

Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående

Psykometrisk utvärdering av en ny självskattningsskala

Anne Braconier

Handledare: Per Carlbring
Biträdande handledare: David Forsström

Examensarbete, 15 hp
PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET VT 2015



STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Sammanfattning

Psykiskt välmående består av såväl frånvaro av psykiska symtom som närvaro av subjektivt välbefinnande, tillstånd som bör mätas oberoende av varandra. I brist på ett lättillgängligt, kostnadsfritt och för svenska förhållanden tillförlitligt mätinstrument för subjektivt välmående, genomfördes en explorativ studie i syfte att undersöka Välmåendeformulärets psykometriska grundförutsättningar som sådant. Instrumentet undersöktes i en icke-klinisk (163 psykologistuderande) respektive klinisk population (107 psykiatripatienter), och visade utmärkt intern konsistens (Cronbachs $\alpha = ,926$ respektive $\alpha = ,951$) och test-retest reliabilitet (7 ± 1 dagar; ICC = ,80), god validitet samt bedömdes ha förmåga att diskriminera mellan icke-klinisk respektive klinisk grad av subjektivt välmående. Resultaten gav stöd åt en enfaktorlösning, med subjektivt välmående som bakomliggande variabel. Dock fanns egenskaper hos båda populationerna som indikerade viss risk för statistisk instabilitet. Studien bör replikeras med större undersökningsgrupper samt ytterligare psykometriska tester för säkrare resultat och ökad generaliserbarhet.

Orden *välmående* och *välbefinnande* brukas i svenska språket vanligen som fullvärdiga synonymer och används också i denna studie som sådana (Din svenska, 2015; Stora Ordlistan, 2015; Tolka.se, 2015).

Intresset för att studera människors upplevelse av välmående och lycka kan spåras långt tillbaka i historien, genom de verk som framför allt filosofer från olika tidsepoker lämnat efter sig. Det var dock först vid mitten av förra seklet som vetenskapen började intressera sig för ämnet på allvar, och från att initialt omfatta en begränsad skara forskare som ägnade sina studier åt subjektivt välmående, har intresset de senaste decennierna ökat närmast lavinartat och också spridit sig inom flera vetenskapliga discipliner, så som sociologi, ekonomi och psykologi. Ett mått på detta kan vara att antalet publicerade studier inom området ökade från drygt 2000 under perioden 1980-1985 till drygt 35 000 under perioden 2000-2005 (Diener, 2009). Nationella välfärdsstudier är en annan markör, som visar hur intresset av att både mäta och förstå människors subjektiva välmående ökat markant de senaste decennierna, sannolikt som en effekt av att det visat sig ha ett förklaringsvärde som sträcker sig utöver de mått man tidigare använt för att studera välfärd och göra samhällseliga prognoser, såväl ekonomiskt som socialt (O'Donnell, Deaton, Durand, Halpern & Layard, 2014).

Men även om den akademiska psykologin under decennier och i tilltagande omfattning tagit sig an studiet av människors subjektiva upplevelse av välmående, har utvecklingen varit förvånansvärt långsam inom vård- och omsorgssektorn, och befintlig kunskap har först relativt nyligen anammats på allvar i klinisk verksamhet (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992; Weich et al., 2011). Detta trots att den visat en påtaglig potential vid såväl diagnostik, behandling som prevention av psykisk ohälsa. Till exempel har forskning visat att interventioner helt inriktade på att stärka individens upplevda välmående, även tycks minska symptomen vid ohälsa (Diener & Chan, 2011). En förklaring till den långsamma utvecklingen skulle kunna vara den långa och starka traditionen att mäta och förstå psykiskt mående utifrån förekomst eller frånvaro av negativa psykologiska faktorer, det vill säga utifrån ett patologiskt perspektiv. Majoriteten av de etablerade mätinstrument som finns att tillgå är i huvudsak designade för att mäta symtom och illabefinnande, och mycket behandlingsarbete har länge varit

inriktat på att minska negativa psykologiska faktorer (Chesney et al., 2005; Manderscheid et al., 2010; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Springer & Hauser, 2006).

Detta traditionella och under lång tid allmänt vedertagna sätt att förstå psykiskt mående ansluter sig till en endimensionell modell av hälsa, som har sitt ursprung i den tidiga välmåendeforskningen. Denna definierar välbefinnande som motsatsen till illabefinnande; ett kontinuum med väl- och illabefinnande som respektive ändpunkter (Manderscheid et al., 2010; Stones & Kozma, 1985). Mot den endimensionella modellen talar senare forskning, som ger stöd för teorin att positiva och negativa känslor och upplevelser inte utgör varandras absoluta motsatser och att välmående inte är möjligt att enbart definiera som frånvaro av illabefinnande (Bech, Olsen, Kjoller & Rasmussen, 2003; Diener, 2009; Manderscheid et al., 2010; Ryff & Singer, 1998b; Watson, Clark & Carey, 1988a). En studie av Weich et al. (2011) pekar istället just på att psykiskt välmående och psykiskt illabefinnande tycks vara två delvis av varandra oberoende dimensioner av det psykiska måendet. Detta synsätt får också stöd i WHO:s definition av hälsa; *"Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välmående, och inte enbart frånvaron av sjukdom eller skröplighet/handikapp"* [uppsatsförfattarens översättning], (World Health Organization, 2003). Psykisk hälsa kan således inte definieras som enbart frånvaron av psykiska symtom, det krävs också närvaro av psykiskt välbefinnande.

Denna kunskap, om välmåendefaktorens eget förklaringsvärde för en individs hälsa, utgör också en viktig grund för de nya inriktningar inom psykologin som på senare tid vuxit fram och även börjat ta plats i vården. Det kanske tydligaste exemplet är den inriktning som kallas positiv psykologi, och som på senare år fått internationellt genomslag såväl inom forskning som klinisk verksamhet (Schrang, Brownell, Tylee & Slade, 2014). I positiv psykologi utgår man från teorin att människan har en naturligt inneboende önskan om ökat psykiskt välbefinnande, vilket kan uppnås genom strävan efter ett meningsfullt liv, egen utveckling samt social och kreativ tillfredsställelse (Duckworth, Steen & Seligman, 2005). Fokus ligger på att identifiera, lyfta fram och utveckla individens resurser, i syfte att främja hälsa, funktion och motståndskraft. Man tänker att detta gynnar både individen och det samhälle hon lever i (Froh, 2004; Seligman, Parks & Steen, 2004). Enligt Seligman och Csikszentmihalyi (2000) har den positiva psykologin delvis utvecklats just som en reaktion mot den traditionella psykologins och psykiatrins fokus på patologi och bot mot ohälsa, eftersom detta perspektiv tenderar att negligera de hälsofrämjande möjligheter som ligger i individens styrkor och förmågor. Det finns inom positiv psykologi ett naturligt fokus på prevention av ohälsa.

Ett centralt begrepp inom positiv psykologi är resiliens (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), ett begrepp som har lånats från fysiken, där det används för att beskriva elasticitet (Egidius, 2008). Psykologisk resiliens definieras vanligen som anpassning till och återhämtning från psykologisk stress (kris, katastrof, trauma) och beskrivs av olika forskare som en egenskap, en förmåga och/eller en process (Egidius, 2008; Masten, 2001). Processtanken är stark, vilket Luthar, Cicchetti och Becker (2000) lyfter fram i sin beskrivning av resiliens som en dynamisk process i vilken individer med hög resiliens dels har god förmåga att möta, hantera och övervinna motgångar, dels har en positiv anpassningsförmåga till resultatet av den genomlevda motgången. Processteorin omfattar även förmågan till anpassning i en pågående svår eller hotfull situation. En individs resiliens beskrivs ofta som resultatet av en kombination av egenskaper hos individen och den omgivande miljön (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen & Stiles, 2011), i vilken sociala och kulturella aspekter betonas. Enligt Friborg och Hjemdal (2004) bör resiliens definieras som ett flerdimensionellt begrepp, där olika faktorer tycks ha olika betydelse vid skilda livshändelser. Forskning tyder på att hög resiliens har en skyddande effekt mot psykisk ohälsa (Hjemdal et al., 2011).

Ett ytterligare tecken på att utvecklingen tycks gå mot ett mindre ensidigt och patologiskt perspektiv på psykiskt mående skulle kunna vara hur arbetet med den nya, femte versionen av diagnosmanualen DSM (American Psychiatric Association, 2013) haft en uttrycklig ambition att avstigmatisera psykisk ohälsa genom att omdefiniera sjukdomsbegreppet. Detta bland annat genom att betona illabefinnande som något kontinuerligt, en process eller reaktion, snarare än ett statiskt tillstånd, lyfta fram individens upplevelse samt sätta in måendet i en social och kulturell kontext (Bäärnhielm, 2013; Kamens, 2010; Whooley & Horwitz, 2013).

Subjektivt välmående – en definition av begreppet

Välmående utan närmare precisering är ett brett begrepp som vanligen används som samlingsbegrepp för socialt, ekonomiskt, fysiskt och psykiskt välmående. Forskare har länge sökt finna lämpliga definitioner av olika aspekter av välmående, med ambition att förbättra förutsättningarna för forskning (Ryan & Deci, 2001). Detta har visat sig komplicerat, men utifrån befintlig forskning har ändå ett antal underliggande faktorer identifierats, varav subjektivt välmående är en (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1998b). Ordet subjektivt antyder en psykologisk dimension, och begreppet subjektivt välmående används också vanligtvis i sammanhang då psykologiskt välbefinnande avses. Världshälsoorganisationen, WHO, definierar exempelvis subjektivt välmående som en av flera faktorer av vikt för psykisk hälsa (Hansson, Airaksinen, Forsell & Dalman, 2009), medan begreppet i olika sammanhang ofta används synonymt med subjektivt psykologiskt välmående, psykologiskt välmående och även mentalt välmående.

Trots det stora och ökande intresset för subjektivt välmående, saknas fortfarande en precis, enhetlig och allmänt vedertagen definition av begreppet, vilket alltså varit och är ett problem i forskningssammanhang (Diener, 2009; Springer & Hauser, 2006; Weich et al., 2011). De senaste årens forskning tycks dock ha skapat en allt bredare enighet kring en definition av subjektivt välmående som ett mångfacetterat begrepp, bestående av två grundläggande delkomponenter. Dessa komponenter beskrivs ofta som två komplementära filosofiska och psykologiska perspektiv med benämningarna det hedoniska perspektivet (*"hedonic perspective"*) respektive det eudaimoniska perspektivet (*"eudaimonic perspective"*). Det hedoniska perspektivet har individens känslomässiga upplevelse av lycka, välbehag och tillfredsställelse i fokus, medan det eudaimoniska fokuserar individens kognitiva uppfattning om psykologisk funktion, goda relationer, utveckling och självförverkligande (Diener, 2009; O'Donnell et al., 2014; Manderscheid et al., 2010; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998a; Tennant et al., 2007; Weich et al., 2011).

Utifrån denna grundläggande tanke tycks idag de flesta ansluta sig till en bred definition av subjektivt välmående som omfattar både det hedoniska och det eudaimoniska perspektivet, en definition som också denna studie utgår ifrån. Denna kan sammanfattas som en individs känslomässiga upplevelse av och kognitiva uppfattning om de tre dimensionerna närvaro av positiva känslor, frånvaro av negativa känslor samt grad av livstillfredsställelse (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Manderscheid et al., 2010; Ryan & Deci, 2001; Snyder & Lopez, 2005). En genom tillgänglig forskning väl underbyggd modell av Sirgy (2012) ger också stöd åt denna definition. Modellen beskriver dessutom dimensionernas inbördes relationer till varandra, och hur de tillsammans och i relation till yttre livshändelser påverkar individens totala upplevelse av subjektivt välbefinnande. Utifrån de senaste årens forskning finns också mycket som talar för att subjektivt välmående i betydande grad påverkas av både individuella faktorer, som ålder och kön, och omvärldsfaktorer, som sociala och kulturella förhållanden (Diener, 2009; Weich et al., 2011). Detta stämmer väl överens med de forskningsresultat som visat på samband mellan olika resiliensfaktorer och subjektivt välmående (Hansson, Hillerås & Forsell, 2005; Hjerdal et al., 2011).

