

Hälsoproblem bland studenter vid Karolinska Institutet

Angela Rizzo
Leg läkare, Studenthälsan Karolinska Institutet

Handledare
Allan Toomingas
Docent, Institutet för Miljömedicin IMM, Karolinska Institutet

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2010/11

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
1. SAMMANFATTNING.....	3
2. INLEDNING.....	3
2.1 Studentliv	3
2.2 Hur upplever svenska studenter sina studier?	3
2.3 Karolinska Institutet och dess utbildningar	4
2.4 Vad vet vi om hur studenterna på KI mår?	4
2.5 Studenthälsan Karolinska Institutet.....	4
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	5
4. UNDERSÖKT GRUPP	5
4.1 Grupp 1.....	5
4.2 Grupp 2.....	5
4.3 Indelning av grupperna.....	5
5. METOD	6
5.1 Studentbarometern (SB 2010).....	6
5.2 Asynja.....	6
5.3 Hälsfrågor.....	7
5.4 Programskillnader	7
6. RESULTAT	8
6.1 Studentbarometern	8
6.2 Asynja.....	8
6.3 Hälsfrågor.....	8
6.4 Diagnoser	10
6.5 Programskillnader	11
7. DISKUSSION.....	13
7.1 Ohälsa bland KI:s studenter	13
7.2 Skillnader mellan utbildningsprogram	14
7.3 Framtiden	16
7.4 Felkällor	16
8. REFERENSER.....	17

1. SAMMANFATTNING

Hälsoproblem bland studenter vid Karolinska Institutet, Angela Rizzo.Handledare: Allan Toomingas.

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2010/11

Bakgrund: Studenthälsan Karolinska Institutet (STH) har genom ett databaserat journalsystem tillgång till statistik över kontaktorsaker och diagnoser och deras fördelning på de olika programmen. Sammanställning av denna statistik har givit en bild av den grupp studenter som väljer att kontakta STH. År 2010 utfördes på KI Studentbarometern (SB), en web-baserad enkätundersökning som bl.a. berörde hälsofrågor. SB skickades till samtliga studenter på KI. *Syftet* var att ta reda på hur vanligt det var med ohälsa, vilka av studenternas besvär som ledde dem till STH och om det fanns några skillnader mellan läkar-, sjukgymnast-, tandläkar-, sjuksköterskeprogrammen samt KIs övriga nybörjarprogram.

Metod: Från SB valdes de frågor som handlade om hälsa. Ur STH:s statistik söktes för perioden (090831-100630) antalet kontaktorsaker och diagnoser för de hälsoproblem man frågade om i SB.

Resultat: Många av studenterna på KI rapporterade i SB upplevelse av ohälsa såsom magbesvär (36 %), värk (38 %), sömnsvårigheter (37 %), oro/ångest (43 %) och nedstämdhet (30 %) men få (0,3-1 %) av alla studenter sökte hjälp på STH. Ur STH:s statistik framgick att det var vanligare att söka pga. psykiska symtom än för somatiska. En lägre andel av läkarstudenterna än övriga studenter angav i SB ohälsa men läkarstudenterna stod för en något större andel kontakter på STH jämfört med övriga studenter. En högre andel av sjukgymnaststudenterna än övriga studenter angav i SB besvär och ohälsa men de utgjorde en relativt liten andel av kontakterna på STH.

2. INLEDNING

2.1 Studentliv

I Stockholms län finns idag 20 högskolor och universitet med totalt ca 80 000 registrerade studenter. Att vara student på högskolan innebär inte bara glädjen över att studera och få ny kunskap, utan också uppoffringar inte minst vad gäller ekonomin. Trots att utbildningen är avgiftsfri utgör högskole- och universitetsstudier för de flesta en ekonomisk påfrestning. De flesta studenter lever på studiemedel och för att dryga ut kassan förvärvsarbetar många parallellt med sina studier.

Bostadsproblem är en annan påfrestande faktor för många studenter. Ett stort antal studenter kommer från andra delar i landet och har flyttat till universitetsstaden för att studera. Där råder brist på bostäder och studentekonomin tillåter inte höga andrahandshyror.

Studenterna är under stark press att klara sina studier. De har svårt att klara sig på enbart studiemedlen men riskerar samtidigt att inte klara av studierna om de förvärvsarbetar för mycket vid sidan om. Om de inte klarar av ett visst antal poäng riskerar de att förlora sina studiemedel och, om de bor i studentlägenhet, att bli av med sin bostad.

2.2 Hur upplever svenska studenter sina studier?

Studentspegeln är en av Högskoleverket utförd nationell undersökning om olika kvalitetsaspekter inom grundutbildningen. Den bygger på en enkätundersökning som två gånger, 2002 och 2006, skickats till studenter på alla landets högskolor, exklusive de

konstnärliga högskolorna. Enkäten visar att studenterna generellt är mycket nöjda med sin högskola och sin utbildning. I båda undersökningarna uppger 84 procent av studenterna att de skulle välja samma universitet eller högskola om de fick välja om. Drygt 90 procent ger betyget bra eller mycket bra till sin utbildning (1).

2.3 Karolinska Institutet och dess utbildningar

Karolinska Institutet är ett medicinskt universitet med utbildningar inom de flesta vårdyrken, såsom sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, tandläkare, tandtekniker, arbetsterapeuter mm. KI erbjuder 16 nybörjarprogram, 22 fortsättningsprogram samt ett flertal fristående kurser och uppdragsutbildningar. Med nybörjarprogram menas program som inte kräver tidigare högskolestudier medan fortsättningsprogram bygger på tidigare högskoleutbildning. Totalt utbildas ca 5600 helårsstudenter och 2000 doktorander/år. Stora delar av utbildningarna bedrivs inom vården med nära patientkontakt (2).

2.4 Vad vet vi om hur studenterna på KI mår?

Att studera på KI innebär på de flesta utbildningarna heltidsstudier där dagarna är schemalagda med föreläsningar, laboratorieuppgifter, grupparbeten och till stor del verksamhetsförlagd utbildning. Utöver detta krävs självstudier. Studenterna har sålunda ett omfattande dagsschema i ett flertal år vilket ger små förutsättningar för förvärvsarbete parallellt med studierna. Studenternas dagar innehåller många obligatoriska moment och de får vara beredda på schemaändringar med kort varsel. Studenterna är ofta unga och många påbörjar sina universitetsstudier direkt efter avslutade gymnasiestudier. Flera utbildningar är långa.

Något tydligt svar på hur studenterna på KI mår har vi inte då någon undersökning med detta som fokus ej utförts. Däremot har man utfört enkätundersökningar med syfte att utvärdera hur studenterna såg på sin studiesituation och hur nöjd man var med KI som universitet (Studentbarometern 2002 och 2004). Frågornas fokus låg på studiemiljön och utbildningsfrågor. Ett fåtal frågor rörde studentens ekonomi och bostadssituation. År 2010 utfördes åter Studentbarometern, nu i något omarbetad form. Denna gång inkluderades frågor om studenternas hälsa.

2.5 Studenthälsan Karolinska Institutet

”Högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Högskolorna ska även ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö”.

