen och för din hjälp med layouten i kappan. Tack *Anders Hansson*, *Anna Eriksson*, *Irene Svenningsson*, *Lena Larsson*, *Lena Virta*, *Maivor Olsson*, *Malin Östman*, för alla konstruktiva diskussioner, råd, stöd och öppenhet som stärkt mig i mitt fortsatta arbete. Tack *Siv Bäck Pettersson* för att du så varmt delar med dig av din kunskap och erfarenhet som forskare. Tack *Jenny*

Bernson för din generositet och för dina uttrycksfulla bilder i avhandlingen. Tack åter igen *Sven Kylén* som möjliggör en salutogen arbetsplats som vi får verka i och som ger plats åt forskningsdiskussioner i en öppen miljö och tack *Bertil Marklund* för att du är med och bygger en kreativ forskningsmiljö.

Birgitta Gedda, som inspirerade mig att studera vidare och som var min handledare i mitt magisterarbete.

Anne Flodén och *Karin Melin*, som jag mötte under forskarutbildningen och som blivit mina inspirerande och härliga forsknings-medsysstrar.

Alla verksamhetschefer och vårdpersonal, för er öppenhet och samarbetsvilja. Tack *alla deltagare* i avhandlingen som ville vara med och pröva behandlingarna och som lät sig intervjuas.

Betygskommittén, som jag mötte i halvtidsseminariet och som gav mig värdefulla synpunkter till avhandlingsarbetet.

Ann-Marie, min kära mamma, som tillsammans med min kära pappa Arvid uppfostrat mig med kärlek, tålmod och kämpaglöd. *Mina kära sysstrar Ingela, Pia, Rita och Sissi* med respektive, barn och barnbarn för att vi har ett gott släktskap och för att vi har roligt när vi träffas!

Mina älskade barn Camilla och Johnny, för er kärlek och support och till era respektive *Daniel* och *Maria*. Ni har gett mig "livets efterrätt", mina underbara barnbarn *Lio, Hillevi och Ville*. *Elin* och *Elias* med respektive *Robert* och *Elisabeth* och till de tre guldklimparna *Liv, Saga* och *Alva*. Ni ger mig stunder att stanna upp i livet, fyllt med glädje, skratt och energi!

Min älskade Lasse som stått ut under dessa år av mitt kämpande. Tack för ditt tålmod, din kärlek och ditt varma stöd och för allt du fixat hemma. Tack vare dig har stunder av lugn och återhämtning varit möjliga.

Tina

REFERENSER

1. World Health Organization: **WHO definition of Health, 1948**. [citerad 2014-01-14]; Tillgänglig från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
2. Liedman S-E: **Ett oändligt äventyr : om människans kunskaper**. Stockholm: Bonnier; 2001.
3. World Health Organization (1986): **The Ottawa Charter for health promotion**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
4. World Health Organization 2013: **Mental health: a state of well-being**. [citerad 2014-01-14]; Tillgänglig från: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
5. Johnsson L-Å, Sahlin J: **Hälso- och sjukvårdslagen [Elektronisk resurs]: med kommentarer**. Stockholm: Norstedts juridik; 2010.
6. Dahlberg K, Segesten K: **Hälsa och vårdande : i teori och praxis**. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
7. Eriksson K: **Vårdandets idé**. Stockholm: Liber utbildning; 1995.
8. Antonovsky A: **Hälsans mysterium**. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
9. Richardson CG, Ratner PA: **Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health**. *Journal of epidemiology and community health* 2005, **59**(11):979-984.
10. Eriksson M, Lindstrom B: **Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review**. *Journal of epidemiology and community health* 2006, **60**(5):376-381.
11. Kroninger-Jungaberle H, Grevenstein D: **Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R)**. *Health and quality of life outcomes* 2013, **11**:80.
12. Eriksson M, Lindstrom B: **Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review**. *Journal of epidemiology and community health* 2007, **61**(11):938-944.
13. Sullivan M, Karlsson J, Taft C, Ware JE: **SF-36 hälsoenkät: svensk manual och tolkningsguide = (Swedish manual and interpretation guide)**. Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset, Sektionen för vårdforskning; 2002.

14. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization.** *Social Science & Medicine* 1995, **41**(10):1403-1409.
15. Försäkringskassan: **Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser.** Stockholm: Socialdepartementet; 2013.
16. Stromberg R, Backlund LG, Lofvander M: **Psychosocial stressors and depression at a Swedish primary health care centre. A gender perspective study.** *BMC family practice* 2011, **12**:120.
17. **The world health report 2001 mental health : new understanding, new hope.** Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Gabriel P and Liimatainen MR: **Mental health in the workplace.** Geneva Switzerland: International Labour Organization 2000.
19. Marchand A, Drapeau A, Beaulieu-Prevost D: **Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment.** *The International journal of social psychiatry* 2012, **58**(6):596-604.
20. Chittleborough CR, Winefield H, Gill TK, Koster C, Taylor AW: **Age differences in associations between psychological distress and chronic conditions.** *International Journal of Public Health* 2011, **56**(1):71-80.
21. Marchand A, Demers A, Durand P: **Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers.** *Sociology of Health & Illness* 2005, **27**(5):602-627.
22. Wittchen H-U: **Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society.** *Depression and anxiety* 2002, **16**(4):162-171.
23. World Health Organization: **The world health report 2001 Mental health : new understanding, new hope.** Geneva: World Health Organization; 2001.
24. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA: **The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study.** *Psychosomatic medicine* 2004, **66**(6):845-851.
25. **Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning.** Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
26. **Folkhälsorapport 2009.** Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
27. Socialstyrelsen: **Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst** Stockholm, Sverige. [citerad 2014-01-15]; Tillgänglig från:

- <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18229/2011-2-1.pdf>.
28. Svantesson U, Dahlström A: **Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd**. Stockholm: SISU idrottsböcker; 2007.
 29. Lazarus RS, Folkman S: **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer; 1984.
 30. Åsberg M, Nygren, Å, Herlofson, J, Rylander, G, Rydmark, I. Utmattningssyndrom - var står vi idag? In: Ekman, Rolf, Arnetz, B,: **Stress Gen Individ Samhälle**. Stockholm: Liber; 2013. s.138-146.
 31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: **Maslach burnout inventory manual**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
 32. Socialstyrelsen: **Utmattningssyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa**. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
 33. Hallsten L, Josephson M, Torgén M, Arbetslivsinstitutet: **Performance-based self-esteem: a driving force in burnout processes and its assessment / [Elektronisk resurs]**, vol. 2005:4. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
 34. McEwen BS, Gianaros PJ: **Stress- and allostasis-induced brain plasticity**. *Annual review of medicine* 2011, **62**:431-445.
 35. Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L: **Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome**. *Biological psychology* 2005, **69**(3):271-279.
 36. Glise K, Ahlborg G, Jr., Jonsdottir IH: **Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference?** *BMC Psychiatry* 2012, **12**:18.
 37. Kuoppala J, Lamminpää A: **Rehabilitation and work ability: a systematic literature review**. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 2008, **40**(10):796-804.
 38. Drapeau A, Marchand, A and Beaulieu-Prévost, D: **Epidemiology of Psychological Distress**. In: *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. edn. Edited by LAbate PL. Rijeka: InTech; 2012: 155-134.
 39. Masse R: **Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability**. *Qualitative health research* 2000, **10**(3):411-423.
 40. Bernhardsdóttir J, Vilhjálmsson R: **Psychological distress among university female students and their need for mental health**