Alternativa definitioner av subjektivt välmående förekommer, och en mer vanlig sådan är att endast ta hänsyn till det eudaimoniska perspektivet, utifrån tanken att välbefinnande uppnås genom individens strävan efter sin fulla potential (Ryff, 1989). Ett vanligt förekommande exempel på detta är den modell som förespråkas av Ryff (1989) och Ryff och Keyes (1995), och som utgörs av sex olika faktorer; självacceptans, positiva relationer med andra, autonomi, förmåga att hantera vardagen, mening med livet samt personlig utveckling.

Att mäta subjektivt välmående – befintliga instrument

Trots det ökade intresset för och behovet av att studera och mäta subjektivt välmående, saknas fortfarande konsensus avseende mätmetoder, och det finns idag ingen standardmetod eller något vedertaget instrument för ändamålet, vare sig enligt det hedoniska eller det eudaimoniska perspektivet (Springer & Hauser, 2006; Weich et al., 2011). Några instrument som används för mätning av subjektivt välmående återkommer dock mera ofta i litteraturen, och redovisas nedan. Samtliga är självskattningsskalor och har bedömts som lovande till väl tillförlitliga, men också ifrågasatts, i olika studier.

Mental Health Continuum – Long Form (MHC-LF) and Short Form (MHC-SF) är en skala som i sin ursprungsversion består av 40 frågor, och i kortversionen 14. Den sistnämnda är den mest använda. Skalan avser mäta positiv mental hälsa utifrån en trefaktormodell, som beskriver omfatta såväl emotionellt, psykologiskt som socialt välmående, utifrån såväl det hedoniska som eudaimoniska perspektivet. Intern konsistens (Cronbachs alfa) för skalan har beräknats till $\alpha = ,80$, test-retest reliabiliteten till $r = ,57 - ,71$ och validiteten bedömts som god (Jovanovic, 2015; Keyes, 2009; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Flerfaktormodellen har ifrågasatts (Jovanovic, 2015).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) var länge ansedd som ”gold standard” för mätning av emotionellt subjektivt välmående, det vill säga enligt det hedoniska perspektivet. Skalan består i sin originalversion av 20 frågor, med vardera 10 frågor om positiva respektive negativa känslor, som tillsammans avser mäta två separata dimensioner av välmående. Validiteten har bedömts som god och reliabiliteten har beräknats till Cronbachs $\alpha = ,84 - ,91$ och $r = ,39 - ,71$ (test-retest) (Crawford & Henry, 2004; Watson, Clark & Tellegan, 1988b).

Ryff Scales of Psychological Well-Being (SPWB) är primärt fokuserad på psykologiskt fungerande, det eudaimoniska perspektivet, och bygger på Ryffs teoretiska flerfaktormodell. Skalan finns i versioner från 18 till 84 frågor och gör anspråk på att mäta sex separata dimensioner av subjektivt välmående. Intern konsistens (Cronbachs alfa) har i olika studier beräknats till $\alpha = ,83 - ,93$ och test-retest reliabiliteten till $r = ,80 - ,88$, medan validiteten har bedömts som god (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2006; Seifert, 2005). Skalans anspråk på att mäta sex olika välmändefaktorer har dock ifrågasatts (Abbott et al., 2006; Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh & Croudace, 2010; van Dierendonck, Diaz, Rodriguez-Carvajal, Blanco & Moreno-Jimenez, 2007; Springer & Hauser, 2006).

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) finns i två versioner, med 7 respektive 14 frågor, omfattande såväl det hedoniska som eudaimoniska perspektivet. Skalan har utformats av en expertgrupp utifrån en definition av subjektivt psykologiskt välmående som sammansatt av de tre områdena positiva affekter, psykologisk funktion och interpersonella relationer. Reliabiliteten för skalan har i olika studier beräknats till Cronbachs $\alpha = ,73 - ,93$ samt $r = ,83$ (test-retest) och validiteten har ansetts vara god (Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown, 2012; Tennant et al., 2007; Weich et al., 2011).

World Health Organization Well-Being Index (WHO-5/WHO-10) består av fem respektive tio frågor, med betoning på det emotionella, hedoniska, perspektivet. De är framtagna ur *WHO (Bradley) Well-Being Questionnaire*, en skala för psykisk hälsa hos diabetespatienter (Bradley, 2013; Löve, Andersson, Moore & Hensing, 2014; The WHO-5 website, 2015). WHO-5 och WHO-10 har stöd för att mäta en unik bakomliggande faktor; subjektivt välmående. Intern konsistens har i olika studier beräknats till $\alpha = ,82 - ,89$ och validiteten har bedömts god (Bech et al., 2003; de Souza & Hidalgo, 2011; Löve et al., 2014; Shu Fang, 2014).

Samtliga dessa skalor är framtagna och psykometriskt undersökta på gruppnivå. Skalorna WHO-5/WHO-10, SPWB och PANAS återfinns översatta till svenska i olika studier, emedan någon allmänt vedertagen översättning inte har hittats. En svensk version av WHO-5 samt WHO-10 har av Löve et al. (2014) undersökts och normerats för en större svensk population, medan någon liknande svensk normering inte återfunnits för övriga skalor. Faktorstrukturen för en svensk översättning av SPWB har dock undersökts i en population svenska tjänstemän (Lindfors, Berntsson & Lundberg, 2006).

Ett ytterligare återkommande sätt att mäta subjektivt välmående, är att enbart använda subjektivt upplevd livskvalitet som mått (Diener, 2009). Livskvalitet, ofta definierat som global tillfredsställelse med livet, anses vanligen vara en av flera kognitiva komponenter av begreppet subjektivt välmående (Diener, 2000). Vanliga instrument i forskningssammanhang är *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Jovanovic, 2015; Pavot & Diener, 1993) och *Quality of Life Inventory (QOLI)*; Frisch et al., 1992; Lindner, Andersson, Öst & Carlbring, 2013; Paunovic & Öst, 2003). Nyligen har också en ny svensk skala för mätning av livskvalitet, *Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ)*, visat lovande psykometriska egenskaper (Frykheden, 2014). Ett problem med att använda livskvalitet som enda mått på välmående, är att studier visat att sambandet mellan livstillfredsställelse och subjektivt välbefinnande kan vara för svagt (Fors & Brülde, 2011).

Som med de flesta mätinstrument, finns också väl kända begränsningar med just självskattningsskalor (Kazdin, 2010). Pavot och Diener (1993) lyfter exempelvis fram risken att individer, medvetet eller omedvetet, anpassar sina svar utifrån vad som efterfrågas och av vem. Shedler, Mayman och Manis (1993) visar i en studie hur individers svar kan påverkas av psykologiska försvar, så att diskrepansen mellan klinisk bedömning och subjektiv skattning kan bli betydande - framförallt för personer som skattat sin mentala hälsa som avsevärt bättre än vad den kliniska bedömningen visat. Bech et al. (2003) menar dock att det finns stöd för att skalor som avser undersöka förekomst av subjektivt välmående kan ha fördelar framför mer traditionella symtomskattningsskalor. Motståndet mot att besvara formulär som är positivt utformade tycks vara lägre.

Att mäta subjektivt välmående – behov av nya instrument

Att studera och mäta människors subjektiva välmående har således de senaste decennierna successivt fått en allt större betydelse, inte minst inom psykologisk och psykiatrisk forskning samt klinisk verksamhet. Inom vården finns en utveckling mot ett ökat intresse för preventivt behandlingsarbete, och därmed läggs ett större fokus på välmåendefaktorer. Den samlade och numera omfattande kunskapen om att välmående och illabefinnande utgör olika dimensioner av måendet och därför behöver studeras och mätas oberoende av varandra för att få en fullständig bild, går inte längre att bortse ifrån. Detta ställer helt naturligt krav på att komplettera de många befintliga symtomskattningsskalorna med mätinstrument för subjektivt välmående, då det tycks råda brist på sådana. Inte minst taget i beaktandet att självskattningsskalor i relativt stor omfattning redan används inom vården, uppfattas som hjälpsamma av både personal

och patienter och utgör en viktig del i diagnostiken (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). En möjlighet till bredare screening, med såväl symtomskalor som välmåendeskakor, skulle därför kunna öka precisionen och kvaliteten vid kliniska bedömningar. Sammantaget detta följer ett behov av att utveckla nya, tillförlitliga instrument avsedda att mäta just de aspekter av subjektivt välbefinnande som man önskar studera (Cicchetti, 1994; Lopez & Snyder, 2003; Tennant et al., 2007), såväl i forskningssammanhang som för kliniskt bruk. Att pröva sådana instrument i den kulturella kontext där de är avsedda att användas anses då vara av största vikt (Miville & Ferguson, 2014; van Dierendonck et al., 2007).

Sammanfattningsvis tycks det alltså idag finnas behov av ett, för svenska förhållanden utprovat, instrument avsett att mäta subjektivt välmående hos vuxna, på gruppnivå såväl som på individnivå, för forskning såväl som för klinisk verksamhet – enligt den breda definition av begreppet som antagits för denna studie.

Studiens syfte

Syftet med denna studie var att undersöka om det hittills vetenskapligt oprövade Välmåendeformuläret (Bilaga 1) hade förutsättningar att fylla det ovan identifierade behovet av ett effektivt och tillförlitligt mätinstrument för subjektivt välmående – genom att undersöka dess grundläggande psykometriska egenskaper i såväl en icke-klinisk som en klinisk population. Studien var kvantitativ och av explorativ karaktär, då formuläret inte tidigare var psykometriskt testat.

Frågeställningar

- Vilka är instrumentets normeringsdata för en icke-klinisk population?
- Vilka är instrumentets normeringsdata för en klinisk population?
- Finns det skillnader i normeringsdata mellan populationerna?
- På vilket sätt är instrumentets faktorstruktur beskaffad?
- Är instrumentets reliabilitet för de båda undersökta populationerna tillfredsställande? (Med reliabilitet avses intern konsistens samt test-retest reliabilitet.)
- Är instrumentets validitet för de båda undersökta populationerna tillfredsställande?
- Hur förhåller sig Välmåendeformuläret till etablerade instrument som avser mäta grad av psykiskt illabefinnande genom depressiva symtom (Patient Health Questionnaire, PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) respektive ångestsymtom (Generalised Anxiety Disorder 7-item scale, GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006)?

Metod

Undersökningsdeltagare

Studien omfattade två grupper av deltagare, en icke-klinisk och en klinisk population. Den icke-kliniska gruppen utgjordes av 163 psykologistuderande (40 män och 123 kvinnor) som hade en genomsnittlig ålder på 26,83 år (SD = 7,77), där den yngsta var 19 år och den äldsta 64 år. Samtliga gick vid tidpunkten för datainsamlingen på psykologprogrammet eller på fristående kurser vid Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet. Den kliniska gruppen bestod av 107 patienter vid en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Stockholms län (23 män och 84 kvinnor) som hade en genomsnittlig ålder på 43,39 år (SD = 16,17), där den yngsta var 18 år och den äldsta 82 år. Samtliga deltagare informerades skriftligt om att de, genom sitt aktiva val att delta i studien, samtidigt lämnade sitt samtycke till användning av oidentifierad data i forskningssyfte (se Bilaga 2 samt Frykheden, 2014). Rekryteringsförfarandet för respektive population beskrivs utförligt nedan, under Procedur.