Högskoleförordningen 2009:770 kap 1, §11

På Studenthälsan (STH) kan studenten få hjälp med de hälso- och psykosociala problem som är studierelaterade. STH är multiprofessionell och i teamet ingår företagssköterskor, kuratorer samt läkare. Man har också tillgång till psykiater på konsultbasis. STH:s insatser omfattar MRSA-provtagning (Multiresistent Stafylokoccus Aureus) enligt Stockholms Läns Landstings regler, lagstadgade hälsokontroller och utfärdande av läkarintyg i samband med utlandsstudier. STH organiserar vaccination av studenterna och ger råd och behandling vid arbetsskador. Utöver detta bistår STH studenterna med fördjupade samtal vid psykosociala problem i syfte att förhindra sjukdom av svårare art. Man erbjuder också gruppaktiviteter såsom Våga-tala kurser och stresshantering. Vidare samarbetar STH med Karolinska

Institutets organisation såsom lärare, programansvariga, kårrepresentanter och utbildningsstyrelsen.

STH har tillgång till omfattande statistik över de studenter som sökt STH. Sammanställning av denna ger en uppfattning om symptom, stödbehov, program-, ålders- och könsfördelning hos studenter som sökt STH. Det är inte sannolikt att denna grupp är representativ för studenterna på KI och det blir därför svårt att dra några slutsatser om den genomsnittliga KI-studentens behov av stöd utifrån denna statistik. SB 2010 gav ny information om KI-studenters hälsa och möjliggör en jämförelse mellan studenter på KI och de studenter på KI som sökt stöd på STH.

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet var att studera hälsa och kontakter med STH hos studenter på KIs nybörjarprogram.

Följande frågeställningar identifierades:

- 1) Vilka hälsoproblem har studenterna vid KI?
- 2) Hur vanligt är ohälsa bland studenterna på KI?
- 3) Vilka hälsoproblem leder studenterna till STH?
- 4) Finns det skillnader mellan utbildningsprogram?

4. UNDERSÖKT GRUPP

4.1 Grupp 1

Grupp ett utgjordes av de studenter som svarat på Studentbarometern 2010, en webbaserad enkätundersökning som i mars 2010 skickades till samtliga studenter inom nybörjarprogrammen på KI. Se vidare beskrivning i avsnitt 5.1

4.2 Grupp 2

Grupp två utgjordes av de studenter som haft kontakt med STH under läsåret 2009-2010 (090801-100630). Tidsperioden valdes utifrån att det fanns en osäkerhet om studenterna som svarat på SB 2010 hade uppfattat att frågorna gällde HT 2009. Det fanns en risk att de även tagit upp symptom som de hade vid tidpunkten då de fyllde i enkäten. Materialet tenderade även att bli för litet om man begränsade sig till en termin. Ytterligare en anledning till att undersöka material från ett helt läsår var att undvika missvisande siffror pga. säsongbundna kontaktorsaker. Majoriteten av de studenter som hade kontakt med STH var studenter på nybörjarprogrammen (>90%). Övriga studenter utgjorde en så liten andel att grupp 2 bedömdes vara jämförbar med grupp 1.

4.3 Indelning av grupperna

För att möjliggöra en jämförelse mellan programmen har grupp 1 och grupp 2 i resultatredovisningen uppdelats, dels i en totalgrupp omfattande samtliga svarande studenter och dels i flera programspecifika grupper. För att få ett tillräckligt stort material och därmed undvika osäkra resultat valdes de fyra största programmen med avseende på antalet antagna studenter.

Gruppindelning:

Grupp A: alla studenter på nybörjarprogrammen

Grupp B: läkarprogrammet

Grupp C: sjukgymnastprogrammet

Grupp D: tandläkarprogrammet

Grupp E: sjuksköterskeprogrammet, Huddinge

Generellt fanns en dominans av kvinnor bland studenter på KI. Minst var denna skillnad på läkarprogrammet där andelen kvinnor utgjorde 56 % (Tabell 1).

Tabell 1: Könsfördelning på studenter vid nybörjarprogrammen vid Karolinska Institutet HT 2009.

	Samtliga nybörjarprogram	Läkarprogrammet	Sjukgymnastprogrammet	Tandläkarprogrammet	Sjuksköterskeprogrammet
Individer (antal)	4250	1410	369	377	591
Kvinnor, antal	3043	789	255	251	523
Kvinnor, procent	72 %	56 %	69 %	67 %	88 %

5. METOD

Data inhämtades från den webbaserade enkätundersökningen Studentbarometern och det datoriserade journalsystemet Asynja som beskrivs nedan.

5.1 Studentbarometern (SB 2010).

SB är en enkätundersökning som skickats till samtliga studenter på KI 2002, 2004 och 2010. För SB genomförd år 2004 var svarsfrekvensen 36 procent. Under perioden 2004-2010 har en arbetsgrupp bestående av lärare, studenter, representant från studenthälsan och tjänstemän arbetat med enkätfrågorna som har förändrats och utvecklats. I mars 2010 skickades SB i form av en webbaserad enkät till samtliga studenter på nybörjarprogrammen på KI. Studenterna fick via e-post individuella inbjudningar till webbundersökningen. Under svarsperioden skickades fyra påminnelser till respondenter som ännu inte besvarat undersökningen. SB 2010 tar bland annat upp frågor om studenternas hälsa, se 5.3 för frågeformuleringar.

5.2 Asynja

På STH används det databaserade journalsystemet Asynja som möjliggör framtagande av statistik med avseende på diagnos, kontaktorsak, utbildningsprogram, termin mm. Samtliga yrkeskategorier på STH använder systemet. Företagssköterskor och kuratorer registrerar kontaktorsaker för varje besök. Läkare och psykiater ställer diagnos i enlighet med ICD10. Ur Asynja hämtades uppgifter om antalet kontakter och antalet individer som besökt STH. Även uppgifter om vilka kontaktorsaker och diagnoser som lett till kontakt med STH inhämtades. När statistik togs fram i Asynja räknades varje individ en gång per kontaktorsak. Samma individ kan dock ha fått flera olika kontaktorsaker vilket medför att summan av kontaktorsakerna kommer att överskrida totala antalet studenter som besökt STH. På samma sätt kan studenten ha erhållit både kontaktorsak hos kurator och/eller företagssköterska och

diagnos hos läkare. Ett förtydligande exempel: Studenten Anna har besökt STH vid 5 olika tillfällen. Hon har haft 3 besök hos kurator, där kontaktorsaker angivits som stress vid 2 av besöken och som sömnsvårigheter vid 1 av besöken. Hon har varit hos läkaren vid två tillfällen och fått diagnosen sömnsvårigheter. I statistiken som används i denna studie utgör Anna en individ, hon har gett upphov till 5 kontakter, 2 kontaktorsaker och 1 diagnos.

5.3 Hälsfrågor

Nedan redovisas de frågor i SB som rörde fysisk och psykisk hälsa, uppgifterna ur Asynja som de kopplades ihop med samt vilka av frågeställningarna som besvarades.

SB:

Hade du under föregående termin något av följande symtom på ohälsa:

orolig mage/magont?

värk eller muskelspännig?

sömnsvårigheter?

oro/ångest?

nedstämdhet/depression?

Frågorna hade följande svarsalternativ: 1 = Nej, 2 = Ja, men inga besvär, 3 = Ja, med måttliga besvär, 4 = Ja, med svåra besvär.

Svaren på dessa frågor gav svar på frågeställningarna 1, 2 och 4.

Asynja:

Statistik på totala antalet kontakter på STH under den aktuella perioden, antal kontakter och antalet studenter i grupp A-D som registrerats som kontaktorsaker:

- mage/tarm
- muskel/skelett, cerebrala symtom där huvudvärk specifikt valts ut
- sömnproblem
- ångest
- nedstämdhet/ depression, suicidtankar

Statistik på totala antalet diagnostillfällen och antal studenter i Grupp A-D som erhållit diagnos enligt ICD-10 gällande:

- symtom och sjukdom gällande buk
- smärta och värk
- sömnproblematik
- ångest
- depression

Detta gav svar på frågeställningarna 3 och 4.