- services.** *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2013, **20**(8):672-678.
41. Rai D, Kosidou K, Lundberg M, Araya R, Lewis G, Magnusson C: **Psychological distress and risk of long-term disability: population-based longitudinal study.** *Journal of epidemiology and community health* 2012, **66**(7):586-592.
 42. Montgomery M, McCrone SH: **Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review.** *Journal of advanced nursing* 2010, **66**(11):2372-2390.
 43. Doran DM: **Psychological distress as a nurse-sensitive outcome.** In **Doran DM Nursing Outcomes The State of the Art, 2nd ed.** Sudbury USA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
 44. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A: **Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms.** *Journal of Personality and Social Psychology* 1986, **50**(3):571-579.
 45. Wheaton B: **The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz).** *Health (London, England : 1997)* 2007, **11**(3):303-319; discussion 321-306.
 46. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JGFM, Roelofs K, van Oppen P, Zitman FG, Penninx BWJH: **Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety.** *Acta psychiatrica Scandinavica* 2011, **124**(6):462-473.
 47. Lamers F, de Jonge P, Nolen WA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Penninx BW: **Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA).** *The Journal of clinical psychiatry* 2010, **71**(12):1582-1589.
 48. Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K: **Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment.** *General hospital psychiatry* 2008, **30**(3):191-199.
 49. Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF, Goldberg DP: **The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care.** *Psychological medicine* 2012, **42**(1):15-28.
 50. Henningsen P: **Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review.** *Psychosomatic medicine* 2003, **65**(4):528-533.
 51. Chapman DP, Perry GS, Strine TW: **The vital link between chronic disease and depressive disorders.** *Preventing chronic disease* 2005, **2**(1):A14.

52. Ridner SH: **Psychological distress: concept analysis.** *Journal of advanced nursing* 2004, **45**(5):536-545.
53. **Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs].** Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
54. Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K: **Determinants of mental well-being in medical students.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010, **45**(2):253-258.
55. Ekstedt M, Fagerberg I: **Lived experiences of the time preceding burnout.** *Journal of advanced nursing* 2005, **49**(1):59-67.
56. Gustafsson G, Norberg A, Strandberg G: **Meanings of becoming and being burnout--phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives.** *Scandinavian journal of caring sciences* 2008, **22**(4):520-528.
57. Rehnsfeldt A, Arman M: **A pilgrimage on the road to understanding of life in experiences of cancer and burnout syndrome.** *Scandinavian journal of caring sciences* 2008, **22**(2):275-283.
58. Jingrot M, Rosberg S: **Gradual loss of homelikeness in exhaustion disorder.** *Qualitative health research* 2008, **18**(11):1511-1523.
59. Arman M, Hammarqvist A-S, Rehnsfeldt A: **Burnout as an existential deficiency--lived experiences of burnout sufferers.** *Scandinavian journal of caring sciences* 2011, **25**(2):294-302.
60. Forstmann M, Burgmer P, Mussweiler T: **"The mind is willing, but the flesh is weak": the effects of mind-body dualism on health behavior.** *Psychological science* 2012, **23**(10):1239-1245.
61. Neeta M: **Mind-body dualism: A critique from a health perspective.** *Mens Sana Monographs* 2011, **9**(1):202-209.
62. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL: **Mind-body medicine: state of the science, implications for practice.** *J Am Board Fam Pract* 2003, **16**(2):131-147.
63. Menchetti M, Belvederi Murri M, Bertakis K, Bortolotti B, Berardi D: **Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation.** *Journal of psychosomatic research* 2009, **66**(4):335-341.
64. Weich S, Lewis G, Donmall R, Mann A: **Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1995, **45**(392):143-147.
65. **Nationalencyklopedin: 31, 2006.** Malmö: NE Nationalencyklopedin; 2007.

66. Thorkildsen KM, Eriksson K, Raholm MB: **The substance of love when encountering suffering: an interpretative research synthesis with an abductive approach.** *Scandinavian journal of caring sciences* 2013, **27**(2):449-459.
67. Corrigan JM, Donaldson M.S, and Kohn L.T, et al.: **A new health system for the 21st century. Crossing the Quality Chasm.** Institute of Medicine, National Academy of Sciences. National Academies Press, Washington, DC; 2001.
68. van Weel C: **Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca).** *Journal of evaluation in clinical practice* 2011, **17**(2):337-338.
69. Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I: **Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review.** *Journal of clinical nursing* 2013, **22**(3-4):456-465.
70. Cloninger CR: **Person-centred integrative care.** *Journal of evaluation in clinical practice* 2011, **17**(2):371-372.
71. Rogers CR: **On becoming a person : a therapist's view on psychotherapy.** Boston: Houghton Mifflin; 1978.
72. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, Ferreira PH: **Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review.** *Journal of Physiotherapy* 2012, **58**(2):77-87.
73. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A: **Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.** *Cochrane database of systematic reviews* 2012, **12**:CD003267.
74. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K *et al*: **Person-centered care--ready for prime time.** *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 2011, **10**(4):248-251.
75. **Hälso- och sjukvårdsrapport. 2009.** Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
76. Funk M, Ivbijaro G: **News from WHO and Wonca: new report calls for mental health to be better integrated into primary care.** *Mental Health in Family Medicine* 2008, **5**(2):125-125.
77. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L: **Patients presenting with somatic complaints in general**

- practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors.** *BMC family practice* 2010, **11**:67.
78. Marple RL, Kroenke K, Lucey CR, Wilder J, Lucas CA: **Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome.** *Archives of internal medicine* 1997, **157**(13):1482-1488.
79. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M: **Somatic symptoms of distress: an international primary care study.** *Psychosomatic medicine* 1996, **58**(5):481-488.
80. Kroenke K: **Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management.** *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003, **12**(1):34-43.
81. Greer J, Halgin R, Harvey E: **Global versus Specific Symptom Attributions: Predicting the Recognition and Treatment of Psychological Distress in Primary Care.** *Journal of psychosomatic research* 2004, **57**(6):521-527.
82. Vedsted P, Fink P, Olesen F, Munk-Jørgensen P: **Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study.** *Psychosomatics* 2001, **42**(5):416-422.
83. Bijl RV, Walters EE, Wittchen H-U, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B *et al*: **The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries.** *Health Affairs* 2003, **22**(3):122-133.
84. Tylee A, Walters P: **Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done?** *The Journal of clinical psychiatry* 2007, **68 Suppl 2**:27-30.
85. **Rehabiliteringsrådets slutbetänkande: SOU 2011:15.**, Stockholm: Offentliga förlaget; 2011.
86. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): **Behandling av stressrelaterade sjukdomar, med fokus på maladaptiv stressreaktion och utmattningssyndrom.** Stockholm, Sverige; 2012.
87. **Regionalt vårdprogram: utmattningssyndrom.** [Sverige]: Västra Götalandsregionen; 2011.
88. Antonovsky A: **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.** San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 1987.
89. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK: **The effect of salutogenic treatment principles on coping**

- with mental health problems A randomised controlled trial.** *Patient education and counseling* 2006, **62**(2):212-219.
90. Lillefjell M, Jakobsen K: **Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain.** *Journal of occupational health psychology* 2007, **12**(3):222-231.
91. Griffiths CA: **Sense of coherence and mental health rehabilitation.** *Clinical rehabilitation* 2009, **23**(1):72-78.
92. Hollnagel H, Malterud K: **From risk factors to health resources in medical practice.** *Medicine, health care, and philosophy* 2000, **3**(3):257-264.
93. Malterud K, Hollnagel H: **Encouraging the strengths of women patients: A case study from general practice on empowering dialogues.** *Scandinavian Journal of Public Health* 1999, **27**(4):254-259.
94. Herrman H, Saxena S, Moodie R, World Health O: **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice / [Elektronisk resurs].** Geneva: World Health Organization; 2005.
95. Eriksson M, Lindstrom B: **Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review.** *Journal of epidemiology and community health* 2005, **59**(6):460-466.
96. Lindstrom B, Eriksson M: **Salutogenesis.** *Journal of epidemiology and community health* 2005, **59**(6):440-442.
97. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM): **Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?** Tillgänglig från: <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam>.
98. CAMbrella: **European Policy Brief The Roadmap for European CAM Research 2012.** [citerad 2014-02-09]; Tillgänglig från: <http://cambrella.eu/aduploads/cambrellapolicybrief.pdf>.
99. Carlson P, Falkenberg T: **Integrativ vård med konventionella, alternativa och komplementära metoder.** Stockholm: Gothia; 2007.
100. Alternativmedicinkommittén: **Fakta och röster om alternativ medicin: En delrapport från alternativmedicinkommittén.** Stockholm; 1987.
101. Eklöf M: **Stockholmare och den komplementära medicinen. Befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin genomförd under år 2000 i Stockholms läns landsting.** Stockholm: Stockholms läns landsting; 2001.