Instrument

Samtliga undersökningsdeltagare i båda populationerna fick för denna studie besvara tre självskattningsformulär; Välmåendeformuläret (Bilaga 1), PHQ-9 samt GAD-7 (se nedan). De fick också ange ålder (fyllda år) och kön (man/kvinna). Ett informationsbrev samt adresserat frisvarskuvert medföljde undersökningsmaterialet för den kliniska gruppen (Bilaga 2). Materialet administrerades via internet för den icke-kliniska gruppen och i pappersform för den kliniska. Det går inte att utesluta att denna skillnad i distributionssätt skulle kunna påverka resultatet, men vid kliniska självskattningsskalor för screening av psykiska symtom har risken bedömts vara liten (Buchanan, 2002; Hirai, Vernon, Clum & Skidmore, 2011).

Välmåendeformulär. Välmåendeformuläret (VF) är en självskattningsskala som avser mäta subjektiv upplevelse av psykiskt välmående hos vuxna (Bilaga 1), utifrån den breda definition av begreppet som antagits för denna studie. Formuläret är i huvudsak utvecklat av Lars Ström (leg psykolog, doktor i klinisk psykologi) tillsammans med Per Carlbring (leg psykolog, leg psykoterapeut, professor i klinisk psykologi), båda med gedigen kunskap och erfarenhet inom området. Det tillkom i arbetet med en självhjälpsbok vid nedstämdhet, i brist på ett befintligt, fritt tillgängligt, heltäckande och positivt formulerat utvärderingsinstrument (P. Carlbring, personlig kommunikation, 25 augusti, 2014). Formuläret konstruerades genom att författarna, utifrån klinisk erfarenhet och befintlig forskning, diskuterade fram ett antal frågor som man ansåg täckte den breda definitionen av subjektivt välmående. Frågorna prövades sedan mot ytterligare experter på området innan de inkluderades. I boken avser formuläret mäta graden av välmående efter varje kapitel, så att läsaren kan följa sitt eget förändringsarbete (Ström & Carlbring, 2014). En ytterligare ambition var att ta fram ett enkelt och fritt tillgängligt instrument, möjligt att använda i såväl forskning, behandling som icke-kliniska sammanhang. Skalan består av 18 frågor, med svarsalternativ mellan 0-4, och maxpoäng 72. En låg poäng anger sämre mående. Frågorna är inte symtombaserade, utan fokuserade på i vilken grad man upplever psykiskt välmående. Formuläret, som också finns översatt till engelska, tyska och spanska, är konstruerat för användning både vid enstaka och upprepade mätningar; till exempel för att vid ett givet tillfälle mäta välbefinnandet hos en individ eller grupp, eller som utvärderingsinstrument för olika insatser avsedda att främja subjektivt välmående (P. Carlbring, personlig kommunikation, 25 augusti, 2014). Välmåendeformuläret var vid tidpunkten för denna studie inte vetenskapligt undersökt och dess psykometriska egenskaper därför okända.

PHQ-9. Självskattningsskalan Patient Health Questionnaire (PHQ-9) är framtagen i syfte att underlätta diagnostiseringen av depression (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Skalan används ofta såväl inom vård som i forskningssammanhang, och omfattar nio frågor som täcker depressionskriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV. Skattningen sker på en skala från 0 till 3, med maxpoäng 27. En hög poäng indikerar förekomst av depression. Skalan finns i 79 språkversioner och får användas obegränsat (fBanken.se, 2015). Kroenke, Spitzer och Williams (2001) har i en studie omfattande 6000 patienter visat på såväl god test-retest reliabilitet ($r = ,84$) som god intern konsistens genom Cronbachs alfa ($\alpha = ,86$). Skalan bedömdes ha god validitet. En metaanalys omfattande 18 valideringsstudier (Manea, Gillbody & McMillan, 2012) visade sammantaget väl acceptabla diagnostiska egenskaper för PHQ-9.

GAD-7. Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) är en självskattningsskala framtagen för screening av generaliserat ångestsyndrom (GAD) enligt kriterierna i DSM-IV (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Skalan används frekvent i såväl vård- som forskningssammanhang, finns översatt till flera språk och får användas obegränsat. Den har även visat sig kunna indikera andra ångestsyndrom (Phqscreeners, 2015). GAD-7 består av sju frågor som utgår från symtomen vid generaliserat ångestsyndrom, och skattningen sker på en

skala från 0 till 3, med maxpoäng 21. En låg poäng anger färre symtom och en hög poäng indikerar förekomst av ångestsyndrom. Enligt Spitzer et al. (2006) visar GAD-7 såväl god intern konsistens genom Cronbachs alfa ($\alpha = ,92$) som god test-retest reliabilitet ($r = ,83$).

Procedur

Datainsamlingen för den *icke-kliniska gruppen* skedde under perioden augusti-oktober 2014, i samband med en tidigare studie vid Psykologiska institutionen (Frykheden, 2014). De data som undersöktes i föreliggande studie kom då inte till användning, och har i avidentifierad form tillhandahållits av professor Per Carlbring.

Rekryteringen av deltagarna till den icke-kliniska gruppen skedde dels genom att studien annonserades på institutionens anslagstavla, dels genom e-post som skickades till de studenter som kunde vara i behov av så kallad undersökningsdeltagartid (UD-tid). UD-tid erhålls vid deltagande i ett antal valfria studier vid institutionen, vilket är ett obligatoriskt moment för respektive utbildningar. De psykologistuderande som anmälde intresse att delta, fick via hemsidan www.psykoterapiforskning.se och undersökningsplatt-formen Lime Survey besvara Välmåendeformuläret, PHQ-9, GAD-7 samt ytterligare tre formulär (ej aktuella för denna studie). Ordningen på formulären slumpgenererades för varje enskild deltagare vid båda testtillfällena, i syfte att undvika eventuella ordningseffekter (Kazdin, 2010). Deltagarna fick svara på formulären vid två tillfällen med 6-8 dagars mellanrum. Vid första svarstillfället fick de även ange kön, ålder och e-postadress. Deltagarna fick sedan en påminnelse via e-post om det andra testtillfället sex dagar efter det första. För dem som inte svarade utgick ytterligare påminnelser dag sju och åtta efter det första testtillfället. UD-tid erhöles först efter deltagande vid båda testtillfällena. För att säkerställa att deltagarna fyllde i formulären komplett, kunde data sparas först när samtligt material fyllts i fullständigt. Av de 167 som anmält intresse att delta, erhöles kompletta data från 163. Den totala svarsfrekvensen för den icke-kliniska populationen beräknades till 97,60%. Bortfallet var för litet för en meningsfull bortfallsanalys.

För den *kliniska gruppen* pågick datainsamlingen under fem veckor, oktober-november 2014. Patienter rekryterades löpande genom att tillfrågas av behandlande personal i samband med ett ordinarie patientbesök. För att, utifrån befintliga möjligheter till datainsamling, säkerställa deltagarnas absoluta anonymitet, begränsades datainsamlingen till ett tillfälle.

Vid rekryteringen till den kliniska gruppen eftersträvades ett urval som skulle kunna motsvara en total patientgrupp vid en vanlig svensk allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning för vuxna, vid ett givet tillfälle. Mottagningen, från vilka patienterna rekryterades, valdes således utifrån att den kunde antas avspegla en sådan vanligt förekommande allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning, med en patientpopulation som normalt får behandling vid en sådan. Vid mottagningen bedrevs frivillig psykiatrisk öppenvård för patienter från 18 år, med förekommande psykiatriska diagnoser undantaget psykossjukdom. Vården bestod av bedömning, utredning och behandling utifrån en individuell behandlingsplan. Behandlingsutbudet var brett och omfattade, förutom farmakologisk behandling, psykoterapeutisk behandling individuellt och i grupp med såväl psykodynamiska som kognitiva och kognitivt beteendeterapeutiska inriktningar, olika stödinterventioner samt psykoedukativa insatser. Vid tidpunkten för datainsamlingen arbetade vid mottagningen 24 personer med psykiatrisk vård; nio läkare, sex psykologer, fyra sjuksköterskor, två kuratorer, en arbetsterapeut, en fysioterapeut samt en mentalskötare. Av dessa hade flertalet minst grundläggande psykoterapeututbildning.

Datainsamlingen inleddes med att studieplanen presenterades för och godkändes av vårdföretagets ledning samt den aktuella mottagningens enhetschef. Därefter presenterades studien för

personalgruppen, vid två tillfällen, innan datainsamlingen påbörjades. Samtliga medarbetare ombads såväl muntligen som skriftligen att delta, ingen avböjde. Påminnelser skickades också via e-post till personalen vid två tillfällen under den femveckorsperiod som datainsamlingen pågick. Tidsutsträckningen valdes för att samtlig personal, utan inverkan av deltidstjänst eller tjänstledighet, skulle ha möjlighet att delta. Personalen instruerades att, under valfri tid under femveckorsperioden, tillfråga samtliga sina patienter om deltagande (endast med undantag för akuta besök, där administrering bedömdes oetisk). De delade sedan ut undersökningsmaterialet till dem som tackade ja, samt noterade hur många som tackade nej. Ingen ersättning utgick, vare sig till patienterna för deras deltagande eller till personalen för administreringen.

Inledningsvis sammanställdes 360 exemplar av undersökningsmaterialet i pappersform. Antalet bestämdes utifrån antal personal, en uppskattning av deras möjlighet att administrera materialet samt mot bakgrund av svarsfrekvensen på Nationell Patientenkät. Denna har varit generell låg för psykiatri de senaste åren, med ett bortfall på omkring två tredjedelar (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Skattningsformulären i undersökningsmaterialet häftades samman i varierande ordning för att undvika ordningseffekter (Kazdin, 2010). Detta gav 60 exemplar av vardera sex möjliga varianter av ordningsföljd. Exemplaren sorterades sedan systematiskt så att varje variant återkom lika ofta i en serie exemplar, så kallad stackning. Samtliga 24 medarbetare försågs med vardera 15 exemplar, vilket bedömdes motsvara ett ungefärligt genomsnitt antal patientbesök per person och vecka. Möjlighet till fler exemplar vid begäran fanns. För att minimera risken att en patient svarade flera gånger, instruerades personalen att fråga om patienten fått formulären tidigare. I informationsbrevet till patienten framgick också att man bara fick delta en gång. Datainsamlingen avslutades med att samtlig personal lämnade tillbaka det material som inte delats ut, 199 exemplar. Fem medarbetare hade valt att avstå helt från att tillfråga sina patienter. Övriga 19 hade delat ut mellan tre och 15 uppsättningar av materialet, med ett genomsnitt på 8,47 exemplar per person.

Av de 168 patienter som under perioden tillfrågades, tackade 161 patienter ja till att ta emot undersökningsmaterialet. Patienterna kunde sedan, efter att ha läst informationsbrevet, göra ett nytt val att delta eller att avstå, antingen helt eller genom att enbart fylla i ålder och kön. Av dem som tackat ja till materialet, valde sedan 109 att besvara och returnera formulären. Två av dessa hade valt att enbart fylla i ålder och kön, vilket gav 107 undersökningsdeltagare. Ifyllda formulär kunde lämnas in på två sätt, antingen i en för ändamålet avsedd brevlåda i mottagningens reception eller sändas med post, i bifogat frisvarskuvert, adresserat till professor Per Carlbring vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Dessa båda alternativ nyttjades av ungefär lika många av dem som svarade.