5.4 Programskillnader

För att kunna jämföra statistiken ur Asynja mellan de olika nybörjarprogrammen behövde man ta hänsyn till de olika programmens storlek. Ur statistiken togs antalet kontakter för respektive undergrupp (A-E) fram dvs. hur många kontakter som skett med studenter ur respektive program. Antalet programspecifika kontakter dividerades därefter med antalet studenter på motsvarande program. Denna kvot kallades för kontakt/student. På samma sätt gjordes med antalet diagnoser på STH. Denna kvot kallades diagnos/student. Ett förtydligande exempel: Läkarstudenterna stod för 782 kontakter på STH under den aktuella perioden. Det fanns 1408 läkarstudenter. Antalet kontakter per läkarstudent var 782 dividerat med 1408 d.v.s. 0,56 kontakter/läkarstudent. För att undvika att läkarstudenter och sjuksköterskestudenters resultat förvrängdes pga. ett på dessa program större antal kontakter med anledning av sticksador, MRSA-provtagning och hälsointyg inför utlandsresor, gjordes

även en uträkning av antalet kontakter/student i respektive program för de i studien ingående kontaktorsaker (se avsnitt 5.3). För att få tillräckligt stort material och på detta sätt undvika osäkra resultat räknades kvoten ut enbart för de kontaktorsaker där antalet programspecifika kontakter var över fem.

6. RESULTAT

6.1 Studentbarometern

4207 enkäter skickades ut, varav 1 841 besvarades. Svarefrekvensen var således 44 procent. I tabell 2 visas svarefrekvensens fördelning på de olika utbildningsprogrammen. Man hade få frågespecifika bortfall varför svarkategorierna redovisades i andel procent av summan av samtliga svarkategorier samt några få enstaka bortfall.

Tabell 2 Studentbarometerns (2010) svarefrekvens totalt och per program

Utbildningsprogram	Utskickade	Inkomna	%
KI Tot. Nybörjarprogram	4207	1841	44%
Läkarprogrammet	1407	704	50%
Sjukgymnastprogrammet	369	153	41%
Tandläkarprogrammet	377	156	41%
Sjuksköterskeprogrammet (Huddinge)	585	181	31%

6.2 Asynja

Under perioden 090801-100630 var det totala antalet kontakter på STH 2260. Kontakterna renderades av 839 studenter. Av dessa var 654 kvinnor (78 %) och 185 män (22 %).

Medelåldern var 27 år. Under samma period var antalet ställda diagnoser 324. Det totala antalet kontakter och diagnoser omfattade hela STH:s verksamhet såsom stödsamtal och terapeutiska samtal, hjälp vid sticksador och andra arbetsskador, MRSA-provtagningar, intyg inför utlandsstudier och lagstadgade hälsokontroller. I denna studie fokuserades på den andel som motsvarar de hälsofrågor som redovisats i avsnitt 5.3.

6.3 Hälsofrågor

Magbesvär

Drygt en tredjedel (36 %) av studenterna på samtliga nybörjarprogram sammantagna uppgav i SB att de upplevde symtom från magen. Vanligast med symtom från magen var det bland sjukgymnaststudenterna och sjuksköterskestudenterna men skillnaderna mellan programmen var små (Figur 1). Tolv studenter hade kontakt med STH av denna orsak vilket motsvarade 0,3 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen. Magbesvär orsakade 0,8 % av samtliga kontakter på STH. Vad gäller eventuella skillnader mellan programmen så gick det inte att dra några slutsatser om detta då antalet kontakter var lågt och resultaten därför osäkra.

Värk

Drygt en tredjedel (38 %) av studenterna på samtliga nybörjarprogram sammantagna uppgav i SB värk och muskelspänning med liten skillnad mellan sjuksköterskestudenterna, sjukgymnaststudenterna och tandläkarstudenterna. Minst vanligt var värk bland läkarstudenterna (Figur 1). Nitton studenter hade kontakt med STH av denna orsak vilket motsvarade 0,4 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen. Värk orsakade 2 % av samtliga kontakter på STH. Vad gäller eventuella skillnader mellan programmen så gick det inte att dra några slutsatser om detta då antalet kontakter var lågt och resultaten därför osäkra.

Sömnsvårigheter

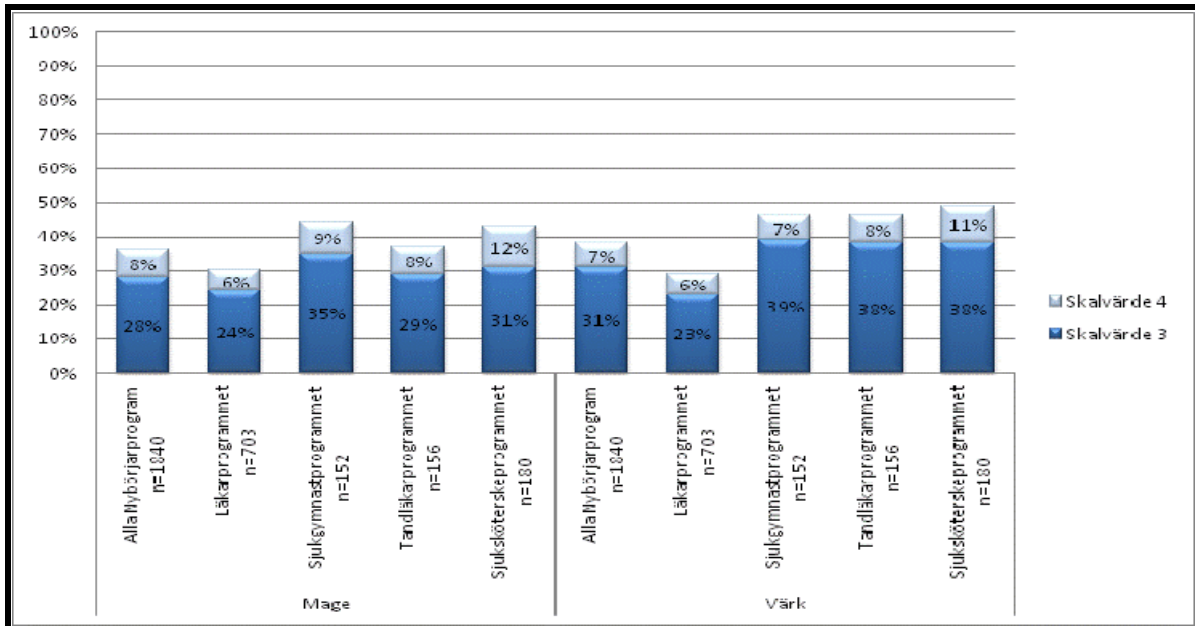
Drygt en tredjedel (37 %) av studenterna på samtliga nybörjarprogram sammantagna uppgav i SB sömnsvårigheter. Det var små skillnader mellan programmen, där sjukgymnaststudenterna var de som rapporterat högst förekomst av sömnsvårigheter (Figur 2). Tjugo studenter hade kontakt med STH av denna orsak, vilket motsvarar 0,5 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen. Sömnsvårigheter orsakade 1 % av samtliga kontakter på STH. Vad gäller eventuella skillnader mellan programmen så gick det inte att dra några slutsatser om detta då antalet kontakter var lågt och resultaten därför osäkra.