102. Hanssen B, Grimsgaard S, Launso L, Fonnebo V, Falkenberg T, Rasmussen NK: **Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries.** *Scand J Prim Health Care* 2005, **23**(1):57-62.
103. Weidenhammer W, Lewith G, Falkenberg T, Fonnebo V, Johannessen H, Reiter B, Uehleke B, von Ammon K, Baumhofener F, Brinkhaus B: **EU FP7 project 'CAMbrella' to build European research network for complementary and alternative medicine.** *Forschende Komplementarmedizin (2006)* 2011, **18**(2):69-76.
104. Dejun S, Lifeng L: **Trends in the Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States: 2002–2007.** *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2011, **22**(1):296-310.
105. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, Eisenberg DM: **The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States.** *The American journal of psychiatry* 2001, **158**(2):289-294.
106. MacPherson H, Sinclair-Lian N, Thomas K: **Patients seeking care from acupuncture practitioners in the UK: A national survey.** In: *Complementary Therapies in Medicine.* vol. 14. Scotland: Elsevier Limited; 2006: 20-30.
107. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung SK, Terry R, Ernst E: **Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey.** *International journal of clinical practice* 2010, **64**(11):1496-1502.
108. Stockholms läns landsting: **Stockholmare och den komplementära medicinen.** Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting; 2001. Report No.: HSN 12/01.
109. **Kompetens och ansvar : betänkande.** Stockholm: Fritze; 2010.
110. **Osher centrum för integrativ medicin.** Stockholm, Sverige. [citerad 2014-02-09]; Tillgänglig från: <http://ki.se/forskning/osher-centrum-for-integrativ-medicin-ocim>.
111. Eklöf M, Kullberg A: **Komplementärmedicin, forskning, utveckling, utbildning:** En rapport på uppdrag av Landstingsförbundet; 2003.
112. Carlsson C, Nydahl M: **Grundläggande akupunktur.** Lund: Studentlitteratur; 2010.
113. Socialstyrelsens föreskrifter & allmänna råd (SOSFS) 1993:18: **Upphävande av författningar om akupunktur.** Stockholm: Socialstyrelsen.
114. **Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763),**. Stockholm, Sverige: Socialdepartementet.

115. **Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)**. Stockholm, Sverige: Socialdepartementet.
116. Napadow V, Makris N, Liu J, Kettner NW, Kwong KK, Hui KKS: **Effects of electroacupuncture versus manual acupuncture on the human brain as measured by fMRI**. *Human Brain Mapping* 2005, **24**(3):193-205.
117. Allen JJB, Schnyer RN, Chambers AS, Hitt SK, Moreno FA, Manber R: **Acupuncture for depression: a randomized controlled trial**. *The Journal of clinical psychiatry* 2006, **67**(11):1665-1673.
118. Leo RJ, Ligot JJS: **A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression**. *Journal of affective disorders* 2007, **97**(1-3):13-22.
119. Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klieser E: **[Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety. Results of an experimental study]**. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2000, **68**(3):137-144.
120. Agelink MW, Sanner D, Eich H, Pach J, Bertling R, Lemmer W, Klieser E, Lehmann E: **[Does acupuncture influence the cardiac autonomic nervous system in patients with minor depression or anxiety disorders?]**. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2003, **71**(3):141-149.
121. Roschke J, Wolf C, Muller MJ, Wagner P, Mann K, Grozinger M, Bech S: **The benefit from whole body acupuncture in major depression**. *J Affect Disord* 2000, **57**(1-3):73-81.
122. Gould A, MacPherson H: **Patient perspectives on outcomes after treatment with acupuncture**. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY)* 2001, **7**(3):261-268.
123. Rugg S, Paterson C, Britten N, Bridges J, Griffiths P: **Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences**. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2011, **61**(587):306-315.
124. MacPherson H, Richmond S, Bland M, Brealey S, Gabe R, Hopton A, Keding A, Lansdown H, Perren S, Sculpher M *et al*: **Acupuncture and Counselling for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial**. *PLoS medicine* 2013, **10**(9):e1001518.
125. Cardini F, Wade C, Regalia AL, Gui S, Li W, Raschetti R, Kronenberg F: **Clinical research in traditional medicine: priorities and methods**. *Complement Ther Med* 2006, **14**(4):282-287.