Svaren på ålder, kön samt för de tre formulären matades sedan manuellt in i en Excel-fil. Därefter kontrollerades samtliga formulär ytterligare en gång mot datafilen för att minimera risken för effekter av felinmatning. För Välmåendeformuläret saknades svar på en fråga för en deltagare. För PHQ-9 samt GAD-7 saknades svar på en eller flera frågor från vardera två deltagare. Dessa deltagare utgjordes av olika individer. De obesvarade frågorna markerades som tomma rutor i Excel-filen. Nio deltagare hade satt kryss mellan två svarsalternativ vid en eller flera frågor, vilket korrigerades genom att det högre svarsalternativet konsekvent valdes. Samtliga 107 deltagare hade besvarat frågorna om ålder och kön. Ett sammanlagt bortfall på 61 patienter noterades för den kliniska gruppen, varav demografiska data erhöles från endast två personer. Dessa var båda kvinnor och avvek mindre än en standardavvikelse från medelåldern i den kliniska populationen. Då samtliga utom två i bortfallet utgjorde en okänd grupp, var inte en meningsfull bortfallsanalys möjlig. Den totala svarsfrekvensen i den kliniska gruppen beräknades till 63,69%, vilket kan jämföras med Nationell Patientenkät för psykia-

trisk öppenvård 2014, som hade en korrigerad svarsfrekvens på 36% för Sverige och 35,5% för Stockholm (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).

Databearbetning och statistiska analyser

All data fördes initialt in i Excel-filer för att förenkla bearbetningen. För de statistiska analyserna användes sedan statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 22. Vid samtliga beräkningar användes för den icke-kliniska gruppen data från första mättillfället, förutom vid undersökning av test-retest reliabiliteten, där data från båda mättillfällena användes.

Demografiska data för ålder och kön presenterades för respektive population, för att beskriva variationer avseende dessa variabler. För de tre instrument som ingick i studien beskrevs medelvärden, standardavvikelse och spridning för respektive population. En uppdelning i åldersgrupper gjordes i syfte att beskriva medelvärden och standardavvikelse för instrumenten avseende ålder. Åldersgrupperna valdes utifrån den uppdelning som användes vid en omfattande svensk normering och standardisering av symtomskalan SCL-90 (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen, 2002). En motsvarande uppdelning gjordes för kön (man/kvinna) i respektive population. För att undersöka huruvida skillnader i totalpoäng för respektive skala mellan de båda populationerna var signifikanta utfördes ett oberoende t-test. Samma metod användes för att undersöka eventuella skillnader avseende kön och ålder.

En faktoranalys genomfördes i syfte att undersöka Välmåendeformulärets faktorstruktur. För att säkerställa att data för respektive population var lämplig för detta, genomfördes Keiser-Meyer-Olkin's test of sampling adequacy (KMO) samt Bartlett's test of sphericity. Därefter undersöktes data genom principalkomponentanalys med varimaxrotation, en standardmetod som bedömdes lämplig utifrån sampel och frågeställning (Cortina, 1993; Field, 2009).

För att undersöka Välmåendeformulärets reliabilitet användes för båda populationerna Cronbachs alfa för bedömning av intern konsistens samt för den icke-kliniska populationen intraklasskorrelationskoefficienten (ICC) för test-retest reliabilitet. ICC är ett mått på överensstämmelsen mellan upprepade mätningar av en specifik variabel för en och samma individ, och visar den andel variation mellan mätningar som inte förklaras av felvariation (mätfel), utan av en variation i det som faktiskt mäts. Tiden mellan mätningarna (7 ± 1 dagar) bedömdes vara en lämplig tidsrymd, där tidsfaktorn inte anses utgöra en väsentlig risk som felkälla vid undersökning av test-retest reliabilitet (Marx, Menezes, Horovitz, Jones & Warren, 2003). Utifrån McGraw och Wongs (1996) rekommendationer avseende sampel och frågeställning användes en two-way random effect single measure ICC, med absolute agreement som mått för överensstämmelse. För beskrivning av och formel för intraklasskorrelationskoefficienten (ICC), se McGraw och Wong (1996). Ett alternativ till ICC hade varit Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient, vilken bedömdes mer osäker, då den rangordnar data på ett sätt som här skulle kunna ge ett alltför fördelaktigt värde. Välmåendeformulärets validitet bedömdes utifrån faktoranalys och korrelationer mellan de i studien undersökta instrumenten.

Etiska aspekter

Studien har utformats för att ligga väl inom riktlinjerna för Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2011). För den kliniska delen presenterades och godkändes studien på såväl företagslednings- som mottagningsnivå innan datainsamling inleddes. I båda populationerna var deltagandet frivilligt och samtliga deltagare kunde avbryta sin medverkan när som helst. Deltagarna fick i förväg skriftlig information om syfte samt ansvarig forskare, till vilken kontaktuppgifter bifogades. Deltagarna informerades skriftligen om att de, i samband med att de svarade, också samtyckte till att data fick användas i forskningssyfte. Ano-

nymitet garanterades. I den icke-kliniska gruppen avidentifierades data innan den tillhandahölls för denna studie. För den kliniska gruppen samlades ingen data med koppling till personens identitet in. All data har endast analyserats på gruppnivå.

För den kliniska gruppen utformades proceduren för datainsamlingen så, att den pågående behandlingen inte skulle påverkas. Behandlande personal delade ut materialet, men hade sedan ingen kännedom om huruvida patienten valde att delta, då svaren inte returnerades till behandlaren. Patienterna kunde välja att lämna svaren i en brevlåda på mottagningen, eller skicka dem kostnadsfritt per post. Frisvarskuverten utformades så att de var identiska och därför omöjliga att skilja åt. De delades ut till samtliga deltagare. All data har förvarats och kommer att förvaras på ett säkert sätt, till dess att den destrueras. Skattningsformulären i pappersform kommer att förstöras när studien är klar och godkänd. Data i elektronisk form kommer att sparas på lösenordsskyddat USB-minne i maximalt fem år. Data har enbart använts i forskningssyfte och kommer inte att användas på något annat vis.

Resultat

Deskriptiva data

Normeringsdata för Välmåendeformuläret, PHQ-9 samt GAD-7, för respektive population togs fram och redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. *Medelvärde, standardavvikelse, median, kvartiler samt 10:e och 90:e percentil för VF (Välmåendeformuläret), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) samt GAD-7 (General Anxiety Disorder 7), i den icke-kliniska samt den kliniska populationen*

	VF*	PHQ-9*	GAD-7*
Icke-klinisk population (N=163)			
Medel	43,81	5,35	5,07
SD	11,75	3,98	3,98
Percentil 10	28,40	1,00	1,00
Kvartil 25	36,00	3,00	2,00
Median	45,00	5,00	4,00
Kvartil 75	51,00	7,00	6,00
Percentil 90	59,60	12,00	10,00
Klinisk population (N=107)			
Medel	29,94	13,41	9,39
SD	14,08	6,78	5,89
Percentil 10	13,70	4,60	2,00
Kvartil 25	20,00	8,00	5,00
Median	29,00	12,00	8,00
Kvartil 75	39,25	18,50	14,00
Percentil 90	49,00	23,40	18,40

* Maxpoängen för VF = 72, PHQ-9 = 27 samt GAD-7 = 21.

Normeringsdata avseende ålder beräknades genom att båda populationerna delades upp i tre åldersgrupper; 18-25 år, 26-40 år samt ≥ 41 år. Som förväntat utifrån övergripande deskriptiva data för de båda populationerna, var skillnaden i åldersfördelning dem emellan stor, där den icke-kliniska populationen sammantaget hade sin tyngdpunkt vid en lägre ålder (medel = 26,83 år, median = 24 år) än den kliniska (medel = 43,39 år, median = 42 år). Åldersgruppread normeringsdata redovisas nedan (Tabell 2).

Tabell 2. Medelvärde och spridning för de tre formulären redovisade för den icke-kliniska respektive den kliniska populationen, per åldersgrupp

	Icke-klinisk			Klinisk		
	<i>n</i>	M	SD	<i>n</i>	M	SD
Välmåendeformuläret (VF)						
18-25 år	92	41,73	12,06	14	32,36	12,16
26-40 år	59	46,15	11,17	35	28,09	10,86
≥ 41 år	12	48,25	9,19	58	30,45	16,10
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)						
18-25 år	92	6,10	4,35	14	13,93	6,27
26-40 år	59	4,53	3,39	35	14,31	7,19
≥ 41 år	12	3,67	2,35	58	11,91	7,73
General Anxiety Disorder 7 (GAD-7)						
18-25 år	92	5,46	4,23	14	11,00	6,48
26-40 år	59	4,76	3,39	35	8,91	6,21
≥ 41 år	12	3,67	4,60	58	8,66	6,42

Normeringsdata delades därefter, för båda populationerna, upp efter kön (Tabell 3). Andelen kvinnor och män var ungefär desamma i respektive population. I den icke-kliniska gruppen var fördelningen män 24,5% respektive kvinnor 75,5%, i den kliniska var motsvarande siffror 21,5% respektive 78,5%.

Tabell 3. Medelvärde och spridning för VF (Välmåendeformuläret), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) samt GAD-7 (General Anxiety Disorder 7) uppdelat för kön (icke-klinisk population $N=163$, klinisk population $N=107$)

	Man				Kvinna			
	Icke-klinisk ($n=40$)		Klinisk ($n=23$)		Icke-klinisk ($n=123$)		Klinisk ($n=84$)	
	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD
VF	43,60	10,59	32,13	13,36	43,88	12,14	29,34	14,29
PHQ-9	5,13	4,13	12,91	6,35	5,42	3,95	13,01	7,67
GAD-7	4,85	4,53	7,52	6,37	5,15	3,81	9,46	6,31

För att undersöka huruvida de skillnader mellan populationerna som framkommit avseende medelvärden för respektive instrument (Tabell 1) kunde anses vara reella skillnader, utfördes ett oberoende t-test (2-tailed). Detta visade att skillnaderna i medelvärden var signifikanta för Välmåendeformuläret ($t(267) = -8,74, p < ,001$), samt även för PHQ-9 ($t(151) = 11,01, p < ,001$) och GAD-7 ($t(165) = 6,60, p < ,001$). För testet valdes signifikansnivån $p = ,05$, vilket är standard. Resultatet betyder således att det med 95% säkerhet finns en verklig medelvärdeskillnad mellan en icke-klinisk och en klinisk population, med större grad av upplevt välmående hos den icke-kliniska.

Inom respektive population tycktes medelvärdeskillnaderna för samtliga tre skalor vara små mellan män och kvinnor, vilket undersöktes med ett oberoende t-test (2-tailed). Detta visade ingen signifikant skillnad i medelvärden för någon av populationerna avseende kön. Också för ålder undersöktes skillnaderna i medelvärden för respektive population. Dessa delades efter medianen (median split). För den kliniska gruppen (median 42 år) fanns inga skillnader i medelvärden med hänsyn tagen till ålder. För den icke-kliniska (median 24 år) befanns dock medelvärdeskillnaden för Välmåendeformuläret, med hänsyn tagen till ålder, vara signifikant ($t(160) = -2,26, p = ,025$), med större grad av upplevt välmående hos den äldre hälften.

Faktoranalys

I syfte att undersöka om Välmåendeformuläret mätte en ensam bakomliggande faktor eller om skalan hade en möjlig flerfaktorstruktur, utfördes faktoranalys dels för den icke-kliniska populationen, dels för den kliniska. Då Keiser-Meyer-Olkin's test of sampling adequacy (KMO) visade utmärkta värden; för den icke-kliniska populationen 0,917 och för den kliniska 0,924, samt då Bartlett's test of sphericity blev signifikant ($p < ,001$) för båda grupperna, bedömdes data vara väl lämpad för faktoranalys (Field, 2009).