Oro/ångest

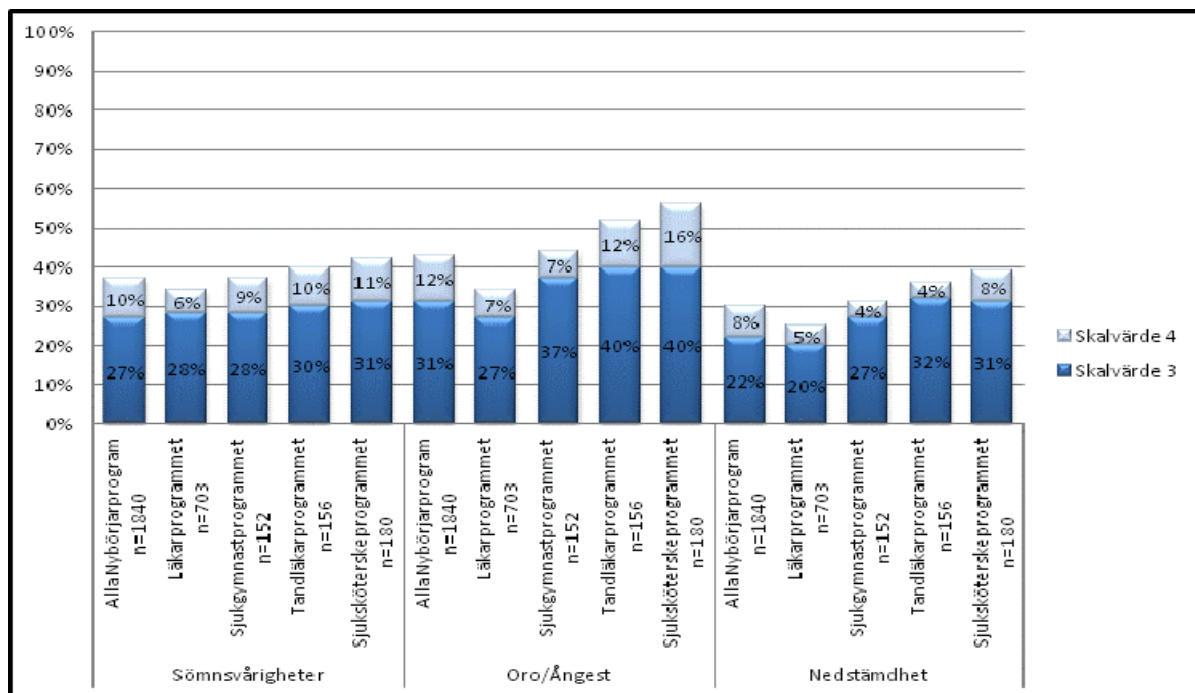
Drygt två femtedelar (43 %) på samtliga nybörjarprogram sammantagna rapporterade i SB att de upplevde oro/ångest. Detta var vanligast bland sjuksköterskestudenterna följt av tandläkarstudenterna och sjukgymnaststudenterna. Lägst var frekvensen bland läkarstudenterna (Figur 2). Femtiotvå individer hade kontakt med STH av denna orsak vilket motsvarar ca 1 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen. Oro/ångest orsakade 5 % av samtliga kontakter på STH. Skillnaden i antalet kontakter mellan nybörjarprogrammen redovisas i avsnitt 5.4.

Nedstämdhet

En knapp tredjedel (30 %) på samtliga nybörjarprogram sammantagna rapporterade i SB att de kände sig nedstämda. Detta var vanligast bland sjuksköterskestudenterna, följt av tandläkarstudenterna och sjukgymnaststudenterna. Även här rapporterades lägst frekvens bland läkarstudenterna (Figur 2). Femtioåtta individer hade kontakt med STH av denna orsak, vilket motsvarar ca 1 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen. Nedstämdhet orsakade 5 % av samtliga kontakter på STH. Skillnaden i antalet kontakter mellan nybörjarprogrammen redovisas i avsnitt 5.4.



Andel svarande (%) som kryssat för värdet 3 respektive 4 på skalan 1-4 där 1 = Nej, 2 = Ja, men inga besvär, 3 = Ja, med måttliga besvär, 4 = Ja, med svåra besvär avseende frågorna: "Hade du under föregående termin orolig mage/magont?", "Hade du under föregående termin värk eller muskelspänning?" Staplarna visar resultaten från alla 20 nybörjarprogram sammantagna samt uppdelat på läkarprogrammet, sjukgymnastprogrammet, tandläkarprogrammet resp. sjuksköterskeprogrammet och n avser antalet respondenter från respektive program.



Andel svarande (%) som kryssat för värdet 3 respektive 4 på skalan 1-4 där 1 = Nej, 2 = Ja, men inga besvär, 3 = Ja, med måttliga besvär, 4 = Ja, med svåra besvär avseende frågorna: "Hade du under föregående termin sömnsvårigheter?", "Hade du under föregående termin oro/ångest?", "Hade du under föregående termin nedstämdhet/depression?". Staplarna visar resultaten från alla 20 nybörjarprogram sammantagna samt uppdelat på läkarprogrammet, sjukgymnastprogrammet, tandläkarprogrammet resp. sjuksköterskeprogrammet och n avser antalet respondenter från respektive program.