126. Hollifield M: **Acupuncture for posttraumatic stress disorder: conceptual, clinical, and biological data support further research.** *CNS neuroscience & therapeutics* 2011, **17**(6):769-779.
127. Schroer S, MacPherson H, Adamson J: **Designing an RCT of acupuncture for depression--identifying appropriate patient groups: a qualitative study.** *Family practice* 2009, **26**(3):188-195.
128. **I C- The Integrative Care Science Center** Stockholm, Sverige.
Tillgänglig från: <http://www.integrativecare.se/>.
129. Bell IR, Caspi O, Schwartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, Maizes V, Weil A: **Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care.** *Archives of internal medicine* 2002, **162**(2):133-140.
130. Sierpina VS, Dalen JE: **The future of integrative medicine.** *Am J Med* 2013, **126**(8):661-662.
131. Sundberg T, Petzold M, Wandell P, Ryden A, Falkenberg T: **Exploring integrative medicine for back and neck pain - a pragmatic randomised clinical pilot trial.** *BMC complementary and alternative medicine* 2009, **9**:33.
132. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2009: **Depression in adults: the treatment and management of depression in adults:** [citerad 2014-01-12]; Tillgänglig från: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf>
133. Andersson S, Sundberg T, Johansson E, Falkenberg T: **Patients' experiences and perceptions of integrative care for back and neck pain.** *Alternative therapies in health and medicine* 2012, **18**(3):25-32.
134. Maizes V, Rakel D, Niemiec C: **Integrative Medicine and Patient-Centered Care.** *Explore: The Journal of Science and Healing* 2009, **5**(5):277-289.
135. Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P: **Towards salutogenesis in the development of personalised and preventive healthcare.** *The EPMA journal* 2011, **2**(4):381-384.
136. Ricœur P: **Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning.** Fort Worth, Tex: Texas Christian Univ. Press; 1976.
137. Lindseth A, Norberg A: **A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience.** *Scandinavian journal of caring sciences* 2004, **18**(2):145-153.
138. Barham L, Devlin N: **Patient-reported outcome measures: implications for nursing.** *Nurs Stand* 2011, **25**(18):42-45.
139. Zigmond AS, Snaith RP: **The hospital anxiety and depression scale.** *Acta psychiatrica Scandinavica* 1983, **67**(6):361-370.

140. Lisspers J, Nygren A, Soderman E: **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample.** *Acta psychiatrica Scandinavica* 1997, **96**(4):281-286.
141. **SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc**
142. Cohen J: **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** New York: Academic Press; 1969.
143. Jacobson NS, Truax P: **Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research.** *Journal of consulting and clinical psychology* 1991, **59**(1):12-19.
144. **Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.** *Journal of International Biotechnology Law* 2009, **6**(2):73-76.
145. Langius A, Björvell, H: **Den salutogena modellen och användning av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning – en metodredovisning.** *Vård i Norden* 1996:16: 28–32.
146. Stijn V, Paul V: **PROFESSIONAL BURNOUT IN THE MIRROR: A Qualitative Study From a Lacanian Perspective.** *Psychoanalytic Psychology* 2005, **22**(2):285-305.
147. Drapeau A, Marchand, A and Beaulieu-Prévost, D.: **Epidemiology of Psychological Distress, Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control, Prof. Luciano LAbate (Ed.).** InTech; 2012.
148. Pilkington K: **Anxiety, depression and acupuncture: A review of the clinical research.** *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical* 2010, **157**(1):91-95.
149. Errington-Evans N: **Acupuncture for anxiety.** *CNS neuroscience & therapeutics* 2012, **18**(4):277-284.
150. Stub T, Alræk T, Liu J: **Acupuncture treatment for depression—A systematic review and meta-analysis.** *European Journal of Integrative Medicine* 2011, **3**(4):259-270.
151. Smith CA, Hay PP, Macpherson H: **Acupuncture for depression.** *Cochrane database of systematic reviews* 2010(1):CD004046.
152. Stener-Victorin E, Holm G, Janson PO, Gustafson D, Waern M: **Acupuncture and physical exercise for affective symptoms and health-related quality of life in polycystic ovary syndrome: Secondary analysis from a randomized controlled trial.** *BMC complementary and alternative medicine* 2013, **13**:131.
153. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W: **Management of functional somatic syndromes.** *Lancet* 2007, **369**(9565):946-955.