En principalkomponentanalys med varimaxrotation visade för båda populationerna förekomst av en stark faktor med högt förklaringsvärde. Faktoranalysen för den icke-kliniska populationen gav förutom detta ytterligare tre faktorer med egenvärden strax över 1. För den kliniska gruppen genererades på samma sätt ytterligare två faktorer med värden över 1 (Tabell 4).

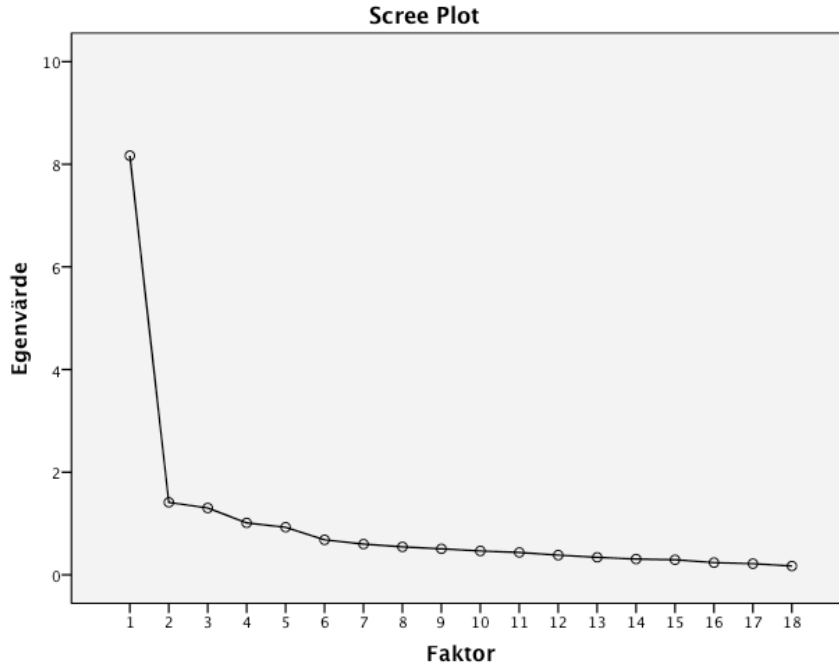
Tabell 4. *Egenvärde och förklarad varians vid faktoranalys av Välmåendeformuläret i båda populationerna*

Faktor*	Icke-klinisk population (N=163)		Klinisk population (N=107)	
	Egenvärde	% av variansen	Egenvärde	% av variansen
1	8,17	45,37	10,04	55,79
2	1,41	7,84	1,11	6,14
3	1,30	7,24	1,02	5,64
4	1,01	5,62		

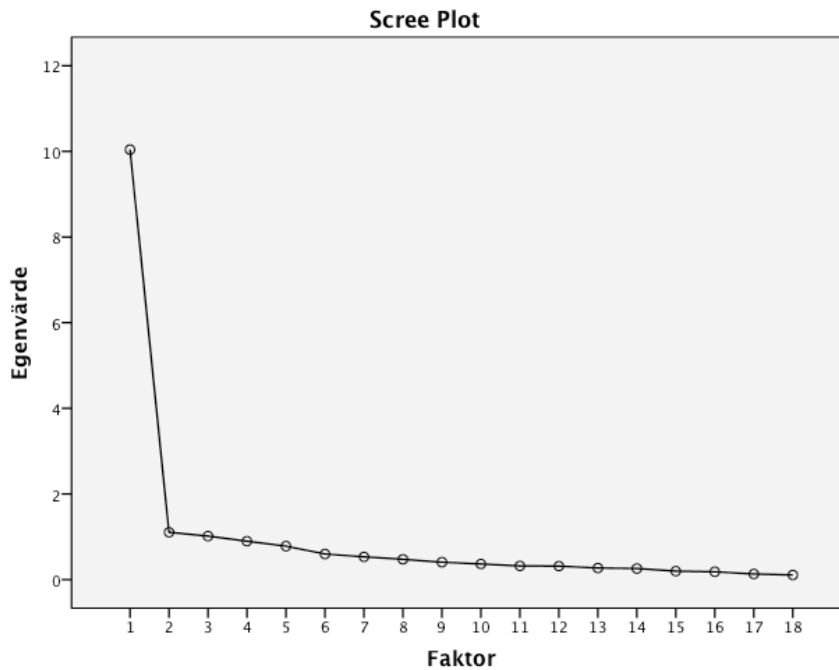
* *Innehållet i faktorerna skiljer sig åt mellan populationerna, det vill säga varje faktor utgörs av olika frågor och olika många frågor för respektive population.*

Värden över 1 anses indikera förekomst av en faktisk bakomliggande faktor med eget förklaringsvärde (Field, 2009), varför detta behövde undersökas vidare. I syfte att undersöka förekomst av en möjlig flerfaktorlösning studerades resultatet av principalkomponentanalysen i en scree plot för respektive population. Dessa visade hur kurvan har ett tvärt brott mellan faktor

1 och 2, för båda grupperna. I fall som dessa är standard att välja de faktorer som har egenvärden ovanför den faktor där kurvan viker av kraftigt, exklusive den faktor vid vilken brottet sker (Field, 2009). I båda föreliggande scree plots utgjordes antalet faktorer ovanför det tvära brottet på kurvorna därmed av en enda faktor (se Figur 1 och Figur 2).



Figur 1. Scree plot för Välmåendeformuläret, icke-klinisk population



Figur 2. Scree plot för Välmåendeformuläret, klinisk population

I den kliniska gruppen överlappade innehållet i de tre möjliga faktorerna varandra, så att fler frågor förekom hos fler än en faktor. De fyra faktorerna för den icke-kliniska gruppen var renare; fler frågor förekom hos endast en faktor. Överensstämmelsen av hur frågorna fördelade sig inom faktorerna var låg mellan populationerna - förutom vid Faktor 1. För den kliniska gruppen laddade 14 av frågorna starkt på Faktor 1, medan nio frågor gjorde detsamma för den icke-kliniska gruppen. Dessa nio var gemensamma för båda populationerna (Tabell 5).

Tabell 5. *Frågor med faktorladdning (värde $\geq 0,4$) på Faktor 1, för den icke-kliniska samt den kliniska populationen, samstämmiga frågor markerade med kursiv stil*

	Icke-klinisk (<i>N</i> = 163)	Klinisk (<i>N</i> = 107)
Fråga		
1		,431
2		
3		
4		,441
5		,580
6	,456	,677
7	,714	,747
8	,704	,719
9	,558	,672
10	,670	,685
11	,792	,813
12		,595
13		
14		
15	,743	,688
16		,451
17	,794	,808
18	,577	,506

Faktor 1 är således en tydlig faktor, med högt förklaringsvärde av den totala variansen, där man ser en överensstämmelse mellan populationerna avseende innehåll.

Reliabilitet

Välmåendeformuläret visade utmärkt intern konsistens för både den icke-kliniska populationen (Cronbachs $\alpha = ,926$) och den kliniska populationen (Cronbachs $\alpha = ,951$) (Charter, 2003a; Cicchetti, 1994; Shrout, 1998). För den icke-kliniska populationen beräknades även intraklasskorrelationskoefficienten (ICC) för test-retest, vilket gav ICC = ,80. Detta indikerar mycket god reliabilitet (Marx et al., 2003).

Validitet

Validiteten för Välmåendeformuläret bedömdes genom att studera hur Välmåendeformuläret förhöll sig till de etablerade instrumenten PHQ-9 samt GAD-7, som avser mäta grad av subjektivt illabefinnande genom depressiva symtom respektive ångestsymtom. Hur samtliga instrument korrelerade med varandra undersöktes därför, i såväl den icke-kliniska som den kli-

niska populationen. För båda populationerna befanns instrumenten korrelera signifikant med varandra ($p < ,01$) (Tabell 6). Välmåendeformuläret korrelerade starkt negativt med både PHQ-9 och GAD-7, vilket tyder på att skalan mäter något annat, som kontrasterar psykiskt illabefinnande i form av depressiva och ångestrelaterade symtom. Som förväntat korrelerade PHQ-9 och GAD-7 också positivt med varandra i båda populationerna, dock något starkare i den kliniska gruppen.

Tabell 6. Korrelationer mellan Välmåendeformuläret (VF), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) samt GAD-7 (General Anxiety Disorder 7), för den icke-kliniska respektive kliniska populationen

	Icke-klinisk population (N=163)			Klinisk population (N=107)		
	VF	PHQ-9	GAD-7	VF	PHQ-9	GAD-7
VF	1	-,75**	-,62**	1	-,71**	-,69**
PHQ-9		1	,56**		1	,72**
GAD-7			1			1

** $p < 0,01$, (2-tailed).

Välmåendeformulärets samtliga frågor befanns korrelera medelstarkt till starkt med den totala skalan (med lägsta värde för den icke-kliniska gruppen $r = ,437$ och för den kliniska $r = ,547$).

Diskussion

Då det visat sig att psykiskt välmående består av såväl frånvaro av illabefinnande som närvaro av subjektivt välmående, samt att dessa båda tillstånd tycks utgöra delvis olika dimensioner av måendet – uppstår ett behov av att undersöka bägge hos den man önskar förstå. En lång tradition av att mäta välmående som enbart frånvaro av symtom, har dock gjort att de mätinstrument som idag finns att tillgå huvudsakligen är symtomfokuserade. De skalor som primärt avser mäta subjektivt välmående, är fortfarande både få och bristfälligt undersökta för svenska förhållanden. Det finns därför behov av att utveckla tillförlitliga instrument för mätning av subjektivt välmående, och att göra det i den kulturella kontext där de ska användas.

En ambition med Välmåendeformuläret var att tillhandahålla ett sådant enkelt, kostnadsfritt och tillförlitligt instrument för användning på både individ- och gruppnivå samt i olika sammanhang. Då formuläret inte tidigare prövats vetenskapligt och dess psykometriska egenskaper därför var okända, var syftet med denna explorativa studie att undersöka om skalan hade grundförutsättningar att uppfylla denna ambition. För detta ändamål samlades data från en icke-klinisk (psykologistuderande) samt en klinisk population (psykiatriska öppenvårdspatienter) in. Deskriptiv normdata togs fram och medelvärden för respektive population jämfördes. För att undersöka formulärets faktorstruktur gjordes en faktoranalys för respektive population och formulärets reliabilitet och validitet undersöktes.

Resultatdiskussion

I de deskriptiva data som erhöles och presenterades, noterades en påfallande skillnad i medelvärden för Välmåendeformuläret mellan populationerna; den icke-kliniska gruppens median och medelvärde låg nära den kliniska gruppens i 90:e percentil, medan den kliniska gruppens median och medelvärde sammanföll med den icke-kliniska gruppens i 10:e percentil. Skillna-

den undersöktes genom ett oberoende t-test och visade sig vara signifikant. Den icke-kliniska gruppen skattade således i Välmåendeformuläret sitt mående som bättre än den kliniska. Även skillnaderna i medelvärde för symtomskalorna visade sig statistiskt signifikanta, och då med omvända värden; den icke-kliniska populationen uppgav färre besvär jämfört med den kliniska. Dessa skillnader skulle teoretiskt kunna bero på något annat än just mående, exempelvis skillnader i administrering av formulären, även om denna risk bedömts vara liten (Buchanan, 2002; Hirai et al., 2011), eller skillnader i motivationsfaktorer (se vidare under Metod-diskussion).