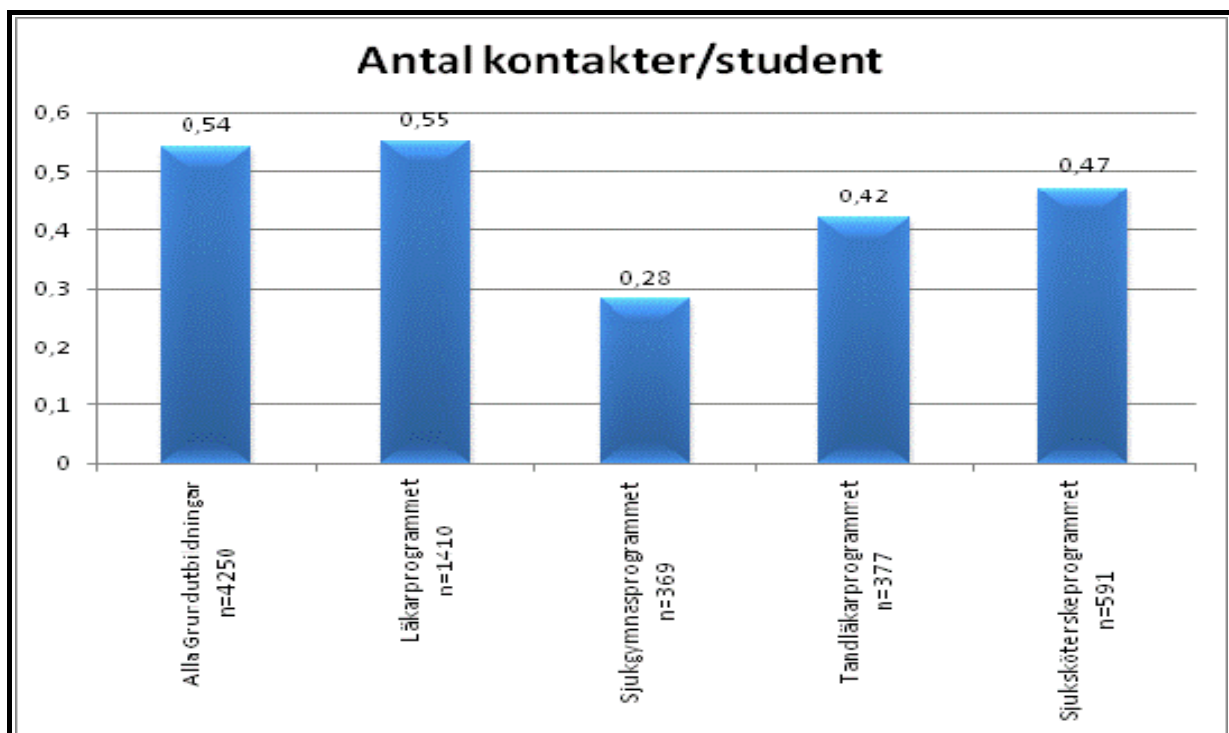
6.4 Diagnoser

Ett fåtal individer hade hos läkaren på STH erhållit diagnos gällande mag-tarmbesvär, muskelsmärta, värk eller huvudvärk. Sömnsvårigheter utgjorde 2 % av diagnoserna och var fördelade på 6 individer. Pga. denna låga siffra gick det inte att dra några slutsatser om eventuella skillnader mellan utbildningsprogrammen. Ångest stod för 6 % av samtliga diagnoser och var fördelade på 13 individer, depression stod för 29 % och var fördelade på 39 individer vilket innebär att knappt 1 % av KI:s studenter på nybörjarprogrammen erhöll den sistnämnda diagnosen under den aktuella perioden.

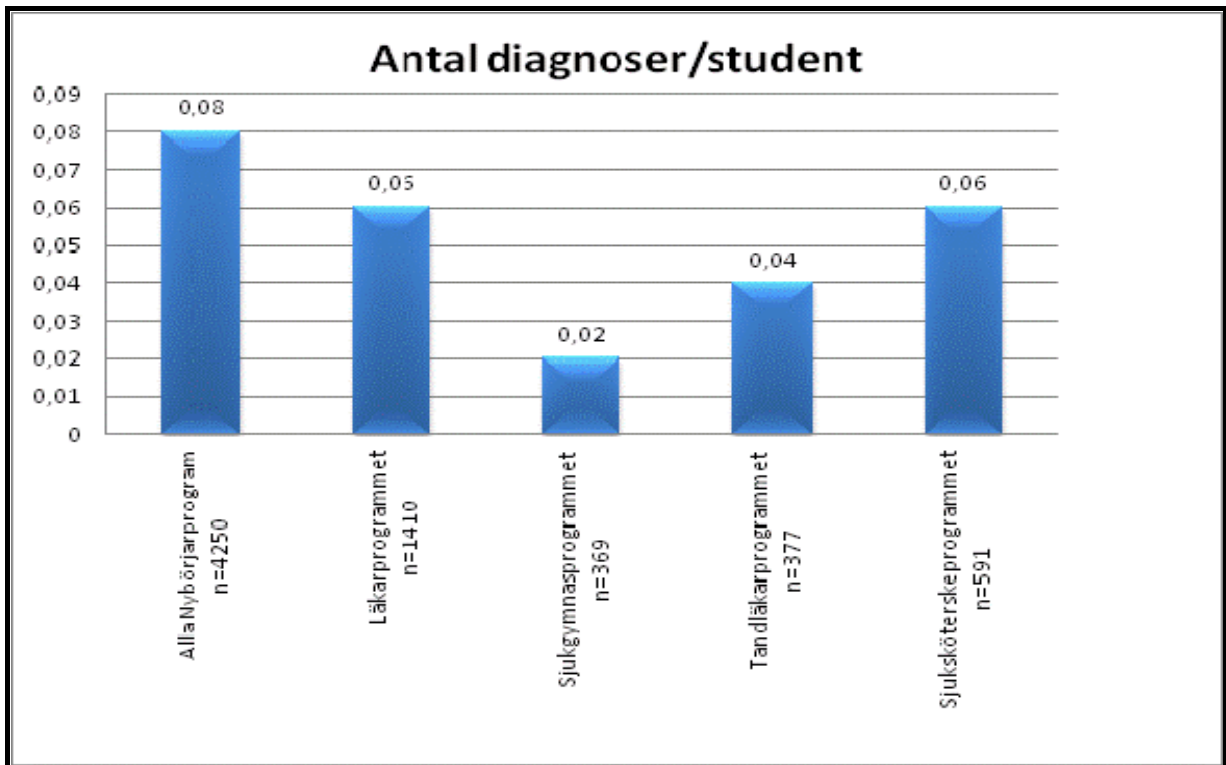
6.5 Programskillnader

Skillnader i utfall för de fyra olika nybörjarprogrammen har redovisats ovan under respektive fråga.

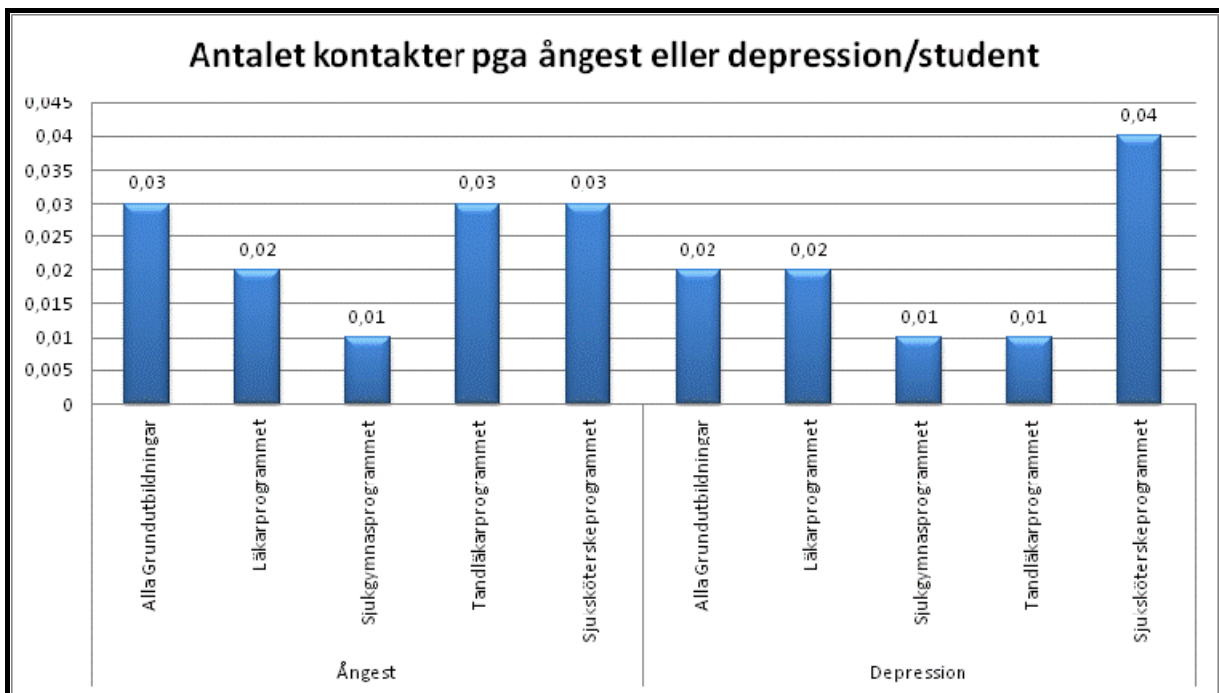
Antalet diagnoser/student i den sammanslagna gruppen nybörjarprogram var högre än i de fyra specifika, undersökta programmen. Bland de utvalda fyra enskilda programmen dominerade läkarstudenterna på STH med avseende på kontakter/student. Läkarstudenterna och sjuksköterskestudenterna är de studenter som har högst antal diagnoser/student (0,06). Sjukgymnaststudenterna däremot är de som har lägst antal kontakter och diagnoser/student (Figur 3 och Figur 4). Sjuksköterskestudenterna hade högst antal programspecifika kontakter/student pga. depression (0,04). Sjuksköterske- och tandläkarstudenterna hade högst antal programspecifika kontakter/ student pga. ångest (Figur 5). Även antalet programspecifika diagnoser/student pga. depression var högst på sjuksköterskeprogrammet (0,03). På läkarprogrammet var motsvarande siffra 0,01.