154. Dowrick C, Katona C, Peveler R, Lloyd H: **Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2005, **55**(520):829-829.
155. Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, van Schayck CP: **Psychosocial interventions by general practitioners.** *The Cochrane database of systematic reviews* 2007(3):CD003494.
156. Doyle C, Lennox L, Bell D: **A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness.** *BMJ open* 2013, **3**:e001570.
157. Smelt AF, Blom JW, Dekker F, van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, Ferrari MD, Assendelft P: **A proactive approach to migraine in primary care: a pragmatic randomized controlled trial.** *CMAJ* 2012, **184**(4):E224-231.
158. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR: **Acupuncture for migraine prophylaxis.** *Cochrane database of systematic reviews* 2009(1):CD001218.
159. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR: **Acupuncture for tension-type headache.** *Cochrane database of systematic reviews* 2009(1):CD007587.
160. Witt CM, Schutzler L, Ludtke R, Wegscheider K, Willich SN: **Patient characteristics and variation in treatment outcomes: which patients benefit most from acupuncture for chronic pain?** *The Clinical journal of pain* 2011, **27**(6):550-555.
161. Lam M, Galvin R, Curry P: **Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis.** *Spine* 2013, **38**(24):2124-2138.
162. Schroer S, MacPherson H, Adamson J: **Designing an RCT of acupuncture for depression--identifying appropriate patient groups: a qualitative study.** *Family practice* 2009, **26**(3):188.
163. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R: **Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want?** *Patient education and counseling* 2012, **89**(3):417-422.
164. Paterson C, Britten N: **Acupuncture as a complex intervention: a holistic model.** *Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY)* 2004, **10**(5):791-801.
165. Doyle C, Lennox L, Bell D: **A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness.** *BMJ open* 2013, **3**(1).

166. Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C: **Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients - a pragmatic randomized controlled trial.** *BMC complementary and alternative medicine* 2013, **13**:308.
167. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C: **Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet.** Lund: Studentlitteratur; 2011.
168. Carlstrom ED, Ekman I: **Organisational culture and change: implementing person-centred care.** *J Health Organ Manag* 2012, **26**(2):175-191.
169. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.** Geneva: World Health Organization; 2013.
170. Puhan MA, Frey M, Buchi S, Schunemann HJ: **The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease.** *Health and quality of life outcomes* 2008, **6**:46.
171. Tedstone Doherty D, Kartalova-O'Doherty Y: **Gender and self-reported mental health problems: predictors of help seeking from a general practitioner.** *British journal of health psychology* 2010, **15**(Pt 1):213-228.
172. Falkenstrom F, Markowitz JC, Jonker H, Philips B, Holmqvist R: **Can psychotherapists function as their own controls? Meta-analysis of the crossed therapist design in comparative psychotherapy trials.** *The Journal of clinical psychiatry* 2013, **74**(5):482-491.
173. McManus CA, Kaptchuk TJ, Schnyer RN, Goldman R, Kerr CE, Nguyen LT, Stason WB: **Experiences of acupuncturists in a placebo-controlled, randomized clinical trial.** *J Altern Complement Med* 2007, **13**(5):533-538.
174. Schroer S, Adamson J: **Acupuncture for depression: a critique of the evidence base.** *CNS neuroscience & therapeutics* 2011, **17**(5):398-410.
175. Walach H, Falkenberg T, Fonnebo V, Lewith G, Jonas WB: **Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions.** *BMC medical research methodology* 2006, **6**:29.