Vid en uppdelning av populationerna i kön och ålder, framgick att båda grupperna var behäftade med snedfördelning avseende båda dessa variabler. Kvinnorna utgjorde en klar majoritet i båda populationerna, drygt tre fjärdedelar i bägge. Den icke-kliniska populationen hade åldersmässigt en tydlig tyngdpunkt i den yngsta åldersgruppen, medan den kliniska hade sin i den äldsta. En möjlig statistisk instabilitet var således identifierad, och behövde beaktas. Inte för någon av populationerna fanns dock någon signifikant skillnad i medelpoäng för Välmåendeformuläret med hänsyn tagen till kön, när detta undersöktes med ett oberoende t-test. Däremot noterades en sådan skillnad för ålder i den icke-kliniska gruppen, med större grad av välmående hos den äldre hälften av populationen, jämfört med den yngre. Resultaten är dock på grund av snedfördelningen svårtolkade, då en önskvärd förutsättning för oberoende t-test är normalfördelning. En eventuell effekt av ålder och kön behöver således undersökas vidare. För även om tidigare studier visat ganska svaga samband mellan välbefinnande och kön och ålder respektive, så har sådana samband noterats och bör därför beaktas (Diener et al., 1999; Hansson et al., 2005; Piquart & Sörensen, 2001).

Resultaten av de faktoranalyser som genomfördes för att undersöka Välmåendeformulärets faktorstruktur, talade sammantaget för en enfaktorlösning, det vill säga att formuläret sannolikt mäter en unik, bakomliggande variabel. Analysen visade för båda populationerna en stark bakomliggande faktor, med såväl högt egenvärde som stor förklarad varians (omkring hälften av den totala variansen för båda grupperna). För den icke-kliniska populationen framkom ytterligare tre möjliga, men betydligt svagare bakomliggande faktorer, och för den kliniska gruppen framkom två sådana. Den enda faktor som visade en tydlig överensstämmelse mellan populationerna avseende innehåll, var dock den största, Faktor 1. I denna återfanns nio frågor som var gemensamma för båda grupperna, och också de två frågor som hade starkast faktorladdning för dem bägge. Dessa två frågor hade näraliggande innehåll; fråga 11 ”I hur hög grad har du den senaste veckan känt stark livslust” och fråga 17 ”I hur hög grad har du den senaste veckan känt att din tillvaro är meningsfull?”. Detta skulle kunna tyda på att de mäter samma sak, en fråga som dock inte går att besvara med vald analysmetod.

Den fortsatta analysen av faktorstrukturen genom scree plots, visade att kurvan för båda populationerna vek av kraftigt redan vid den andra faktorn. Detta gav ytterligare stöd åt en enfaktorlösning (Field, 2009). Något som kan tala emot en sådan är dock det faktum att populationerna verkar skilja sig åt en del i faktorstruktur. Detta bör undersökas vidare, inte minst med tanke på den risk för statistisk instabilitet som noterats genom snedfördelningen avseende ålder och kön i bägge populationerna.

I relation till befintlig forskning är stödet för en enfaktorlösning intressant, då det går på tvärs mot den genomgång av psykiatriska skalor generellt som Rouquette och Falissard (2011) gjort och som hävdar att enfaktorlösningar är mycket ovanliga för sådana, även om man ofta ser en starkare faktor med ett förklaringsvärde på omkring en tredjedel av variansen. När det gäller välmåendeskolor specifikt, är det dock snarast flerfaktormodellerna som har ifrågasatts (Ab-

bott et al., 2006; Abbott et al., 2010; Jovanovic, 2015; Springer & Hauser, 2006; van Dieren-donck et al., 2007), medan till exempel välmåendeskälorna WHO-5/WHO-10 samt Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) fått stöd för just en enfaktorlösning (Bech et al., 2003; Löve et al., 2014; Tennant et al., 2007). Kanske pekar detta mot att subjektivt välmående är en sammanhållen faktor, som också kan och bör mätas som sådan? Att de hedoniska och eudaimoniska perspektiven på välmående inte enbart är komplementära, utan också sannolikt har en ömsesidig inverkan på och ett beroende av varandra, bör vara ett rimligt antagande som ger stöd åt en sådan tanke.

Välmåendeformulärets reliabilitet befanns genomgående vara mycket god, med utmärkta värden för intern konsistens för båda populationerna (Charter, 2003a; Cicchetti, 1994; Shrout, 1998). För den icke-kliniska gruppen gav även intraklasskorrelationskoefficienten (ICC) för test-retest utmärkt resultat (Marx et al., 2003). I jämförelse med de liknande skalor, som redovisas i uppsatsens inledning, står sig Välmåendeformuläret mycket bra, både vad gäller intern konsistens och test-retest reliabilitet. Detta gäller även jämfört med i Sverige förekommande psykiatriska symtomskattningsskalor (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). Resultatet av faktoranalyserna, som visade en överensstämmelse mellan populationerna för nio frågor i Faktor 1, antyder att det sannolikt skulle gå att öka Välmåendeformulärets interna konsistens (Cronbachs alfa) genom att enbart ta med dessa nio frågor och därmed halvera formuläret. Detta skulle å andra sidan riskera att försämra formulärets face validity (se nedan). Det skulle också öka risken för effekter av slumpfaktorer, då ett formulär med fler frågor (förutsatt att de är valida) blir mindre känsligt för sådan påverkan (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). För båda populationerna gällde också att samtliga frågor korrelerade medelstarkt till starkt med den totala skalan för Välmåendeformuläret, och att de därmed bedömdes värdiga att behålla.

Validiteten undersöktes för respektive population, genom att studera hur Välmåendeformuläret förhöll sig till självskattningsinstrument som avser mäta depressiva och ångestrelaterade symtom (PHQ-9 samt GAD-7). En signifikant, men inte total, negativ korrelation med dessa instrument noterades för båda grupperna. Detta tyder på att Välmåendeformuläret mäter något som tydligt står i kontrast till symtom på psykiskt illabefinnande (vilket skulle kunna antas vara psykiskt välmående) men samtidigt något likartat (vilket skulle kunna antas vara upplevt psykiskt mående generellt). Detta är alltså ett önskvärt resultat, och tyder på god validitet. Utöver detta uppvisar skalan även god face validity (Cicchetti, 1994), då formulärets frågor kan anses täcka den breda definition av subjektivt psykiskt välmående som antagits för denna studie, mycket väl. Definitionen – det vill säga emotionella upplevelser och kognitiva bedömningar av positiva känslor, negativa känslor och tillfredsställelse med livet – bedömdes också ha gott stöd i den omfattande välmåendeforskningen. Man kan därför på relativt goda grunder anta att Välmåendeformuläret primärt mäter just subjektivt psykologiskt välmående.

Studiens frågeställningar kan med föreliggande resultat anses vara besvarade. Viktigt att notera är att studiens resultat gäller på grupp-nivå, och därmed inte automatiskt är giltiga på individ-nivå (Charter, 1999).

Metoddiskussion – styrkor och begränsningar

I denna studie har två grupper av individer, studenter samt patienter, beskrivits utgöra en icke-klinisk respektive klinisk population. Ett antagande kan då bli att dessa sampel skulle representera större grupper i samhället, så som en normalpopulation svenskar respektive en svensk patientpopulation i allmänpsykiatrisk öppenvård. Det finns i dessa fall framför allt två saker att fundera över vid bedömningen av generaliserbarheten av studiens resultat till dessa större

populationer; sampelstorlek och urval. Vad gäller sampelstorlek finns stöd för att populationer av den relativt begränsade storlek som ingår i denna studie är försvarbart, utifrån studiens explorativa syfte och de relativt okomplicerade beräkningar som valts och utförts (Charter, 2003a; Charter, 2003b; Clark & Watson, 1995; Nunnally & Bernstein, 1994), men att betydligt större undersökningsgrupper sannolikt krävs vid normering och standardisering för klinisk användning med full tillförlitlighet (Charter, 1999; Charter, 2003b). För den icke-kliniska gruppen noterades ett marginellt bortfall om fyra individer, medan bortfallet i den kliniska gruppen var större, 36,31%, och okänt. Även om detta är ett relativt modest bortfall sett till andra patientenkäter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014), och att det är vanligt vid sådana att data för bortfall saknas för analys, kan man inte helt bortse från möjligheten att det skulle kunna finnas en systematik i detsamma, vilket diskuteras vidare nedan.

Den icke-kliniska gruppen utgjordes av ett så kallat bekvämlighetsurval, med befintlig data från psykologistuderande. Generaliserbarheten från en studentpopulation till en normalpopulation vuxna kan diskuteras. Exempelvis erhålls med stor sannolikhet i ett studentsampel en högre utbildningsnivå och lägre ålder än i normalpopulationen – en skevhet som alltså går att förutse. I detta fall erhöles exempelvis en grupp med en tydlig tyngdpunkt i åldern 18-25 år, medan gruppen över 40 år var mycket liten (12 individer). Att använda studenter som deltagare i olika studier är dock vanligt förekommande, och kan vara relativt oproblematiskt om det fenomen som undersöks kan klassas som en grundläggande psykologisk process (Lucas, 2003). Men även om subjektivt välmående kan anses basalt, gör ändå en snedfördelning avseende ålder i det här fallet att generaliserbarheten från studenterna till en normalpopulation vuxna svenskar kan ifrågasättas. Inte minst taget i beaktande att individer mellan 18 och 25 år, som vanligen räknas till gruppen unga vuxna, befinner sig i en utvecklingsfas (sen- respektive postadolescensen) mot en vuxenidentitet som ännu inte konsoliderats (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007). Andra studier har också funnit att ålder kan utgöra en faktor av betydelse för välmåendet, även om de samband som noterats varit relativt svaga (Diener et al., 1999; Fridell et al., 2002; Hansson et al., 2005; Pinquart & Sörensen, 2001). Detsamma gällde också för kön och välmående. I föreliggande studie syntes dock inte för vare sig den icke-kliniska eller den kliniska populationen några skillnader i medelvärden med hänsyn tagen till kön. Utifrån det faktum att männen utgjorde en klar minoritet i bägge grupperna, är detta resultat ändå något osäkert, då små sampel i sig ger en ökad känslighet för avvikande värden.

Den kliniska populationen bedöms, utifrån vald mottagning och procedur, ganska väl kunna antas avspegla en vanligt förekommande patientpopulation vid en svensk allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning, vid ett givet tillfälle. Att samtliga patienter kom från en och samma mottagning kan dock utgöra ett möjligt problem för resultatens generaliserbarhet, då faktorer som socioekonomisk struktur i det primära upptagningsområdet och det faktum att mottagningen ligger i en storstadsregion, skulle kunna påverka representativiteten negativt. Liksom den icke-kliniska populationen, visade den kliniska gruppen också en tydlig snedfördelning avseende såväl ålder som kön, en skevhet som dock inte på förhand gick att förutse. Den var också svår att kontrollera för i samband med datainsamlingen, utan risk för samtidig oönskad inverkan på andra viktiga aspekter, som exempelvis full anonymitet. Snedfördelningen i ålder, med en tyngdpunkt i åldersgruppen över 40 år, kan för den kliniska populationen utgöra ett särskilt problem för generaliserbarheten, då den inte överensstämde med Socialstyrelsens (2012) kartläggning av psykiatripatienter i Sverige. Denna visade istället att åldersgruppen 18-25 år utgjorde den största patientgruppen inom öppenvårdspsykiatri – samma grupp som i studiens patientpopulation var minst och dessutom mycket liten (14 individer). Detta skulle kunna peka på en möjlig risk för förekomst av systematik i bortfallet, där en låg svarsfrekvens bland de yngsta skulle kunna förklara denna skillnad. Detta är dock en spekulering, som med

föreliggande data inte går att undersöka. Könsfördelningen i studiens kliniska population avspeglar däremot en skevhet som också noterades för psykiatrisk vård generellt, med en klar överrepresentation av kvinnor (Socialstyrelsen, 2012), även om snedfördelningen är mer markant i denna studie. Denna skevhet är därför möjligen att betrakta som ett mindre problem för generaliserbarheten i patientpopulationen, men likväl kvarstår den risk för statistisk skörhet som beskrivits ovan, då gruppen män är liten.