Totala antalet kontakter/student i respektive program på STH under perioden 20090801–20100630. Y-axeln anger antalet kontaktorsaker för det angivna programmet dividerat med programmets antal studenter. Observera att en individ kan ha träffat en eller flera vårdgivare och ha erhållit flera kontaktorsaker.



Totala antalet diagnoser/student i respektive program på STH under perioden 20090801-20100630. Y-axeln anger antalet diagnoser för det angivna programmet dividerat med programmets antal studenter. Observera att en individ kan ha träffat en eller flera vårdgivare och ha erhållit flera diagnoser.



Antalet kontakter pga. ångest eller depression/student på respektive program på STH under perioden 20090801-20100630. Y-axeln anger antalet kontakter pga. ångest eller depression för det angivna programmet dividerat med programmets antal studenter. Observera att en individ kan ha träffat en eller flera vårdgivare och ha erhållit flera kontaktsaker.

7. DISKUSSION

7.1 Ohälsa bland KI:s studenter

30 % av studenterna rapporterade i SB nedstämdhet och 43 % rapporterade ångest och oro. 36 % rapporterade magont, 38 % rapporterade muskelvärk och 37 % rapporterade sömnsvårigheter. I Socialstyrelsens folkhälsorapport år 2009 uppgavs 21 % av i Sverige studerande 20-24 åringar ha besvär av ångslan, oro eller ångest (3). Således sågs hos KI-studenter en något förhöjd nivå. 40 % av alla svenska kvinnor i åldern 20-24 år rapporterade enligt socialstyrelsen värk i nacke och skuldror, motsvarande siffra för KI-studenter var 38 % men då ingick både män och kvinnor. Beträffande sömn rapporterade 25 % av alla svenska kvinnor och 17,5 % av alla svenska män i åldern 16-24 år sömnbesvär. Sålunda rapporterade en högre andel KI-studenter sömnbesvär. I en undersökning riktad till högskolestuderande i Sverige uppgavs tre av tio studenter ha svårt att sova vilket stämde väl överens med resultatet bland KI-studenterna. I samma undersökning hade en av fyra huvudvärk eller ont i magen varje vecka, vilket sålunda var något vanligare bland KI-studenterna (4).

Socialstyrelsen uppgav att 17 % av svenska kvinnor mellan 18-24 år och 5 % av svenska män i samma åldersgrupp led av depression. KI-studenterna låg högre i prevalens men man bör ta i beaktande att det bland KI-studenterna handlade om rapporterad nedstämdhet, inte diagnostiserad depression.

I en studie av den psykiska hälsan hos läkarstudenter på Karolinska Institutet såg man att läkarstudenter oftare var deprimerade än normalpopulationen, men att självmordstankar och självmord inte var vanligare hos läkarstudenterna än för övriga individer i denna åldersgrupp (5). Det tredje studieåret uppvisade 27 % av studenterna psykisk ohälsa och intressant var att man hos dessa individer redan det första studieåret kunde se tecken på depression. Hos 42 % av dessa studenter fanns det tidigare depressioner i anamnesen. Detta belyser vikten av att i ett tidigt skede fånga upp studenter i behov av stöd för att, om möjligt, förhindra försämring av symtom och utvecklande av allvarig depression. Enbart en procent av KI:s studenter på nybörjarprogrammen erhöll under perioden 090801-100630 stöd från STH pga. depression eller nedstämdhet.

Vad kan då vara orsaken till studenters ohälsa?

Studenterna är ofta unga, många påbörjar sina universitetsstudier direkt efter studenten och flertalet utbildningsprogram pågår i flera år. Detta medför att ett stort antal studenter lämnar tonårsperioden och formar sitt vuxna liv och förhållningssätt under utbildningsperioden.

Denna övergångsperiod till vuxenlivet är en känd utvecklingsfas som kan övergå i kris med därtill hörande psykiska problem (6). I många utbildningsprogram på KI ingår praktik i vården vilket innebär att man blir vittne till andra människors lidande och inte sällan död.

Detta ställer extra krav på såväl studenten som på studiemiljön.

I en nationell studie av sjuksköterskestudenter såg man att lägre ålder (<30 år), immigration från utomeuropeiskt land, upplevd hög arbetsbelastning, missnöje med den egna utbildningen, låg tilltro till den egna förmågan och konflikt mellan studie- och arbetskraven och kraven i privatlivet ökade risken för utvecklande av depression (7). Tidigare arbetslivserfarenhet, mindre behov av studielån och lönearbete parallellt med studierna gav en lägre risk för att utveckla depression. Liksom i ovan nämnda studie av läkarstudenter (5) såg man en ökad frekvens av depressiva symtom under utbildningens gång vilken dock ett år efter examen återgått till nivån som gällde första utbildningsåret. Man såg också en stark koppling mellan upplevd konflikt studier - privatliv och depressiva symtom som även den normaliserades ett år efter examen

En annan anledning till ohälsa kan vara studentens hälsobeteende. En undersökning av tyska universitetsstudenter visade dåliga matvanor, dålig fysisk aktivitet och rökvanor hos studenter (8). Stora europeiska tvärsnittsstudier och uppföljningsstudier under en tioårsperiod visar en utebliven förbättring av hälsobeteendet hos studenter. Under ansträngande studieperiod missköter studenten ofta hälsa, sömn och föda vilket kan orsaka somatiska symtom såsom huvudvärk, sömnsvårigheter och magont (9). I en nationell studie av sjuksköterskestudenter 2010 undersöktes bl.a. den självskattade hälsan (10). Självskattad hälsa är en subjektiv mätmetod som i studier visat sig vara en stark prediktor gällande senare självskattad hälsa, morbiditet, mortalitet och olika hälsobeteenden såsom fysisk aktivitet, rökning, intag av grönsaker och fetma. I samma studie såg man att hälsobeteenden hos sjuksköterskestudenter som påverkade självskattade hälsan negativt var: stress gällande studier, rökning, högriskalkoholkonsumtion, problem med huvudvärk samt mag- och ryggsmärta. Man fann också nio faktorer som om de fanns under första studieåret korrelerade till hög självskattad hälsa under sista studieåret: God sömn, hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet, ingen stress gällande blivande yrke, framtiden eller studier, ingen huvudvärk, inget magont, inget ryggont.