Av integritetsskäl samlades begränsad data in för den kliniska populationen, vilket gör att det inte går att uttala sig om faktorer som psykiatrisk diagnos, psykologisk och farmakologisk behandling, somatisk hälsa, utbildningsnivå, socioekonomisk status, socialt stöd och etnicitet. Att resiliensfaktorer som socialt stöd och personlighet har ett samband med välmående beskrivs exempelvis av Hansson et al. (2005) och Ryan och Deci (2001) medan Miville och Ferguson (2014) lyfter fram kultur och etnicitet som faktorer av betydelse. Man kan exempelvis anta att synen på hälsa/ohälsa har kulturella skillnader, och även att den definition av subjektivt välmående som antagits för denna studie och som anammats brett i västerländsk forskning inte självklart är direkt överförbar till alla kulturer. Dessa begränsningar i data, som också gäller den icke-kliniska gruppen, ger således färre möjligheter att tolka och förstå resultaten och kan påverka generaliserbarheten negativt.

Konstruktionsförfarandet bakom Välmåendeformuläret (som beskrivs på sidan 7) rymmer såväl styrkor som svagheter. Dels var det undersökta begreppet definierat på förhand, dels hade en brist på ett befintligt instrument för att mäta detta begrepp konstaterats, vilket enligt Clark & Watson (1995) är två grundförutsättningar vid skalkonstruktion. Frågorna är också väl formulerade enligt principen om enkelhet och tydlighet. Däremot har frågorna inte tagits fram enligt den reduktiva metod som samma författare förespråkar för att säkerställa konstruktvaliditeten. Denna metod kan sammanfattas som att en överinklusive frågepool initialt sammanställs, för att sedan genom pilotundersökningar reduceras till en skala omfattande endast de frågor som tillsammans bäst täcker det begrepp som avses mätas. Tillvägagångssättet vid konstruktionen av Välmåendeformuläret kan med detta taget i beaktande innebära en risk att dels missa frågor som borde ingå eller bättre formuleringar av frågorna, dels en risk att inkludera fler frågor än nödvändigt. Samtidigt visar resultatet av föreliggande studie, som också skulle kunna definieras som ett slags pilotstudie med sin explorativa ansats, på mycket goda psykometriska egenskaper hos Välmåendeformuläret. Dessa sammantaget ger gott stöd för att skalan är tillförlitlig i sin nuvarande konstruktion. Att skalans samtliga frågor befanns korrelera medelstarkt till starkt med den totala skalan, anses exempelvis vara ett enskilt viktigt mått på detta (Clark & Watson, 1995). Sett till andra välmåendeskalar som presenteras i denna studie, stämmer konstruktionsförfarandet relativt väl överens med hur Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) konstruerats (Tennant et al., 2007), med den skillnaden att man utöver expertgrupp också använde sig av fokusgrupper för validering. Detta skulle även kunna övervägas som en metod för att undersöka de enskilda frågorna i Välmåendeformuläret, med möjlighet att stärka skalans validitet ytterligare.

Som nämnts inledningsvis finns också kända nackdelar med att använda självskattningsskalor såväl i forskningssammanhang som i klinisk verksamhet, då den som svarar på olika vis kan påverkas att avge svar som inte stämmer (Kazdin, 2010; Pavot & Diener, 1993; Shedler et al., 1993). Samtidigt finns stöd för att positivt utformade skalor, så som Välmåendeformuläret, är behäftade med färre problem (Bech et al., 2003; Clark & Watson, 1995). Tillförlitligheten i avgivna svar bedöms också ha goda förutsättningar att anses tillfredsställande av flera skäl. Formulärens ordningsföljd varierades i båda populationerna, för att minimera risken för ordningseffekt. Värnandet om etiska aspekter som frivillighet, integritet och anonymitet, bör ha

skapat goda förutsättningar för uppriktighet i deltagarnas svar. Frivilligheten för studenterna skulle möjligen kunna ifrågasättas, då det finns ett krav i utbildningen om deltagande i ett visst antal studier. Det står dem dock fritt att välja studier för deltagande och de kunde också, i likhet med patienterna, avbryta sitt deltagande om och när de önskade. En skillnad mellan grupperna var att studenterna dels måste svara på formulären vid två tillfällen och att de fick belöning för sitt deltagande (UD-tid), medan patienterna endast svarade en gång och inte belönades. Utifrån detta kan man inte utesluta möjliga skillnader i motivationsfaktorer, som skulle kunna påverka svarsmonstret och därmed resultatet, även om risken får bedömas som liten. Att formulären administrerades på olika vis, via internet respektive på papper, bör enligt Buchanan (2002) och Hirai et al. (2011) inte utgöra någon allvarlig risk för påverkan på resultatet, vilket till exempel gör att den skillnad i medelvärden som noterades för populationerna, mer sannolikt visar på en faktisk skillnad i mående. Buchanan (2003) menar dock att det ändå kan finnas skäl att ta fram olika normer för ett instrument med hänsyn tagen till administrationsförfarandet. Det skulle därför trots allt vara önskvärt att vid framtida studier av Välmåendeformuläret erbjuda samma förutsättningar för samtliga deltagare, för att helt utesluta möjliga oönskade effekter av sådant som motivationsfaktorer och administrationsätt.

Förslag till vidare forskning

Resultatet av denna explorativa studie är mycket uppmuntrande och tyder på att det finns goda skäl att gå vidare med normering och standardisering av Välmåendeformuläret. Detta kräver dock betydligt större undersökningsgrupper, och inte minst en mer säkerställt representativ normalpopulation. Ålder och kön tycks vara faktorer som bör beaktas (Diener et al., 1999; Fridell et al., 2002; Hansson et al., 2005; Pinquart & Sörensen, 2001), liksom resiliensfaktorer som socialt stöd och personlighet (Diener et al., 1999; Hansson et al., 2005; Hjemdal et al., 2011). Möjligen finns också skäl att normera instrumentet specifikt för olika diagnosgrupper, såväl inom psykiatri som inom somatisk vård. Att inkludera patienter från vårdmottagningar i såväl storstad, småstad som landsbygd, samt från områden med varierande socioekonomisk struktur är önskvärt. De olika språkversionerna behöver också normeras var för sig, och företrädesvis i den kulturella kontext där de är tänkta att användas (Miville & Ferguson, 2014; van Dierendonck et al., 2007), bland annat då man inte kan förutsätta att den för formuläret antagna definitionen av subjektivt välmående är universell. Det skulle också vara av intresse att undersöka hur Välmåendeformuläret förhåller sig till andra instrument avsedda att mäta subjektivt välmående, samt till sådana som avser mäta den aspekt av subjektivt välmående som brukar betecknas subjektiv livskvalitet.

Även om resultaten här stöder en enfaktorlösning, finns flera anledningar att undersöka Välmåendeformulärets faktorstruktur ytterligare, med större och mer normalfördelade undersökningsgrupper och med ytterligare testmetoder. Dels framkommer flera faktorer med ett egenvärde över 1, även om de i denna studie ter sig svaga, dels verkar populationerna skilja sig en del åt vad gäller faktorstruktur. Dessutom är populationerna relativt små, och det finns som tidigare nämnts en snedfördelning avseende ålder och kön, som kan skapa statistisk instabilitet. Exempelvis skulle en utökning med Rasch-analys och konfirmatorisk faktoranalys (Field, 2009; Nunnally & Bernstein, 1994) i större och mer normalfördelade undersökningsgrupper kunna ge säkrare svar om såväl faktorstruktur, som huruvida samtliga frågor verkligen är relevanta att ha med. Med en Rasch-analys går det exempelvis att undersöka avvikande svarsmonster såväl för enskilda deltagare som för enskilda frågor, vilket inte är fallet med de analysmetoder som valts för denna studie. Vidare kan finnas skäl att undersöka samtliga skalans frågor kvalitativt, med fokus på vilken aspekt av begreppet subjektivt välmående som varje enskild fråga är tänkt att mäta och huruvida den också kan anses göra det.

Det skulle också vara av värde att i fortsatta studier undersöka Välmåendeformulärets sensitivitet för förändringar. Det vill säga, om en patient blivit kliniskt förbättrad genom en behandlingsinsats, kan man då också se denna förbättring hos samma patient uttryckt som poängskillnad i Välmåendeformuläret?

Sammanfattande slutsats

En explorativ studie genomfördes i syfte att undersöka Välmåendeformulärets psykometriska grundförutsättningar i en icke-klinisk samt en klinisk population. Resultaten gav stöd för en enfaktorlösning, där det bedömdes sannolikt att Välmåendeformuläret mäter en unik bakomliggande variabel, nämligen subjektivt välmående. Detta begrepp definierades i studien som en individs känslomässiga upplevelse av och kognitiva uppfattning om närvaro av positiva känslor, frånvaro av negativa känslor samt grad av livstillfredsställelse. Välmåendeformuläret uppvisade i föreliggande studie utmärkt reliabilitet, god validitet samt bedömdes ha förmåga att diskriminera mellan en icke-klinisk och en klinisk nivå av subjektivt välmående. Dock fanns egenskaper hos respektive sampel, exempelvis en snedfördelning avseende ålder och kön samt begränsningar i data, som tydde på att en viss försiktighet vid tolkning av de resultat som redovisats bör iaktas.

Då Välmåendeformuläret i denna studie visat mycket lovande psykometriska egenskaper, och då ett behov av ett instrument som detta har identifierats och beskrivits, finns all anledning att gå vidare med fortsatta undersökningar. Studien bör replikeras med större undersökningsgrupper samt med tillägg av ytterligare psykometriska tester, för säkrare resultat och ökad generaliserbarhet.

Referenser

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D. & Croudace, T. J. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological Well-being scales in a population sample. *Social Indicators Research*, 97 (3), 357-373.
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(76), hämtad 5 mars 2015 på <http://www.hqlo.com/content/4/1/76>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003: 12(2), 85-91.
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 148-154.
- Buchanan, T. (2003). Internet-based questionnaire assessment: Appropriate use in clinical contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 100-109.
- Bradley, C. (2013). *Handbook of psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. New York: Psychology Press.
- Bäärnhelm, S. (2013). DSM-5 lägger fokus på kultur och kontext. Intervjuverktyg anpassar psykiatri till det mångkulturella samhället. *Läkartidningen*, 43-44. Hämtad 5 mars på <http://www.lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap/kommentar/2013/10/DSM-5-lagger-fokus-pa-kultur-och-kontext/>
- Charter, R. A. (1999). Sample size requirements for precise estimates of reliability, generalizability, and validity coefficients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21(4), 559-566.

- Charter, R. A. (2003a). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *The Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304.
- Charter, R. A. (2003b). Study samples are too small to produce sufficiently precise reliability coefficients. *The Journal of General Psychology*, 130(2), 117-129.
- Chesney, M. A., Darbes, L. A., Hoerster, K., Taylor, J. M., Chambers, D. B., & Anderson, D. E. (2005). Positive emotions exploring the other hemisphere in behavioral medicine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 50-58.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment* 7(3), 309-319.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessments*, 6(4), 284-290.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- de Souza, C. M., & Hidalgo, M. P. L. (2011). World Health Organization 5-item well-being index: validation of the Brazilian Portuguese version. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 239-244.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist* 55(1), 34-43.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being. The collected works of Ed Diener*. Springer Science & Business Media.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied psychology: Health and Well-being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith; H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Din Svenska. (2015). Svenska synonymer. Besökt 7 april 2015 på <http://www.dinsvenska.se/synonymer>
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005) Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Egidius, H. (2008). *Natur & Kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fors, F., & Brülde, B. (2011). Välbefinnande och livstillfredsställelse i dagens Sverige. I S. Holmberg, L. Weibull & H. Oscarsson (Red.), *Lycksalighetens ö*. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- fBanken.se. (2015). Informationsdatabas för formulär. Besökt 6 februari 2015 på <http://www.fbanken.se/form/96/patient-health-questionnaire>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS. Third edition*. SAGE Publications Ltd.
- Friborg, O., & Hjemdal, O. (2004). Resiliens som mål på tilpasningsevne. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 41(3), 206-208.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. *Statens institutionsstyrelse, Rapport nr 4/2002*. Hämtad 5 mars 2015 från <http://www.stat-inst.se/pagefiles/678/scl90-svensk-normering-standardisering-och-validering-av-symtomskalan.pdf>
- Frisch, B. M., Clark, P. M., Rouse, V. S., Rudd, V. S., Paweleck, K. J., Greenstone, A., & Kopplin, A. D. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Psychological Assessment*, 12(1), 66-78.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.

- Froh, J. J. (2004). The history of positive psychology: Truth to be told. *The Psychologist*, 16(3), 18-20.
- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet. Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ)- en psykometrisk utvärdering*. Psykologexamensuppsats. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Hansson, A., Airaksinen, E., Forsell, Y., & Dalman, C. (2009). Psykisk hälsa. En litteratursammanställning av välbefinnandeforskning. *Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för folkhälsoepidemiologi*.
- Hansson, A., Hillerås, P., & Forsell, Y. (2005). Well-being in an adult Swedish population. *Social Indicators Research*, 74(2), 313-325.
- Hirai, M., Vernon, L. L., Clum, G. A., & Skidmore, S. T. (2011). Psychometric properties and administration measurement invariance of social phobia symptom measures: Paper-pencil vs. Internet administration. *Journal of Psychopathology Behavioural Assessment*, 33, 470-479.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-321.
- Jovanovic, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 75, 154-159.
- Kamens, S. (2010). Controversial Issues for the Future DSM-V. *American Psychology Association: Society for Humanistic Psychology, Newsletter January 2010*. Hämtad 5 mars 2015 från <http://www.apadivisions.org/division-32/publications/newsletters/humanistic/2010/01/dsm-v.aspx>
- Kazdin, A.E. (2010). *Research design in clinical psychology. Fourth edition*. Boston: Pearson.
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Hämtad 15 februari 2015 från <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 1213-1222.
- Lindner, P., Andersson, G., Öst, L-G., & Carlbring, P. (2013). Validation of the Internet-Administered Quality of Life Inventory (QOLI) in Different Psychiatric Conditions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 315-327.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lucas, J. W. (2003). Theory-testing, generalization, and the problem of external validity. *Sociological Theory*, 21, 236-253.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Löve, J., Andersson, L., Moore, C. D., & Hensing, G. (2014). Psychometric analysis of the Swedish translation of the WHO well-being index. *Quality of Life Research*, 23(1), 293-297.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J., & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, (10)156. Hämtad 5 mars 2015 från <http://www.hqlo.com/content/10/1/156>.
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A19. Hämtad 27 februari 2015 från http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124.htm.
- Manea, L., Gilbody, S., McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), 191-196.
- Marx, R. G., Menezes, A., Horovitz, L., Jones, E. C., & Warren, R. F. (2003). A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *Journal of clinical epidemiology*, 56(8), 730-735.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic – resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*, 227-238.
- Miville, M. L., & Ferguson, A. D. (2014). *Handbook of race-ethnicity and gender in psychology*. Springer Science & Business Media.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory. Third Edition*. USA: McGraw-Hill, Inc.
- O'Donnell, G., Deaton, A., Durand, M., Halpern, D., & Layard, R. (2014). Report 2014. Wellbeing and policy. Commissioned by the Lagtum Institute. Hämtad 15 september 2014 från <http://www.li.com/activities/publications/wellbeing-and-policy>
- Paunovic, N., & Öst, L-G. (2003). Clinical validation of the Swedish version of the quality of life inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder in a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 15-21.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 164-172.
- Phqscreeners. (2015). PHQ-9 and GAD-7 Instructions. Besökt 28 mars 2015 på <http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*(4), 195-213.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141–166.
- Rouquette, A., & Falissard, B. (2011). Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. *20*(4), 235-49.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59* (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* *69*(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, *35*, 1103-1119.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998a). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review* *2000*, *4* (1), 30-44.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998b). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28.
- Seifert, T. A. (2005). The Ryff Scales of Psychological Well-Being. Assessment Notes. Hämtad 15 september 2014 från <http://www.liberalarts.wabash.edu/ryff-scales/>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, *359*, 1379-1381.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The *illusion* of mental health. *American Psychologist*, *48*(11), 1117-1131.
- Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., & Slade, M. (2014). Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*, *24*(3), 95-103.
- Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research* *1998*, *7* (301-317).
- Shu-Fang, V. W. (2014). Rapid screening of psychological well-being of patients with chronic illness: Reliability and validity test on WHO-5 and PHQ-9 scales. *Depression Research and Treatment, Volume 2014*. Hämtad 15 februari på <http://www.hindawi.com/journals/drt/2014/239490/>
- Sirgy, M. J. (2012). *The Psychology of Quality of Life (2nd ed.)*. New York: Springer.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, Inc.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research*, December 2006, 35(4), 1080-1102.
- Socialstyrelsen. (2012). Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. *Artikel 2012-3-14*. Hämtad 13 april 2015 på <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18639/2012-3-14.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2012). Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. *Rapport nr 212*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 5 mars 2015 på www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Forstamningssyndrom_fulltext.pdf
- Stones, M. J. & Kozma, A. (1985). Structural relationships among happiness scales. *Social Indicators Research*, 17, 19-28.
- Stora Ordlistan. (2015). Stora Ordlistan Synonymer. Besökt 7 mars 2015 på <http://www.storaordlistan.se/synonymer>
- Ström, L., & Carlbring, P. (2014). *Handbok för oglada: vetenskapligt förankrade metoder för ökad glädje och harmoni*. Västerås: KBT-akademien Sverige AB.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). Nationell patientenkät. Sveriges Kommuner och Landsting i samverkan. Besökt 6 februari 2015 på <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/nationellpatientenkät.617.html>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007, 5:63. Hämtad 27 februari 2015 från <http://www.hqlo.com/contents/5/1/63>.
- The WHO-5 website. (2015). Mental Health Service. Region Hovedstaden. Besökt 5 mars 2015 på <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>
- Tolka.se. (2015). Ordbok och synonymer online. Besökt 7 april 2015 på http://www.tolka.se/sv_synonym
- van Dierendonck, D., Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A. & Moreno-Jimenez, B. (2007). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479.
- Vetenskapsrådet. (2011). God forskningsset. *Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011*. Hämtad 25 augusti 2014 från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988a). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegan, A. (1988b). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry* (2011), 199, 23-28.
- Whooley, O., & Horwitz, A. V. (2013). The paradox of professional success: Grand ambition, furious resistance, and the derailment of the DSM-5 revision process. I J. Paris & J. Phillips, Making the DSM-5: *Concepts and controversies* (sid. 75-94). Springer Science & Business Media.
- World Health Organization. (2003). WHO definition of health. Besökt 31 augusti 2014 på <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Wrangsjö, B., & Winberg Salomonsson, M. (2007). *Tonårstid. Utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Välmåendeformulär

Fundera över hur det har varit för dig den senaste veckan (inklusive idag). Gå igenom alla påståenden och ringa in den siffra (0-4) som bäst motsvarar hur det varit för dig under veckan.

I hur hög grad har du den senaste veckan...	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
... känt dig lugn och avspänd?	0	1	2	3	4
... sovit gott och lagom mycket?	0	1	2	3	4
... haft god aptit och matlust?	0	1	2	3	4
... kunnat vara fokuserad och koncentrerad på dagens göromål?	0	1	2	3	4
... kunnat ta initiativ och komma igång med sådant du velat göra?	0	1	2	3	4
... känt intresse för olika aktiviteter och för människor omkring dig?	0	1	2	3	4
... känt dig optimistisk och sett saker från den ljusa sidan?	0	1	2	3	4
... känt dig glad och harmonisk?	0	1	2	3	4
... känt dig pigg och energifylld?	0	1	2	3	4
... känt dig tillfreds med dig själv?	0	1	2	3	4
... känt stark livlust?	0	1	2	3	4
... kunnat fatta beslut och följa dem?	0	1	2	3	4
... kunnat säga ifrån och hävda dig själv när det behövts?	0	1	2	3	4
... kunnat vara närvarande i stunden och släppa problemtankar?	0	1	2	3	4
... känt dig nöjd med ditt liv som det ser ut nu?	0	1	2	3	4
... haft kraft att återhämta dig, om något varit stressigt eller besvärligt?	0	1	2	3	4
... känt att din tillvaro är meningsfull?	0	1	2	3	4
... känt dig frisk och vid god hälsa?	0	1	2	3	4

Hej!

Tack för att du tar dig tid att läsa detta!

Att må väl, uppleva välmående och välbefinnande, är en naturlig strävan hos oss människor. När man söker vård för att kroppen eller själen mår dåligt, är det ofta det man vill få hjälp till – man vill helt enkelt känna att man mår bättre efter en behandling.

Idag finns det inte något väl beprövat sätt i Sverige att mäta just välmående. Det gör det till exempel svårt att säkert veta om en behandling har ökat upplevelsen av välmående hos den som gått i behandlingen.

Mitt namn är Anne Braconier och jag arbetar som psykolog på PRIMA Vuxenpsykiatri Lidingö. Jag tycker att det behövs ett säkert och enkelt sätt att mäta välmående. Därför har jag valt att göra en forskningsstudie i syfte att testa Välmåendeformuläret. För att kunna testa det, behöver jag många olika personers svar på Välmåendeformuläret och två andra formulär som det kan jämföras mot. Dessa två formulär mäter motsatser till välmående, som symtom på nedstämdhet och oro.

Genom att svara på tre korta formulär kan du vara med och bidra till ökad kunskap!

- Om du **väljer att delta** i studien:
Besvara de tre formulären samt de två frågorna om kön och ålder.
- Om du **väljer att avstå** från att delta i studien, kan du göra detta på två sätt:
 - 1) Besvara enbart de två frågorna om kön och ålder. Svaret lämnas in på samma vis som om du valt att delta (se nedan).
 - 2) Du avstår helt, och den som tillfrågat dig noterar då bara att en (1) person valt att avstå.
- Du kan **lämna in ditt svar** på två sätt:
 - 1) Lägg formulären i bifogat kuvert och sedan i lådan i mottagningens reception.
 - 2) Lägg formulären i bifogat kuvert och posta det på en vanlig gul eller blå postlåda.
OBS! Inget frimärke, portot är betalt!

Du är garanterat anonym! Det finns inget sätt för någon att ta reda på din identitet.

När du lämnar dina svar betyder det att du också samtycker till att dessa ingår i studien.

Stort tack för din medverkan!

Leg psykolog Anne Braconier, PRIMA Vuxenpsykiatri, Lidingömottagningen.

Har du frågor? Välkommen att ringa mig direkt på 08-410 257 09!

Forskningsstudien är en del av min legitimationsgrundande psykoterapeututbildning vid Psykologiska Institutionen i Stockholm. Handledare för studien är professor Per Carlbring och bihandledare leg psykolog/doktorand David Forsström. Båda är anställda vid Psykologiska Institutionen.

När studien är klar sätts information upp i mottagningsreceptionen om hur du hittar den på internet.