STH:s roll

Trots att drygt en tredjedel av studenterna i SB rapporterade respektive magont, muskelvärk eller sömnsvårigheter, att 40 % av studenterna rapporterade ångest och oro och var tredje student rapporterade nedstämdhet hade endast en mindre andel av studenter på nybörjarprogrammen sökt hjälp på STH av dessa orsaker. Detta kan tolkas som att besvären inte varit av den digniteten att man behövt söka hjälp. Det kan också betyda att studenter inte känner till eller avstår från de stödinsatser de har möjlighet att få. En annan möjlig förklaring är att de erhåller hjälp någon annanstans. Fler studenter söker STH pga. ångest och depression än pga. somatiska symtom såsom magbesvär, värk och sömnsvårigheter. Detta talar emot det ofta förekommande påståendet att medicinstuderande är somatiserande och har en tendens till hypokondri. Det talar också emot uppfattningen att studenterna har lättare att söka hjälp för somatiska åkommor än för psykiatriska. Hälsoforskning pekar också mot att psykisk ohälsa är ett större bekymmer för studenter än fysisk ohälsa och att studenter skattar den psykiska hälsan lägre än normalpopulationen (11). Av de till antalet få STH-kontakterna med anledning av huvudvärk, magont och muskelvärk skulle man förhastat kunna dra slutsatsen att dessa besvär inte är så vanliga hos studenterna men SB visar istället att var tredje student besväras av något av detta. Man kan tänka sig att symtomen är lindriga och att studenterna av denna anledning inte söker hjälp, eller att de söker hjälp på annat håll. Risken finns att de inte gör något alls och risken finns att besvären då förvärras och/eller permanentas.

7.2 Skillnader mellan utbildningsprogram

Antalet diagnoser/student för alla nybörjarprogram sammantagna var högre än för något av de fyra specifika, undersökta programmen. Detta innebar att några av de övriga nybörjarprogrammen måste haft ett betydligt högre antal diagnoser/student. Förklaringen till detta var att tandtekniker- och röntgensjuksköterskestudenterna i samband med utbildningens start genomgick av läkaren utförda lagstadgade hälsokontroller. Varje lagstadgad hälsokontroll genererade en diagnos vilket gav ett högt antal diagnoser/student på dessa program.

Studenterna på läkarprogrammet uppvisade i SB en lägre andel rapporterade hälsobesvär jämfört med övriga studenter på KI. På STH var antalet kontakter/student för läkarstudenterna något högre än för övriga studenter och antalet diagnoser/student låg tillsammans med sjuksköterskestudenterna högst bland de fyra undersökta programmen. Det högre antalet

kontakter/student hos läkarstudenter berodde inte på ett högre antal kontakter/student pga. depression eller oro/ångest.

Det ligger nära till hands att tänka att läkarstudenternas något högre kontaktfrekvens på STH skulle förklaras av att programspecifika krav för dem till STH. Sådana krav är t.ex. kontakt pga. arbetskada, MRSA-provtagningar, läkarintyg inför utlandsstudier inklusive genomgång och eventuell komplettering av vaccinationsskyddet. Men även då dessa kontakter eliminerades blev antalet kontakter/student högre än för samtliga nybörjarprogram sammantagna. En förklaring till detta kan vara läkarstudenternas långa utbildningstid och att det, då utbildningen sträcker sig över flera år, finns en högre risk att man under utbildningstiden kommer att drabbas av ohälsa. Dock har tandläkarna marginellt kortare utbildning utan att vara överrepresenterade så detta tycks inte räcka som förklaring. En annan förklaring kan vara att läkarstudenterna under sin utbildning blir vittne till lidande och död och därför ofta ställs inför livsexistentiella frågor. Denna teori stärks av att även sjuksköterskorna hade ett högt antal kontakter/student. Sjuksköterskor och läkare deltar i vården av sjuka och döende på ett unikt sätt och det är möjligt att detta avspeglar sig i de förhöjda siffrorna. En tredje förklaring skulle kunna vara att läkarstudenterna har en tolerant inställning till att behöva och be om stöd och hjälp. De är bekanta med den kliniska mottagningsmiljön och dess frågeställningar och vet vad de kan få hjälp med och vart de skall vända sig. Emot detta talar ett flertal nationella och internationella studier gjorda på yrkesverksamma läkare som visar att läkare tenderar att marginalisera sina hälsoproblem och inte är benägna att söka sjukvård i situationer som de skulle råda andra att söka hjälp i (12-14). Därför är fyndet att läkarstudenter faktiskt söker STH oftare än andra studenter intressant. Pågår det ett skifte i attityd och förhållningssätt till den egna hälsan i denna yrkeskår eller har studenterna helt enkelt inte hunnit anamma sina blivande kollegers förhållningssätt? Slutligen kan det vara så att STH är väl känd av läkarstudenter då de ett flertal gånger under utbildningen informeras om STH:s verksamhet och kommer i kontakt med STH i samband med MRSA-provtagningar, vaccinationsplanering och utredning samt sticksador. Att känna till var STH finns och att ha träffat personalen torde underlätta kontakttagandet vid ohälsa.

Sjukgymnaststudenterna kan sägas vara en motsats till läkarstudenterna; de utmärkte sig genom att de genomgående rapporterade mycket besvär i SB med undantag för symtom i form av oro/ångest. På STH däremot är sjukgymnasterna underrepresenterade. De är de studenter som har lägst antal kontakter/student och diagnoser/student. Man kan tänka sig en rad olika förklaringar till denna paradox. En kan vara att sjukgymnasterna själva klarar av att hantera sina problem eller att de får hjälp på annat håll. Var skulle då denna hjälp kunna komma ifrån? Kan det vara så att lärare och handledare på sjukgymnastprogrammet själva erbjuder studenterna stöd eller har studenterna en väl utvecklad gruppanda och stöttar varandra? En annan tänkbar förklaring är att studenterna söker stöd och hjälp hos externa vårdgivare såsom vårdcentral mm. En enkätundersökning gjord bland sjukgymnaststudenter i Sverige visade att 87 % av studenterna motionerade regelbundet (15) och en tilltalande tanke är att den höga andelen studenter som ägnar sig åt fysisk träning skulle bidra till en ökad förmåga att härbärgera fysiska och psyksiska besvär i denna studentpopulation. En tredje, mindre tilltalande förklaring, skulle vara att kulturen bland sjukgymnaststudenter är sådan att man inte upplever det som accepterat att behöva och söka hjälp. En fjärde tänkbar förklaring till sjukgymnaststudenternas låga kontaktfrekvens på STH är att de inte har tillräcklig information om STH. Sjukgymnasterna får vid utbildningens start information om STH men därefter sker ingen ytterligare information (att jämföra med sjuksköterskestudenter och läkarstudenter som får fler informationstillfällen rörande sticksador och vaccination).

Slutligen kan det ju också vara så att sjukgymnaststudenterna inte känner tilltro till STH och det den har att erbjuda.

Sjuksköterskestudenterna hade ett relativt högt antal diagnoser/student och antal kontakter/student pga. nedstämdhet (0,04), och ångest (0,03). I en studie gjord i Litauen såg man att 23 % av sjuksköterskorna upplevde psykiatriska besvär (16). I en annan studie gjord på sjuksköterskor i Hong Kong såg man en ökad nivå av stress, utmattningssyndrom och sjukdom över tid och att stressnivån var starkt relaterad till personlighetsdrag och då i synnerhet den personliga förmågan till känslomässig coping (17). Sjuksköterskestudenternas resultat behöver också sättas i perspektiv till att det på KI under denna period pågick ett stort förändringsarbete av sjuksköterskornas utbildningsprogram och att detta sannolikt har påverkat studenterna.

7.3 Framtiden

STH ska enligt högskoleförordningen ”ha till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa” och man har särskilt påpekat att studenthälsans arbete bör vara hälsofrämjande. Stöd till studenterna vid ohälsa utgör en del av de aktiviteter som utförs på STH KI. Det är tydligt att man idag bara når en del av de studenter som rapporterar ohälsa och stressymtom. Det är därför viktigt att man på STH försöker hitta nya vägar både när det gäller att nå studenterna och när det gäller lämpliga stödinsatser och behandlingsstrategier. Minst lika viktigt är att man utvecklar det hälsofrämjande arbetet. Exempel på detta kan vara att erbjuda utbildning i stresshantering, hälsofrämjande samtal och hälsofrämjande gruppaktiviteter. Studier har visat att god hälsa och att må bra som student är viktigt för inlärningsprocessen och den akademiska prestationen vilket stärker motiveringen till hälsofrämjande och förebyggande åtgärder (18).

KI:s målsättning som universitet kan dock inte vara så kortsiktig att man bara ser till hur studenten mår under studietiden. Istället bör den vara att visa studenterna ett förhållningssätt och erbjuda verktyg som hjälper dem att må bra och förbli friska i sitt kommande yrkesliv. Detta är även viktigt med tanke på att KI utbildar hälsopersonal som i sin tur kommer att arbeta med att motivera andra till ett friskare liv. Studenthälsan har en viktig roll att tillsammans med Karolinska Institutet driva det hälsofrämjande arbetet bland studenterna. Det skulle här kunna vara fruktbart att närma sig begreppet ”hälsofrämjande universitet” och undersöka möjligheten att utvecklas i den riktningen (18).

7.4 Felkällor

För SB 2004 var svarsfrekvensen 36 procent. En omfattande bortfallsanalys gjordes (grundad på Hansen-Hurwitz bortfallsplan (19)) som visade att bortfallet inte påverkade undersökningens tillförlitlighet (Studentbarometern 2004, KI). Svarsfrekvensen för SB 2010 var något bättre (44 %). Man ansåg att enkäten inte hade ändrats i sådan omfattning att man hade anledning att göra en ny bortfallsanalys och man antog att bortfallet inte heller nu påverkade enkätens tillförlitlighet. Det som skiljer SB 2004 och SB 2010 åt i de områden vi här fokuserat på är att hälsofrågorna är nya. Bortfallsanalysen är alltså inte utförd på dessa och man kan därför inte dra slutsatsen att svaren är helt tillförlitliga. Att det frågespecifika bortfallet var lågt även för hälsofrågorna talar för att de inte urskiljde sig nämnvärt i karaktär från övriga frågor och det fanns ingen anledning att tro att svaren skulle vara missvisande.

En annan möjlig felkälla var att studenterna svarade på SB i mars 2010 men frågan gällde deras situation hösten 2009. Det är möjligt att en andel av studenterna svarade på hur deras liv såg ut vid tidpunkten för ifyllandet av SB. Detta försvårade beslutet om vilken tidsperiod i Asynja som skulle väljas. Slutligen valdes perioden 090801-100630. Materialet tenderade

även att bli för litet om man begränsade sig till en termin. Ytterligare en anledning till att undersöka material från ett helt läsår var att undvika missvisande siffror pga. säsongsbundna kontaktorsaker.

En faktor som skulle kunna bidra till det låga antalet kontakter på STH rörande somatiska symtom kan vara att kortare telefonkonsultationer, där studenten av företagssköterska hänvisades vidare till externa vårdgivare, inte erhöll en kontaktorsak. Det är rimligt att tro att flertalet av de frågor som hänvisades vidare handlade just om somatiska besvär.

Möjliga felkällor vid uppsökande av statistik i Asynja: kontaktorsaker som matchade frågorna i SB valdes. Hur detta urval gjordes påverkade förstås resultatet. En annan möjlig källa för missvisande resultat är att på STH ansvarade varje kurator för ett utbildningsprogram. Detta innebär att studenterna från ett program träffade samma kurator. Det kan finnas en risk att kuratorerna sinsemellan inte var helt konsekventa och samstämda i angivandet av kontaktorsaker och detta kan då ha påverkat respektive utbildningsprogramms kontaktorsaksprofil.

8. REFERENSER

1. Jacobsson J, Gillström P. *Studentspeglan, Rapport 2007:20 R*. Högskoleverket, April 2007. ISSN 1400-948X
2. Karolinska Institutet, *Utbildningskatalogen*. December 2010. ISBN: 978-91-85681-30-3
3. Danielsson M, Berlin M, Heimerson I & Talbäck M (red.). *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen, (Mars 2009)
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf. ISBN 978-91-978065-8-9
4. Statistiska Centralbyrån. *Högskolestuderandes levnadsvillkor. Enkätundersökning bland högskolestuderande våren 2007* (elektronisk). [20071128]Tillgänglig:
http://www.scb.se/statistik/UF/UF0535/2007A01/UF0535_2007A01_SM_UF57SM0701.pdf. [citerad 20110901]. ISSN 1404-5893
5. Dahlin M. *Future Doctors. Mental distress during Medical Education: Cross-sectional and longitudinal studies*. [Avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007. ISBN: 978-91-7357-147-0
6. Cullberg J. *Kris och utveckling samt katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner*. Natur & Kultur, 2006. ISBN: 9789127112575.
7. Christensson A. *Depressive Symptoms over Higher Education and the First Years in the Profession - a Longitudinal Investigation in Swedish Nursing Students*. [Avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011. ISBN 978-91-7457-228-5
8. Keller S, Maddock J. E, Hannoever W, Thyrian J R, & Basler H D. *Multiple health risk behaviors in German first year university students*. Preventive medicine. 2008; Vol. 46: 189-195.
9. Steptoe A, Wardle J, Pollard T M, Canaan L & Davies G J. *Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise*. Journal of Psychosomatic Research. 1996; Vol. 41: 171-180.
10. Bruce M. *Health behaviour, nursing self-efficacy and engagement among nursing students - a longitudinal cohort study*. . [Avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010. ISBN: 978-91-7409-931-7

11. Stewart-Brown S, Evans J, Patterson J, Petersen S, Doll H, Balding J & Regis D. *The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem?* Journal of Public Health Medicine. 2002; Vol. 22: 492-499.
12. Thompson W T, Cupples M E, Sibbet C H, Skan D I & Bradley T. *Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health.* British Medical Journal. 2001; Vol. 323(7315):728
13. Töyry S. *Burnout and self-reported Health among Finnish Physicians.*[Avhandling]. Finland: Kuopio Universitet, 2005. ISBN: 951-27-0385-8
14. Ohlin S, & Gunnarsdotter E. *Läkarnas hälsa.* Läkartidningen. 2006; Vol. 103 (1-2):10-7
15. Franzén L, Hall K. *Kartläggning av svenska sjukgymnasters upplevda stress, hälsa och påverkande faktorer.* Luleå: Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för Hälsovetenskap, 2008.
16. Malinauskiiene V, Leisyte P & Malinauskas R. *Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses.* Medicina (Kaunas). 2009; Vol. 45: 910-7.
17. Watson R, Deary I, Thompson D & Li G. *A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey.* International Journal of Nursing Studies. 2008; Vol.45: 1534-42.
18. Tsouros A, Dowding G, Thompson J & Dooris M. *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action.* Köpenhamn: WHO. 1998. ISBN 92-890-1285-4
19. Hansen M H, Hurwitz W N. *The Problem of Nonresponse in Sample Surveys.* The American Statistician. Nov 2004; Vol. 58(4):292-294